

# Special Issue № 4 (120) 2020

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ  
**УКРАЇНСЬКИЙ  
НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ  
МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ**

Видання індексується в Google Scholar,  
Index Copernicus, WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Министерство здравоохранения Украины  
Национальный медицинский университет  
имени Богомольца

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ  
**УКРАИНСКИЙ  
НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ  
МОЛОДЕЖНЫЙ ЖУРНАЛ**

Издание индексируется  
в Google Scholar, Index Copernicus,  
WorldCat OCLC

ISSN 2311-6951; eISSN 1996-353X

Ministry of Health of Ukraine  
Bogomolets National Medical University

THEORETICAL AND PRACTICAL EDITION  
**UKRAINIAN SCIENTIFIC  
MEDICAL YOUTH  
JOURNAL**

Journal's indexing: Google Scholar, Index  
Copernicus, WorldCat OCLC

**Засновник** – Національний медичний університет  
імені О.О.Богомольця МОЗ України  
Періодичність виходу 4 рази на рік.

**Журнал внесено до переліку фахових видань.**

**Галузі наук: медичні, фармацевтичні.**  
(наказ МОН України 09.03.2016 №241)

Реєстраційне свідоцтво КВ № 17028-5798ПР.  
Рекомендовано Вченою Радою НМУ імені  
О.О.Богомольця (протокол №4 від 27.05.2020 р.)  
Усі права стосовно опублікованих статей залишено  
за редакцією.

Відповідальність за добір та викладення фактів  
у статтях несуть автори, а за зміст рекламних  
матеріалів – рекламодавці.

Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням  
на джерело.

До друку приймаються наукові матеріали,  
які відповідають вимогам до публікації в даному  
виданні

**Основатель** – Национальный медицинский  
университет имени Богомольца МЗ Украины

**Периодичность выхода 4 раза в год.**

**Журнал включен в перечень  
профессиональных изданий.**

Отрасли наук: медицинские, фармацевтические.  
(Приказ МОН Украины 09.03.2016 №241)  
Регистрационное свидетельство КВ № 17028-5798ПР.  
Рекомендовано Ученым Советом НМУ  
имени Богомольца (протокол №4 от 27.05.2020 г.)  
Все права в отношении опубликованных статей  
оставлены за редакцией.

Ответственность за подбор и изложение фактов в  
статьях несут авторы, а за содержание рекламных  
материалов – рекламодатели.

Перепечатка возможна с согласия редакции  
и со ссылкой на источник.

К печати принимаются научные материалы,  
соответствующие требованиям к публикации в данном  
издании

**Founder** – Bogomolets National Medical University  
Ministry of Health of Ukraine

**Publication frequency – 4 times a year.**

**The Journal is included in the list of professional  
publications in Medical and pharmaceutical Sciences**  
(order MES Ukraine 09.03.2016 № 241) Registration  
Certificate КВ № 17028-5798ПР.

Recommended by the Academic Council of the Bogomolets  
National Medical University, Kyiv (protocol №4 of 27.05.2020)  
All rights concerning published articles are reserved to the  
editorial board.

Responsibility for selection and presentation of the facts  
in the articles is held by authors, and of the content of  
advertising material – by advertisers. Reprint is possible  
with consent of the editorial board and reference. Research  
materials accepted for publishing must meet the publication  
requirements of this edition.

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Голова редакційної колегії** – д-р мед. наук, професор Кучин Ю.Л.

**Члени редакційної колегії:** Благая А.В., Бурлака Є.А., Гичка С.Г., Гололобова К.О., Гринзовський А.М., Гур'янов В.Г., Дєєва Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель І.О., Зайченко Г.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко І.П., Маланчук В.О., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько І.І., Сидорчук О.І., Сокурєнко Л.М., Хайтович М.В., Худецький І.Ю., Чернищов П.В., Шепетько Є.М., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

**Головний редактор:** Земсков С.В.

**Заступники головного редактора:** Наумова Л.О., Ніколаєнко С.І.

**Відповідальний секретар:** Гринзовська А.А.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Председатель редакционной коллегии** – д-р мед. наук, професор Кучин Ю.Л.

**Члены редакционной коллегии:** Благая А.В., Бурлака Е.А., Гичка С.Г., Гололобова Е.А., Гринзовський А.М., Гурьянов В.Г., Деева Ю.В., Демиденко Я.С., Журавель И.А., Зайченко А.В., Захараш Ю.М., Кобиляк Н.М., Копчак А.В., Логвиненко И.П., Маланчук В.А., Мельник В.С., Омельчук С.Т., Понятовський В.А., Приходько И.И., Сидорчук О.И., Сокурєнко Л.М., Хайтович Н.В., Худецький И.Ю., Чернищов П.В., Шепетько Е.Н., Яременко О.Б., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

**Главный редактор:** Земсков С.В.

**Заместители главного редактора:** Наумова Л.О., Николаенко С.И.

**Ответственный секретарь:** Гринзовська А.А.

## EDITORIAL BOARD

**Chairman Of The Editorial Board:** MD–PhD, Professor Kuchyn I.L.

**Members of the Editorial Board:** Blagaia A.V., Burlaka I.A., Gychka S.G., Hololobova K.O., Hrynzovskyi A.M., Gurianov V.G., Deyeva J.V., Demydenko Ya.S., Zhuravel I.O., Zaychenko G.V., Zakharash Yu.M., Kobyliak N.M., Kopchak A.V., Logvynenko I.P., Malanchuk V.O., Melnyk V.S., Omelchuk S.T., Poniatowski V.A., Prykhodko I.I., Sidorchuk O.I., Sokurenko L.M., Khaitovych M.V., Khudetskyi I.J., Chernyshov P.V., Shepetko E.N., Yaremenko O.B., Ulrich Friedrich Wellner (University of Lubeck, Lubeck, Germany), John Quinn (Charles University, Prague, Czech Republic), Anthony Graeme Perks (University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom), Piotr Donizy (Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland)

**Editor in Chief:** Zemskov S.V.

**Deputy Editor-in-Chief:** Naumova L.O., Nikolaenko S.I.

**Executive Secretary:** Hrynzovska A.A.

# ANNUAL YOUNG MEDICAL SCIENTISTS' CONFERENCE 2020

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	4
ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА INTERNAL MEDICINE	8
ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ LINGUOCULTURAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE	19
МЕДИЧНА, БІОЛОГІЧНА ХІМІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ MEDICAL, BIOLOGICAL CHEMISTRY AND CLINICAL PHARMACOLOGY	24
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ OPHTHALMOLOGY	28
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА PREVENTIVE MEDICINE	36
СТОМАТОЛОГІЯ DENTISTRY	48
ХІРУРГІЯ ТА ОНКОЛОГІЯ SURGERY AND ONCOLOGY	60
АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ	68

**November 27-28, 2020**  
**Kyiv, Ukraine**

---

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ  
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

---

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕМПЕРАТУРИ ПЛАВЛЕННЯ ДОСЛІДНИХ ЗРАЗКІВ ПЕСАРІЇВ  
З ПРОБІОТИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ

Алейник С.Л.

Науковий керівник: д.фарм.н., проф. Полова Ж.М.  
Кафедра аптечної та промислової технології ліків  
Завідувач кафедри: д.фарм.н., проф. Полова Ж.М.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Порушення рівноваги мікрофлори в організмі людини є актуальною проблемою. Пробиотичні препарати широко застосовуються для лікування та профілактики синдрому надмірного бактеріального росту та інших порушень. Особлива роль в організмі жінки належить вагінальній мікрофлорі, порушення якої спричиняє виникнення таких патологій як бактеріальний вагіноз. Лактобактерії – представники нормальної мікрофлори людини, штами яких входять до складу пробиотичних препаратів. Нами було розроблено дослідні зразки песаріїв на гідрофобній основі, що містять штам *Lactobacillus casei* (*L. casei*) та є потенційними лікарськими засобами (ЛЗ) для лікування та профілактики дисбіотичних порушень у жінок. Контроль якості ЛЗ є невід’ємною складовою при створенні ефективного препарату. Згідно вимог Державної Фармакопеї України (ДФУ) 2 видання, визначення температури плавлення є одним із параметрів, що контролюється для супозиторіїв та песаріїв на гідрофобних основах.

**Мета.** Визначення температури плавлення дослідних зразків песаріїв на гідрофобних основах.

**Методи.** Для визначення температури плавлення застосовувався метод «2.2.14. Температура плавлення – капілярний метод» (ДФУ, 2 вид.). Статистична обробка результатів здійснювалась методами варіаційної статистики.

**Результати.** В результаті дослідження дослідних зразків нами були отримані наступні показники температури плавлення: зразок №1 (склад: масло какао, твердий жир, моностеарат гліцерину, субстанція *L. casei*) –  $35,66 \pm 0,11$  °C; зразок №2 (склад: вітепсол, гідрогенізована пальмова олія, емульгатор Т-2, субстанція *L. casei*) –  $33,26 \pm 0,11$  °C; зразок №3 (склад: масло какао, гідрогенізована пальмова олія, моностеарат гліцерину, полісорбат -80, субстанція *L. casei*) –  $32,14 \pm 0,11$  °C; зразок №4 (склад: масло какао, гідрогенізована пальмова олія, моностеарат гліцерину, токоферолу ацетат, субстанція *L. casei*) –  $35,04 \pm 0,11$  °C; зразок №5 (склад: масло какао, гідрогенізована пальмова олія, емульгатор Lanette SX, субстанція *L. casei*) –  $31,22 \pm 0,15$  °C. Всі дані представлені у вигляді ( $\bar{x} \pm SD$ ) при  $p > 0,1$ ,  $n = 5$ .

**Висновки.** Результати визначення температури плавлення дослідних зразків песаріїв на гідрофобних основах відповідають вимогам ДФУ 2 видання (становлять не більше ніж 37 °C). Відмінність показників між зразками пояснюється різною температурою плавлення компонентів основи та природою емульгаторів. Вибір оптимального складу песаріїв на гідрофобній основі з пробиотичною активністю потребує подальших досліджень.

МЕТОДИ ДОВГОТРИВАЛОЇ ТЕРАПІЇ ЕНДОМЕТРІОЗУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕЗОГЕСТРЕЛУ  
У СТРАТЕГІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК

Зохнюк Н.М., Громова О.Л., Мартинова Л.І.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Громова О.Л.  
Кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, Заслужений лікар України Чермак І.І.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Дослідження ефективності низькодозованих прогестинів у довготривалому веденні жінок з різними формами ендометріозу є важливим завданням, зважаючи на різноманіття клінічної маніфес-

тації захворювання та гормональну особливість ендометріюїдних гетеротопій. Вибір правильної стратегії ведення пацієнток надважливим, зважаючи на важкість симптомів та значне погіршення якості життя.

**Мета роботи.** Оцінка ефективності низькодозованого дезогестрелу для зменшення болю, асоційованого з ендометріозом, порівняно зі стандартною терапією дієногестом.

Порівняння побічних ефектів обох препаратів.

**Матеріали і методи:** У дослідженні брали участь 72 жінки фертильного віку з синдромом хронічного тазового болю, пов'язаного ендометріозом (невеликі ураження матки та очеревини). Вони були розділені на 2 групи. 45 жінок першої групи приймали дезогестрел 0,075 г протягом 6 місяців; 27 жінок другої групи отримували дієногест 0,02 г протягом того самого періоду часу. Інтенсивність больового синдрому оцінювали до лікування, через 3 та 6 місяців після лікування за допомогою шкали VAS.

**Результати.** В ході дослідження 5 пацієнтів було виключено через побічні ефекти (2 з першої групи та 3 з другої).

Вираженість больового синдрому до лікування була однаковою в обох групах. Тазові болі під час менструацій оцінювались як  $7,8 \pm 1,4$  та  $7,6 \pm 1,3$  у першій та другій групах відповідно; глибока диспареунія -  $7,6 \pm 1,3$  та  $7,4 \pm 1,4$ ; біль під час гінекологічного огляду -  $7,9 \pm 1,1$  та  $8,1 \pm 1,2$ .

Через 3 місяці лікування інтенсивність усіх больових відчуттів була меншою в обох групах. Біль в ділянці малого тазу під час менструацій оцінювали як  $2,5 \pm 0,5$  та  $2,4 \pm 0,7$  у першій та другій групах відповідно, глибока диспареунія як  $3,2 \pm 1,1$  та  $4,3 \pm 1,3$ , біль під час гінекологічного огляду  $5,5 \pm 1,3$  та  $5,0 \pm 1,4$ . Суттєвої різниці між двома групами не було.

Через 6 місяців лікування зменшення вираженості болю було однаковою і складало  $1,9 \pm 0,4$  та  $2,0 \pm 0,6$  при тазових болях,  $2,8 \pm 0,7$  та  $2,6 \pm 0,6$  при глибокій диспареунії в першій та другій групах.

Побічні ефекти були різними у групах дезогестрелу та дієногеста. Кровотечі та кров'яністі виділення частіше спостерігалися в першій групі; головний біль та шкірні ускладнення були більш вірогідними у другій групі.

Спроби призначення дезогестрелу при тяжких формах ендометріозу після відміни дієногесту у пацієнток з проведеним оперативним лікуванням виявились неефективними.

**Висновки.** Зменшення болю, пов'язаного з малим ендометріозом, має однаковою ефективність для дезогестрелу та дієногесту. Необхідність розробки довготривалого плану лікування «ендометріозного життя» жінки, виходячи за межі стандартної терапії є перспективним напрямом розвитку.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СКЛЕРОЗУЮЧОГО ЛІХЕНА ВУЛЬВИ У МЕНОПАУЗІ

*Орел Я.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Чорна О.О.*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Гнатко О.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Актуальність вивчення проблеми склерозуючого ліхена вульви (СЛВ) обумовлена високою частотою його виникнення в постменопаузальному періоді. СЛВ має тривалий перебіг, страждає якість життя (свербіж, що посилюється вночі), в терапії використовують переважно консервативні методи, що мають короткочасний ефект. Таким чином, вдосконалення методів діагностики та лікування СЛВ в постменопаузальному періоді дозволить поліпшити результати лікування та якість життя пацієнток.

**Мета роботи.** Оптимізувати методи діагностики та лікування СЛВ у жінок менопаузального періоду.

**Матеріали і методи дослідження.** Було проведено обстеження 29 пацієнток, вік яких варіював від 51 до 77 років (середній вік: 64 роки). Жінкам проводились загальноприйняті дослідження, що включали оцінку вульви по шкалі Гюнтера, вульвоскопію, цитологічне дослідження, ВПЛ тест, біопсію з гістологічним дослідженням, УЗД ОМТ.

У 5 жінок було гістологічно верифіковано СЛВ вульви. Таких пацієнток було направлено у Національний інститут раку для вирішення подальшої тактики лікування.

Для досягнення поставленої мети було відібрано жінок з гістологічно верифікованим СЛВ (24 жінки), які розподілились наступним чином – до контрольної групи увійшли 12 жінок, які отримували клобетазолу пропіонат (КП) 0,05% мазь за схемою у поєднанні з подальшою терапією естріолом. Основну групу склали

12 жінок, які отримували КП 0,05% мазь за схемою у поєднанні із фотодинамічною терапією (ФДТ) та подальшою терапією естріолом.

Як фотосенсибілізатор (ФС) використовували препарат хлорину  $E_6$ . Фотоопромінення патологічних вогнищ проводили через 3-4 години після закінчення інфузії ФС з використанням коагулятора лазерного універсального «Ліка-хірург» («фотоніка Плюс», Україна,  $\lambda=660$  нм) з потужністю випромінювання 0,4Вт в експозиційних дозах світла 75-100 Дж/см<sup>2</sup>. Ефективність ФДТ оцінювалася на підставі наявності/відсутності скарг, даних візуального спостереження за змінами в області оброблених уражень, даних морфологічного дослідження через 3 і 6 місяці після лікування.

**Результати.** Під час обстеження жінок з СЛ – було оптимізовано методи діагностики даної патології. Була встановлена і описана ефективність фізіотерапевтичних методів, таких як ФДТ. Побічних реакцій, пов'язаних із введенням ФС і сеансу ФДТ, не спостерігалось.

У контрольній групі відзначались як ремісія (75%) так і рецидив захворювання (25%). Жінки з рецидивом захворювання не використовували естріол протягом 3х останніх місяців після основного лікування, власне що і викликало клінічні симптоми захворювання.

У основної групи через 6 місяців відзначалась стійка ремісія клінічних симптомів в пролікованих патологічних вогнищах.

**Висновки.** Отримані результати даного фрагмента власних досліджень вказують на актуальність і перспективність подальших досліджень в області лазерних технологій і ФДТ як варіантів органозберігаючого лікування фонових захворювань вульви. Пропонувати всім жінкам з аногенітальним СЛ КП 0,05% мазь за схемою з подальшим застосуванням естріолу.

## ОСНОВНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ У МОЛОДИХ ЖІНОК

*Шатохіна В. В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., ас. Скурятіна Н. Г.*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Гнатко О. П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Планування сім'ї та регулювання народжуваності шляхом використання сучасних контрацептивних засобів є важливими факторами, які сприяють збереженню здоров'я жінки. Оскільки серед жінок 18-23 років частота небажаних вагітностей та абортів більша, ніж у старших жінок, питання вибору методу контрацепції є достатньо актуальним.

**Мета дослідження.** Визначити, яким методам контрацепції надають перевагу студентки вищих навчальних закладів (ВНЗ) та оцінити рівень їх інформованості з приводу застосування гормональних засобів.

**Матеріали та методи.** Автором було проведено добровільне анонімне анкетування 200 українських студенток ВНЗ 18-23 років. Залежно від рівня та спеціалізації освіти, вони були розподілені на 2 групи: 1 групу склали 100 студенток НМУ імені О.О. Богомольця, 2 групу – 100 студенток без середньої/неповної вищої медичної освіти. Анкета включала 18 питань з визначення того, яким засобом контрацепції надають перевагу молоді жінки, причини їх вибору та джерела інформації з питань застосування. Особливу увагу було приділено застосуванню засобів гормональної контрацепції (ЗГК).

**Результати.** На момент проведення опитування 19% жінок 1 групи і 18% 2 групи не мали досвіду статевих стосунків. Студентки обох груп, які мали статеві стосунки, надавали перевагу презервативам – 66,6% у 1 групі (54 жінки) та 64,6% у 2 групі (53 жінки). Основними причинами вибору цього засобу були фінансова доступність (1 група – 33,3% й 2 група – 32%), висока ефективність (2 група 30%, а у 1 групі 18,5%), простота у використанні (20,3% у 1 групі та 11,3% у 2 групі). На другому місці серед методів контрацепції у 1 групі були ЗГК та перерваний незахищений статевий акт (ПНСА) – по 9,9% (по 8 жінок), а у 2 групі – ПНСА, який практикували 19,5% (16 жінок). На момент опитування 9,9% студенток, що мають статеве життя з 1 групи й 6% таких з 2 групи використовували ЗГК. Загалом, цілком інформованими про ЗГК та особливості їх використання вважають себе 67% жінок з 1 групи й 39% жінок з 2 групи. Основним джерелом інформації про ЗГК, на яке вказувала більшість студенток 1 групи (53%), були навчальні матеріали, отриманні у школі та медичному університеті, а у 2 групі - інтернет-ресурси (49%). Позитивне ставлення до ЗГК відмічали 52% респонденток 1 групи й 24% – з 2 групи, а планують використання таких засобів 41% і 29% жінок відповідно. Важливими факторами, що впливали на потенційний чи поточний вибір ЗГК були: відносна безпечність (28% у 1 групі й 19% – у 2 групі) та їх доступність (21% і 14% жінок відповідно).

**Висновок.** Основним методом контрацепції у жінок 18-23 років є презервативи через доступність та високу ефективність. За даними опитування, жінки без медичної освіти у 2 рази частіше застосовують ПНСА як метод другого вибору, а жінки з медичною освітою в 1,6 рази частіше ЗГК. Більш позитивне ставлення до ЗГК та прихильність до їх застосування виявлено у студенток з медичного ВНЗ, що, ймовірно, пов'язано з кращою інформованістю про переваги даного методу контрацепції.

## AN INTEGRATED APPROACH TO INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION

*Saloni Mitra*

*Department of obstetrics and gynecology №3  
Head of the department: prof. Benyuk O.V. MD, PhD  
O.O. Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Relevance.** One of the most common neonatal deaths that occur worldwide every year are associated with low birth weight (LBW), caused by intrauterine growth restriction (IUGR), preterm delivery, and genetic abnormalities and under nutritional problems. IUGR can result in a baby being small for gestational age (SGA), which is most commonly defined as a weight below the 10th percentile for the gestational. 9 out of 10 infant's mortality is due to IUGR which makes it one of the most inquisitive topics.

IUGR can happen when the placenta is not working well enough to provide the baby with the nutrients they need to grow normally. It can also cause if the mother has advanced diabetes, high blood pressure or heart diseases, kidney or lung diseases, sickle cell anemia, smoking or drinking alcohol, chromosomal problems or infection such as cytomegalovirus or toxoplasmosis.

Some causes of IUGR are still unknown.

**The purpose of the work.** To prevent IUGR, sequential approach is taken.

Tasks.(1) identification of the "small fetus," (2) differentiation between IUGR and SGA, and (3) timing of delivery according to a protocol based on stages of fetal deterioration. (4) Clinical Management. (5) Proper nutritional care to pregnant woman.

**Materials and methods.** IUGR prevention research methods- Uterine Doppler findings, calculation, statistical research methods.

1. First- or second-trimester uterine Doppler findings is taken. Third-trimester ultrasound (US) monitoring of fetal growth is done for identification of small fetus.
2. Fetal growth chart is taken into account to determine difference between IUGR and SGA.
3. A trial done aiming to compare the effect of delivering early with delaying birth for as long as possible.
4. Placental insufficiency that appears early in the pregnancy, is detected by umbilical artery Doppler. Middle cerebral artery (MCA)/ Cerebral – placental ratio is used to get information about the existence of brain vasodilation. Aortic isthmus (AoI) Doppler is used to know the balance between the impedance of the brain and systemic vascular systems. Fetal heart rate analysis is done by conventional and computerized cardiotocography (CTG and cCTG). For prediction of short-term risk of fetal death, Ductus Venous (DV) Doppler is used.
5. Pregnant ladies were given proper protein rich food. Intake of 3 micronutrients of folic acid, magnesium, vitamin B12 has been made mandatory during pregnancy.

**Results.** Doppler studies shows that there has been an increase in preterm delivery without increasing neonatal mortality. The impact of timely recognition and delivery of SGA babies is also underscored by the fact that in this study, gestational age of detected vs. non-detected SGA differed by only 10 days (270 vs. 280 days) but resulted in a 50% lower incidence of stillbirths. Third trimester screening provides evidence that universal screening triples the detection rate of SGA and severe SGA. Mothers with proper nutrition has very less chances of IUGR.

**Conclusion.** This study fully reflects the importance of pre-diagnosing intrauterine growth restrictions and how different methods can be used to reduce mortality of the infants due to IUGR. Detecting different reasons for IUGR has helped to reduce mortality rates in infants, proper nutrition has reduced risks of IUGR. That is why an integrated approach to IUGR has its overall benefits.

---

**ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА**  
**INTERNAL MEDICINE**

---

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ  
ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАПАЛЕННІ ЛЕГЕНЬ: МОЖЛИВОСТІ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ**

*Афанасьєва А.А., Петреньків М.І.*

*Науковий керівник: Добрянський Дмитро Вікторович  
кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 3  
Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Яременко Олег Борисович  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** ХОЗЛ – це патологічний стан, основним патогенетичним механізмом, якого є хронічне обмеження повітряного потоку у дихальних шляхах, спричинене незворотною бронхообструкцією внаслідок ремоделювання дихальних шляхів.

За даними настанови GOLD, розповсюдженість ХОЗЛ у світі складає 7,6 %, в Європі – 7,4 %, тобто захворювання спостерігається як мінімум у кожного 15-го жителя планети.

Визнання ролі антиоксидантного стресу у патогенезі та системних проявах ХОЗЛ стало обґрунтуванням для широкого використання ацетилцистеїну, який став важливим доповненням до базисного лікування, яке не спроможно забезпечити достатній терапевтичний ефект.

**Мега роботи.** Провести аналіз літературних джерел щодо ефективності і безпеки застосування ацетилцистеїну при ХОЗЛ

**Матеріали.** Проаналізовано дані літератури щодо дослідження доцільності прийому та можливостей антиоксидантної терапії на прикладі ацетилцистеїну в пацієнтів з ХОЗЛ

**Методи дослідження:** порівняльно-описовий

**Результати.**

1. У клінічному дослідженні BRONCUS (2003–2005 рр.) взяли участь 532 хворих на ХОЗЛ II та III стадій за GOLD (50 медичних центрів із 10 країн). Протягом 3 років ці хворі на фоні базисної терапії отримували ацетилцистеїн 600 мг/добу (n=256) або плацебо (n=267).

Було отримано такі результати:

- Зростання показників ОФВ1 та ЖЄЛ
- Зменшення ФЗЄ
- Покращення якості життя пацієнтів
- Зменшення частоти загострень та госпіталізації пацієнтів.

2. У клінічному дослідженні HACE (2013 р) автори провели оцінку ефективності призначення високих добових доз ацетилцистеїну (1800 мг). Дослідження тривало рік для нього були відібрані пацієнти зі стабільним перебігом ХОЗЛ.

В отриманих результатах дослідники відмітили покращення функції дрібних бронхів та зменшення загострень.

3. У серії робіт I. Medved et al., 2004 року було проаналізовано внутрішньовенне введення ацетилцистеїну до та впродовж інтенсивного фізичного навантаження.

Авторами було зазначено, що така терапія нейтралізує оксидативні порушення, при цьому – підвищуються рівні відновленого глутатіону в еритроцитах, плазмі крові, м'язовій тканині.

4. У клінічному дослідженні 2020 року авторами проаналізовано інгаляційне за допомогою небулайзера і пероральне застосування ацетилцистеїну.

Дослідники відмітили, що при інгаляційному застосуванні ацетилцистеїну статус пацієнта покращився на 13,1%, а при пероральному на 9,7% (за даними анкети САТ). Також при інгаляційному використанні ацетилцистеїну збільшилось ОФВ1 на 10%.

Було зроблено висновок про доцільність призначення інгаляційного ацетилцистеїну в комплексній терапії хворим на ХОЗЛ.

**Висновки.** Призначення ацетилцистеїну у хворих на ХОЗЛ продемонструвало ефективність в ході клінічних досліджень наведених в огляді. Ацетилцистеїн збільшує синтез глутатіону, який є важливим фактором хімічної детоксикації, має виражені антиоксидантні і пневмопротекторні властивості, що забезпечує захист органів дихання від токсичного впливу несприятливих факторів навколишнього середовища, зокрема тютюнового диму.



## ОНКОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА ПРОТИЗАПАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ РЕМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

*Гладких Ф.В., Бєлочкіна І.В., Манченко А.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., старший дослідник Чиж М.О.*

*Відділ експериментальної кріомедицини*

*(в.о. завідувача відділу: к.мед.н., старший дослідник Чиж М.О.)*

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини Національної академії наук України*

*м. Харків, Україна*

**Актуальність.** На сьогоднішній день нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) відносяться до найуживаніших лікарських засобів, а їх арсенал нараховує понад 80 препаратів. Проте, ще й досі залишається не до кінця вирішеним питання усунення побічних ефектів, які значно обмежують потенційні можливості їх використання. [Bielsa-Fernandez M.V. et al., 2020; Shin S.J. et al., 2017]. Відомо, що кріоконсервований екстракт плаценти (КЕП) підвищує неспецифічну резистентність організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища та стимулює репаративні процеси при пошкодженнях і захворюваннях різного генезу [Гольцев А.М. та співав., 2013].

**Мета:** охарактеризувати вплив КЕП на протизапальний ефект диклофенаку натрію (Д-На) на моделі ад'ювантного артриту (АА) у щурів.

**Матеріали та методи дослідження.** Для відтворення умов введення щурам НПЗЗ, відповідних їх клінічному застосуванню нами було обрано модель експериментального ревматоїдного артриту – АА у щурів. Дослідження проведено на 28 щурах-самцях, розділених на 4 групи: I – інтактні щури (n=7), II (контроль) – щури (n=7) без лікування, III – щури (n=7), ліковані Д-На (8,0 мг/кг, внутрішньошлунково (в/шл)), IV – щури (n=7), ліковані Д-На (8,0 мг/кг, в/шл) та КЕП (0,16 мл/кг, внутрішньом'язово (в/м)).

АА у щурів моделювали субплантарним введенням повного ад'юванту Фрейнда («0» день). Лікування АА проводили з 14 по 28 день. Д-На вводили кожен день в дозі, яка дорівнювала  $ED_{50}$  за протизапальною активністю – 8 мг/кг [Сигидин Я.А. и др., 1988]. КЕП вводили в/м з інтервалом 2 дні (усього 5 ін'єкцій), відповідно на 14, 17, 20, 23 та 26 дні. Розвиток запальної реакції оцінювали онкометрично за динамікою об'єму кінцівки (у мл), яку визначали за допомогою електронних ваг (*Radwag WLC 0.2/C/1, Польща*) та ємкості з рідиною.

**Результати дослідження.** Встановлено, що на 14 день експерименту у щурів з АА приріст об'єму кінцівки статистично вірогідно ( $p < 0,05$ ) становив в середньому 102,5 % відносно вихідних показників. Монотерапія Д-На призвела до статистично вірогідного ( $p < 0,05$ ) зниження товщини ушкодженої кінцівки на 33,8 % щодо показників на 14 день ( $3,17 \pm 0,07$  мл) та становила  $2,1 \pm 0,20$  мл на 28 день експерименту. Комбіноване застосування КЕП та Д-На призвело до зниження товщини кінцівки на 42,5 % ( $p = 0,01$ ) щодо показників на 14 день ( $3,16 \pm 0,14$  мл), що лише на 14,4 % перевищувало вихідні значення (1,59 мл).

**Висновки.** Встановлено, що комбіноване застосування КЕП та Д-На супроводжується підвищенням протизапальної активності порівняно з монотерапією Д-На, на що вказувало на 13,6 % виразніше зменшення товщини ушкодженої кінцівки у щурів.

## ДОСВІД ПАЛПАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ГІПОПЛАЗІЇ ЛІВОГО ВІДДІЛУ СЕРЦЯ

*Делікатний Максим Леонідович*

*Науковий керівник: доцент Строй Олена Анатоліївна*

*Кафедра педіатрії №1*

*Завідувач кафедри: д.мед.н Березенко Валентина Сергіївна*

*НМУ ім. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Гіпоплазія лівих відділів серця (HLHS) - важка вроджена вада серця, при якому ліва частина серця недорозвинена і як наслідок лівий шлуночок не здатний забезпечувати свою гемодинамічну функцію. Хірургічні та медичні втручання значно покращують стан при HLHS, який без лікування є несумісний з життям.

**Мета роботи.** Оцінити вплив етіологічних факторів на розвиток HLHS та визначити післяопераційну летальність після проведення процедури Norwood та Гібрид на I етапі, для розуміння доцільності вибору методу лікування.

**Методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 28 пацієнтів з HLHS, які знаходилися на лікуванні у Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. Амосова (в період з 2017 по 2019 рр.). Було створено дві групи: перша – прооперовані за методикою Норвуда (12 пацієнтів), друга – гібридним методом (16 пацієнтів). Визначалась кумулятивна вірогідність постопераційного виживання, за методикою метода Каплана-Майєра в проміжку часу від 0 до 100 днів після народження для двох досліджуваних груп.

Функція виживання можна розраховувати за формулою:

$$KM(t) = \prod_i (1 - d_i/n_i)$$

I – порядковий хронологічний номер;

D<sub>i</sub> – число летальних випадків в момент часу;

N<sub>i</sub> – число пацієнтів, які спостерігалися в момент часу;

Π – результат операції множення по всім спостереженням, закінченим на даний моменту часу.

**Результати.** Всім дітям проводилося паліативне хірургічне лікування, першій групі – за методикою Норвуда, другій за гібридним методом. Середня виживаність в періоді до 100 днів в обох групах складала 60%. Ми проаналізували постопераційну летальність серед пацієнтів, яким було проведено операцію Норвуда та Гібрид, для того, щоб обґрунтувати перевагу вибору тієї чи іншої процедури.

Представлені дані свідчать про те, що на 100 день післяопераційного періоду в першій групі (процедура Норвуд) кумулятивна виживаність складала 0,85 в другій групі (процедура Гібрид) – 0,6, що достовірно вище (p<0,05).

#### **Висновки.**

1. Враховуючи досить високу післяопераційну летальність при HLHS та несумісність з життям даної вродженої патології без хірургічної корекції, доцільно поглиблене вивчення етіологічних чинників та механізму виникнення даної патології у плода, а також вибору кращих методів паліативного лікування.
2. Процедура Hybrid має свої переваги в тому, що проводиться для пацієнтів з масою тіла меншою за 2,5 кг, що є протипоказанням для проведення процедури Norwood, а також виконується без залучення апарату штучного кровообігу та є менш травматичною та стресовою для організму.
3. Однак виживаність серед пацієнтів, яким проводилася процедура Hybrid значно менша у порівнянні з пацієнтами яким проводиться процедура Norwood, що дає підставу стверджувати про процедуру Hybrid, першого етапу паліативного лікування, як процедуру вибору при складних випадках вроджених вад серця які потребують негайної корекції у дітей з масою тіла менше ніж 2,5 кг.

## **ОЦІНКА СОНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ ТА ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Деркач С.О., Кондратюк Л.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, Заслужений Лікар України Голубовська О.А.*

*Кафедра інфекційних хвороб.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Завідувач кафедри – Голубовська О.А., д.мед.н., професор, Заслужений Лікар України  
м. Київ, Україна*

**Актуальність:** Хронічні дифузні захворювання печінки, до яких належать хронічний гепатит і цироз печінки, є актуальною проблемою сьогодення. У зв'язку з цим велике значення набуває всебічне удосконалення методів діагностики захворювань гепатобіліарної системи, а саме вивчення можливостей окремих методів променевої діагностики та їх комплексу.

**Мета роботи:** вивчення структурних змін при хронічному вірусному гепатиті В і/або С та цирозі печінки вірусної етіології за даними ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, порівняння отриманих показників із даними літератури.

**Задачи:** 1.Провести кількісний та якісний аналіз змін розмірів, структури паренхіми печінки та селезінки у хворих на хронічні вірусні гепатити та цироз печінки вірусної етіології.

2.Дати оцінку показникам УЗД органів черевної порожнини.

Матеріали і методи: Методи дослідження – розрахунковий, статистичний за допомогою Microsoft Excel та Medstat.

У ході дослідження, було виконано УЗД 50 пацієнтів, різної вікової категорії, які були розділені на 2 досліджувані групи: 1-ша група включала 20 пацієнтів, яким було поставлено попередній діагноз хронічний вірусний гепатит В і/або С, а 2-а група включала 20 пацієнтів із попереднім діагнозом – цироз печінки вірусної етіології.

**Результати:** У пацієнтів із цирозом печінки вірусної етіології структура була дифузно неоднорідною з мозаїчною картиною; ехогенність збільшена, іноді за типом вогнищевих змін (що пов'язано з наявністю некрозу, вузлів регенерації, запальної реакції і розвитком сполучної тканини, патологічної васкуляризації, тобто з порушенням архітектоніки печінки); підвищення ехогенності вздовж перипортальних трактів. Тоді, як у пацієнтів із хронічним вірусним гепатитом структура печінки частіше була однорідною, ехогенність помірно і рівномірно підвищена.

Загальний показник розміру правої долі печінки при хронічному вірусному гепатиті В і/або С становив –  $16.34 \pm 0.24$  см, а при цирозі печінки вірусної етіології –  $16.9 \pm 0.33$  см, ( $t_{кр} - 1.21$  ( $p \leq 0.05$ )).

Загальний показник розміру лівої долі печінки при хронічному вірусному гепатиті В і/або С становив –  $7.13 \pm 0.13$  см, а при цирозі печінки вірусної етіології –  $8.51 \pm 0.97$  см, ( $t_{кр} - 2.55$  ( $p \leq 0.05$ )).

У групі хворих із цирозом печінки визначалося розширення ворітної –  $14.5 \pm 0.49$  мм, а у хворих на хронічний гепатит, зміни були в межах норми –  $10.8 \pm 0.18$  мм, ( $t_{кр} - 6.75$  ( $p \leq 0.05$ )).

Також у хворих на цироз печінки визначалося розширення селезінкової вени –  $13.5 \pm 0.35$  мм, тоді як при хронічному вірусному гепатиті зміни були в межах норми –  $8.25 \pm 0.19$  мм, ( $t_{кр} - 9.75$  ( $p \leq 0.05$ )).

Загальний показник площі селезінки у пацієнтів із хронічним гепатитом становив –  $71.75 \pm 3.86$  см<sup>2</sup>, а у пацієнтів із цирозом печінки –  $116.75 \pm 4.79$  см<sup>2</sup>, ( $t_{кр} - 6.55$  ( $p \leq 0.05$ )).

**Висновки:** Дане дослідження цілком відображає важливе значення сонографії в диференційній діагностиці хронічного гепатиту і цирозу печінки вірусної етіології. Встановлено, що при цирозі печінки вірусної етіології зміни з боку паренхіми печінки та селезінки, зміни показників розмірів ворітної та селезінкової вени, площі селезінки є більш суттєві порівняно з хронічними вірусними гепатитом, що свідчить про тяжкість перебігу процесу і розвиток необоротних змін. Виявлені в роботі результати ультразвукового дослідження органів черевної порожнини при хронічному вірусному гепатиті та цирозі печінки статистично значимі (рівень значущості  $p \leq 0,05$ ) враховуючи критерій Стюдента, та не суперечать даним літератури.

## ВИВЧЕННЯ ТЕРИТОРІАЛЬНОГО РОЗПОДІЛУ ІНЦИДЕНТНОСТІ НА СМЕРТНОСТІ ВІД РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В УКРАЇНІ (2014-2019)

*Коваль А.Л., Петрусевич Т., Зубленко О., Соколовська О.*

*Науковий керівник: доцент Мохорт Г.А.*

*Кафедра епідеміології*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Колеснікова І.П.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м.Київ, Україна*

**Актуальність.** Рак шийки матки (РШМ) займає друге місце в структурі онкологічної смертності серед жінок. Від раку шийки матки в Україні щорічно помирає в середньому 2 тис. жінок.

**Мета роботи.** Метою нашого дослідження є визначення територіального (за областями) розподілу інцидентності та смертності від РШМ в Україні та статистична перевірка гіпотези про можливий зв'язок між рівнями інцидентності та смертності від РШМ та таким економічним показником, як дохід на душу населення (ДДН).

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз часових рядів щорічних показників інцидентності та смертності від РШМ, демографічних даних та реального доходу на душу населення за 2014-2018 роки. Визначення коефіцієнту кореляції (КК) між окремими парами епідеміологічних показників за областями (інцидентність – смертність) та показників розвитку в Україні.

**Результати.** Ми розрахували середні багаторічні за 2014-2018 роки показники інцидентності та смертності від РШМ та розподілили всі області України на три терцилі (низькі, середні та високі показники).

Області з низьким рівнем інцидентності РШМ – 8 областей; з середнім рівнем – 8; з високим рівнем – 7. КК по областях: між інцидентністю та смертністю становить 0,6000; між інцидентністю та реальним ДДН – -0,1300; між смертністю та реальним ДДН – -0,4200.

**Висновки.** Ми визначили характер територіального розподілу інцидентності та смертності від РШМ в Україні за період 2014-2018 років та виявили області з низькими, середніми та високими показниками РШМ. Встановлено наявність середньої сили прямого статистичного зв'язку між інцидентністю та смертністю, а також наявність зворотного зв'язку між рівнями смертності від РШМ та реального ДДН. Між рівнем інцидентності РШМ та реальним ДДН статистичний зв'язок не встановлено. Отримані дані потребують пояснення, які ми плануємо в майбутньому отримати після аналізу інших демографічних, економічних та епідеміологічних показників.

## ОЦІНКА КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Ковальчук А.Б., Петрова А.С., Наговіцин А.О., Туча В.О., Карпенко О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н, доцент Карпенко О.В.*

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кондратюк Віталій Євгенович*

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

*Україна, м.Київ*

**Актуальність.** Темпи збільшення кількості хворих на серцево-судинні захворювання неухильно зростає, а смертність від серцево-судинних захворювань посідає перше місце в багатьох країнах світу незалежно від рівня медицини. Паління, гіподинамія, несбалансоване харчування, хронічний стрес, дисліпідемії є факторами прогресування атерогенезу та погіршують прогноз. Оцінка кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) є рекомендованою Європейським товариством кардіологів (ESC) для оцінки ризику смертельного серцево-судинного випадку впродовж 10 років і рекомендована як практичний інструмент визначення оптимального ступеня втручання для корекції ризику у конкретної людини. Як відомо, фактори кардіоваскулярного ризику поділяються на модифіковані та немодифіковані. В шкалі SCORE передбачені 3 фактори, які можна коригувати (куріння, рівень холестерину та артеріальний тиск) та 2 немодифіковані фактори (вік та стать).

**Мета дослідження:** оцінка загального серцево-судинного ризику у амбулаторних пацієнтів, що перебувають під наглядом сімейного лікаря.

**Методи дослідження:** анкетування хворих за допомогою шкалою, офісне вимірювання артеріального тиску, визначення індекс маси тіла, загальноклінічні лабораторні аналізи (: загальний аналіз крові, креатинін, цукор, загальний холестерин крові).

**Результати.** Проведено обстеження 50 хворих, серед яких чоловіків - 26 (52%), жінок - 24 (48%). Середній вік 53,5 роки. За допомогою шкали SCORE провели оцінку КВР. Визначали лабораторні показники: загальний аналіз крові, креатинін, цукор, загальний холестерин крові. Серед обстежених осіб – 35 (70%) мали ожиріння, 14 (28%) палили. Підвищення рівня загального холестерину визначили у 35 обстежених. Нормальний рівень холестерину був у 15 (30%) осіб. Артеріальна гіпертензія була виявлена у 37 (74%) обстежених. Низький загальний серцево-судинний ризик за шкалою SCORE виявлено у – 17 (34%) осіб, середній - 9 (18%), високий – 10 (20%) та дуже високий – у 14 (28%) обстежених. Дотримання рекомендації покинути палити дотримались 6 обстежених, що сприяло переходу з категорії високого ризику в середній рівень.

**Висновки.** Отже, використання шкали SCORE дозволяє зробити ймовірний прогноз щодо серцево-судинного ризику після 40 років. Несприятливий профіль факторів ризику може бути і в молодих людей та прогресивно погіршуватись з віком. Оцінка загального серцево-судинного ризику та рекомендації з модифікації способу життя є надзвичайно важливими заходами первинної профілактики.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРВИННО РЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ, ЗУМОВЛЕНОГО MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ГЕНЕТИЧНОЇ ГРУПИ BEIJING, У ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ

*Неляпіна М. М.*

*Науковий керівник: к. м. н., доцент Константиновська О. С.  
Кафедра загальної та клінічної імунології та алергології  
Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Лядова Тетяна Іванівна  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
м. Харків, Україна*

**Актуальність.** Недостатній рівень професійної компетенції лікарів-інтерністів, суттєва клінічна вагомість та високий рівень розповсюдженості геріатричного туберкульозного ураження (ТБ) на фоні обтяженого преморбідного профілю, зумовлює різнобічне дослідження перебігу фтизіатричної патології у континуумі пріоритетних напрямків галузі охорони здоров'я. Проблема ТБ осіб похилого та старечого демографічних категорій може бути обґрунтована численними змінами базисних патофізіологічних процесів, що пояснюється насамперед віковим фактором. Тактика обстеження та лікувальний менеджмент щодо ТБ таких осіб мають оновлюватися та модернізуватися.

**Мета роботи.** Проаналізувати характер клінічного перебігу ТБ легень у пацієнта старечого віку, дослідити можливість застосування традиційних режимів лікування у подібних хворих, залежно від генотипу мікобактерій туберкульозу (МБТ).

**Методи дослідження.** Робота базується на спостереженні пацієнта відділення інвалідів війни стаціонару КЗОЗ «Обласна туберкульозна лікарня № 1» міста Харкова. Приналежність МБТ до генетичної групи Beijing визначали за методом VNTR-типуювання (Varied number of tandem repeats) по ETR A-E локусах.

**Результати.** Хворий Д., 92 роки, учасник та інвалід II групи 2 світової війни звернувся до терапевта у зв'язку із кардіопатологією. На рентгенограмі органів грудної клітки (Ro ОГК) виявлені зміни, які зумовили доцільність госпіталізації у терапевтичне відділення із діагнозом негоспітальної двобічної пневмонії, ІХС, атеросклеротичного кардіосклерозу, АГ II ст., СН II Б ст. Отримував лікування антибактеріальними препаратами, а також засобами кардіологічного напрямку. Через відсутність позитивної динаміки на Ro ОГК за 10 днів, а також виявлення МБТ у мокротинні, пацієнт переведений до стаціонару туберкульозної лікарні. Отримано позитивний результат молекулярно-генетичного (MG+ Rif+) та культурального досліджень на рідкому поживному середовищі ВАСТЕС 960, виявлено стійкість до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) першого та другого ряду. МБТ, виділені із мокротиння хворого, із VNTR-профілем 42425 було віднесено до генетичної групи Beijing. Лікування призначено згідно діючого клінічного протоколу. Через 2 місяці із позитивною динамікою виписаний на амбулаторне лікування, однак, поступив повторно через два тижні після виписки із значним погіршенням самопочуття. Рентгенологічно – поява двобічного плеврального випоту. Не зважаючи на проведену терапію, пацієнт помер на 9-ту добу.

**Висновки.** Важка коморбідна патологія, яка призвела до розвитку серцево-легеневої недостатності, стала основною причиною смерті пацієнта. Однак не можна не звернути увагу на токсичний вплив на організм хворого АМБП. З іншого боку – доведена висока патогенність МБТ генетичної групи Beijing та низька ефективність терапевтичних заходів за цього генотипа збудника, зумовлює необхідність індивідуалізованого підходу в кожному конкретному випадку. Детальне вивчення особливостей перебігу ТБ легень у осіб старечого віку має сприяти вибору найбільш оптимальних варіантів лікування.

## МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЖОВЧІ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ УСКЛАДНЕНОМУ ХОЛАНГІТОМ

*Павлова В. С.*

*Науковий керівник: д. мед. н., професор Виговська О. В.  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Крамарьов С. О.  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Протягом останнього десятиліття в нашій країні та світі відмічається ріст захворюваності на жовчно-кам'яну хворобу, частим та несприятливим ускладненням якої є механічна жовтяниця. Згідно даних літератури в 61,3-72,2% причинами механічної жовтяниці є холедохолітиаз. Більш ніж кожен четвер-

тий випадок жовтяниці непухлинного генезу пов'язаний з гнійним холангітом, розвиток якого часто призводить до септичних ускладнень, печінкової недостатності, інтоксикації та в кінцевому результаті летального наслідку.

Згідно даним літератури в більшості випадків при холангіті має місце змішана аеробна та анаеробна мікрофлора.

**Мета роботи.** Дослідження мікробіологічного профілю жовчі у пацієнтів зрілого віку (48-76 років) з холедохолітіазом, ускладненим гнійним холангітом.

**Матеріали дослідження.** У 40 хворих з холедохолітіазом, ускладненим гнійним холангітом віком 48-76 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КНП КМКЛ №10 виконано бактеріологічне дослідження жовчі. Усім 40 хворим виконано оперативне втручання в об'ємі: ендоскопічна папілосфінктеротомія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, літекстракція. В усіх 40 хворих жовч забиралася виключно ендоскопічно, під час біліарної декомпресії та відправлялась на бактеріологічне дослідження в лабораторію.

**Результати.** При оцінці результатів бактеріологічних досліджень виявлено, що у 85% (n=34) хворих причиною гострого гнійного холангіту виявилися асоціації аеробних та анаеробних мікроорганізмів, а саме E.coli+Bact.fragilis, E.coli+Bact.melaninogenicus, P.vulgaris+Bact.fragilis, E.coli+Fusobact.mortifortum. У 10% (n=4) хворих висівалися лише неклостридіальні анаероби. У 5% (n=2) - лише аероби. Серед неклостридіальних анаеробів у вигляді монокультури висівалися бактероїди 50% (n=2) та фузобактерії 50% (n=2). Серед аеробів у вигляді монокультури було висіяно E.coli 50% (n=1) та P.vulgaris 50% (n=1). Також при гнійному холангіті виявлена кореляція між важкістю перебігу захворювання і характером виявленої мікрофлори. У хворих з важким перебігом захворювання, що супроводжувався вираженими проявами інтоксикаційного синдрому та важкою печінковою недостатністю в інфекційному процесі приймали участь асоціації кишкової палички та бактероїдів, найбільш часто Bact.fragilis з високим ступенем концентрації –  $10^9$ - $10^{12}$  КУО/мл. Така мікрофлора виявлена у 16 хворих гострим гнійним холангітом (40%).

**Висновки.** При гострому гнійному холангіті в переважній більшості пацієнтів (85%) в мікробіологічному профілі переважали асоціації аеробних з анаеробними мікроорганізмами (а саме E.coli+Bact.fragilis, E.coli+Bact.melaninogenicus, P.vulgaris+Bact.fragilis, E.coli+Fusobact.mortifortum). У пацієнтів в яких з жовчі висіялась E.coli+Bact.fragilis (16 хворих – 40%) виявлено важкий перебіг гнійного холангіту з вираженими проявами інтоксикаційного синдрому та важкою печінковою недостатністю.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ СЕРЕД СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

*Полюхович О.І.*

*Науковий керівник: к.м.н., доц. Антоненко К.В.*

*Кафедра неврології*

*Завідувач кафедри: д.м.н., проф. Соколова Л.І.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Головний біль – це симптом, характерний для багатьох захворювань різного генезу, який потребує всебічного вивчення, дослідження динаміки, та частоти проявів у різних верств населення, зокрема студентів, а також визначення кореляції з віком, родом діяльності та соціально-економічними факторами.

**Мета.** Вивчення поширеності головного болю серед студентів НМУ імені О.О. Богомольця та дослідження його зв'язку з психо-емоційним навантаженням, браком сну, соматичними захворюваннями та пандемією, викликаною COVID-19.

**Матеріали та методи.** В анонімному онлайн-опитуванні прийняли участь 247 студентів різних курсів (199 студентів жіночої статі (80,6%) та 48 – чоловічої статі (19,4%)). Вікова характеристика респондентів включала: 16-18 років (6,9%); 19-21 рік (68,4%); 22-25 років (23,1%); вік більше 25 років (1,6%). Анкета містила 22 питання, що відповідали цілям даного наукового дослідження. Були проаналізовані такі характеристики головного болю, як частота, інтенсивність, локалізація, тривалість, характер болю, зв'язок з психо-емоційним перенавантаженням, соматичними захворюваннями та пандемією COVID-19.

**Результати дослідження.** Згідно з результатами опитування, на головний біль страждають 91,1% опитуваних студентів. З них 66,4% студентів мають прояви даного симптому 1-7 днів на місяць; 10,9% від 7 до 14 днів на місяць; 8,1 % більше 14 днів на місяць; 5,7 % головний біль турбує кожного дня. Найчастіше

студенти пов'язують виникнення головного болю зі стресовими факторами, браком сну, а також надмірною кількістю проведеного часу за комп'ютером. Біль переважно має двобічну локалізацію (77,3%), помірну інтенсивність, та тривалість до 12 годин. Переважна більшість респондентів (89%) не хворіли на COVID-19, і лише з 16,2% з них відмітили незначне збільшення інтенсивності головного болю під час пандемії. Серед 26 студентів, які перехворіли на COVID-19, 16 (61,5%) відмітили посилення головного болю під час та після хвороби.

**Висновки:** За даними анонімного онлайн-опитування, виявлено високу поширеність головного болю серед студентів медичного університету, яка пов'язана зі стресовими факторами, браком сну, а також надмірною кількістю проведеного часу за комп'ютером. COVID-19 має негативний вплив на вираженість та частоту головного болю. Ця тема потребує подальшого дослідження для вивчення етіопатогенетичних чинників. Актуальним є питання розробки превентивних заходів для зменшення психо-емоційного навантаження та гігієни праці та відпочинку під час дистанційного навчання.

## НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЗАСОБИ У СХЕМАХ ПРЕМЕДИКАЦІЇ В ПЕДІАТРІЇ

*Шевченко І.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор  
Горчакова Надія Олександрівна,  
кафедра фармакології НМУ ім. О.О. Богомольця,  
завідувач кафедри: д.мед.н., професор  
Зайченко Ганна Володимирівна,  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Премедикація перед наркозом в педіатрії, як елемент мультифункціонального анестезіологічного забезпечення операцій різної складності, має підготувати організм до майбутнього операційного втручання шляхом засосування наркотичних анальгетиків, снодійних, холінолітиків та антигістамінних засобів. Останній етап передопераційної підготовки пацієнта має також мінімізувати небажані побічні ефекти та токсичну дію анестетику, забезпечити ефективне «знеболення перед знеболенням» (преанестезію) та зменшити дозу знеболювального компонента після операції, а також виступати профілактичним чинником запалення. Такі функції властиві нестероїдним протизапальним засобам (далі – НПЗЗ), що здатні до потенціювання анестетиків, селективного та неселективного інгібування циклооксигеназ, мають знеболювальний фармакологічний ефект. Це робить актуальним дослідження застосування НПЗЗ з метою премедикації у дітей, що мають досить лабільну психіку та, через особливості онтогенезу нервової системи, здатні специфічно реагувати на больові подразники ще на етапі передопераційної підготовки.

**Мета роботи.** Порівняльна характеристика НПЗЗ, що можуть застосовуватися в премедикації (кеторолак, декскетопрофен, мелоксикам та ін.), з'ясувати їх фармакодинамічні показники, побічні ефекти та сумісність із загальними анестетиками, обрати найоптимальніший НПЗЗ для проведення премедикації в педіатричній практиці.

**Матеріали та методи.** Ознайомлення з сучасними європейськими клінічними протоколами проведення премедикації та загальної анестезії в педіатрії, опрацювання сучасних фармакологічних довідників та посібників із детальним описом НПЗЗ та їх застосуванням у педіатрії.

**Результати.** В ході аналізу методів отримали результати порівняння НПЗЗ, що, згідно із сучасними лікувальними протоколами, застосовують для премедикації в педіатрії, оцінили та дослідили їх фармакодинамічні показники, побічні ефекти та сумісність із загальними анестетиками, визначена висока ефективність кеторолаку із вираженим ефектом потенціювання загальних анестетиків та тривалою знеболювальною дією, обґрунтували доцільність його застосування для премедикації при анестезіологічному забезпеченні в педіатрії.

**Висновки.** Після проведення досліджень, ми дійшли висновку, що кеторолак має виражену знеболювальну дію; має потенціюючу дію, що дає змогу зменшити кількість анестетику, а отже і його токсичну дію на організм дитини; полегшує керування наркозом; усуває післяопераційні больові відчуття; допомагає усунути побічні ефекти анестетику: пробудження дитини після наркозу настає значно легше і швидше; не має подразнюючої дії на шлунково-кишковий тракт. Це дає підставу рекомендувати даний препарат для премедикації при хірургічних втручаннях із наркозним забезпеченням у педіатричній практиці.

## FEATURES OF GASTROINTESTINAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMS

*Klymenko O.M., Shumeiko O.O.*

*Supervisor: Professor Shypulin V.P.,  
Head of Department of Internal Medicine #1,  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Relevance:** Chronic myeloproliferative neoplasms (MPNs) are a group of diseases, which arise due to uncontrolled proliferation of pluripotent hematopoietic cell. Classic Philadelphia chromosome negative (Ph-) neoplasms include primary myelofibrosis (PM), polycythemia vera (PV), essential thrombocythemia (ET). Although there is a substantial progress in treatment modalities for such diseases, a spectrum of possible complications negatively impacts on patients' quality of life, decreasing their physical and social activity. Gastrointestinal (GI) symptoms constitute an important part of this spectrum, especially the symptoms of early satiety and abdominal discomfort after food intake, which may be due to hepatosplenomegaly (HPM), cytoreductive therapy or concomitant diseases of GI zone. Research of GI manifestations in patients with MPNs can improve diagnostic and treatment modalities and consequently lead to better patient outcomes and increase quality of patient's life.

**Purpose of work:** Researching the features of GI manifestations in patients with MPNs.

**Research methods:** MPN-Symptom Assessment Form Total Symptom Score (MPN-SAF TTS) was used to describe intensity of symptoms in a group of 89 patients. The cohort included 44 male and 45 female patients. Presence of JAK2 V617F mutation was obtained by reviewing the medical documentation. Statistical analysis of data was conducted with applying Chi-square test, Analysis of Variance (ANOVA) test and Mann-Whitney U-test.

**Results:** 31 (34.8 %) patients with PM, 31 (34.8 %) patients with PV and 27 (30.4 %) patients with ET answered the questions from MPN-SAF TSS.

The average score for PM patients was found to be 35.60. PM patients' score for early satiety was 3.70 and the score for abdominal discomfort was 4.42, which constituted 22.8 % of the average score by the self-assessment MPN-SAF TSS.

The average score for PV patients was found to be 29.60. PV patients' score for early satiety was 3.20 and the score for abdominal discomfort was 3.23, which constituted 21.72 % of the average score by the self-assessment MPN-SAF TSS.

The average score for ET patients was found to be 18.05. ET patients' score for early satiety was 2.19 and the score for abdominal discomfort was 2.59, which constituted 26.48 % of the average score by the self-assessment MPN-SAF TSS.

No correlation was found between the presence of JAK2 V617F mutation and the intensity of any symptoms of MPN, including symptoms of abdominal discomfort and early satiety.

**Conclusions.** We demonstrated that GI symptoms in patients with MPNs affect patient's well-being significantly, as the points for GI manifestations constituted more than 20 % of the average score in patients with MPNs. The severity of GI symptoms was highest in patients with PM, although the total contribution of GI symptoms to the general condition of the patient was the highest in patients with ET. The severity and intensity of GI symptoms were not affected by presence of JAK2 V617F mutation.

## RESPIRATORY PATTERNS OF PREMATURE INFANTS WITH PERINATAL DISORDERS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

*Ndu Victory Chibuikem Munachimso*

*Scientific supervisor: Soloviova H.O., PhD  
Ukraine Medical Stomatological Academy  
Department of pediatrics #1 with propedeutics and neonatology  
Head of department – Tsvirenko S.M., PhD  
Poltava, Ukraine*

**Relevance.** Postnatal adaptation of the respiratory system of premature infants has significant features: breathing is irregular in depth, amplitude and frequency. Periodic respiratory arrest is more the rule than the exception.



**Aim of the research.** To study the features of the respiratory pattern of premature infants with perinatal disorders of CNS.

**Methods and materials.** The 59 premature infants with a gestational age of 29-33 weeks, were examined. The I group consisted of 26 premature infants with hypoxic-hemorrhagic disorders of CNS (intraventricular hemorrhages of I-II degree), the II group - 33 newborns with hypoxic-ischemic CNS lesions. At the age of 2-3 weeks, the ECG monitoring with recording of rheopneumogram was conducted for all babies («Cardiotechnics 04-8M», «Incart», St. Petersburg, Russia). The main advantage of this method of research is the ability to recording the heart rate and respiratory movements in the natural newborn's condition.

**Results.** The analysis of the indicators of the respiratory pattern revealed the presence of respiratory pauses of up to 10 seconds in all premature babies with a significant advantage in children of group I. Apnea from 10 to 20 seconds without clinical manifestations occurred in 95.4% of children of group I and 74.2% - group II. In quantitative terms, pauses of this duration were 7.3 times higher in infants with intraventricular hemorrhages of I-II degree. Apnea for more than 20 seconds was recorded only in neonates of group I and was accompanied with bradycardia, acrocyanosis, muscular hypotension, self-breathing resumed after tactile stimulation. An inverse correlation was found between gestational age and the number of apneas ( $r = -0.42$ ,  $p = 0.01$ ).

**Conclusions.** In all premature infants were determined by the periodic rhythm of respiration, which reflects the immaturity of the central mechanisms of regulation. The longest respiratory pauses, which were accompanied by clinical manifestations (bradycardia, acrocyanosis) occurred in premature infants with hypoxic-hemorrhagic lesions of the central nervous system, which allows collecting such children into a group with a high risk of life-threatening conditions.

## ALLERGIC RHINITIS

*Mohammad Sameer Zuhear*

*Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Relevance.** Rhinitis will be evoked by allergic stimuli, non-allergic triggers or each (mixed rhinitis). The underlying mechanism resulting in nasal symptoms so varies looking on the sort of redness. Allergic rhinitis (AR) solely happens in patients with a genetic predisposition to developing allergies. It's solely those patients with the innate ability to become supersensitized that develop symptoms. In these sensitive people, recurrent exposure to aeroallergens causes lymph cell activation and maturation into plasma cells, that turn out specific IgE antibodies. Activated mast cells unharness preformed aminoalkane and generate new synthesized leukotrienes, prostaglandins, kinins, and different compounds. The tip results of this negotiant unharness is a right away hypersensitivity with haptic sensation, sneezing, and congestion.

**The purpose of work.** Allergic redness is commonest cases seen by otolaryngologists. To bring awareness etiological risk factors and explanation of coryza. up our data of the prevalence of redness, potential risk factors and its associated age, geographical and temporal distribution. The aim of the present study was to research the medical specialty aspects, the identification and medical care of AR among consultants in Rhinology.

**Materials and methods.** A multicenter prospective empiric cross-sectional study assessed the visual analogue scale (VAS) within the management of AR in 990 patients consulting general practitioners for AR. Patients were classified per the four categories of ARIA. VAS, Rhinoconjunctivitis Quality of Life form (RQLQ) and total symptom score (TSS) for nasal and non-nasal symptoms were evaluated. VAS and syndrome measures were compared with RQLQ (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire).

**Results.** Delicate intermittent redness was diagnosed in two hundredth of patients, delicate persistent redness in terrorist organization, moderate/severe intermittent redness in V-day and moderate OR severe persistent redness in forty eighth. The presence of treatments failed to have an effect on VAS levels. each severity and period of redness had an effect on QoL and VAS levels. Ocular symptoms together with protective fold oedema and debility had a lot of impact on RQLQ than nasal obstruction and nasal itchiness. reflex and symptom failed to impact RQLQ.

**Conclusions.** The co-morbidities related to redness will have an additional negative impact on patients' prosperity. Treatment of redness needs that underlying triggers be known and if in any respect potential changed. Given the many effects of those symptoms on the patients' quality of life, creating an early identification of the illness is that the beginning to overcoming it.

## ASA-INDUCED GASTROPATHY IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

*Vijey, Sharayeva ML*

*Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Aim:** The analysis of the features of antithrombotic / anticoagulant therapy in cardiac patients with gastrointestinal bleeding in accordance with the most recognized scales of ischemic and hemorrhagic risks was provided.

**Materials and methods:** A total of 310 cases of acute ulcers in patients with drug-induced gastropathies were analyzed, which accounted for 14.6 - 16% of the total number of hospitalized with bleedings: in the stomach - 225, in the duodenum - 63, combined -22 acute ulcers, moderate bleeding (Forrest IIC-III). The average age of patients was 65.7 years, men - 67%. Previous ulcer history was found in 73% of patients, but only one in four started appropriate treatment.

**Results:** NSAID-associated gastropathy was detected in 40%, antithrombotic / anticoagulant - in 67% of cases. The frequency on ASA monotherapy was almost 77% of cases, that increased in dual therapy with clopidogrel from 8 to 12%, and indirect anticoagulants from 12 to 18%. The choice of drug and management of patients with atrial fibrillation (AF) did not always correspond to modern risk scales CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub> VASc and HASBLED, hemorrhagic risk 3 was not taken into account due to prescription in 41% of patients. ASA was prescribed in 59% of cases in patients with AF, and only 24% were warfarin and new oral anticoagulants. Gastro bleeding on warfarin occurred only in case of overdose or loss of control. 27% of patients with AF did not receive any thromboprophylaxis. Risk factors for the development of bleeding were: age over 75 years; ulcer history; the presence of Helicobacter pylori infection; concomitant pathology that required NSAIDs; double-triple use of warfarin, clopidogrel, ASA.

**Conclusion:** Gastropathies remain a source of major bleeding due to antiplatelet / anticoagulant therapy, which leads to adherence to treatment. Most AF patients with a high ischemic risk receive antiplatelet therapy or no therapy at all, new modern drugs are prescribed in isolated cases because of the cost of long-term use. AF patients with HAS-BLED  $\geq 3$  require monitoring of concomitant conditions and correction of modified risk factors. ASA-induced bleeding is also associated with misdiagnosis, non-compliance with gastroprotection, while the assessment of hemorrhagic risk was taken into account less than thromboembolic one.

---

ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ  
LINGUOCULTURAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

---

ТЕРМІНОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-КАРДІОЛОГА

*Заріцька О. О.*

*Науковий керівник: Лехніцька С. І.*

*Кафедра латинської мови*

*Завідувач кафедри: доцент Кісельова О. Г.*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Наявність потреби у дослідженні природи терміну, його змісту, аналізу термінологічних одиниць, способів словотворення для розуміння та запам'ятовування термінологічних одиниць, що функціонують у науковій сфері, передбачення властивостей явища тощо.

**Мета роботи.** Провести аналіз та опис термінів латинського та грецького походження, термінів-епонімів різного походження.

**Методи досліджень.** Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення

**Результати.** Серце людини (лат. cor humanum) – порожнистий фіброзно-м'язовий орган, що є частиною кровоносної системи. Кардіологія – клінічний розділ медицини, що вивчає серцево-судинну систему людини, будову, розвиток, фізіологію серця та судин, патологічні стани, захворювання, профілактику та лікування. Лікар-кардіолог – фахівець з кардіології.

Знання термінології допомагає визначити та зрозуміти локацію частин серця, наприклад, шарів, з яких воно складається: ендокард (лат. endocardium; endon – “всередині”; kardia – “серце”), міокард (лат. myocardium; μυος — м'яз, καρδία — серце). Як відомо, термінологія має вузьке поле використання - переважно наукова література та професійне застосування, тому деякі морфеми мають класифікаційне значення. Так, суфікси -іт-, (-ит-) використовуються для позначення запалення: ендокардит – запалення внутрішньої оболонки серця - ендокарду, міокардит – запалення серцевого м'яза – міокарда.

Крім того, існують певні діагностики захворювань та патологічних станів серцево-судинної системи. Наприклад, ЕКГ – електрокардіографія (електро – електронний, кардіо – серце, графо - пишу) – метод графічної реєстрації електричних явищ, які виникають у серцевому м'язі під час його діяльності. Ехокардіографія (грец. echo – відлуння, kardia – серце, graphus - пишу) – метод дослідження серця за допомогою ультразвуку.

В медичній термінології не обійшлося і без епонімів (буквально з грец. «той, що дав ім'я») – назва явища, структури тощо по імені людини, яка вперше виявила чи дослідила їх. Наприклад елементи провідної системи серця: пучки Гіса, волокна Пуркінє та хвороби: аневризм синуса Вальсальви, синдром Тауссіг — Бінга, тетрада Фалло названі на честь дослідників.

Поруч з хворобами завжди стоять засоби їх лікування. Назва препарату може містити таку інформацію, як показання, протипоказання, лікарська форма, спосіб застосування. Наприклад препарат аритміл, що містить аміодарону гідрохлорид, у своїй назві має корінь «ритм» та префікс «а», що свідчить про антиаритмічні властивості засобу.

Епонімічний компонент та латинська мова не обійшли стороною термінологію спеціальних хірургічних інструментів. Наприклад, затискач Сатінського, що використовують для короточасного перетискання судин з метою припинення кровотоку, ножиці Потта-Сміта тощо.

**Висновки.** Опанування термінології сприяє покращенню розуміння локалізації хвороби, її етимології, профілактики та способів лікування, що допомагає при вивченні спеціальних дисциплін, при встановленні міждисциплінарних зв'язків та систематизації наукових знань.

## ІСТОРИКО-ПРАГМАТИЧНИЙ АСПЕКТ ЛЕКСИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ СИСТЕМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

*Кісельова О.Г., Чала С.К.*

*Науковий керівник: завідувачка кафедри латинської мови, доцентка Кісельова О.Г.*

*Кафедра латинської мови*

*Завідувач кафедри: доцентка Кісельова О.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Розуміння витоків та еволюції фахової термінології, етапності формування термінологічного базису предметної галузі є важливими для забезпечення коректної взаємодії медичних фахівців. Лінгвокультурологічний аспект професійної діяльності, структурно-семантичні особливості медичної термінологічної лексики, лексична система дерматовенерологічних термінів і спеціалізовані поняття в області наукової та практичної діяльності виконують важливу роль оптимізації спілкування, інтернаціоналізації при проведенні багатоцентрових наукових досліджень. У зв'язку з розширенням практики оприлюднення результатів наукових досліджень вітчизняних фахівців у міжнародних профільних виданнях та запровадженням технологій дистанційного професійного консультування, набуває особливої важливості і значущості використання уніфікованої термінології, зокрема, задля забезпечення коректності прийняття клінічних рішень. Інтернаціоналізація, розширення наукових зв'язків, забезпечення взаєморозуміння при проведенні конференцій вимагає застосування історично сформованої термінологічної системи. Актуальним є проведення ґрунтовного аналізу історичних джерел походження фахової термінології та формування розуміння історико-прагматичного аспекту лексико-термінологічної системи дерматовенерології, теорії термінів, певних відмінностей різних медичних наукових шкіл, з метою оптимізації наукової комунікації та додаткового мотивування осіб, які здобувають медичну освіту. Значущим є усвідомлення, що розвиток дерматовенерології та формування відповідного термінологічного базису в світовій медицині відбувалося етапно – від примітивного емпіричного до сучасного наукового, зокрема, у стародавні та середні віки, вчення про шкірні та венеричні захворювання отримало розвиток в працях Гіппократа, Галена, Цельса, Авіценни у вигляді опису хвороб, які вони вперше спостерігали, діагностували та лікували.

**Мета роботи.** Дослідження історико-прагматичних аспектів термінів, коректності тлумачення оригінальної термінології греко-римського походження, з метою підвищення мотивації вивчення профільних дисциплін та сприяння покращенню якості міжнародної наукової комунікації фахівців в галузі дерматовенерології. Вивчення етапності адаптації історичної західноєвропейської фахової лексики до вітчизняної медичної термінологічної традиції.

**Матеріали і методи:** Дослідження номінативної функції та термінологічного фонду. Синонімія і полісемія термінів греко-римського походження. Аналіз історико-прагматичних аспектів професійних термінів.

**Результати.** Проведено історико-прагматичне дослідження оригінальної термінології греко-римського походження в фаховій термінологічній системі дерматовенерології та відповідної етапності лінгвокультурологічної адаптації до вітчизняної медичної термінологічної традиції.

**Висновки.** Обґрунтовано важливість застосування коректного уніфікованого термінологічного фонду дерматовенерологічного профілю з врахуванням історико-культурних особливостей. Єдина номенклатура термінів латинського походження є необхідним фактором оптимізації наукової комунікації та міжнародної взаємодії спеціалістів в галузі дерматовенерології.

## НОМІНАТИВНИЙ АСПЕКТ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОЇ ПАНДЕМІЇ В ІСТОРІЇ ЛЮДСТВА

*Попович Я.І.*

*Науковий керівник: к. філ. н., доц. Михайлова О.Г.*

*Кафедра загального мовознавства, класичної філології та неоелліністики*

*Завідувач кафедри: д. філ. н., проф. Голубовська І.О.*

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка  
м. Київ, Україна*

**Актуальність** обраної теми зумовлена історичною значущістю першої зафіксованої в історії людства пандемії, суспільним інтересом до цього виду масових захворювань, зокрема до сучасної пандемії, викликованої вірусом Covid-19.

**Мета роботи:** виявити закономірності та особливості способів номінації Юстиніанової чуми, джерела та стратегії метафоричної номінації.

**Матеріали і методи:** матеріали — лексикографічні джерела з латинської та давньогрецької мов, історіографію Прокопія Кесарійського «Про війни» («De bellis»), «Таємна історія» («Historia Arcana»), довідкові джерела про Юстиніанову чуму, інформація від ВООЗ.

Методи — описовий — для презентації отриманих результатів, зіставний — для виявлення спільного та відмінного з іншими епідеміями, а також лінгвокультурологічний аналіз — для виявлення метафоричних чи метонімічних номінативних одиниць в описах хвороби.

**Результати.** Пандемія (грец. παν — «увесь», δῆμος — «народ») — це розповсюдження хвороби у світовому масштабі. Наше дослідження присвячене аналізу проявів процесу та термінам, що пов'язані з першою пандемією в історії людства за правління візантійського імператора Юстиніана (542 р. н.е.), отже отримала назву Юстиніанова чума (pestis Justiniana). Рівень смертності, як визначають сучасні дослідники, коливався від 10 до 50 млн людей. Як пише Прокопій Кесарійський: Ὑπὸ δὲ τοῦς χρόνους τούτους λοῦμος γέγονεν, ἐξ οὗ δὴ ἅπαντα ὀλίγου ἐδέησε τὰ ἀνθρώπεια ἐξίτηλα εἶναι — У той час почалася чума, через яку усе людство мало не вимерло. Отже ця пандемія спричинила значну депопуляцію, а потім, як вважає англійський дослідник Чарльз Крейтон, стала поштовхом до періоду темних віків.

Прокопій Кесарійський називає хворобу λοῦμος, тобто «чума». Вживання терміна «Юстиніанова» має хронологічне пояснення, а також існує версія, що на чуму захворів і сам імператор. Підтвердження ми також знаходимо у «Таємній історії» Прокопія (4.1): βασιλεῖ δὲ Ἰουστινιανῷ χαλεπώτατα νοσῆσαι — імператор Юстиніан важко захворів.

Юстиніанову чуму (лат. *Pestis justiniana*) спричинив збудник *Yersinia pestis*, який належить до родини Enterobacteriaceae, роду *Yersinia*. Рід отримав назву на честь науковця, який його відкрив — Олександра Єрсена (фр. *Alexandre Emile Jean Yersin*). Номенклатурна назва є епонімом, такий вид номінації є досить частотним у медицині. Порівняємо з іншими збудниками масових хвороб — *Mycobacterium tuberculosis*, яка раніше мала назву «паличка Коха», на честь *Роберта Коха*. На честь американського ветеринарного хірурга *Данієля Елмера Сальмона* утворили родову назву бактерій *Salmonella*.

Збудник коронавірусної хвороби (SARS-CoV-2 — Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) теж має метафоричну номінацію. Назва «коронавірус» походить від *corōna* («вінець або корона»), що, своєю чергою, пішло від *κορώνη* («щось вигнуте, загострене на кінці»). Метафорична назва мотивована зовнішньою подібністю вірусу з короною.

Окрім номенклатурної назви збудника чуми *Yersinia pestis*, чума має також такі латинські назви:

*Pestilentia* — іменник, утворений шляхом поєднання двох основ, що походять від іменника *pestis, is* «чума» та суфіксоїда *-ilentus* «переповнений чимось».

*Atra mors* «чорна смерть» — атрибутивне словосполучення, що складається з іменника *mors, tis f i* прикметника жін. р. *atra* («чорний», «темний», «зловісний»).

Метафорична назва спирається на кольорові асоціації зі смертю, та тим, який вигляд мали трупи уражених чумою. Синонімічною є назва *atra lues* «чорна пошесть». Іменник *lues, is* — синонім *pestis, is*. Перше значення *lues, is* — «рідина, що розтікається, бруд», вказує на його словотвірний зв'язок з *lutum, i* — «глина, бруд», що походить від *luto* — «мазати брудом, глиною».

Синонімічною назвою чуми є також *mors nigra*, де у якості означення вживається *nigra* «чорна». Українською словосполучення з іменником *mors, tis f* «смерть» перекладаються як «моровиця».

Переносником бактерії-збудниці Юстиніанової чуми є блоха *Xenopsylla cheopis*, яка паразитує на щурах і мишах. Родова назва *Xenopsylla* походить від слів *ξένος* «чужий» + *ψύλλα* «блоха». Видовий епітет *cheopis* — форма родового відмінка латинського іменника *Cheops* (ім'я фараона Хеопса). Прокопій Кесарійський також зауважує, що епідемія була вперше виявлена у Єгипті у 541 році.

**Висновки.** Застосування клінічного терміну *πανδημία*, що у буквальному перекладі означає захворюваність «усіх людей» до Юстиніанової чуми є своєрідною гіперболою. Так, вона вважається першою зафіксованою в історії людства пандемією, але, на відміну від пандемії коронавірусу, не поширювалася за межі європейського континенту, хоча хвороба дісталася від Єгипту до Альп і сучасної Баварії.

Сучасна пандемія коронавірусу за рік охопила майже увесь світ. Подібні темпи поширення хвороби пояснюється рівнем розвитку сучасного суспільства та масовими його міграціями. Якщо в добу Юстиніана хвороба поширилася через судноплавство, то зараз ми може пересуватися на великі відстані як морським, так і наземним або повітряним шляхом. Це позначилося на масштабах хвороби — коронавірус з грудня 2019 року уже забрав більше мільйона людей, що складає 2,9 % населення. Для порівняння Юстиніанова чума, за приблизними оцінками, за 8 років забрала з собою від 50 до 100 млн життів.

## ТЕРМІНОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТА

Татьянич-Радківська Тетяна

Науковий керівник: Лехніцька С. І., к.філол.н., доцент  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Кафедра латинської мови  
Завідувач кафедри: Кісельова О.Г., доцент  
Київ, Україна

**Актуальність:** існує необхідність дослідження термінологічного забезпечення професійної діяльності фармацевта, принципів формування і будови термінологічних одиниць, що зумовлено потребою засвоєння термінів, що є необхідним для професійної вербалізації майбутнього фахівця.

**Мета:** провести лексико-семантичний аналіз термінологічних одиниць.

**Методи:** класифікаційний, описовий, зіставний.

**Матеріали:** Латинська мова і медична термінологія (практикум) // Кісельова О.Г., Лехніцька С.І., Шпінта Г.М., Малунова Г.Д. – Київ: «Книга-плюс», 2016. – 376с. Лехніцька С. І. Епонімічний і топонімічний компоненти у фармацевтичній термінології і номенклатурі / С. І. Лехніцька // *Studia linguistica* : [зб. наук. пр.]. – К. : ВПЦ «Київський університет», 2013. – Вип. 7. – С. 443–448.

Результати: Латинська мова як мова міжнародної наукової термінології зберігає свою актуальність і сьогодні. Як матеріал для утворення наукової термінології використовується латинська мова в усіх галузях науки і техніки. Зокрема, поширення набули такі терміни як *norma, forma, factum, processus, progressus, effectus, deffectus, plus, minus*. Найбільший пласт використання латинськомовного матеріалу ми знаходимо в медицині і фармацевтиці. Слід також звернути увагу на грецький субстрат, представлений в фармацевтичній термінології, адже медицина античного світу, потрапивши на римський ґрунт, зберегла чималий пласт грецьких термінів. Зокрема у практичній своїй діяльності фармацевт зустрічається з низкою термінів, у склад яких входить грецький терміоеlement *pharmas-*, що має значення ліки. Зокрема, даний терміоеlement увійшов у ряд сучасних фармацевтичних термінів, а саме, *фармакогенетика, фармакоеконіміка, фармакодинаміка, фармакокінетика, фармакоінформатика*, що свідчить про розвиток і зростання ролі фармацевтичної науки у суспільстві. Ще одним найбільш вживаним терміоеlementом грецького походження є терміоеlement *phyt-*, що має значення рослина. Зокрема, даний терміоеlement представлений в таких термінах як *фітобіологія, фітогени, фітоліти, фітологія, фітофаги, фітотерапія, фітогормони, фітотрон, фітонциди* і т.д. Також широкого використання набув терміоеlement грецького походження *bio-* що має значення життя, наприклад, *біоз, біосфера, біогенез, біокібернетика, антибіотики* і т.д. Грецькі терміоеlementи набувають словотвірної мобільності і стають засобами творення не лише нових термінів медичного спрямування, а й термінів дотичних галузей і поступово переходячи в побутову сферу.

Таким чином, можна зробити **висновок**, що майбутньому фармацевту необхідно опанувати поряд з латинським лексичним матеріалом також і лексичний субстрат грецького походження, що сприятиме засвоєнню і розумінню практично зорієнтованих дисциплін на старших курсах, зокрема, фармакології, фармакогнозії, фармакотерапії, фармацевтичної ботаніки, технології ліків, комп'ютерного моделювання у фармацевтиці, фармакотерапії з фармакокінетикою, і сприятиме формуванню фахово грамотного спеціаліста у галузі «Фармація, промислова фармація».

## ІСТОРИКО-ПРАГМАТИЧНИЙ АСПЕКТ ДЕЯКИХ ПЕДІАТРИЧНИХ ТЕРМІНІВ НА МАТЕРІАЛІ «MORS SUBITA INFANTUM»

Холоша О.О.

Науковий керівник: доцент Кісельова О.Г.  
Кафедра латинської мови  
Завідувач: доцент Кісельова О.Г.  
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця  
м.Київ, Україна

**Актуальність.** Питання запобігання синдрому *mors subita infantum* не втрачає актуальності протягом століть. Наразі науковці в сфері медицини та фармакології, а також практикуючі лікарі не змогли встановити точні причини виникнення цього захворювання та знайти вирішення проблеми.

У більшості економічно розвинутих країнах СРДС займає 3-є місце серед причин постнеонатальної малюкової смертності.

**Мета роботи.** Дослідити структуру й історію виникнення назви синдрому, а також хронологію наукових досліджень СРДС; порівняти українську, європейську та американську школи в контексті наукових робіт на тему СРДС та запобігання цієї патології.

**Методи.** Методи дослідження – опис, аналіз, узагальнення.

**Результати.** Проведено дослідження щодо походження терміну «*mors subita infantum*», його перші згадки; дослідила гіпотези виникнення СРДС та статистику; порівняла українську, європейську та медичні школи на основі наукових робіт на тему СРДС.

**Висновки.** Проаналізувавши статистичні дані, ряд наукових статей та дисертацій, можна зробити висновок, що увесь науковий світ перебуває в активному пошуці причин виникнення синдрому раптової дитячої смерті. Точної статистики щодо СРДС немає через малу кількість досліджень етіології патології та відмови батьків щодо проведення аутопсії немовлят. Дискусії щодо причин патології ведуться з давніх часів, але тенденції до зниження кількості раптових дитячих смертей не спостерігається. Причиною цьому слугує дефіцит сучасного медичного обладнання та патологоанатомічних досліджень. Також актуальною проблемою є необізнаність батьків щодо небезпеки виникнення СРДС.

Найбільше досліджень проведено в Америці та Німеччині. В Україні вчені схиляються до думки, що СРДС викликається переважно задушенням у колисці та інфекціями. У Америці та Європі розвиваються теорії порушення вироблення серотоніну та генетичних мутацій. Німеччина більше схиляється до теорії патології стовбура мозку та ботулізму. Водночас вчені доводять, що СРДС викликає не одна, а декілька комбінованих причин.

---

**МЕДИЧНА, БІОЛОГІЧНА ХІМІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ**  
**MEDICAL, BIOLOGICAL CHEMISTRY AND CLINICAL PHARMACOLOGY**

---

**ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ENOSE  
У МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ**

*Биченко Н.В., Чичеріна Д.Г., Ситник І.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. М.В. Хайтович  
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації  
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Хайтович М.В.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Сьогодні перед сучасною медициною постає цілий ряд складних проблем, серед яких є вчасна діагностика захворювань. Ідентифікація, контроль якості та класифікація лікарських речовин досить важливе питання фармації, що також потребує рішення. Все вище зазначене вказує на те, що зростає потреба у використанні нових та сучасних пристроїв. Постає інтерес до технологічного обладнання, яке використовує речовини-маркери для швидкої діагностики хвороб та виявлення лікарського засобу в організмі людини. Для сфери охорони здоров'я застосування Електронного носу (eNose) має перспективний характер, замінивши застарілі та дорогі методи хімічного аналізу. Незалежні дослідження продемонстрували можливість підготовки класифікаторів машинного навчання з технологією eNose для розмежування позитивних та COVID-19 негативних осіб на основі аналізу летких органічних сполук (ЛОС).

**Мета роботи** полягала у порівнянні методів ідентифікації летких органічних сполук лікарських засобів.

**Методи дослідження.** Для аналізу були опрацьовані матеріали баз даних PubMed, ScienceDirect, а також наукових видань The Lancet, American Chemical Society, Sensors, The Italian Association of Chemical Engineering.

**Результати дослідження.** Використання новітніх технологій, а саме eNose, є досить інформативним для виявлення низки захворювань, контролювання якості лікарських препаратів та для їх ідентифікації. На сьогоднішній день для їх визначення в фармацевтичних препаратах використовують різні аналітичні методи, зокрема титриметричні, втрата в масі при висушуванні, хроматографічні, термічні методи та спектроскопія ядерного магнітного резонансу. Варто зазначити, що більшість цих методів є дорогими та досить громіздкими. На відміну від іншого обладнання, технологія eNose дозволяє визначити суміші ЛОС. Можливість використання eNose значно спрощує хімічний аналіз в цілому. Основний принцип роботи eNose – це сорбція парів ЛОС сорбентом (плівки, які чутливі до даних речовин). Токсичні ЛОС часто виникають при технологічному виробництві лікарських засобів (ЛЗ). Зокрема, таким способом можна ідентифікувати домішки канцерогенних N-нітрозоамінів у ЛЗ (сартани, тетрациклінові антибіотики). Технологія eNose також може бути використана і для ідентифікації летких метаболітів ЛЗ у біологічних рідинах, зокрема при передозуванні трициклічними антидепресантами (амітриптилін – 10-гідроксиамітриптилін, 10-гідроксінортриптилін; іміпрамін), протисудомними ЛЗ (діазепам – дезалкілфлуразепам; хлордіазепоксид; фенітоїн), барбітуратами (гідроксифенобарбітал) тощо.

**Висновок.** Електронний ніс вже посів значне місце серед сучасних нано-технологій і продовжує безперервно розвиватися. Завдяки великому потенціалу у детекції ЛОС у біологічних рідинах, дана технологія потребує подальшого впровадження у дослідженнях в області клінічної фармакології, токсикології та доказової медицини.



**ЗАСТОСУВАННЯ «ЕЛЕКТРОННОГО НОСУ» В КЛІНІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ***Галака К.О.*

*Науковий керівник: ас. Ситник І.М.  
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації  
Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Хайтович М.В.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** На даний момент, для клінічної діагностики, зокрема шлунково-кишкових захворювань, застосовують інвазивні медичні процедури, які викликають у пацієнтів стрес, тривогу та біль. Ці методи часто дорогі, трудомісткі та вимагають складних інструментів хімічного аналізу та вдосконалених модельних процедур для досягнення діагностичних інтерпретацій. Дихання, яке видихається людиною, містить суміш понад 3000 летких органічних речовин, саме тому технологія електронного носа може мати медичне застосування хворими пацієнтами, дітьми та людьми похилого віку.

**Мета.** Провести огляд літератури щодо застосування електронної технології носа у клінічній діагностиці.

**Результати.** Електронний ніс - електронний прилад, призначений для визначення запахів або присмаків. Він забезпечує простий і недорогий спосіб аналізу зразків газу. Аналіз дихання за допомогою електронної технології носа - це неінвазивна техніка відбору зразків, безболісна, недорога, яка може бути легко виконана. Електронний ніс може бути використаний для виявлення раку легень, аналізуючи повітря, що видихається людиною, виявляє в повітрі органічні сполуки. Також цей прилад може бути використаний для діагностики широкого кола захворювань шлунково-кишкового тракту шляхом колективного аналізу метаболітів летких органічних сполук у клінічних зразках для отримання специфічних захворювань. Профілі летких органічних сполук включає ідентифікацію та кількісну оцінку летких метаболітів захворювання.

**Висновок.** На даний момент запропоновано новий діагностичний підхід, який поєднує використання інструментів електронного носа для раннього швидкого профілактичного скринінгу захворювань із цілеспрямованою ідентифікацією відомих біомаркерів хвороби, щоб отримати дешевші, швидші та надійніші результати діагностики. Узагальнено деякі пріоритетні майбутні потреби у дослідженні та координацію щодо впровадження інструментів електронного носа у звичайну клінічну практику.

**ВЛИВ ІНГІБИТОРУ АКТИВАЦІЇ ЯДЕРНОГО ФАКТОРУ КВ НА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС В СЛІЗНИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ***Маціцька Є.К.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Микитенко А.О.  
Кафедра біологічної та біоорганічної хімії  
Завідувач кафедри: д.мед.н. професор Непорода К.С.  
Українська медична стоматологічна академія  
м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** За даними американських та європейських вчених поширеність «синдрому сухого ока» у світі складає від 9 до 18% і має різноманітну етіологію та механізми розвитку. Однією з причин виникнення цієї патології може бути загальний адаптаційний синдром. Оскільки поширеність стресу в сучасному світі висока, то пошук шляхів та засобів корекції оксидативного стресу в слізних залозах є актуальною проблемою. Останні дані досліджень свідчать про важливу роль ядерного фактору кВ у виникненні «синдрому сухого ока». Перспективними засобами впливу на ядерний фактор кВ є застосування специфічних та неспецифічних інгібіторів його активації.

**Мета роботи.** Встановити вплив інгібітору ядерного фактору кВ на вільно-радикальні процеси в слізних залозах щурів за умов загального адаптаційного синдрому.

Методи дослідження. Експерименти виконані на 24 статевозрілих щурах-самцях масою 190-240 г. Тварин розділили на 4 групи. В I групі - інтактні тварини (n = 6), у II групі - тварини (n = 6), яким вводили 2 N,N-Диметил іміддікарбоіміддіаміду гідрохлориду (інгібітор активації NF-кВ) в дозі 200 мг/кг внутрішньошлунково. У III групі - тварини, яким моделювали стрес-синдром (n = 6) шляхом щоденного протягом 10 діб тримання над водою експозицією 1 годину (К. Yamamoto, 2012) і IV група - тварини, яким проводили корекцію стрес-

синдрому 2 N,N-Диметил іміддікарбоіміддіаміду гідрохлориду в дозі 200 мг/кг внутрішньошлунково через 1 день. Умови утримання тварин стандартні. Виведення тварин з експерименту проводилося шляхом кровопускання під тіопенталовим наркозом. Об'єктом дослідження були органи, які відображають розвиток та тяжкість стрес-синдрому і слізни залози, в яких визначали активність каталази (Короліук М.А., 1988), супероксиддисмутази (СОД) (Брусів О.С., 1976), концентрацію малонового діальдегіду (МДА) (Жерар Моньє, 1998) і продукцію супероксидного аніон-радикалу (Єлінська А.Н., 2019). Під час експериментів виконували рекомендації «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1986). Статистичну обробку здійснювали, використовуючи непараметричний метод - тест Мана-Вітні.

**Результати.** Моделювання загального адаптаційного синдрому у тварин призвело до зниження продукції супероксидного аніон-радикалу у 1,59 рази на тлі підвищення активності каталази в 1,97 рази, СОД в 1,93 рази та підвищення концентрації МДА в 1,28 рази в слізних залозах щурів у порівнянні з інтактними тваринами ( $p < 0,05$ ). Інгібування активності ядерного фактору кВ тваринам із загальним адаптаційним синдромом призвело до підвищення продукції супероксидного аніон-радикалу в 1,22 рази у порівнянні з групою тварин, яким моделювали стрес-синдром і зниження продукції супероксидного аніон-радикалу в 1,3 рази порівняно з інтактними тваринами ( $p < 0,05$ ). У інтактних тварин введення інгібітору активації ядерного фактору кВ призвело до зниження продукції супероксидного аніон-радикалу в 1,24 рази порівняно з інтактною групою тварин ( $p < 0,05$ ). Введення інгібітору активації ядерного фактору кВ групі тварин зі стрес-синдромом знизило активність каталази в 1,47 рази порівняно з тваринами, яким моделювали загальний адаптаційний синдром ( $p < 0,05$ ). Активність СОД в слізних залозах щурів, яким вводили інгібітор активації ядерного фактору кВ на фоні стрес-синдрому, підвищувалась в 1,53 рази порівняно з інтактними щурами ( $p < 0,05$ ). Концентрація МДА в слізних залозах щурів, яким моделювали стрес-синдром та вводили інгібітор активації ядерного фактору кВ, знизилася в 1,35 рази порівняно з тваринами, яким моделювали загальний адаптаційний синдром ( $p < 0,05$ ). Введення інгібітору активації ядерного фактору кВ інтактним тваринам знизило продукцію супероксидного аніон-радикалу в 1,24 рази, активність каталази в 1,91 рази та концентрацію МДА в 1,13 рази порівняно з групою інтактних тварин ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Загальний адаптаційний синдром посилює процеси перекисного окиснення ліпідів в слізних залозах щурів. Інгібітор ядерного фактору кВ 2 N,N-Диметил іміддікарбоіміддіамід гідрохлорид ефективно знижує процеси перекисного окиснення ліпідів в слізних залозах щурів за умов моделювання загального адаптаційного синдрому.

## РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНА UGT 1A1 В ПАТОЛОГІЇ ЛЮДИНИ

*Турчак Д.В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Хайтович М.В.  
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Хайтович М.В.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Більшість спадково обумовлених захворювань обміну речовин (вроджених дефектів метаболізму) викликані мутаціями в генах, що кодують ферменти метаболізму. Дефіцит ферменту або його недостатня активність призводять до накопичення субстрату або метаболітів. Відомо, що УДФ-Глюкуронілтрансфераза (UGT) 1A1 людини є ферментом, який детоксифікує нейротоксичний білірубін шляхом кон'югації його з глюкуроною кислотою, а також відіграє ключову роль у детоксикації та екскреції ендогенних та екзогенних ліпофільних сполук, переважно у печінці та шлунково-кишковому тракті.

**Мета роботи.** Встановити сучасний стан уявлень про роль поліморфізмів гена UGT 1A1 в патології людини.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз даних літератури (база PubMed) за ключовими словами «UGT 1A1», «gene polymorphism», «disease».

**Результати.** Доведено, що мутація UGT 1A1 асоційована із гіпербілірубінемією при синдромі Жильбера (СЖ) та синдромі Криглера-Найара. Так СЖ - одне з генетично обумовлених захворювань, що успадковується аутосомно-рецесивно і зустрічається у 3-9% європейців, проявляється підвищенням рівня непрямого білірубину крові, жовтяницею шкіри і слизових оболонок, болями в животі, а також диспепсією і астеновегетативним синдромом. Захворювання стартує у підлітковому віці частіше у хлопчиків і

характеризується тривалим хвилеподібним перебігом, загострення провокуються екзо- і ендогенними факторами. В основі захворювання лежить порушення кон'югації білірубину внаслідок недостатності ферменту UGT 1A1 в печінці. Генетичний дефект, який призводить до розвитку СЖ, картований на 2-й хромосомі в локусі q37. Описано генетичний поліморфізм промотора даного гена у пацієнтів із СЖ, найбільш часто (ТА)7ТАА. У гетерозиготних носіїв захворювання, як правило, не розвивається, проте непрямий білірубін знаходиться на верхній межі норми або незначно підвищений. Серед ускладнень гіпербілірубінемії при СЖ – розвиток жовчокам'яної хвороби у дітей та підлітків. Порушення метаболізму ряду лікарських засобів (наприклад, парацетамолу, іринотекану або елвітегравіру) у пацієнтів із СЖ може асоціюватись із частими несприятливими побічними ефектами фармакотерапії.

Крім СЖ мутації гена UGT 1A1 можуть асоціюватись із іншими захворюваннями або більш тяжким перебігом гіпербілірубінемії (мутації G71R та 3279T>G), наприклад у новонароджених та пацієнтів із гепатитом С.

Останні епідеміологічні дослідження показали, що легка гіпербілірубінемія є засобом профілактики серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу та метаболічного синдрому. Встановлено, що навіть незначне, мікромольне збільшення концентрації білірубину в сироватці крові істотно знижує ризик опосередкованих оксидативним стресом захворювань.

**Висновки.** Таким чином мутації гена UGT 1A1 можуть асоціюватись із доброякісною гіпербілірубінемією (синдром Жильбера), так і обумовлювати виражену гіпербілірубінемію новонароджених, ускладнювати перебіг гепатитів, спричиняти жовчокам'яну хворобу у дітей, порушувати метаболізм лікарських засобів. Помірна гіпербілірубінемія може розглядатись як протекторний вплив щодо розвитку кардіометаболічних захворювань та цукрового діабету 2 типу.

## UNRESOLVED ISSUE OF INSULIN SIGNAL TRANSDUCTION AND THE EXISTANCE OF A SECOND MESSENGER

*Elimam Eman.O*

*Supervisor: K. A. Nizheradze, Associate Professor, PhD  
Department of Bioorganic and Biological chemistry  
Head of the department: L.V. Hayova, Professor, MD  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Relevance:** Insulin is an anabolic hormone involved in regulation of the metabolism of carbohydrates, lipids, proteins and nucleic acids. Though the mechanism of insulin binding to the specific membrane receptor of the target cells was discovered in the late 20th century, the process of triggering intracellular signaling that occurs after the binding of insulin and activating receptor tyrosine kinase domains is still unclear. The presence of a second messenger for insulin is supposed, however, its nature and properties are unknown.

**Purpose of work:** To carry out the analysis of existing reviews and research articles regarding signal transduction of insulin, and to make comparison of the previous concepts and a modern state of the art regarding the mechanism of insulin action on intracellular processes.

**Research and methods:** The databases of biomedical peer-reviewing articles, related to the subject under study, were searched on-line. Relevant literature data were extracted, studied and critically analyzed.

**Results:** Insulin binds to its specific receptor, which is heterotetrameric in structure (contains two  $\alpha$ - and two  $\beta$ -subunits). Thereafter, the next stage in transduction of the signal inside the cell is the phosphorylation of insulin receptor substrate proteins (IRS family of cytoplasmic adaptor proteins), which are connected with the activation of downstream effectors of metabolic processes. Certain glycolipid derivatives were suggested to be the second messengers, but these hypotheses were not confirmed sufficiently by experimental data. Other cellular signaling molecules were also supposed to be associated with insulin transduction, however, not as a specific second messenger, but as a signal amplifier.

**Conclusion:** Existing literature data are unable to give a complete answer about the question of insulin signal transduction and the properties of possible second messenger inside the target cells. It is supposed that the messenger, responsible for such a delivery of signal, exists - but the corresponding substance is not revealed yet. Therefore, comprehensive study of the mechanism of insulin signal transduction is necessary in the future.

**ОФТАЛЬМОЛОГИЯ  
OPHTHALMOLOGY**

---

**ЛАЗЕР В ОФТАЛЬМОЛОГИИ,  
ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО  
ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАН ЗРЕНИЯ**

*Ар-Рияби Зияд*

*Научный руководитель: к.мед.н., доцент Скрипниченко И.Д.*

*Кафедра офтальмологии*

*Заведующий кафедрой: д.мед.н., профессор Жабоедов Д.Г.*

*Институт последипломного образования НМУ имени А.А. Богомольца  
г. Киев, Украина*

**Актуальность.** Лазер является высокоэнергетическим индуцированным (вынужденным) излучением, иначе может быть очень опасным для здоровья глаза при не правильном использовании и пренебрежении правилами техники безопасности обращение с лазером.

В современной медицине лазерный метод лечения занимает ведущее место в офтальмологии, и с каждым годом развивается методика лечения лазером, так как по сравнению с хирургическими методами, является щадящим, наиболее эффективным, бескровным, высокоточным, менее травматичным безболезненным методом лечения. Первой отраслью медицины, в которой применили лазер, была офтальмология.

На данный момент лазерная методика используется в лечении разных патологий органа зрения таких как диабетическая ретинопатия, периферические хориоретинальные дистрофии, глаукома, хориоидальная неоваскуляризация, нарушения рефракции и др.

Перед поставленными задачами было разработанные направления использование лазера в офтальмологии:

1. Лазеркоагуляция
2. Фотодеструкция
3. Фотоиспарение и фотоинцизия
4. Фотоабляция (фотодекомпозиция)
5. Лазерстимуляция.

**Цель.** Ознакомиться, проанализировать, оценить риски использования разных методов лазерного лечение глаза и опасность лазера для органа зрения.

**Методы.** Поиск научных статей в PubMed, Science Direct за период 1999-2020 годы. Проанализированы 12 статей, включая рандомизированные, открытые исследования.

Проанализировал клинический случай развития у пациента эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы после лазеркоагуляции.

**Результаты.** Лазер является очень эффективным методом лечение сложных офтальмологических патологий и хорошо справляется с поставленной задачей по сравнению с фармакологическими и хирургическими методами, не уступая традиционным методам в точности, доступе и неинвазивности.

Все направления использования лазеров в офтальмологии относятся к хирургическим, а лазерстимуляция — к терапевтическим методам лечения, что означает, что метод лазерстимуляции абсолютно безопасный, что нельзя сказать про остальные методы, которые могут привести к осложнениям (макулопатия, эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы, индуцированный кератоконус, повышение светочувствительности и др.) при не корректной хирургии

**Вывод.** Казерная хирургия остается методом выбора для определенных патологий глаза, не смотря на недостатки имеет много преимуществ, тенденцию к развитию и усовершенствованию методики влияние высокоэнергетического лазерного излучения.

Действия низкоэнергетического лазерного излучения доказало свою эффективность в терапевтических и профилактических направлениях, подтвердив абсолютную безопасность при соблюдении кратности и интервала лазерстимуляции.

**КОМПЛАЄНС ЯК СКЛАДОВА УСПІХУ В ЗУПИНЕННІ ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМИ***Пальчуковська М.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І. Д.  
Кафедра офтальмології  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Згідно даних ВООЗ, глаукома є другою провідною причиною сліпоти у світі після катаракти. У середньому 3% (близько 70 млн. осіб) населення страждає на це захворювання. Щорічно реєструється близько 600 тис. нових випадків сліпоти від глаукоми. В Україні рівень інвалідності від даної патології за останні 20 років збільшився вдвічі.

Глаукома є складним захворюванням. Важливе значення у боротьбі з глаукомою займає інформованість людей про це захворювання, своєчасний початок лікування та правильно підібрана терапія. Суттєвою складовою боротьби з глаукомою є самосвідомість пацієнтів, щодо абсолютного дотримання призначеного лікування – комплаєнс. Отож, прагнення пацієнтів до лікування разом з правильно підбраною терапією має велике значення в зупиненні прогресування даного патологічного процесу.

**Мета.** Проаналізувати комплаєнс пацієнтів з глаукомою.

**Матеріали і методи.** З метою дослідження було складено анкету в якій було 8 запитань, що відображають комплаєнтність. Відповіді на питання 1-7 давались у форматі «так/ні». На 8 запитання було 5 варіантів відповіді: «ніколи, час від часу, інколи, зазвичай, завжди». За кожне «ні» або «ніколи» пацієнт отримує 1 бал. При відповіді на 5 запитання «так» теж отримує 1 бал. Отже, висока прихильність у пацієнтів, які отримали 8 балів, середня - 7-6 балів, низька - <6 балів.

Всього було проанкетовано 50 пацієнтів, віком від 60-87 років. Серед них 30 жінок і 20 чоловіків, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу первинної відкритокутової глаукоми (ПВКГ) і первинної закритокутової глаукоми (ПЗКГ) у Київській міській клінічній лікарні № 9.

Результати. Більшість проанкетованих пацієнтів має високий показник прихильності до лікування 56 % (28 осіб), середній – 26 % (13 осіб), низький - 18 % (9 осіб). Середнє значення прихильності серед усіх опитаних- 7,3, що відповідає середньому показнику. Серед пацієнтів з високим показником (56%) переважають жінки – 53 % (15 осіб), що підтверджують дані в іншій літературі [1], відсоток чоловіків – 47 % (13 осіб). Однак, показник середнього комплаєнсу у жінок - 7,17, а у чоловіків - 7,5. Отож, середня комплаєнтність більша у чоловіків на 4,54 %.

**Висновки.**

1. Отже, 56% проанкетованих пацієнтів мають високий показник комплаєнсу.
2. Більша прихильність у лікуванні відзначається у чоловіків. Середня комплаєнтність на 4,54% більше ніж у жінок.
3. Все ж, 18% проанкетованих мають низьку прихильність до, що вказує на недостатню інформованість пацієнтів щодо глаукоми та необхідність додаткового роз'яснення їм наслідків цього захворювання. Також, важливість самосвідомості пацієнтів, щодо абсолютного дотримання призначеного лікування разом з правильно підбраною терапією для зупинки прогресування даного захворювання.

**ВИКОРИСТАННЯ ГЕНОМНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ СІТКІВКИ***Москалець І.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.  
Кафедра офтальмології  
Завідувач кафедри д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Не дивлячись на те, що геномна інженерія та генна терапія досить активно розвивається в інших галузях медицини, особливої популярності вони набули в офтальмології останнім часом. Наразі досліджується лікування захворювань сітківки.

Око має кілька анатомічних і патофізіологічних особливостей, завдяки чому є ідеальною моделлю для досліджень в області геномної інженерії та генної терапії:

1. Анатомічна доступність для маніпуляцій.
2. Око це парний орган, воно є ідеальною моделлю для проведення контролю ефективності лікування.
3. Наявність неінвазивних методів дослідження для оцінки результатів лікування (оптична когерентна томографія, офтальмоскопія, електроретинографія).
4. Око має гематофтальмічний бар'єр, тому антигенпрезентуючі та імуномоделюючі фактори мають менший вплив.
5. Переважна більшість спадкового форм сліпоти спричинені різними мутаціями одного гену. Ця генетична неоднорідність дає дослідникам унікальну можливість орієнтуватися на широкий діапазон генів для корекції, навіть у межах однієї хвороби.

**Мета.** Проаналізувати наукову літературу можливості використання геномної інженерії та генної терапії для лікування різноманітних захворювань сітківки.

**Методи.** Пошук наукових статей в Web Of Science, PubMed, Science Direct за період 1999-2020 роки. Проаналізовано 15 статей, включаючи рандомізовані, відкриті, мультицентрові дослідження.

**Результати.** В порівнянні з фармакологічними засобами, генна терапія має потенційні переваги у вигляді довготривалого ефекту і можливості для терапії, що спрямована на клітини, наприклад у вигляді промоторів, специфічних для клітин. Генна терапія доставляє ген як препарат, є менш точною, але більш традиційною альтернативою геномній хірургії (ZFN, TALEN и CRISPR). Наразі ведуться II, III фази клінічних досліджень можливості використання векторів генної доставки для лікування амаврозу Лебера 2 типу, хвороби Штадгарта, хоріодемії, ахроматопсії.

Водночас генна терапія має недоліки, адже є обмеження у використанні в основному для рецесивних спадкових захворювань сітківки. Домінантні спадкові захворювання сітківки можуть лікуватися завдяки методиці інактивзації мутантного протеїну і видаленню мутантного гену на рівні ДНК, наприклад використання методики CRISPR-Cas (Clustered regularly interspaced short palindromic repeats). Технологія CRISPR-Cas показала успіх при використанні її у тварин. Зараз ведуться дослідження с приводу можливості використання її для лікування вікової макулодистрофії, амаврозу Лебера 10 типу, пігментного ретиніту.

**Висновок.** Геномна інженерія та генна терапія є перспективними напрямками лікування різноманітних захворювань сітківки.

## COMPARISON OF EFFICIENCY OF DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY

*Demydenko A. E.*

*Supervisor: Ph.D. in Medicine, Assistant Garkava N. A.*

*Department of ophthalmology*

*Head of the department: Ph.D. in Medicine, Docent (Assistant Professor), Klopotska N. G.*

*State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy" of the Ministry of Health of Ukraine*

**Actuality.** Anti-VEGF therapy is a primary method of treatment of proliferative diabetic retinopathy(PDR) with surgical methods and control of blood glucose level and blood pressure in the USA, Europe and Asia. The correct method of treatment significantly affects PDR disease progression rates.

**Purpose.** To analyse the efficiency of various treatment methods of PDR therapy, to offer the most effective method of treatment and to identify the features of the clinical course of PDR.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of the clinical efficacy of one treatment method of PDR.

**Results.** 18 clinical studies were analyzed, which allowed to conclude that the main type of treatment is anti-VEGF therapy, which accounted for 28%, and the combination of vitrectome with anti-VEGF therapy, which was 22%. Among all treated patients with PDR 35% were women, 65% — men. Their age was from 18 to 77. Their main disease was type 2 diabetes, type 1 diabetes and their accompanying diseases were hypertension, dyslipidemia, obesity. Surgical methods(vitrectomy and laser coagulation) accounted for 28%, other 22% didn't get ophthalmological treatment.

**Conclusions.** During the research we identified that anti-VEGF therapy in combination with vitrectome is the most effective method of treatment of PDR(89,2%), as it causes much greater vascular reduction, regression of macular edema, visual acuity increase. It may be noted that the anti-VEGF therapy itself shows good results(84%) in comparison with other treatments of PDR. Thus, we can conclude that these methods can be considered the gold standard in the treatment of PDR.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЛНЕЧНОЙ МАКУЛОПАТИИ (20 ЛЕТ СПУСТЯ)***Волкова М.Ю., Тодор О.Г., Тодор Г.А., Знаменская М.А.*

*Научный руководитель: к.мед.н., доцент Скрипниченко И.Д.  
Кафедра офтальмологии,  
Заведующий кафедрой: д.мед.н., профессор Жабоедов Д.Г.  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца  
г. Киев, Украина*

**Актуальность.** Солнечная макулопатия – это фотоповреждение макулы световым излучением длинноволнового, ультрафиолетового и инфракрасного спектра высокой интенсивности при длительном наблюдении за солнечным затмением без защитных средств.

**Цель.** Описать клинические случаи отдаленных последствий солнечной макулопатии.

**Материал и методы.** Для обследования использовали: визометрию, авторефрактометрию, метаморфометрию - исследование при помощи градуированных графических макулярных тестов (модифицированной сетки Амслера), биомикроскопию заднего отрезка глаза посредством бесконтактной фундус-линзы, оптическую когерентную томографию (ОКТ).

В представленном клиническом случае — последствие ожога макулярной области через 20 лет после фотоповреждения сетчатки.

**Результаты.** Пациентка Л., 30 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на сниженное зрение правого глаза и пятно в центре с детства. Результаты исследования: острота зрения правого глаза — 0,5 (не корр.), левого глаза — 1,0. Авторефрактометрия показала миопический астигматизм в пределах 0.5 Дптр. При обследовании правого глаза посредством графических макулярных тестов обнаружены метаморфопсии типа конвекс-феномен (искривление линий в виде двояковыпуклой линзы) и относительная микроскотомы.

При биомикроскопии переднего отрезка глаза обнаружено: роговица, хрусталик, стекловидное тело без видимой патологии. На глазном дне: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, сосуды нормального калибра, макулярный и фовеолярный рефлексы отсутствуют. В центре макулы визуализируется участок диспигментации размером  $\frac{1}{4}$  диаметра диска. Глазное дно левого глаза без видимых изменений.

При ОКТ обнаружен низкорекфлектирующий участок в проекции наружных слоев сетчатки и пигментного эпителия (ПЭ). Этот локальный дефект в слое ПЭ можно рассматривать как результат постожоговой миграции пигмента из клеток ПЭ и субретинального фиброза.

Подобные изменения на глазном дне и при ОКТ нередко вызывают диагностические затруднения и требуют дифференциальной диагностики с микроразрывами, макулопатиями и различными макулодистрофиями. После тщательного изучения анамнеза обнаружено, что по словам матери пациентка в детстве наблюдала солнечное затмение (1999 г) в течение 10-15 минут без защитных очков, и проходила курс лечения у офтальмолога. В итоге у больной был диагностирован исход солнечной макулопатии правого глаза.

**Вывод.** Таким образом в представленном случае отдаленного наблюдения солнечной макулопатии обнаружены такие клинические и функциональные нарушения: снижение остроты зрения, метаморфопсии типа конвекс-феномен, центральная микроскотомы, очаг диспигментации в фовеоле, а при ОКТ низкорекфлектирующий участок в проекции наружных слоев сетчатки и ПЭ.

Эти изменения возникли вследствие термального воздействия на глубокие слои сетчатки, последующего преждевременного апоптоза и субретинального фиброза. Такое состояние требует дальнейшего динамического наблюдения и периодического назначения дедистрофической терапии и ретинопротекторов.

**ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ «ПОРОЖНЬОГО» ТУРЕЦЬКОГО СІДЛА***Куц Ю.В., Єгорова К.С., Вітовська О.П.*

*Наукові керівники: д.мед.н., професор Вітовська О. П., к.мед.н. Єгорова К.С.  
Кафедра офтальмології  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** При синдромі «порожнього» турецького сідла (ПТС) відбувається пролабування супраселлярної цистерни в порожнину турецького сідла, що супроводжується головним болем, нейроендокринними розладами та порушенням зору. Вперше термін застосував у 1951 р. W. Busch, який у

40 — 50 % осіб спостерігав недорозвинення або відсутність діафрагми турецького сідла. Розрізняють первинне (ідіопатичне) та вторинне (після променевого та хірургічного лікування) ПТС. Термін не слід розуміти буквально: турецьке сідло заповнене ліквором, гіпофізарною тканиною, іноді в нього можуть «провисати» хіазма та зорові нерви.

**Мета роботи.** Проаналізувати офтальмологічні симптоми у пацієнтів з первинним синдромом «порожнього» турецького сідла.

**Матеріали та методи.** Матеріалом для роботи стали результати спостереження 60 хворих (120 очей) на ПТС, які мали офтальмологічні прояви та знаходились під спостереженням в ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» з 2018 по 2019 рр. При аналізі клінічного перебігу захворювання було виділено групи хворих: 1 глаукомна група – 15 хворих (25%), 30 очей; 2 група з застійними дисками зорових нервів – 20 хворих (33%), 40 очей; 3 група з компресійною низхідною атрофією зорових нервів – 25 хворих (42%), 50 очей. Офтальмологічне обстеження включало: візіометрію, рефрактометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, тонометрію, дослідження зіничних реакцій та окорухових функцій, кінетичну та статичну периметрію.

**Результати.** Під спостереженням знаходилось 1000 хворих з ПТС, офтальмологічні прояви було виявлено у 60 хворих (6%). В результаті проведеного нами дослідження було встановлено, що в 1 групі було характерним поступове зниження гостроти зору від 0,1 до 0,8 на обидва ока; спостерігались дефекти поля зору: абсолютна назальна геміанопсія – 18 очей, відносна назальна геміанопсія – 12 очей, на очному дні спостерігалась глаукома оптична нейропатія у 12 хворих (24 ока). У 2 групі було виявлено зниження гостроти зору від 0,2 до 0,9 у 9 хворих, розширення сліпої плями – 20 очей, скотоми в нижньооназальному квадранті – 13 очей, концентричне звуження в назальній половині – 4 ока, концентричне звуження по всіх меридіанах – 3 ока; на очному дні спостерігали застійні диски зорових нервів: початкова – 16 очей, помірно-виражена – 12 очей, виражена – 10 очей, стадія вторинної атрофії – 2 ока. У 3 групі спостерігався розвиток хіазмального синдрому, що характеризувався зниженням гостроти зору на всіх очах від 0,08 до 0,7, бітемпоральними дефектами поля зору та первинною низхідною атрофією зорових нервів у 20 хворих (40 очей).

**Висновки.** Прояви ПТС різноманітні, в більшості випадків спостерігається зниження гостроти зору та розвиток дефектів поля зору. Зорові розлади у пацієнтів з ПТС можуть маскуватись під інші захворювання: ідіопатичну внутрішньочерепну гіпертензію, глаукому низького тиску та новоутворення гіпофіза.

## ВІКОВА ДЕГЕНЕРАЦІЯ МАКУЛИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

*Куц Ю.В., Комарова Т.М.*

*Науковий керівник: ас. Комарова Тетяна Михайлівна*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Вікова дегенерація макули (ВДМ) — одна з основних причин необоротної втрати центрального зору в людей віком понад 50 років у ряді розвинених країн, частота захворювання різко збільшується з віком. Поширеність ранньої форми ВДМ в осіб у віці від 65 до 74 років становить 18%, понад 74 роки — 30%. Британський медичний журнал повідомляє, що кількість існуючих випадків ВДМ в Європі до 2050 року зросте на 15%, кількість нових випадків — на 75%. Очікується, що до 2050 року 77 млн людей матимуть ВДМ. Найбільш різке зростання буде серед людей у віці 75 років і старше, збільшившись з 50 до 57,6 млн (15%). Останні досягнення підтверджують важливу роль імунних процесів у розвитку, прогресуванні та лікуванні ВДМ. Хвороба призводить до емоційного дистресу, депресій і соціальної дезадаптації осіб, які повільно й неухильно втрачають зір.

**Мета роботи.** Проаналізувати офтальмологічні дослідження у пацієнтів з віковою дегенерацією макули для оптимізації діагностики та тактики ведення.

**Методи дослідження.** Проведено аналіз даних літератури, результатів рандомізованих, плацебо-контрольованих досліджень.

**Результати.** Було вивчено інтегровану модель імунної модуляції патогенезу, роль імунної активації та набутого імунітету, що бере участь у перебігу ВДМ. У клінічному дослідженні AREDS було встановлено, що високий рівень антиоксидантів (формула AREDS: 500 мг вітаміну С, 400 МО вітаміну Е, 15 мг бета-каротину,



80 мг цинку, 2 мг міді) може зменшити ризик розвитку ВДМ приблизно на 25%. Дослідження AREDS II повідомило, що додаткове додавання до лікування омега-3 жирних кислот або лютеїну та зеаксантину не мало ефекту на покращення стану сітківки. Однак покращення було виявлено в іншій групі: учасники, які не отримували бета-каротин, але додатково до формули AREDS отримували лютеїн та зеаксантин (формула AREDS2), мали позитивну динаміку. Мультицентрове дослідження щодо визначення рівня вітаміну D та ВДМ у жінок у постменопаузальному періоді встановило, що достатній рівень в крові 25(OH)D<sub>3</sub>, пов'язаний з екзогенним надходженням вітаміну D, демонстрував зниження розвитку ранньої ВДМ, при цьому достатнє перебування під прямим сонячним промінням не показало достатньої ефективності. Клінічне дослідження «випадок-контроль» з приводу кореляції рівня вітаміну D та ВДМ у корейців встановило, що дефіцит вітаміну D у сироватці крові може збільшити ризик ранньої та пізньої ВДМ, а також може бути пов'язаний із субретинальним фіброзом. Не було значущого зв'язку між дефіцитом вітаміну D у сироватці крові та пізньою ВДМ без субретинального фіброзу.

**Висновки.** Вікова дегенерація макули є хронічним, прогресуючим захворюванням людей віком понад 50 років. Пізня діагностика або неправильне лікування може призвести до втрати центрального зору та соціальної дезадаптації людей. Сучасні дослідження щодо патогенезу та лікування даного захворювання, що пов'язане з впливом імунної системи, антиоксидантів, мікроелементів демонструють ефективність та перспективи щодо подальшого розвитку даного питання, стимулюючи науковців усього світу шукати нові шляхи його вирішення.

## РОЛЬ АБЕРАЦІЙ ВИЩИХ ПОРЯДКІВ В СТАБІЛІЗУЮЧОМУ ЕФЕКТІ ОРТОКЕРАТОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ КОРОТКОЗОРОСТІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

*Ковальов І.А., Авер'янова О.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Скрипник Р.Л.*

*Кафедра офтальмології*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Офтальмологічна клініка «АЙЛАЗ»*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Ортокератологія як метод корекції та контролю міопії набуває все більшої чинності та ширшого розповсюдження у світі та в Україні зокрема. Ортокератологічна корекція короткозорості спричинює послаблення оптичної сили рогівки сплющуючи центральну ділянку її передньої поверхні. Це індукує аберації вищих порядків. Сплющення центральної ділянки рогівки призводить до появи сферичних аберацій.

**Мета.** Визначити характер та рівень аберацій вищих порядків, що виникають внаслідок ортокератологічної корекції короткозорості. Визначити їх участь в ефекті стабілізації.

**Матеріали та методи.** Досліджено зміну аберацій вищих порядків у 34-ох пацієнтів (68 очей), що користувалися ортокератологічними лінзами. Відібрану групу склали підлітки, які досягли повну корекцію міопії, гостроту зору 1,0 та мали стабілізуючий ефект. Спостерігалися впродовж від одного до трьох років. Середній ступінь короткозорості складав -3,75Д, середня оптична сила рогівки – 43,87Д. До початку рефракційної терапії рівень аберацій вищих порядків складав 0,346μm (широта зіниці – 6 та більше мм), рівень сферичних аберацій – 0,024μm.

**Результати.** Через місяць після початку терапії був досягнутий стабільний ефект корекції короткозорості. Середня сферична рефракція складала +0,11Д, гострота зору у всіх пацієнтів – 1,0. Рівень аберацій вищих порядків склав 1,022μm, сферичних – 0,22 μm. Всі індуковані сферичні аберації від'ємні.

**Висновки.** Ортокератологічна корекція короткозорості збільшує рівень аберацій вищих порядків. Індуковані сферичні аберації є позитивними та сприяють розвитку резервів акомодатції, що має стабілізуючий ефект.

## НЕОПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЯК ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК ВТОРИННОЇ НАБУТОЇ НЕПРОХІДНОСТІ НОСОСЛІЗНОЇ ПРОТОКИ

*Троцько А.А., Поповська Я.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Баран Т.В.  
Кафедра офтальмології  
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Вторинна набута непрохідність носослізної протоки (SANDO в англійській літературі) – це обструкція носослізної протоки, що викликана певною причиною, на відміну від ідіопатичної первинної непрохідності носослізної протоки (PANDO). Поширеність непрохідності – 20,24 на 100000 населення та вона є причиною хронічної епіфори у 31,8% випадків (за даними American academy of ophthalmology, Oct 19, 2019).

**Мета.** Вивчити за доступними літературними джерелами етіологію вторинної набутої непрохідності носослізної протоки, пов'язаної з неопластичними процесами.

**Матеріали та методи.** Проаналізували 18 літературних джерел та сайтів вітчизняних та зарубіжних авторів 2010-2020 років.

### **Результати.**

1. За літературними даними однією з причин виникнення SANDO є неопластичні процеси. Серед них – первинні пухлини слізних шляхів епітеліального (папілома, плоскоклітинний рак) – 75%, та неепітеліального (лімфоми) – 25%-походження; вторинні пухлини з прилеглих тканин (базальноклітинний рак, плоскоклітинний рак, аденоїдна кістозна карцинома,) та віддалені метастази раку молочної залози, простати та меланоми. Найбільшу питому вагу мають папіломи, що становлять 0,79 % всіх випадків SANDO. (Bewes T., et al. J Laryngol Otol.2015, PubMed).
2. Для візуалізації пухлинної маси рекомендовано проведення комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) з контрастуванням.
3. Питання про лікування пухлинних процесів слізної мішки та носослізної протоки вирішується індивідуально в залежності від локалізації пухлинної маси, її розповсюдженості, стадії за TNM та гістологічної структури .
4. В післяопераційному періоді рекомендовано спостереження та виконання візуалізаційних методів дослідження (КТ, МРТ з контрастуванням) кожні 3 місяці протягом першого року, кожні 6 місяців протягом другого року та кожного року в подальшому.

**Висновки.** Епіфора у 31,8% випадків викликана вторинною набутою непрохідністю носослізної протоки (SANDO). Неопластичні процеси є одним з п'яти основних етіологічних чинників SANDO. Серед них найбільшу питому вагу мають папіломи, що становлять 0,79% всіх випадків SANDO.

## РЕВМАТИЧНІ УРАЖЕННЯ ПЕРЕДНЬОГО ВІДРІЗКУ ОКА ЯК ОДИН ІЗ РАННІХ СИМПТОМІВ СИСТЕМНОГО РЕВМАТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

*Поповська Я.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.  
Кафедра офтальмології  
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** На сьогодні не рідкістю є поява специфічних захворювань ока у період латентного ревматизму, коли ще немає ознак пороку серця, лабораторних, анамнестичних даних та інших відомостей. Саме тому увага до наступних станів, а також плідна співпраця офтальмолога з лікарем-терапевтом-ревматологом може запобігти прогресуванню основного захворювання, зменшити рівень інвалідизації та покращити якість життя пацієнта.

**Мета роботи.** Дослідити, якими хворобами переднього відрізка ока найчастіше супроводжуються ревматичні захворювання; які симптоми вказують на ці захворювання; яке лікування є більш виправданим, враховуючи основне захворювання.

**Матеріали і методи.** Проаналізувала 10 літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів (рік).  
**Результати.**

1. У 50-80% хворих на ревматизм виникають офтальмопатії, пов'язані із основним захворюванням. Ці зміни можуть слугувати додатковим критерієм підтвердження ревматизму.
2. Розвиток ревматичних ушкоджень очей є типовим: запальна інфільтрація з ураженням сполучної тканини, формування гранульоми, оклюзія, фібриноїдний некроз тощо.
3. Найчастішими захворюваннями переднього відрізка ока є:  
 Епісклерити: біль при натисканні, сльозотеча, світлобоязнь, запальна інфільтрація тканини епісклери біля рогівкового лімбу.  
 Склерити є більш важкими захворюваннями, з яких передній: вузильковий, дифузний, некротичний, — супроводжуються біллю при рухах, погіршенням зору, сльозотечею та фотофобією; задній склерит – знак Т на б-скані. Призводить до важкого відшарування сітківки, увеїту, катаракти, глаукоми.  
 Периферичний виразковий кератит може бути ознакою васкуліту, склериту, супроводжується стоншенням та вторинним поверхневим дефектом з неоваскуляризацією периферії, фотофобією, сльозотечею, зниженням зором з розвитком астигматизму.
4. Лікування епісклерити зазвичай не потребують; для склеритів терапія повинна бути сфокусована на аналіз РА, з усуненням основного захворювання. Оральні НПЗЗ є найбільш ефективними для легких форм та передніх склеритів. Для більш важких форм – оральні кортикостероїди протягом 3 днів.  
 Для кератитів – усунення основного захворювання, системні кортикостероїди з або без імунологічних агентів (метотрексату, азатиоприну тощо.)
5. Додаткові препарати для захисту: медроксипрогестерон та ацетилцистеїн, ціаноакриловий клей, амніотична мембрана, контактні лінзи, кератопластика, перилімбальна кон'юнктивальна резекція.

**Висновки.** Наявність склериту у пацієнтів з РА асоціюється з високою смертністю. Рання діагностика захворювань ока і вчасне направлення до ревматолога допомагає запобігти прогресуванню. Лікування основного захворювання є запорукою у лікування ускладнень з боку органа зору.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІДІОПАТИЧНОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРИОРЕТИНОПАТІЇ

*Іванюта Є.П., Павленко Р.О.*

*Кафедра офтальмології*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипниченко І.Д.*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосєдов Д.Г.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Центральна серозна хоріоретиніопатія — це ідіопатичне захворювання невідомої етіології, що зазвичай вражає людей молодого та середнього віку, характеризується декомпенсацією пігментного епітелію сітківки, що призводить до нейросенсорного відшарування сітківки, серозного пігментного відшарування епітелію та атрофії ретинального пігментного епітелію (Francesco Semeraro et al, 2019; Gerald Liew et al, 2012)

**Мета.** Описати клінічний випадок лікування центральної серозної хоріоретиніопатії лазерною коагуляцією неодимовим лазером на алюмоітрієвому гранаті.

**Матеріали та методи.** Чоловік 35 років, звернувся в клініку із скаргами на раптове погіршення зору правого ока у вигляді розмитості зображення та появи плями у центральній зоровій зоні. Хворіє цукровим діабетом I типу, знаходиться на інсулінотерапії, прийом інших медикаментозних засобів заперечує.

**Результати.** Об'єктивно: Visus OD 0.2 без корекції, OS 0.7/1.0 cyl -2,5D ax 80°. Внутрішньоочний тиск 12 мм. рт. ст (вимірювання iCare TA01i). Офтальмоскопічне та ангіографічне дослідження показало серозне відшарування нейроепітелію. Пацієнта направлено на консультацію до ретинолога, виконано оптичну когерентну томографію макули, що підтвердило наявність відшарування нейроепітелію висотою до 290 мкм.

Призначено еплеренон дозуванням 25 мг 1 раз на день протягом одного тижня, потім 50 мг 1 раз на день протягом 3 тижнів.

Зроблено фокальну лазерну коагуляцію точок просочування Nd:YAG лазером (PASCAL®) частотою 532 нм. Після лікування відбулося відновлення нормальної анатомії шарів сітківки, гострота зору OD 0.6 / 1.0 cyl -2,5D ax 90°.

**Висновки.** Вчасна коректна діагностика та оптимальний вибір фармакологічного та оперативного лікування ЦСХ дозволили повністю відновити анатомічні співвідношення шарів сітківки і функціональну здатність зорового аналізатора.

**ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА  
PREVENTIVE MEDICINE**

**ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ ВІТАМІНУ С У ХАРЧОВИХ РАЦІОНАХ  
ХВОРИХ НА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНУ АНЕМІЮ**

*Деркач С.О., Благая А.В., Анісімов Є.М.*

*Науковий керівник: Бардов В.Г., д.мед.н., професор*

*Кафедра гігієни та екології №1*

*Завідувач кафедри – Бардов В.Г., д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Однією із важливих біологічно активних речовин, що має велике значення у перебігу залізодефіцитної анемії – є вітамін С. Даний водорозчинний вітамін належить до похідних поліокси-γ-лактонів ненасичених карбонових (α-гулонової) кислот. Бере участь у регулюванні окисно-відновних процесів, що відбуваються в організмі, вуглеводному обміні, згортанні крові, регенерації тканин, утворенні стероїдних гормонів.

Згідно з Наказом від 02 жовтня 2017 року «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії» добова потреба вітаміну С для чоловіків та жінок I-IV групи інтенсивності праці становить 85 – 108 мг.

При недостатньому надходженні вітаміну С в організм людини відбувається пригнічення проліферації клітин у метаепіфізарних ділянках кісток та збільшується судинно-тканинна проникність, що супроводжується розвитком геморагічного синдрому: кровоточивість ясен, ламкість судин, легкість утворення синців, носові кровотечі.

**Мета дослідження:** гігієнічна оцінка вмісту вітаміну С у харчових раціонах хворих на залізодефіцитну анемію.

**Задачі:** 1.Провести аналіз кількості вітаміну С в 2 дієтах, запропонованих як харчові раціони хворих (n=80) на залізодефіцитну анемію; 2. Оцінити з позиції гігієни харчування гематологічні показники харчового статусу хворих.

**Матеріали і методи:** Методи дослідження – гігієнічного дослідження, розрахунковий, гематологічний, статистичний.

Дієта №1 – Перший сніданок: печінка куряча (100 г), салат з томатів і зелені (300 г) або гречана каша (200г), чай з трав (200 мл). Другий сніданок: 1 яйце, яблука (100 г). Обід: суп овочевий (400 г), куряча грудинка (150 г), салат з капусти (150 г), 1 апельсин. Полудень: бісквіт з гематогеном (100 г), відвар шипшини (200 мл). Вечеря: сир (100 г) з медом (5 г), каша вівсяна молочна (250 г). На ніч: кефір (200 г). Денна кількість пшеничного або житнього хліба – 180 г.

Дієта № 2 – Перший сніданок: 1 яйце некруте, овочеve пюре (200г), відварена риба (100 г), кава з молоком (200мл), твердий сир (50г). Другий сніданок: печене яблуко з горіхом і медом. Обід: Борщ (300г), каша гречана (150г), тушковане м'ясо (150г), відвар шипшини (200 мл). Полудень: Фруктовий салат (250 г). Вечеря: пудинг із круп (200 г), кисіль (200 г). На ніч: кефір (200 г). Денна кількість чорного хліба – 180 г.

**Результати:**

Загальний вміст вітаміну С у дієті №1 становив – 118,64±1,87 мг, а у 2 дієті загальна кількість вітаміну С становила – 102,14±1,41 мг ( $t_{кр} - 3,19$  ( $p \leq 0.05$ )).

Вміст гемоглобіну на початку дослідження у хворих становив – 97-105 г/л; після курсу дієти №1 (50-55 днів) у першій групі хворих вміст гемоглобіну склав 110-132 г/л, тобто приріст склав 13,4 – 26,1%, у другій групі після курсу дієти №2 – 107-120 г/л, тобто 10,3 – 14,2 %.

**Висновки:** Показане важливе значення величини вмісту вітаміну С, а особливо балансу його доз в аліментарній профілактиці залізодефіцитної анемії. Встановлено, що за вмістом добова кількість у другій дієті складала 102,14±1,41 мг, а в першій дієті – 118,64±1,87 мг, що призвело до більш ефективної стабілізації показника гемоглобіну при вживанні саме першої дієти. З гігієнічних позицій доведена необхідність детальної гігієнічної корекції харчових раціонів хворих на залізодефіцитні анемії.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗАСТОСУВАННЯ ВІТАМІНУ D З ЛІКУВАЛЬНОЮ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЮ МЕТОЮ

*Кравченко В.Г.*

*Науковий керівник: к. мед. н., доцент Ткаченко Світлана Михайлівна*

*Кафедра гігієни та екології №1*

*Завідувач кафедри: член-кор. НАМН України, д. мед. н., професор Бардов Василь Гаврилович*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Значення вітаміну D у профілактиці та лікуванні сьогодні є широко обговорюваним та дискусійним. Адже припускають, що вітамін D є першочерговим фактором у профілактиці цілого спектру захворювань. Не безпідставно, оскільки рецептори до вітаміну D наявні у більшості клітин організму, та регулюють експресію близько 2000 генів. Відтак спектр пропонованого застосування цього вітаміну продовжує зростати, і виникає закономірне питання: вітамін D панацея, чи його властивості переоцінюють, наприклад, як то раніше було з вітаміном E, A та бета каротином.

**Мета роботи.** Дослідити сучасні погляди на застосування вітаміну D з метою профілактики та лікування низки захворювань людини.

**Матеріали і методи** дослідження: аналіз наукових робіт та статистичних даних за темою.

**Результати.** Пройшло майже 100 років з моменту відкриття вітаміну D в 1922 році, однак саме зараз, вітамін D набув найбільшої популярності. Так, в 2005 р. загальні продажі добавок вітаміну D за оцінками Nutrition Business Journal склали 50 млн. доларів, у 2020 р. це число оцінюють в 1,1 млрд., а до 2025 р. прогнозується збільшення продажів до суми в 1,6 млрд.

Вітамін D грає ключову роль в кальцієвому метаболізмі та здоров'ї кісткової системи. Низький рівень в крові 25-гідроксивітаміну D асоційований з низкою захворювань скелетної системи організму, а добавки вітаміну D, як відомо, зменшують ризик їх розвитку.

Результати деяких досліджень стверджують, що підвищений рівень вітаміну D може мати ряд позитивних ефектів: зменшення ризику серцево-судинних захворювань, раку, діабету, аутоімунних, а також інфекційних респіраторних захворювань. Однак більшість таких результатів, що описують дію вітаміну D поза його впливом на кісткову систему, отримані з обсерваційних досліджень, тобто таких, що знаходять кореляції між підвищеним рівнем вітаміну D в крові, та зниженим ризиком розвитку певної хвороби. Але з такого роду даних не можна робити висновок, що вітамін D є безпосереднім фактором профілактики таких хвороб. Оскільки високий рівень вітаміну D в крові може бути лише маркером здорового способу життя (частих прогулянок з експозицією під ультрафіолетовим випроміненням та загалом більшої рухової активності), що саме по собі є певною мірою профілактичним заходом. Отже, у випадку, коли результати дослідження свідчать, наприклад про зменшену кількість захворювань на діабет 2 типу серед людей з підвищеним рівнем вітаміну D в крові, безпосередній лікувальний ефект вітаміну у цьому випадку має бути окремо перевірений.

Є думка, що зниження рівня вітаміну D в крові грає роль в розвитку ожиріння, адже часто у таких хворих знаходять знижений рівень цього вітаміну. Проте у даному випадку це може бути ознакою менш рухливого способу життя (меншої експозиції під сонцем), та здатністю жирової тканини акумулювати вітамін D. Схожа ситуація із системою кровообігу, деякі дослідження вказують на погіршений кровообіг у пацієнтів зі зниженою концентрацією вітаміну D в крові, а також збільшений ризик розвитку атеросклерозу. Але більш точні дослідження причинно-наслідкового зв'язку демонструють відсутність лікувального ефекту. Натомість є переконливі докази розвитку ускладнень та супутніх захворювань, як наприклад нефролітіаз, від нераціонального вживання добавок вітаміну D у поєднанні з препаратами кальцію.

**Висновки.** Сьогодні, безсумнівною є доцільність застосування вітаміну D у випадках гіпо- та авітамінозів. Є доведеною ефективність застосування вітаміну D у лікуванні захворювань опорно-рухового апарату. Однак, питання про вживання вітаміну D у якості харчової добавки здоровим людям чи хворим із захворюваннями інших систем та органів залишається суперечливим, зважаючи на слабку доказову базу та ризики розвитку супутніх захворювань.

**ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ***Краснова О.І., Безбородько М.М.*

*Науковий керівник: Голованова І.А., д.мед.н., професор  
Кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з  
лікарсько-трудовою експертизою  
Завідувач кафедри – Голованова І.А., д.мед.н., професор  
Українська медична стоматологічна академія  
Полтава, Україна*

**Актуальність:** Цукровий діабет є однією з найпоширеніших хвороб на планеті. Цим захворюванням страждають близько 2% населення землі, тому лікування хворих на цукровий діабет є пріоритетом напрямок системи охорони здоров'я кожної країни. Своєчасна діагностика допомагає правильно визначити прогноз захворювання, та дозволяє запобігти подальше його прогресування.

**Мета:** показати значення профілактичних заходів, щодо раннього виявлення цукрового діабету серед дорослого населення Полтавської області.

**Матеріали та методи дослідження:** статистичний метод та метод системного підходу. Матеріалами дослідження були дані статистичної звітності Державної служби статистики України та Полтавської області.

**Результати:** У Полтавській області розповсюдження ендокринних захворювань у 2019 році порівняно з 2018 роком збільшилось і становить 918 проти 866,5 на 10 000 населення. У структурі захворювань ендокринної патології найбільшу частку займає діабет 432,00 на 10 000 населення.

З метою раннього виявлення цукрового діабету, його ускладнень, в Полтавській області проводяться навчання хворих та їх родичів в школах самоконтролю при поліклініках лікувально-профілактичних закладів, проводяться Дні діабету. За 2019 рік в глюкозуричних пунктах обстежено 79877 пацієнтів, з них у 3391 пацієнта виявлено гкозурій, а в 1052 - діабет. В Дні діабету обстежено 4130 пацієнтів, з них у 8 виявлено діабет. Обстежено родичів хворих на діабет 5512, з них у 5 виявлено діабет. При ендокринологічних кабінетах поліклінік 4286 хворих на діабет пройшли навчання в школах самоконтролю. В «Школі цукрового діабету» в м. Полтава проведено 1116 занять. 242 хворих навчилися техніці введення інсуліну, 691 хворий навчилися розраховувати одиниці інсуліну, 691 хворий навчилися визначати глюкозу крові та глюкозу сечі, 691 хворий навчилися розраховувати дієту. З досвіду роботи «Школи цукрового діабету» відомо, що серед хворих, які пройшли курс навчання, спостерігається зменшення частоти невідкладних станів (кетоацидоз, гіпоглікемії), зменшення частоти госпіталізації та кількості днів перебування хворого в ліжку, поліпшення якості життя хворих.

**Висновки:** Пріоритетними напрямками, щодо раннього виявлення цукрового діабету та оптимізації допомоги хворим з ендокринною патологією є подальший розвиток роботи «Школі цукрового діабету» та зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я для діагностики та лікування цукрового діабету та вдосконалення профілактичних заходів.

**ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ЯКОСТІ СНУ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ КУРСІВ  
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

*Лебедєва Ю.О., Вавріневич О.П*

*Науковий керівник: Вавріневич О.П., д.мед.н., професор  
Кафедра гігієни та екології № 1  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця  
Завідувач кафедри – Бардов В.Г., д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України,  
Київ, Україна*

**Актуальність.** Сон – основна складова режиму дня та здорового способу життя. Сон впливає на роботу центральної нервової системи та внутрішніх органів. Здоровий сон є запорукою відновлення нормального рівня активності нервових центрів та вісцеральних функцій (зниження температури тіла, розширення судин, інтенсифікація роботи травного каналу, розслабленні м'язового тону, зниження загального обміну).

Навчання в медичному університеті вимагає від студентів витрачання значної кількості часу. Велика кількість завдань, нераціональне планування годин протягом доби спонукають студентів жертвувати якістю та кількістю власного сну.

Для більшості дорослого працездатного населення (від 18 до 64 років), в тому числі для студентів, рекомендована тривалість сну протягом доби складає 7-9 годин. Порушення режиму і тривалості сну може призвести до погіршення якості пам'яті, концентрації уваги, а також є фактором ризику загострення хронічних захворювань. Все це може мати негативний вплив як на фізичний та психоемоційний стан, так і на якість навчання студентів.

**Метою** нашої роботи була гігієнічна оцінка якості сну студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця для розробки найбільш дієвих заходів профілактики погіршення стану здоров'я, пов'язаного з низькою якістю сну.

**Матеріали і методи дослідження.** Об'єкт дослідження: якість сну студентів. Предмет дослідження: студенти НМУ ім. О.О. Богомольця віком від 16 до 33 років (хлопці – (20,96±2,54) років; дівчата – (20,27±1,89) років), звички сну протягом останнього місяця. Опитано 427 дівчат, та 96 хлопців.

При дослідженні використані анкетно-опитувальний метод, розрахунковий і статистичні методи дослідження. Опитування здійснювали на основі анкети Пітсбурзького індексу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) (WHO, 2004). Опрацьовано 524 анкети. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету статистичних програм MS Excel та IBM SPSS StatisticsBase v.22.

**Результати дослідження.** В результаті проведених досліджень було встановлено, що середня тривалість сну протягом доби у респондентів жіночої статі становила (6,65±1,47) годин, чоловічої статі – (6,83±1,20) годин. Достовірних відмінностей між тривалістю сну у студентів різної статі не виявлено ( $p > 0,05$ ). Аналіз тривалості сну по годинах показав, що у 54, % студентів тривалість сну більше 7 годин, у 25,6 % – 5-6 годин, у 19,1 % – 4-5 годин та у 1,3 % – менше 3 годин.

Більшість студентів (57,8 %) лягали спати у часовому проміжку з 23:00 по 01:00 години ночі. Приблизно 56 % студентів прокидались об 7-9 годині ранку. 32 % студентів скаржились на досить погану, 6,5 % – дуже погану якість сну. Дуже добрий та досить хороший сон спостерігався у більшості респондентів (59,4 %). Аналіз якості сну по курсах показав розбіжності в залежності від курсу: 49,21-57,78 % студентів мали досить погану якість сну, на відміну від респондентів 4-6 курсів, у 50,00-66,00 % яких спостерігали досить хорошу якість сну.

**Висновок.** Встановлено, що 46 % студентів Національного медичного університету мають недостатню тривалість сну, 38,5 % респондентів скаржились на досить і дуже погану якість сну. Вищезазначене зумовлює потребу в розробці заходів корекції тривалості та якості сну у студентів медичного ВУЗу.

## КАШЛЮК: ЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНЦИДЕНТНІСТЮ ТА ПОКАЗНИКАМИ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ В УКРАЇНІ ТА СУСІДНІХ КРАЇНАХ (1990-2015)

*Петрусевич Д.О.*

*Науковий керівник: Мохорт Г.А., к.мед.н. доцент*

*Кафедра епідеміології*

*Завідувач кафедри: Колеснікова І.П., д.мед.н., професор*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Кашлюк – це захворювання, яке відноситься до вакцинокерованих інфекцій. Позитивний вплив щеплень на інцидентність кашлюку є загально визнаним, але в більшості країн світу щороку ще реєструються випадки цього захворювання, в тому числі, летальні. За даними ВООЗ за останні роки спостерігається підйом захворюваності на кашлюк в різних країнах в 8-10 разів.

**Мета роботи.** Метою нашого дослідження є з'ясування наявності кореляційного зв'язку між інцидентністю кашлюку та охопленням трьома дозами вакцини проти кашлюку (DTP3) в Україні та країнах, що межують з нею й утворюють єдиний епідеміологічний простір.

**Методи дослідження.** Застосовано методику визначення коефіцієнта кореляції (КК) між інцидентністю кашлюку (ІК) та рівнем охоплення DTP3 в 1990-2015 рр. в Україні, Білорусі, Росії, Польщі, Молдові, Угорщині, Словаччині та Румунії за даними Європейського Регіонального Бюро ВООЗ. Для нашого дослідження, крім України, були обрані ще й зазначені сусідні країни, оскільки ці країни мають спільні кордони з Україною та існують реальні загрози та ризики передачі збудника кашлюку в межах загального епідеміологічного простору за рахунок трудової міграції, туризму та природних явищ.

**Результати.** Середня багаторічна захворюваність на кашлюк в Україні за 1990-2015 рр. становить 4,45 на 100 тис. осіб при середньому багаторічному рівні охопленням DTP3 79,31% (найменший рівень серед

обраних країн), число померлих від кашлюку за цей період - 85 осіб. В результаті нашого дослідження за зазначений період був виявлений очікуваний зворотній статистичний зв'язок (КК) між ІК та ДТРЗ на рівні від - 0,43 до - 0,70 в наступних країнах: в Білорусії, Словаччині, Росії та Молдові. Між зазначеними показниками не виявлено статистичний зв'язок в Україні та Угорщині. Нами був встановлений неочікуваний прямий статистичний зв'язок в Румунії (КК=0,16) та Польщі (КК=0,79).

**Висновки.** В нашому дослідженні в країнах, які становлять єдиний епідеміологічний простір, між інцидентністю кашлюку та охопленням трьома дозами ДТРЗ був встановлений як очікуваний зворотній статистичний зв'язок, так і неочікуваний прямий зв'язок, а також в двох країнах статистичний зв'язок не визначено. Наш подальший науковий інтерес спрямований на з'ясування причин одночасного отримання як очікуваних, так і неочікуваних статистичних асоціацій в різних країнах. Нами заплановано вивчення статистичних зв'язків між інцидентністю кашлюку та охопленням трьома дозами ДТРЗ на прикладі інших країн Європейського Регіону ВООЗ та з урахуванням демографічних та макроекономічних показників цих країн.

## ОСОБЛИВОСТІ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ НОВОСИНТЕЗОВАНИХ НАНОПОРОШКІВ ДІОКСИДУ ТИТАНУ ТА ЙОГО НАНОКОМПОЗИТУ З СРІБЛОМ

*Рябовол В.М.*

*Науковий керівник: академік НАМН України, д.мед.н., проф. О.П. Яворовський  
Кафедра гігієни та екології №2  
Завідувач кафедри: академік НАМН України, д.мед.н., проф. О.П. Яворовський  
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність:** У світі зростає використання нанодіоксиду титану та його похідних, завдяки пігментним та фотокаталітичним властивостям.

**Мета:** Оцінити сучасні літературні дані щодо будови та проблем токсичності нанопорошків, визначити DL50 для нанодіоксиду титану та дослідити подразнюючу дію нанопорошків на слизову оболонку ока.

**Методи:** аналітичний, бібліографічний, гігієнічний, токсикологічний.

**Результати та обговорення:** Нанопорошок діоксиду титану має суперечливі наукові дані щодо його токсичності: вважається малотоксичною речовиною при гострому експерименті; при хронічному експерименті виявляє шкідливу дію. В залежності від методів синтезу та будови нанопорошку його фізико-хімічні властивості відрізняються, що змінює його токсикологію. Є ризик тривалого надходження наночастинок з повітря робочої зони в організм працюючих у нановиробництві.

Нанопорошок діоксиду титану синтезований методом термічного розкладу прекурсора метатитанової кислоти в Інституті проблем матеріалознавства імені І.М. Францевича НАН України. Має такі фізико-хімічні характеристики: кристалічна форма – анатаз, розмір частинок близько 10 нм, містить м'які конгломерати 50-500 нм, питома поверхня 57,3 м<sup>2</sup>/г. Композит діоксиду титану з наносріблом, масова частка наносрібла 4%.

При внутрішньоочеревинному введенні нанодіоксиду титану мишам DL50 перевищує 5000 мг/кг, що збігається з літературними даними при інших умовах. При дослідженні подразнюючої дії на слизову оболонку ока кроликів в порівнянні речовин наноTiO<sub>2</sub> та наноконкомпозиту TiO<sub>2</sub> з Ag характеризуються слабо подразнюючою дією, через 7 днів ознаки подразнення зникають. Нанопорошки мають подібну подразнюючу дію на слизову оболонку ока.

**Висновки:** Нанопорошок TiO<sub>2</sub> є малотоксичною речовиною при гострому експерименті (DL50>5000 мг/кг). Нанопорошки TiO<sub>2</sub> та його наноконкомпозит з Ag мають слабо подразнюючу дію на слизову оболонку ока. Нанопорошки потребують подальших досліджень щодо з'ясування механізму дії, для встановлення залежності фізико-хімічних властивостей речовини до токсичної дії та встановлення рекомендацій безпеки при роботі з нанопорошками.



## ПРОТЕКТОРНИЙ ВПЛИВ АРМАДИНУ ПРИ ФІЗИЧНОМУ НАВАНТАЖЕННІ ТА ОХОЛОДЖЕННІ

*Сорокопуд К. Ю.*

*Науковий керівник: Горчакова Н.О., д.мед.н., професор*

*Кафедра фармакології*

*Завідувач кафедри: Зайченко Г. В., д.мед.н., професор*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Відомо, що при охолодженні знижується фізична працездатність й активізуються адаптаційні можливості організму. Довготривале зниження температури призводить до порушення перебігу метаболічних та адаптаційних процесів. З метою профілактики цих станів рекомендують призначати вітамінні та метаболітотропні препарати з антиоксидантними й антигіпоксичними властивостями. Одним з подібних засобів є вітчизняний препарат армадин, похідне оксипіридину.

**Мета роботи.** Дослідити актопротекторний вплив армадину на щурах при швидкісному фізичному навантаженні на фоні охолодження.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліди були проведені на 49 білих щурах-самцях лінії Вістар масою 180-200 г відповідно до «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах» (Україна, 2001). Максимальне швидкісне навантаження моделювали у вигляді бігу щурів на тредбані зі швидкістю руху стрічки 42 м/хв до повного виснаження. Окремій групі тварин проводили одноразове охолодження у холодильній камері при температурі 2-4° протягом 3 годин. Процедура тривала 10 днів з 3-годинною експозицією охолодження. Перед навантаженням щурам вводили армадин внутрішньом'язово в дозі 100 мг/кг. Для біохімічних досліджень проводили декапітацію тварин під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг). Для дослідження вилучали міокард, печінку, скелетний м'яз. У вилучених тканинах визначали первинні продукти тіобарбітурової кислоти – дієнові кон'югати (ДК) і вторинні продукти – малоновий діальдегід (МДА). Крім того, встановлювали зміни показників ферментів антиоксидантного захисту – супероксиддисмутази (СОД) та каталази (КТ). Біохімічні дослідження проводили згідно з Методичними рекомендаціями ДЕЦ МОЗ України. Статистичну обробку даних проводили методом варіаційної статистики. Відмінності визначали статистично достовірними при  $p < 0,05$ . Розрахунки проведені за допомогою програм Excel, Statistics.

**Результат дослідження.** Встановлено, що армадин підвищує тривалість бігу щурів без охолодження на 61%. При охолодженні протягом 10 днів тривалість бігу щурів була знижена на 57%. Після 10-денного введення армадину перед охолодженням тривалість бігу тварин порівняно з інтактними щурами була більшою на 64%. При фізичному навантаженні спостерігалась інтенсифікація процесів ліпідної перекисидзації – зростання вмісту ДК у міокарді щурів на 45%, печінці на 14%, скелетних м'язах на 32%. Вплив МДА підвищувався в міокарді на 32%, печінці і скелетних м'язах на 20% відповідно, а СОД на 19% в міокарді, на 27% у печінці, на 26% у скелетних м'язах. Активність КТ зростала на 22, 28, 26% у цих тканинах. Більш виражені, але односпрямовані порушення вмісту вищезазначених біохімічних показників спостерігали в умовах попереднього охолодження, що передувало фізичному навантаженню. Введення армадину запобігало прояву порушень біохімічних показників в досліджуваних тканинах не лише при фізичному навантаженні, але й при охолодженні.

**Висновки.** Отримані експериментальні дані свідчать про наявність актопротекторної дії армадину при швидкісному фізичному навантаженні та при сполученні з охолодженням. Біохімічні механізми дії армадину в умовах цього експерименту обумовлені його протекторною дією щодо показників прооксидантного та антиоксидантного гомеостазу в тканинах.

## ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА МЕТОДУ ВИЯВЛЕННЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ЯК ЗАСОБУ ВТОРИННОЇ І ТРЕТИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

*Харасахал О.М., Благая А.В. Харасахал О.Л.*

*Наукові керівники: Благая А.В., к.мед.н., доцент, Пономарчук В.В.*

*Кафедра гігієни та екології №1*

*Завідувач кафедри – Бардов В.Г., д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Київ, Україна*

**Актуальність.** Аналіз крові на наявність циркулюючих пухлинних клітин (ЦПК) - комплексний і багатофункціональний метод діагностики, який має високу клінічну цінність для вторинної та третинної профілактики злоякісних утворень.

Висока стійкість ЦПК до хіміотерапії і їх збереження в кровотоці – основні причини не тільки прогресуючого метастазування, але і появи рецидивів злоякісних пухлин.

Детекція ЦПК необхідна після проведеного лікування пухлини для запобігання раннього рецидиву, також в рамках комплексного підходу для третинної профілактики рекомендується регулярна здача аналізу на наявність ЦПК для діагностики рецидивів на ранніх стадіях.

Тест крові на наявність ЦПК також корисний для іншої поширеної клінічної проблеми – метастази злоякісної пухлини без виявленого первинного осередка (ВПО). Пухлини без ВПО займають 7 місце за частотою і 4 місце в структурі смертності серед усіх злоякісних новоутворень, а ідентифікація первинного джерела здійснюється за життя тільки у 25% хворих.

Аналіз на наявність ЦПК за умови неоднозначних симптомів захворювання є корисним допоміжним інструментом для ранньої діагностики пухлин без ВПО, а також під час визначення першоджерела в комплексі із аналізом на генетичні онкомаркери.

**Мета роботи:** оцінити з профілактичних позицій діагностичну ефективність авторського методу детекції ЦПК в умовах ранньої діагностики та профілактики рецидивів у пацієнтів з меланою.

**Матеріали та методи.** Матеріал – цільна венозна кров пацієнтів з підозрою на рецидив меланоми. Авторський метод детекції ЦПК – первинна обробка крові за допомогою спеціального апарату вакуумної фільтрації і цитохімічне типування отриманих цитологічних зразків. Статистичний метод.

**Результати.** Були сформовані дві групи пацієнтів – контрольна і експериментальна.

Контрольна група: у 100% хворих з раннім рецидивом меланоми були виявлені ЦПК в крові, у пацієнтів з пізнім рецидивом меланоми – 71,4%.

Експериментальна група: у 87,5% пацієнтів з підозрою на рецидив виявлено ЦПК в крові. У 66,6% пацієнтів під час профілактичного дослідження були виявлені ЦПК у крові (без видимих метастазів).

**Висновки.** На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що розроблений метод має високу діагностичну ефективність (≈93,3%). ЦПК ідентифікуються в крові навіть за незначних розмірів пухлини.

Технологія може використовуватися як допоміжний інструмент під час ранньої діагностики і підтвердження рецидивів, даний аналіз крові також є одним з рекомендованих в умовах планової третинної профілактики злоякісних пухлин.

## HYGIENIC ASSESSMENT ON EFFECTS OF LIFESTYLE HABITS ON HUMAN HEALTH

*Amrita Biju, Olena Vavrinevych*

*Scientific supervisor: O. Vavrinevych, MD, professor*

*Departments of hygiene and ecology #1*

*Head of department – Bardov V.G., MD, professor, correspondent member of NAMS of Ukraine*

*Bogomolets National Medical University*

*Kyiv, Ukraine*

**Relevance.** According to the data collected by World Health Organization (WHO), approximately 17 million people annually fall victim to lifestyle diseases. Lifestyle habits play a significant role in determining the quality of life. Urbanization and busy lifestyle have led to development of several acute and chronic diseases that affect the human health. Mental and social well-being is affected due to wrong choices in lifestyle habits and these aids to mediocre quality of life.

**Purpose of work.** Hygienic assessment of effects of lifestyle habits on human health.

**Research methods:** To assess the influence of lifestyle habits which affects the human health condition we used a questionnaire, which includes a mixture of questions from LHQ-B questionnaire (2014) developed by T.J. Dinzeo, U. Thayasivam, E.M. Sledjeski tested and appraised by experts from worldwide.

93 response were collected from people using questionnaire prepared in Google forms accounting to the present situation of COVID-19. People examined include men ( $n_1=67$ ); women ( $n_2=26$ ). Statistical processing of the results was performed using the IBM SPSS Statistical Base v.22 and MS Excel statistical software package.

The average age of men ( $33.1\pm 1.1$ ) years and women ( $30.9\pm 1.6$ ) years. The average height and weight of men are ( $163.3\pm 2.9$ ) cm and ( $72.4\pm 1.6$ ) kg, respectively. The average height and weight of women are ( $145.4\pm 8.5$ ) cm and ( $62.6\pm 2.3$ ) kg, respectively. The professional status shows that 68.8% people are employed and 31.2 % are unemployed.

**Results:** We found that 28% people work for 7 hours length of working, 6.5 % people work for 8-9 hours. Questioning revealed 19.4 % people suffer from work-based distress and anxiety. 19.4 % people sleep for 6 hours.

Harmful habits as for today: only men have problems with smoking. 6.5 % people smoke occasionally, and 10.8 % people smokes regularly. Drinking of alcohol: 15.1 % may drink occasionally and 26.9 % drinks. Exercising: 5.38 % people exercise 2-3 times a week and 19.4 % people never exercise. Health problems: 17.2 % people have health problems. As per the assessment of people it is noticeably clear that they do not have a healthy lifestyle and these causes' diseases like anxiety, hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular diseases and cancer. 29 % of respondents takes medications of different sorts. 14% people are affected from work pressure on family. 62.4 % people take part in sports and other activities while 37.6% people do not. 25.8% of people are not productive.

Our results showed 66.7% people keep a healthy lifestyle while 33.3% people do not. 7 of 10 leading causes of death in 2010 have been lifestyle diseases.

The above data shows an elevated risk of different types of acute and chronic disorders in the future.

**Conclusion:** People must have more break times during the working hours, must do exercises and take part in extra activities, must include a proper 8 hours sleep, must find time for recreational activities to ease their mind, and should completely stop any harmful habits like drinking and smoking. An electronic message stating the importance of taking a healthy lifestyle was send to the people studied.

## HYGIENIC ASSESMENT OF STUDYING CONDITIONS OF PRIMARY SCHOOL IN INDIA

*Kuzithottiyil Thomas Jemi, Eugene Liya, Antonenko A.M*

*Scientific supervisor: MD, professor, Antonenko A.M.*

*Department of hygiene and ecology No 1 of Bogomolets National Medical University*

*Head of department: correspondent member of NAMS of Ukraine, MD, professor V.G. Bardov*

*Bogomolets National Medical University*

*Kyiv, Ukraine*

**Relevance.** To be able to provide better needs and requirements of student's life in school will a difference not only in students' life but also in the future of our society. As today's students are tomorrow's future. Moreover, it has become very complex to keep students interested in their education by providing all the need, which they require. Combined with proper hygienic requirement of classroom including climate, illumination, ventilation, proper seating arrangement and furniture can reduce various health problems and promote the overall improvement in student's life.

**The purpose of work** was hygienic assessment of studying conditions of primary and its influence on students in India.

**Research methods.** An Online survey ([https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1jgcyM-Uyjxx2Sq1lm-LxjflI7JmFYjfr2VH6m4hn\\_AXVUg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc1jgcyM-Uyjxx2Sq1lm-LxjflI7JmFYjfr2VH6m4hn_AXVUg/viewform?usp=sf_link)) was conducted among 121 schoolchildren of various localities in India. In addition, we measured air temperature, furniture information, classroom area, ventilation, illumination. Signs and symptoms of various disorders were mentioned in the survey and explained individually to get the best possible result. Statistical processing of results were performed using google forms, MS Excel.

**Results.** According to survey, only 21.5% of pupils have enough natural ventilation, most classroom lack sufficient artificial ventilation. Only 31.4% of children have enough natural illumination and 30.6% have enough artificial illumination. Around 47.9% of pupils have size and seating of school furniture that are not according to their body length. Around 90% of the schools are located in rural and residential area (so that the noise disturbance will

be less as compared to the urban areas). Around 36.4% of students participate in extra curriculum activities. Only 47.9% of school have proper waste management system.

**Conclusion.** Most widespread disorders among schoolchildren is due to wrong selection of furniture and arrangement. The natural and artificial illumination are insufficient which can affect the eyesight. Insufficient ventilation can cause suffocation for children while studying. In majority of schools, microclimate is comfortable. A proper educational system involves both studies and extra curriculum activities but most school lack to provide the same. As the waste management system is improper in many schools which can cause various illness in children.

**Recommendation.** School authorities and government must take action to improve school conditions. Ventilation can be improved by constructing more ventilation sites. Room ventilators, exhaust fans, use of propeller, centrifugal fans. Illumination can be improved by big classroom with more number of windows should be constructed; installation of sky roof windows, higher number of luminescent lamps should be installed.

## EVALUATION OF THE LEVEL OF PROCRASTINATION IN MEDICAL STUDENTS OF IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY DURING THE DISTANCE LEARNING BECAUSE OF PANDEMIC COVID-19 AND ITS IMPACT ON ACADEMIC PERFORMACE, PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH

*Hamna Ahmed, Das Bhavik*

*Supervisors: Assistant of professor, Ph.D. Romash I. R., assistant of professor Romash I.B.*

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*

*Head of dep. Prof. DMSc. Vynnyk M. I.*

*Department of Propaedeutics of Internal Medicine.*

*Head of dep. Prof. DMSc. Neiko V. Ye.*

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine.*

Research by Beutel et. al. has shown that the most prone to procrastination are the unemployed, single and students.

**The purpose of the study:** To study the level of propensity to procrastination among medical students, its impact on academic performance, physical and psychological health in the period of altered psycho-emotional state during forced social distancing because of pandemic COVID-19.

**Materials and methods of research:** During the online study, 668 students were surveyed: 216 men (36.4%) and 452 women (63.6%) aged 17 to 24 years. The survey was on-line (special google-form) and voluntary. In order to assess the propensity of students to procrastinate, we also used the «Questionnaire to study the propensity of the individual to procrastination» (Shivari, O.A., 2015), which is a modification of the «General Procrastination Scale» (Lay C., 1986) and consists of two scales: «Personally conditioned procrastination scale» (Scale I) and «Situationally conditioned procrastination scale» (Scale II). The data of A. Rean's questionnaire «Motivation for success» were evaluated for prognostic purposes. The level of neuroticism was assessed according to the method of L.I. Wasserman. We used two clinical test methods to identify emotional disturbances: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Zigmond A.S. et.al., 1983; Svanborg P., 2001). Questions related to physical health were raised separately.

**The results of the study:** The analysis of the results showed that 25.0% of students have had a low, 59.88% - medium, 15.12% - a high level of propensity to procrastination. The study of the relationship between the level of propensity to procrastination (Scale I) and academic performance in medical students showed that in the group with low procrastination the success rate is higher than in groups with medium and high procrastination ( $r = -0.58$ ;  $p < 0.05$ ). The results of the motivation assessment showed that despite the impact of procrastination on academic performance, the majority of surveyed students - 567 (84.8%) are motivated to succeed, 50 (7.5%) - tend to be motivated to succeed. By type of emotional reaction to one's own procrastination 39 (5.8%) have a certain tendency to motivate to fail and only 38 (5.6%) - motivation to fail. We also established a direct correlation between the Scale II indicators and the average academic performance indicators. After the survey and analysis of the results on the HADS and MADRS scales, we found a clear relationship between increased learning during the period of altered psychoemotional state and the severity of anxiety-depressive symptoms in medical students, which manifested itself in an increase in the level of anxiety and mood disorders of varying degrees.

**Conclusions:** Thus, there is a direct relationship between propensity to procrastinate, academic performance, and health in the period of altered psycho-emotional state during forced social distancing because of pandemic COVID-19.

**HYGIENIC ASSESSMENT OF URBAN NOISE LEVELS AT THE HOSTEL***Mehdi Karimi, Mykola Kondratiuk, Anna Blagaia**Scientific supervisor: A. Blagaia, PhD, assistant professor**Department of hygiene and ecology #1**Head of the department – Bardov V.G., MD, professor, correspondent member of NASM of Ukraine**Bogomolets National Medical University**Kyiv, Ukraine*

Noise is one of the leading factors in urban life. Noise pollution is a triggering factor in cardiovascular diseases development (Favour Chukumela Woko, 2019), psycho-emotional disorders (Manukyan, A. L. et al., 2020). Ukrainian legislation established in 2019 levels of sound allowable in different kinds of premises, including the hostels. Ministry of health of Ukraine issued an order “On the approval of the State sanitary norms of allowable noise levels in rooms of inhabited and public buildings and the territory of residential area” where the day and night levels of noise were specified. According to the document, the hostel rooms should not be exposed to noise levels more than 45 decibels A (dBA) and 35 dBA during the day (8.00-22.00) and night (22.00-8.00), respectively. The sound levels not exceeding 40 dBA were considered appropriate for study (for lecture halls and classrooms, teachers' rooms, conference halls, auditoriums).

**Aim** of the research. The hygienic assessment of urban noise levels in the hostel rooms for medical students.

**Materials and methods.** The room was facing the street. Noise levels were measured 5 times per day (7.00; 10.00; 13.00; 20.00; 23.00) with open and closed windows to receive data on noise in the night and day. Measurement duration was two weeks to receive the data on working days and weekends. Measurements were performed by noise detector m&sen mi 9 mi 9 m9, processed by preinstalled program supply. Data on statistical analysis was calculated using IBM SPSS Statistics.

**Results.** 7.00: open window (o) – 41.86±1.610 dBA, closed (c) – 37.79±0.893 dBA; 10.00: o – 44.00±2.689 dBA, c – 38.50±2.929 dBA; 13.00: o – 44.71±2.199 dBA, c – 41.07±4.104 dBA; 20.00: o – 45.79±4.246 dBA, c – 38.93±1.730 dBA; 23.00: o – 40.71±0.914 dBA, c – 38.00±0.679 dBA.

**Conclusion.** The research findings indicate the appropriate noise levels in the hostel room with both open and closed windows during the daytime. However, this time cannot be used for learning in the hostel during the week (the difference between workdays and weekends was not statistically significant) with open windows. Only at 10.00 and 20.00 it was appropriate when the window was closed.

Nighttime (7.00 and 23.00) was critical to rest because the noise level exceeded the allowable (35 dBA) even with closed windows. Nevertheless, students can use the time frame of 23.00 for learning both with open and closed windows. On the contrary, the open window noise level exceeded the allowable level for learning. One of the achievable recommendations suggested was to change the window (its design should be noise proof).

**HYGIENIC ASSESSMENT OF NATURAL ILLUMINATION IN HOSTEL FOR FOREIGN MEDICAL STUDENTS OF III YEAR***Rai Pankaj Kumar, Anna Blagaia**Scientific supervisor: A. Blagaia, PhD, assistant professor**Department of hygiene and ecology #1**Head of department – Bardov V.G., MD, professor, correspondent member of NAMS of Ukraine**Bogomolets National Medical University**Kyiv, Ukraine*

**Introduction** – Daylighting uses light sources that create pleasant and comfortable indoor environment. Daylight is a free natural resource. Allowing natural light into buildings improves health and psychological reactions, and daylight is an inexhaustible resource. The use of daylight in buildings considerably improves the atmosphere and economy. Natural lighting also has the potential to improve mood, health, presentation, and productivity. The paper aims to provide additional information and a better understanding of the hygienic conditions concerning daylight in the hostel for foreign students of NMU.

**Aim** - To perform hygienic inspection in rooms of III-year students of NMU concerning the illumination norms; 2) to measure the natural illumination using Luxmeter; 3) To hygienically assess the received results.

**Methods and Materials Used:** 10 rooms were selected in hostel no.7, 5 facing towards sunlight and 5 not facing towards sunlight.

The level of illuminance was obtained for each of the rooms using the Luxmeter. Each reading was observed 3 times a day; morning 10:00am, Afternoon 14:00, Evening 18:00 and performed trice to normalize the values. Measurements were performed within one month to consider all weather variations.

Technical specification of luxmeter tmd2725 Ambient Light Sensor Non-wakeup (ams AG); range: 0...1; resolution: 0.01 (1%); power: 0.08mA. Product Parameters – Supply Voltage [V] -1.7 - 2.0, I<sup>2</sup>C Bus -1.8, Programmable-Gain, integration time, interrupt Integrated Capabilities - ALS, Prox, IR LED, Recommended Operating Distances [cm] <15, Temperature Range [°C] - 30 to 85, Packages - Surface mount module, pin count 8.

The formula defined daylight factor as the ratio of the actual illuminance at a point in a room (lux) and the illuminance available from an identical unobstructed sky was used in calculations.

Data were processed statistically.

**Results:** During the research, the data obtained from 10 rooms of III course students, it was found that the building orientation of hostel no. 7 has divided rooms into two faces; one facing toward South-East; other – North-West.

Maximum Lux; 10:00am – 4458±7.34, 14:00pm – 63895±34.72, 18:00pm - 982± 8.99 (21 July, 2020), Minimum Lux; 10:00am – 163± 1.96, 14:00pm -1641± 3.94, 18:00pm – 64± 0.59 (25 July, 2020). Average Lux of Rooms Facing towards direct sunlight(outside): 10:00am - 1203±2.72, 14:00pm – 4951±7.39, 18:00pm - 461±2.45. DF (daylight factor) Morning: R2-0.9%, R5-1.8%, R6-1.5%, R7-0.94%, R9-1.8%; Afternoon: R2-2.0%, R5-2.9%, R6-3.9%, R7-3.6%, R9-3.1%; Evening: R2-1.9%, R5-1.25%, R6-1.16%, R7-1.3%, R9-1.4%.

Average Lux of Rooms not facing towards direct sunlight(outside): 10:00am – 353±1.8, 14:00pm – 3951±6.87, 18:00pm - 243±1.35. Df (daylight factor) morning: R1-0.5%, R3-0.4%, R4-1.8, R8-0.53%, R10-0.9%; Afternoon; R1-1.38%, R3-1.8%, R4-2.3%, R8-1.2%, R10-1.8%; Evening: R1-1.7%, R3-0.9%, R4-1.03%, R8-0.4%, R10-0.7%.

**Conclusion.** The rooms which are facing towards the sunlight are having normal illumination while comparing with the norms (1.0%) excepts for dawn and dusk (morning time & evening time). Contradictory the rooms which are not facing towards the direct sunlight are not having sufficient natural lighting or are very close but still below the norms and thus require artificial illumination;

**Recommendation** – The rooms which are not facing direct sunlight are not receiving adequate illumination (rooms – R1, R3, R4, R8, R10) and the require artificial lighting at the required timings.

## HYGIENIC STUDY OF THE ARTIFICIAL TRANS-FAT AND SODIUM LEVEL CONTENT IN FOOD AND THE RATE OF CONSUMPTION AMONG GULF AREA UNIVERSITY STUDENTS

*Elimam Noon.O., Anna Blagaia*

*Scientific supervisor: A. Blagaia, PhD, assistant professor*

*Department of hygiene and ecology #1*

*Head of the department – Bardov V.G., MD, professor; correspondent member of NASM of Ukraine*

*Bogomolets National Medical University*

*Kyiv, Ukraine*

**Actuality:** The food labels unbelievably hold the key for studying chronic modern life morbidity.

Artificial trans fats, which has been banned by Food and Drug Administration (FDA) and other global administrations, and a high-level sodium diet contributes to dangerously high levels of heart diseases, which is considered the first cause of death worldwide.

**Purpose:** The hygienic assessment of the presence of trans fats and assessing the level of sodium in the most consumed products by university students.

**Objectives:** (1) To perform a hygienic inspection in food shops, markets about common brands. (2) To assist the presence of artificial trans fats and level of sodium. (3) To hygienically assess the received results.

**Materials and methods:** To figure the consumption pattern (1) A questionnaire, done by us, was answered by 104 of residents and citizens university students in the gulf area aging (17-28), Saudi Arabi n=25, Kuwait n=32, Oman n=16, United Arab Emiratis n=20, Bahrain n=3, Qatar =3, Iran n=4, Iraq=1, (2) To examine several foods providing markets, (3) Statistical processing by MS Excel, IBM SPSS statistic.

**Results:** A study was done on 40 types of snack brands (Chocolate bars, bakery, chips...etc.) show that 43.9% of products contain artificial trans fat (partially hydrogenated fat, vegetable shortening, margarine). From higher to lower in the percentage of trans fat: coffee creamers, chocolate bars, and baked snacks. The most consumed goods according to the questionnaire are potato chips, deep-fried fast food, cookies, and chocolate bars with 68,

48,40,40 responses respectively. The American Heart Association recommends less than 2,300 mg/day and less than 400mg/100 g is recommended, 37.5%(n=15) type of brands consumed contain amount  $\geq$  400 mg/100 g, mainly in chips brands.

**Conclusion:** On June 2018, the United States officially banned the use of trans fats, or partially hydrogenated oils (PHOs), in all food's restaurants and grocery stores, some gulf countries are taking steady steps to ban the use of trans fat by 2023. On the other hand, some nations did not present a clear statement regarding their plans for banning or replacing trans-fat containing products. Trans fat intake leads to more than 500,000 deaths yearly all over the globe due to cardiovascular disease based on world health organization estimation. Such high values of sodium per 100g additional to the sodium we get from our nutrient meals will contribute to an unbalanced diet, high blood pressure, and future heart diseases.

## PECULIARITIES OF ACCLIMATIZATION OF FOREIGN STUDENTS FROM DIFFERENT COUNTRIES

*Sainudeen Thaj Saiju, Rajeevan Manju Pallavi, Antonenko A.M.*

*Scientific supervisor: MD, professor, Antonenko A.M.*

*Department of hygiene and ecology No 1 of Bogomolets National Medical University*

*Head of department: correspondent member of NAMS of Ukraine, MD, professor V.G. Bardov*

*Bogomolets National Medical University*

*Kyiv, Ukraine*

**Relevance.** Ukraine has seen one of the largest number of foreign students arriving in each year. Such students come from various countries face acclimatization. This is significant in case of students who come from tropical regions like India, Pakistan etc. These students face a drastic change from a tropical climate to a chilly winter in a very small interval of time. Therefore, a study on how acclimatization affects such students taking other factors like food into consideration is necessary.

**The purpose of work** was to conduct a hygienic assessment of acclimatization peculiarities of foreign students from different countries.

**Research methods.** An online survey (<https://docs.google.com/forms/d/1TwpBioWY52L7-ErtRCuIZoH9jZ2JBjtXtp9vOLKTU5w/edit?usp=sharing>) was conducted among 109 Indian students of various ages, socio-economic status, work, lifestyle, eating habits and professions from different regions to assess the nutrition information and disease history: regimen, diet preference, types of cooking(homely and junk) both in their native place and in Ukraine, history of health problems both in their native country and Ukraine, treatment etc. Statistical processing of results were performed using google forms, MS Excel.

**Results.** The people who took part in the survey were predominantly students of age groups 20-30 with majority ranging from 23-26. Majority of them are pursuing medical courses and come from countries with moderate weather, 7.5% people come from cold countries and 17.8 come from hot countries. 88.8% of these students marked their region of residence in Ukraine as cold while rest marked as moderate weather. Around 93.5% of these students have home cooked food in their native country. In Ukraine however only 63.6% of these students have home cooked meal, rest follow a junk food-based diet. Most of them had three meals a day in their native country but on arrival in Ukraine the majority shifted to two times a day. There wasn't a significant variation in diet preference when place of residence changed. The most significant result is percentage of students who fell ill frequently was less than six percent in their native country; it rose to almost 30% in Ukraine. On considering health problems reported on the survey except for stress which 9% to 27%, the incidence of other health problems remained same. The difference in percentage of students using chlorinated and pure water in their place of residence in Ukraine is less with chlorinated water being more predominantly used. Almost 58% people treated their health problems using medicine, 30 solved it via changing food intake while a small percentage focused on drinking regime.

**Conclusion.** It was found out that there was a significant increase in the number of frequently ill students. There was a general deterioration in the health of students. This can be attributed to the rapid change in climatic conditions encountered and also due to falling quality of food intake. Use of chlorinated water is also a factor.

## СТОМАТОЛОГІЯ DENTISTRY

### СТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

*Гриньова А. О., Ковтун Т. О.*

*Науковий керівник: ас. Ковтун Т. О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яковенко Л. М.*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Проблема травм тимчасових зубів (ТЗ) у дітей на сьогодні є актуальною. Вона становить близько 11% від усіх травматичних ушкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки. Спектр травм зубів складається з авульсії, різних видів вивихів, перелому коронки, перелому кореня та забиття.

**Мета роботи.** Вивчити структурну характеристику травм тимчасових зубів у дітей в різні вікові періоди.

**Задачі.**

1. Провести структурований аналіз різних видів травм тимчасових зубів у дітей за віком.
2. Провести статистичну обробку отриманих даних.

**Матеріали і методи.** Ретроспективний аналіз 654 історій хвороб пацієнтів з травмами зубів за розробленою картою обстеження, які звернулись на клінічну базу кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О. О. Богомольця у 2019 році. Оцінка результатів аналізу проводилась із використанням програми MedStat.

**Результати.** Встановлено, що з 652 пацієнтів з травмами зубів, 75% (n=489) мали травму ТЗ. Структура травми ТЗ представлена такими видами: авульсія - 13,7% (n=67), неповний вивих - 45,4% (n=222), впроваджений вивих - 8,8% (n=43), перелом коронки - 16,5% (n=80), перелом кореня - 1,7% (n=8), забиття - 13,9% (n=68). Травму тимчасових зубів отримували діти до 3-х років у 66,6% (n=326) випадках, у 4-6 років – 28% (n=137), у 7-9 років – 3,4% (n=16) та у 10-12 років – 2% (n=10).

У віковій групі до 3 років найчастіше зустрічався неповний вивих – 45,5% (n=35), а рідко – перелом кореня зуба – 1,2% (n=4). Дітям від 4 до 9 років неповний вивих діагностували у 48% (n=148) осіб. У пацієнтів від 10 до 12 років переважала авульсія ТЗ (44,4% випадків) та перелом коронки зуба (30%).

**Висновки.** У тимчасовому періоді прикуса травми ТЗ найчастіше діагностувалися у дітей до 3 років. Серед травм ТЗ у них превалював неповний та впроваджений вивихи.

### АНТРОПОМЕТРИЧНІ РОЗМІРИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ ПІСЛЯ ПЕРВИННИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

*Карпенко Д.Є.*

*Науковий керівник: ас. Шафета О.Б.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Вивчення розвитку та формування верхньої щелепи у дітей з вродженими незрошеннями губи та піднебіння (ВНГП) є актуальним у комплексі хірургічно-ортодонтичних реабілітаційних заходів.

**Мета роботи.** Визначити антропометричні транверзальні та сагітальні розміри верхньої щелепи після первинних операцій на губі та піднебінні.

**Матеріали і методи.** Проведено антропометричні виміри 18 моделей щелеп дітей віком від 3-х до 4-х років методом Braunmann; статистичний кореляційний аналіз отриманих показників методом Пірсона.

**Результати.** При проведенні антропометричних вимірювань сканованих моделей верхньої щелепи після одночасної хейлоринуранопластики в віці 3-х міс. та велоластики в віці 12 міс. медіана величини



трансверзальних розмірів верхньої щелепи на рівні медіальної сторони ікол(C1C1) становила  $21,16 \pm 1,77$  мм, на рівні дистальної сторони ікол(C2C2) –  $29,28 \pm 2,06$  мм, проекції ікол  $25,22 \pm 1,915$  мм ( $N=30,11 \pm 0,42$  мм), на межі твердого і м'якого піднебіння(ТТ) –  $39,44 \pm 1,88$  мм ( $N=37,8 \pm 0,51$  мм); на межі переходу слизової оболонки ясен та твердого піднебіння на рівні перших молярів(QQ) –  $20,88 \pm 2,01$  мм ( $N=33,11 \pm 0,47$  мм).

Кореляційне значення показників C1C1, C2C2, QQ, ТТ у дітей з ВНГП показало позитивний лінійний сильний зв'язок між показниками C1C1, C2C2( $r=0,974$ ,  $p<0,05$ ); C1C1, QQ( $r=0,942$ ,  $p<0,05$ ); C1C1, ТТ( $r=0,796$ ,  $p<0,05$ ); C2C2, QQ( $r=0,908$ ,  $p<0,05$ ); C2C2, ТТ( $r=0,836$ ,  $p<0,05$ ); QQ, ТТ( $r=0,737$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Після первинних хірургічних втручань у дітей з ВНГП трансверзальні розміри верхньої щелепи в проекції ікол та перших тимчасових молярів зменшені на 16,24% та 36,94% відповідно. Ширина в проекції других постійних молярів збільшена на 4,34%. Виявлений позитивний лінійний кореляційний зв'язок між усіма трансверзальними розмірами верхньої щелепи, що свідчить про несприятливі умови для розвитку верхньої щелепи по трансверзалі.

## ВПЛИВ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ НА ПОКАЗНИКИ НАЗО-ЛАБІАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ОДНОСТОРОННІМИ НЕЗРОЩЕННЯМ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

*Кірієнко Ю.Ю., Яковенко Л.М., Шафета О.Б.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Після всіх хейлоринопластик у дітей з вродженими односторонніми незрошеннями губи та піднебіння (ВОНГП) виникають різні за ступенем тяжкості вторинні деформації верхньої губи та носа. Оцінка змін назо-лабіального комплексу дає змогу спрогнозувати вираженість деформацій та обрати методу оперативного втручання.

**Мета роботи.** Оцінити співвідношення показників тканин назо-лабіального комплексу для аналізу результату хейлоринопластики.

**Матеріали і методи.** Проведено виміри 24 фотограф у фронтальній та базальній проекціях дітей з ВОНГП та після хейлоринопластики віком від 3 міс. до 12 міс. за показниками: співвідношення висоти колонок фільтруму здорової сторони до сторони незрошення (ch-cph/ch-cphd), співвідношення довжини верхньої губи на здоровій та незрошеній стороні (ch-sn/ch2-sn), співвідношення відстані від кутів рота до узвища лука Купідона здорової сторони до незрошеної (cph-cph'/cphd-cphd'), співвідношень довжини крила носа обох сторін (ab-prn/ab2-prn), довжини крила носа до ширини ніздрі на здоровій стороні (ab-prn/ab-sn), довжини крила носа до ширини ніздрі на стороні незрошення (ab2-prn/ab2-sn).

**Результати.** До хейлоринопластики середні значення показника співвідношення висоти колонок фільтруму здорової сторони до сторони незрошення (ch-cph/ch-cphd) становили  $0,56 \pm 0,18$ ; співвідношення довжини верхньої губи на здоровій та незрошеній стороні (ch-sn/ch2-sn) –  $2,28 \pm 0,71$ ; співвідношення відстані від кутів рота до узвища лука Купідона здорової сторони до незрошеної (cph-cph'/cphd-cphd') –  $0,79 \pm 0,13$ .

Фотограмметричні показники структур носа показали, що співвідношення довжини крила носа обох сторін (ab-prn/ab2-prn) у середньому становило  $0,78 \pm 0,09$ ; співвідношення довжини крила носа до ширини ніздрі на здоровій стороні (ab-prn/ab-sn) складав  $1,38 \pm 0,11$  та стороні незрошення (ab2-prn/ab2-sn) –  $1,13 \pm 0,08$ . Після хейлоринопластики показники лабіального комплексу зазнали змін. Так, середні значення ch-cph/ch-cphd змінилися на  $1,04 \pm 0,02$ ; ch-sn/ch2-sn –  $1,14 \pm 0,02$ ; cph-cph'/cphd-cphd' –  $1,06 \pm 0,1$ ; Показники назального комплексу мали наступні зміни: ab-prn/ab2-prn у середньому становив  $0,9 \pm 0,01$ ; ab-prn/ab-sn –  $1,41 \pm 0,1$  та ab2-prn/ab2-sn –  $1,44 \pm 0,1$ . Порівняльний аналіз стану структур лабіального комплексу за фотограмметричними показниками у дітей до та після хейлоринопластики показав зменшення співвідношення висоти колонок фільтруму здорової сторони до незрошеної на 46% та співвідношення довжини верхньої губи на здоровій та незрошеній стороні на 26%. При цьому відбулося збільшення співвідношення довжини верхньої губи на здоровій та незрошеній стороні на 100%.

Виявлено зменшення співвідношення довжини крила носа обох сторін, довжини крила носа до ширини ніздрі на здоровій стороні та на стороні незрошення на 13%, 2% та 22% відповідно.

**Висновок.** Зміни фотограмметричних показників назо-лабіального комплексу після хейлоринопластики у дітей з ВОНГП показав відновлення їх анатомо-функціональної спроможності.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ  
МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'ЮВАННЯ  
ТА УРОКУ ГІГІЄНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
СЕРЕД УЧНІВ 3-4 КЛАСІВ**

*Кордун М.Ю.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Сороченко Г.В.*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань.*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Савичук О.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Одним з сучасних та високоефективних способів привертання уваги до стану здоров'я людини є мотиваційне інтерв'ю (МІ). Метод МІ - це системний консультативний підхід до проблем пацієнта, спрямований на формування мотивації пацієнта до зміни його поведінки, заснований на виявленні його спонукань до дії і надання результативного впливу на внутрішньо-мотиваційну динаміку поведінки пацієнта. Однак інформація щодо ефективності використання даного методу серед дітей є малочисельною. Тому актуальним є вивчення дієвості різних мотиваційних методів в стоматології серед дітей різних вікових груп.

**Мета роботи.** Порівняння ефективності застосування МІ та уроку гігієни(УГ) в профілактиці стоматологічних захворювань, підвищення обізнаності учнів та їх батьків стосовно важливості індивідуальної профілактики основних стоматологічних захворювань.

**Матеріали і методи.** Проведено анкетування учнів 3, 4 класів МЗНВК «школа-ліцей № 1 ім. Н. Сосніної» І-ІІІ ст. м. Малин та батьків учнів 3 класу. Опитувані були поділені на три групи: 1 група - з учнями 4-го класу (23 особи) був проведений УГ, 2 група - з учнями 4-го класу (23 особи) провели УГ та МІ, 3 група - у 3-му класі з учнями та їх батьками (9 дітей та 9 дорослих) провели УГ та МІ. Для проведення дослідження було розроблено анкету із використанням європейських індикаторів стоматологічного здоров'я (Леус П.А., 2014). Кожен учасник заповнив анкету двічі – до бесіди та через місяць після.

**Результати.** В результаті порівняння даних, отриманих під час анкетувань учнів 1-ої групи, виявили збільшення кількості дітей, що використовують зубну пасту з фтором на 30.6%. Відсоток осіб, що користуються засобами інтердентальної гігієни, зріс на 17.4.

Результати у 2-й групі показали збільшення кількості дітей, що чистять зуби двічі на добу на 21.8%. Кількість учнів, що користуються зубною пастою з фтором зросла з 13% до 39%. Зменшився відсоток учнів, що не використовують ніяких засобів інтердентальної гігієни на 17.7.

В 3-й групі виявили збільшення кількості опитаних, що користуються зубною пастою з фтором на 43.5%. Відсоток осіб, що не користуються засобами інтердентальної гігієни зменшився з 72.5 до 55. Раціон харчування у даної дослідної групи змінився наступним чином: до нашої розмови 40% осіб вживали кондитерські вироби щодня, 61.5% пили чай з цукром кожного дня, 22% - рідко. Результати другого анкетування показали, що вдвічі зменшилась кількість тих, хто їсть солодощі щодня, натомість 78% вживають їх рідко; половина групи рідко п'є чай з цукром.

**Висновки.** Отже, отримані результати вказують на недостатній рівень проведення профілактики серед учнів 3-4 класів МЗНВК «школа-ліцей № 1 ім. Н. Сосніної» І-ІІІ ст. та їх батьків. Існує нагальна потреба у запровадженні дієвого способу профілактики основних стоматологічних захворювань. Найбільш ефективним методом є проведення УГ та МІ із залученням батьків, адже це позитивно впливає не тільки на рівень індивідуальної гігієни порожнини рота, а і покращує обізнаність дітей та батьків щодо правил раціонального харчування. Зокрема, застосування цього методу дозволило підвищити кількість осіб, що використовують пасту з фтором до 60%, відсоток тих, хто користується засобами інтердентальної гігієни збільшився до 45, зміни раціону харчування проявилися тим, що опитувані почали менше вживати солодощі (50% респондентів рідко п'ють чай з цукром, 89% рідко їдять цукерки, 78% рідко вживають кондитерські вироби).

**ТРАВМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ***Кузьменко А.А., Ковтун Т.О.**Науковий керівник: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку**Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**м. Київ, Україна*

**Актуальність:** В останній час збільшилась кількість дітей з травматичними пошкодженнями тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД). Кожна 4-та дитина, що звертається за невідкладною спеціалізованою допомогою в щелепно-лицеву хірургію – пацієнт з травмою. За даними різних авторів травми м'яких тканин ЩЛД зустрічаються у 70-80% випадків.

**Мета роботи:** Вивчити структуру травм м'яких тканин у дітей залежно від віку.

**Методи дослідження:** Проведений ретроспективний аналіз 7063 історій хвороб пацієнтів з травмами м'яких тканин, які лікувались на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Аналіз історій хвороб проводився за розробленою картою обстеження, дані з якої оброблялися статистично.

**Результати:** Встановлено, що травми м'яких тканин складають 89% травм ЩЛД. Серед них садна виявлені в 11% (n=776) випадків, а гематоми – в 6% (n=423). Травмування хлопчиків виявлено в 60% випадків. Діти від 0 до 3 років склали 32% (n=2260). Далі травмування мали тенденцію до зменшення і в 17-18 років становили лише 2,5% (n=176). За характером переважали забиті рани – 50-60% (n=3886), а найрідше зустрічалася рубана рана – 0,12% (n=8). Локалізація ран найчастіше була виявлена на підборідді – 25% (n=1765), в ділянці брови – 12% (n=847), верхньої та нижньої губи – 8-11% (n=706).

За віковими особливостями: діти від 0-6 років зазнають травм майже всіх ділянок голови та шиї. Саме в цій групі сконцентрована майже вся загальна кількість саден та гематом – 16% (n=1130). Серед ран превалює забита рана з локалізацією на підборідді – 24% (n=1092) та в ділянці брови – 12% (n=546). У дітей від 0 до 6 років зустрічаються забиті рани вуздечки верхньої губи та відкриті рани язика – 5% (n=227).

Характерним для групи дітей 7-12 років є значна кількість укушених ран – 11% (n=185). Забита рана залишається на першому місці з локалізацією на підборідді – 23%, в ділянці брови – 10%, верхній та нижній губі – 5-6%.

В 13-18 років різко зростає кількість гематом та садін – 31% (n=296), а забита рана лишається на першому місці. Найчастішими зонами травмування є шока, ніс, підочна та вилична ділянки.

**Висновки:** Травми м'яких тканин ЩЛД у дітей становлять майже 90% від всіх травм цієї ділянки.

У віці від 0 до 6 років превалюють садна, гематоми та забиті рани з локалізацією на підборідді, брові, губі та її вуздечці. Від 7 до 18 років забиті рани підборіддя залишаються на першому місці. Найбільша кількість укушених ран була виявлена у віковій групі 7-12 років.

**ВИКОРИСТАННЯ ТРЕТЬОГО МОЛЯРА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ:  
МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ***Масюкова Т. В., Поровай О. С.**Науковий керівник: к. мед. н., доцент Волошина Л. І**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї**В.о. завідувача кафедри: к. мед. н., доцент Локес К.П.**Українська медична стоматологічна академія**м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** На сьогодні питання заміщення дефекту зубного ряду після видалення зуба зазвичай вирішується типово: застосовують ортопедичні конструкції або ж дентальну імплантацію, у той же час в деяких випадках можливо скористатися ресурсами свого ж власного організму. Методика трансплантації третього моляра на місце видаленого першого або другого не є новою в сучасній стоматологічній практиці, але через певну складність цього методу, його ризики і неможливість використання в усіх клінічних випадках, варіативність та нетиповість будови третього моляра, переважно не розглядається як метод вибору.

**Мета роботи.** Деталізувати умови, за яких стає можлива трансплантація третього моляра, обґрунтувати можливість практичного застосування цього методу в практиці лікаря-стоматолога, виокремити селективні ознаки вибору молярів для трансплантації, систематизувати медичні умови для створення «банку зубів».

**Матеріали і методи.** Нами були проаналізовані дані літературних джерел, публікації з електронних ресурсів, скани конусно-променевої комп'ютерної томографії щелеп.

**Результати.** Встановлено, що для трансплантації третього моляра на місце іншого необхідно перевірити (за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії) подібність їх анатомічної будови, збіжність кількості коренів та відповідність будови коренів зуба, що трансплантується та стінок кісткової альвеоли (або ж зробити альвеолотомію). В подальшому форму зубної коронки можна змінити за ортодонтичними показаннями. Даний метод більше підходить для зубів нижньої щелепи.

**Висновки.** Отже, при дотриманні запропонованих нами умов трансплантації та контролю подібності будови третього моляра та першого за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії, можливе застосування даної методики. Також за необхідності видалення третього моляра і збереження його для трансплантації через певний час, ми пропонуємо створити «банк зубів» - місце, де будуть створені умови для оптимального зберігання зубів для майбутньої трансплантації.

## КІСТОЗНІ УРАЖЕННЯ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ

*В.В.Ододюк*

*Науковий керівник : д.мед.н., професор Л.М.Яковенко*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Л.М.Яковенко*

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Кістозні ураження щелепи є один з найбільш поширених пухлиноподібних новоутворень щелепно-лицевої ділянки у дітей. Близько 7% випадків всіх захворювань щелепно-лицевої ділянки припадає саме на кістозні ураження щелеп. Своєчасний аналіз, діагностика та лікування їх є запорукою успіху.

**Мета роботи.** Визначити структуру кістозних уражень щелеп у дітей.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 60 історій хвороб пацієнтів з кістами щелеп від 6 до 16 років за розробленою картою. Статистична обробка за допомогою програми Spss.

**Результати.** Середній вік пацієнтів з кістозними ураженнями щелеп становив  $10,5 \pm 3$  років. За гендерною приналежністю хлопчики становили 34 (56%) особи, та переважали над дівчатками на 12%. За локалізацією у 44(73%) випадків кістозні ураження локалізувались на нижній щелепі, у 16(27%) - на верхній щелепі. Радикальні зубовмісні становили 26(43%), радикальні кісти - 17(28%), фолікулярні кісти - 7(12%), первинно кісткова кіста - 1(2%), резидуальні кісти - 6(10%), нагноєні кісти - 3(5%) випадків. Радикальні зубовмісні кісти локалізувались на нижній щелепі у 19 ( 73%) випадків та 7(27%) – на верхній щелепі. При цьому у хлопчиків у два рази частіше ніж у дівчат . Причинними зубами на нижній щелепі у 2(11%) був 84 зуб, 5(26%) – 85 зуб, у 1(5%) – одночасно від 84,85 зубів, 74 зуб у 1(5%), 75 – 7(37%), одночасно від 74,75 зубів у 3(16%) випадках. Причинним зубом на верхній щелепі у 4(57%) випадках був 65 зуб, 2(28%) – 55 зуб, в 1(14%) – 53 зуб. Серед радикальних кіст 13(76%) локалізувались на нижній щелепі та 4(24%) – на верхній. Кількісна частка даного кістозного ураження, яка припадала на хлопчиків та дівчат була однаковою. Причинними зубами на нижній щелепі у 4(31%) випадках був 75 зуб, у 3(23%) - 85 зуб, 3 (23%) - 31 зуб, 2 (15%) - 41 зуб, 1 (8%) – 42-32 зуби; на верхній щелепі у 2 (50%) випадках – 22 зуб, 1(25%) – 65 зуб, 1(25%) – 13 зуб. Фолікулярні кісти склали 7(12%), з них 6(90%) локалізувалось на верхній щелепі та 1(10%) на нижній щелепі. В 5(71%) випадках даний діагноз був встановлений у хлопчиків , в 2(29%) у дівчат. Причинними зубами на верхній щелепі у 3(50%) випадків стали 13 зуби, в 1 (17%) – 17 зуб, 2 (33%) – 23 зуб; на нижній щелепі причинним зубом виявився 46 зуб. Первинно кісткова кіста трапилась лише в 1(2%) випадків з локалізацією на нижній щелепі. Резидуальні кісти являли собою 6(10%) випадків з локалізацією на нижній щелепі у 4(67%) випадках та 2(33%) на верхній щелепі. У 4(67%) випадках дану кісту було встановлено у дівчат, та у 2 (33%) - у хлопчиків. Причинними зубами на нижній щелепі у 2(50%) - 75 зуб, у 2(50%) – 85 зуб; на верхній щелепі причинними зубами виявились 63 та 65 зуби. Нагноєні кісти становили 3(5%) випадків і тільки у дівчат, з них 3(100%) локалізувались на нижній щелепі. Причинними зубами являлись 75 з у 2(66%) випадків та 84,85 – у 1(33%).

**Висновки:** Структурний аналіз кістозних уражень щелеп показав, що кісти щелеп переважають у хлопчиків. Найчастіше розвивались радикальні, зубовмісні кісти, у віці 9-10 років. Улюблена локалізація кіст одонтогенного походження була на нижній щелепі, а причинними зубами - тимчасові моляри.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ДО МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕННЯ КОСМЕТИЧНОЇ РИНОПЛАСТИКИ

Сунцова К. А., Поровай О. С.

*Науковий керівник: д. мед. н., професор Аветіков Д. С.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

*В.о.завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Локес К. П.*

*Українська медична стоматологічна академія*

*м. Полтава, Україна*

**Актуальність.** Сучасна світова література та відомі нам дослідження констатують, що на сьогодні існує безліч методик проведення косметичної ринопластики, які можна поділити на дві великі групи: методики закритої та відкритої ринопластики. Підхід до обох методик, щодо проведення навіть невеликої хірургічної корекції деформацій зовнішнього носа має зумовлювати не лише високе хірургічне мистецтво, а чітке знання тонких взаємовідносин між хрящовими та м'якотканинними структурами.

**Мета роботи.** Порівняти ефективність проведення та післяопераційні результати косметичної ринопластики з урахуванням зовнішнього і внутрішнього оперативних доступів, та обґрунтувати доцільність їх проведення.

**Матеріали і методи.** Нами обстежено та прооперовано 12 пацієнтів з деформацією зовнішнього носа серед яких найчастіше зустрічалися: «горб» носа, сідлоподібний ніс, роздвоєний кінчик носа, низка колумелла та довгий ніс. У шести пацієнтів проведена відкрита ринопластика, у шести – закрита.

**Результати.** Встановлено, що при проведенні відкритих способів створюються оптимальні доступи до ділянок моделювання хрящів. Але в 82% випадків дослідження ми зіштовхнулися з проблемою надмірного рубцеутворення після проведення розрізу за Рауером, в місці якого на перший місяць післяопераційного періоду у двох пацієнтів утворився гіпертрофічний рубець, у одного пацієнта – з ознаками келоїдизації. На відміну від описаної методики, метод закритої ринопластики потребує високої тактичної підготовки хірурга, в зв'язку з обмеженням як оперативного доступу, так і візуалізації поля оперативного втручання. Нами доведено, що при цьому методі ринопластики використовувати середній ендоназальний розріз, який створює оптимальний оперативний доступ хрящів, що створюють форму. Але кількість хрящової тканини, що підлягає резекціюванню, визначається емпірично, з урахуванням досвіду, або на етапі комп'ютерного моделювання при складанні плану лікування, що потребує додаткової комп'ютерної техніки та знання програм з графічним інтерфейсом. Саме це, на нашу думку, обмежує показання до цього виду ринопластики.

**Висновки.** Отже, вибір конкретної методики косметичної ринопластики є строго індивідуалізованим та потребує складання ретельного алгоритму проведення етапів втручання, досвіду хірурга, детального аналізу зони оперативного втручання та чіткого вирахування напрямку переміщення хрящів та м'якотканинних компонентів зовнішнього носа.

## ЧАСТОТА ТКАНИННОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО КІСТКОВОГО АНТИГЕНУ У ХВОРИХ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ

Решетник Л.Л.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор М.Ю. Антоненко*

*Кафедра стоматології*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор М.Ю. Антоненко*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Кількісна зміна орального мікробіому є ключовою парадигмою антигенної мікробної атаки на тканини пародонта. Змінений мікробний пейзаж потенційно провокує не тільки високий ступінь мікробної сенсibilізації і ендогенної інтоксикації організму, але і є ключовим тригером зміни адекватної, запрограмованої реакції імунної системи на антигенне навантаження в бік конфігурації нового формату імунної реакції, що призводить до конструювання аутоімунного компоненту в патогенезі генералізованого пародонтиту (ГП). В наукових роботах недостатньо сфокусована увага на особливостях ранньої діагностики

ГП. У той же час, вважаємо, що тільки рання діагностика може бути ефективним шляхом вторинної профілактики, що дозволяє попередити, уникнути або відстрочити проведення складних хірургічних, суперечливих ортопедичних втручань і, зрештою, запобігти або істотно сповільнити процес, що веде до ранньої втрати зубів.

Стандартні індикативні критерії стану альвеолярного відростка, наприклад, рівень кальцію, міді, стронцію у плазмі крові, кістково-специфічної лужної фосфатази, холестерину, триглицеридів сироватки крові, оксипроліну плазми крові, мінеральної щільності кістки є досить обтяжливими для пацієнтів, не є специфічними показниками, і це ускладнює їх використання та обтяжує інтерпретацію отриманих даних. На нашу думку, визначення тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену може бути тією адекватною специфічною реакцією, яка могла б допомогти при ранній діагностиці ГП у хворих з нервовою анорексією (НА), яка являє собою серйозне захворювання порушення харчової поведінки у осіб молодого та працездатного віку і частота якого постійно зростає.

**Мета роботи.** Вивчити частоту тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену як індикативного фактора змін в альвеолярному відростку при початковому ступені ГП у хворих з нервовою анорексією.

**Матеріали і методи.** Основна група - 70 пацієнтів (віком 19-35 років) з генералізованими захворюваннями пародонта (ГЗП) при НА, а саме: 13 хворих з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом (ГХКГ) – підгрупа O<sub>1</sub> та 57 пацієнтів з генералізованим пародонтитом (ГП), початковим-II ступенем, хронічного перебігу – підгрупа O<sub>2</sub>. Порівняльна група - 59 пацієнтів аналогічного віку, рівноцінні за статтю, з ГЗП без НА, зокрема – 37 пацієнтів з ГХКГ (підгрупа П<sub>2</sub>) та 22 хворих з ГП, початкового-II ступеню, хронічного перебігу – підгрупа П<sub>2</sub>. Контрольну групу представили 30 осіб аналогічного віку і статі без клінічних ознак захворювань тканин пародонта. За захворювання внутрішніх органів і систем, включаючи кістково-суглобовий апарат, у цих обстежених були виключені.

Використовували клінічні, рентгенологічні, імунологічні та статистичні методи. Діагностику захворювання тканин пародонта проводили відповідно до класифікації Н.Ф. Данилевського (1994). Оцінку тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену визначали в реакції гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ). В реакції РГМЛ застосували водно-сольовий екстракт кісткової тканини групи 0 (I) Rh (D). Індекс міграції вираховували за формулою:

$$IM = \frac{\text{площа міграції з антигеном}}{\text{площа міграції без антигену}}$$

де IM, рівний 0,1-0,5, відповідав високому ступеню сенсibiliзації. Облік реакції проводили через 24 години після забору крові.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами параметричної статистики з використанням стандартної програми STATISTICA 6.0.

**Результати.** Виразений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену у осіб при ГП, початковому-I ступені, хронічного перебігу при НА спостерігався у 61,1±5,72% хворих (p<0,01) і тільки у 39,9±4,8% обстежених був відмічений помірний ступінь сенсibiliзації до кісткового антигену. Різниця між даними щодо вираженої тканинної алергії до кісткового антигену у хворих з ГП, I-II ступенем, хронічного перебігу при НА та без базової патології не спостерігалось - 89,4±4,84% та 85,8±5,74% відповідно. Лише у 3-х хворих з ГХКГ при НА був виявлений виразений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену. У хворих порівняльної групи в періоді ремісії ГХКГ, а також у осіб в контрольній групі, тканинна сенсibiliзація до кісткового антигену не встановлена.

**Висновки.** Встановлений виразений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену у переважній більшості хворих на ГП, початкового-I, ступеня, з НА (61,0±5,72), що знаходиться в прямій залежності від характеру перебігу, і може розглядатися як індикативний патогномонічний фактор у диференціальній діагностиці ГП, початкового-I ступеня та ГХКГ.

Наявність тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену можна розглядати як індикативний показник ранньої діагностики генералізованих захворювань тканин пародонта.

## СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

*Гусейнов А. Н., Оголь Є. В.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Для лікування переломів виросткового відростку та голівки нижньої щелепи широко застосовують хірургічні методи лікування. Найбільш близьким до корисної моделі до винаходу по технічній суті та ефекту, що досягається, є відомий спосіб хірургічного лікування переломів виросткового відростку нижньої щелепи, що передбачає проведення відкритої репозиції уламків, видалення вільної головки виросткового відростку, що втратила зв'язок із м'якими тканинами, остеотомію, репозицію, фіксацію уламків за допомогою накісних титанових пластин між собою та до збереженого кісткового уламка із наступним ушиванням рани.

Недоліком способу є те, що після видалення голівки виросткового відростку виникає вкорочення гілки щелепи, яке усувають переміщенням заднього краю гілки щелепи вгору, при цьому анатомічна форма нижньої щелепи змінюється за рахунок формування кісткового дефекта в ділянці кута, зближення точок фіксації жувального м'яза та крилоподібного м'яза.

**Мета роботи.** Підвищення ефективності хірургічного лікування переломів виросткового відростка та голівки нижньої щелепи, зокрема, досягнення більш повного відновлення анатомічної форми та функції нижньої щелепи, шляхом видалення виросткового відростка, остеотомії, переміщення заднього краю гілки нижньої щелепи вгору та переміщення голівки щелепи в якості ауто трансплантату остеосинтезу в місце утвореного дефекту в ділянці кута нижньої щелепи та фіксації його в новому місці.

**Методи дослідження.** Технічний результат, що досягається, полягає в підвищенні ефективності хірургічного лікування переломів виросткового відростка та голівки нижньої щелепи за рахунок збереження анатомічної форми і ділянки кута нижньої щелепи в місці утворення дефекту. Перевагами даного способу лікування є зменшення термінів тимчасової непрацездатності хворих та зниження рівня функціональних порушень внаслідок попередження втрати кістки в ділянці кута нижньої щелепи, та збереження функції основних жувальних м'язів.

**Результати.** Поставлена задача вирішується тим, що у запропонованому способі хірургічного лікування переломів виросткового відростка та голівки нижньої щелепи, що передбачає видалення суглобової голівки, яку неможливо репонувати, проводять зміщення дистальної частини гілки на висоту видаленого фрагменту, репозицію та фіксацію накістковими пластинами уламків у новому положенні, після чого голівку нижньої щелепи переміщують в ділянку дефекту кута щелепи, що виник, і фіксують її у новому положенні.

Відмінною особливістю способу є те, що у ділянці кута щелепи утворений дефект нижньої щелепи, усувають кістковим ауто трансплантатом із видаленої суглобової голівки щелепи після попередньої її обробки та потрібній формі.

Спосіб успішно апробовано на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії у 10 пацієнтів з застарілими переломами виросткового відростка нижньої щелепи.

**Висновки.** За відомими даними літератури такий спосіб хірургічного лікування уламкових переломів голівки та виросткового відростка нижньої щелепи невідомий і відрізняється від попередніх методів тим, що до цього утворювався дефект в ділянці кута нижньої щелепи на величину вкорочення голівки суглобового відростка, яку було видалено.

**ПРОЯВИ COVID-19 У ПОРОЖНИНІ РОТА***Рагуліна О.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Коленко Ю.Г.  
Кафедра терапевтичної стоматології  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, Борисенко А.В.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** У січні 2020 року світ охопила пандемія коронавірусу. Дуже швидко зростає у світі кількість випадків зараження коронавірусом за добу (більше, ніж 570 000 хворих). З моменту спалаху захворювання в грудні 2019 року на COVID-19 в світі зафіксовано 48 мільйонів випадків зараження, успішно перенесли хворобу і виликувалися 34 мільйони осіб, 1 230 753 пацієнта померли. Як з'ясувалося, COVID-19 має прояви також і в ротовій порожнині, а саме: дисгевзія або гіпогевзія/агевзія, ксеростомія, петехії, афти, травматичні язви, папульозні висипання, червоні плями на піднебінні, десквamatивний глосит, географічний язик, пухирі на губах та слизовій оболонці ротової порожнини, тріщини на губах, ангулярний хейліт, кандидоз ротової порожнини, рецидивуючий простий герпес.

**Мета роботи.** Оцінити кількість пацієнтів з проявами COVID-19 в ротовій порожнині та визначити кореляцію між проявами COVID-19 в ротовій порожнині та ступенем тяжкості захворювання.

**Матеріали і методи:** Історії хвороби пацієнтів, що хворіють на COVID-19, та їх клінічний огляд.

**Результати.** Було досліджено 22 пацієнта з COVID-19, з них чоловіки – 10, жінки – 12. Середній вік пацієнтів  $51,4 \pm 10,2$ . Спостерігалися такі прояви в ротовій порожнині: ерозивно-виразкові ураження, десквamatивний глосит, прояви по типу герпетичних висипань, білий наліт на язиці. Більш розповсюдженими проявами були ерозивно-виразкові ураження (18 пацієнтів) та ураження по типу герпетичних висипань (14 пацієнтів). Десквamatивний глосит було виявлено у 3 пацієнтів, білий наліт на язиці – у 2 пацієнтів. У пацієнтів з середнім та тяжким ступенем захворювання на COVID-19 були тяжчі прояви у ротовій порожнині, ніж у пацієнтів з легким ступенем захворювання.

**Висновки.** Виявлено прямий позитивний кореляційний зв'язок між ступенем тяжкості захворювання на COVID-19 та його проявами в ротовій порожнині.

**МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ ІМУНОСТИМУЛЯТОРА ТИМОЛІН ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПЕРЕЛОМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ***Гусейнов А.Н., Бойко А.А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.  
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність:** Аналіз результатів лікування переломів нижньої щелепи показав, що частота запальних ускладнень за даними різних авторів становить від 2% до 18,5%. Ефективність лімфотропного лікування залежить від дотримання основних принципів терапії: регуляція гуморального транспорту в системі крові-тканини, рідина-лімфа, стимуляція лімфатичного дренажу, створення оптимального вмісту лікарських речовин у лімфатичній системі та інтерстиціальній рідині.

**Мета роботи:** Підвищити якість лікування хворих на відкриті переломи нижньої щелепи за рахунок поліпшення медикаментозної терапії, зокрема за рахунок використання місцевої терапії імуностимулятора «тимолін»

**Матеріали та методи:** Проведено ін'єкцію імуностимулятора «тимолін» в лінію перелому 10 пацієнтах зі слабким імунітетом після хірургічного втручання (Репозиція, МОС) через 3, 5, 7 днів для підвищення місцевого імунітету. Відповідно, ми проводимо денситометрію кістки в області перелому після всіх ін'єкцій. Також для порівняння результатів ми проводимо денситометрію кістки на 10 пацієнтах без введення імуностимулятора.



**Результати:** Показники денситометричних змін в лінії перелому з введення імуностимулятора:

Z-SCORE => -2,0 SD

Індекс якості кісток (BQI) => 101,7

Остеопенія -2,5 <T <-1.

Результати іншої групи без введення імуностимулятора:

Z-SCORE = <-2,0 SD

Індекс якості кісток (BQI) = <101,7

Остеопороз T <-2,5.

**Висновок:** Отримані показники денситометричних змін показали, що щільність кісток більша у лінії перелому у пацієнтів з місцевим введенням імуностимулятора, ніж без введення імуностимулятора.

## МОЖЛИВІ ФАКТОРИ РИЗИКА ТА УСКЛАДНЕННЯ І ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ПРИ ВІДКРИТОМУ ПЕРЕЛОМІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З НАЯВНІСТЮ ЗУБА В ЩІЛІНІ ПЕРЕЛОМА.

*Мазурик Я.М.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Проблемою результату переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду являються запальні ускладнення: травматичний остеомієліт, утворення помилкового суглобу та дефектів кістки, гнійні процеси в біля щелепних м'яких тканинах, а також переломи котрі неправильно зрослися. Реакція запалення при цьому являється біологічно обґрунтованою та складає умови для локалізації інфекції. Але при порушенні балансу патогенності мікрофлори та стану імунітету процес розповсюджується за межі перелому. Супутня черепно-мозкова травма погіршує загальний стан хворого, приводить до зменшення його активності та негативно впливає на швидкість репаративних процесів. Профілактикою ускладнень являється рання правильна постановка діагнозу та початок раціонального лікування, а також розробка алгоритму направлено на диференційний підхід до зубу в площині перелому. Відсутність одних стандартів в даній області значно ускладнює процес лікування та збільшує ризик розвитку захворювання.

**Мета роботи:** збільшити ефективність лікування пацієнтів з відкритими переломами нижньої щелепи з наявністю зуба в щіліні перелому.

**Матеріали і методи дослідження:** Методи дослідження - клінічні методи обстеження(суб'єктивне, об'єктивне обстеження), рентгенологічні методи обстеження(комп'ютерна томографія), функціональний метод(ЕОД), лабораторні методи(загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, дослідження крові для виявлення СПИД інфекції).

Ведучими патогенетичними факторами в розвитку запально-деструктивних процесів в щелепно-лицевій області являються порушення мікроциркуляції та реології крові(агрегація формених елементів, синдром ДВС, мікротромбози) і як внаслідок порушення трофіки, тканинна гіпоксія, ацидоз. В зоні ушкодження виявляєм спазм артеріол та венозний стаз що призводить до гіпоксії також і кісткової тканини, порушення процесів остеогенеза при чому збільшується ймовірність виникненню інфекційно-запальних процесів. Наявність в тілі нижньої щелепи нижньощелепного каналу котрий містить великі судини, виражену екстраосальну судинну систему внаслідок чого створюють умови для утворення в зоні переломів гематоми котрі являються благо приємним середовищем для розвитку мікроорганізмів, що сповільнює утворенню періостальної та ендосальної мозолі, здавлює нижньощелепний нерв та призводить до порушенні нейротрофічних процесів в зоні перелому.

**Результати.** Пацієнтам було проведено репозицію та іммобілізацію нижньої щелепи за допомогою назубних шин Тігерштета. Заміна резинової тяги здійснювалась кожних 3-4 дня. Термін фіксації шин залежив від характеру перелому, зміщення відломків, вибору методу лікування, а саме при консервативному та оперативному лікуванні.

Фіксація відломків відбувалась завдяки титанових міні пластин або скоби із нікель титана. При збереженні зміщення фрагментів після первинної репозиції виконувалось оперативне втручання. Зуби котрі були розташовані в лінії перелому видалялись при поступленні пацієнта за показами. При діагностиці некрозу пульпи зубів в площині перелому виконувалося ендодонтичне їх лікування.

При загальному огляді у всіх 60 пацієнтів (100%) було відмічено конфігурацію обличчя у зв'язку пост-травматичного набряку в ділянці пошкодження, гематоми- у 30 пацієнтів (50%). Позитивний симптом прямого та не прямого навантаження в ділянках перелому відмічалось у всіх 60 пацієнтів. Порушення чутливості шкірних покривів в ділянці нижньої губи та підборіддя було зафіксовано у 45 пацієнтів при поступленні. Проводили також дослідження тактильної та больової чутливості шкірних покривів за допомогою медичної голки для виявлення після травматичних ушкоджень.

Порушення прикуса при внутрішньо ротовому огляді було виявлено у 60 пацієнтів (100%), у 35 пацієнтів видимі розриви слизової оболонки. З метою попередження попадання вмісту порожнини рота в ділянку перелому на слизову в ділянці лунки накладали шви. При поступленні було видалено із лінії перелому 25 зубів

**Висновки.** Дане дослідження показує, що термін госпіталізації безпосередньо впливає на результат загоєння та зрощення відламків нижньої щелепи. Для вирішення долі зубу в ділянці перелому використовували КТ діагностику. Після чого якщо зуб залишався в ділянці перелому нижньої щелепи він використовувався як опора та покращував фіксацію відломків, що в свою чергу зменшувало ризик попадання ротової рідини в рану та відбувалась краща консолидація. Одним з важливих факторів залишається обробка порожнини рота та санація зубів – це важливі фактори які роблять процес регенерації швидше ран ЩЛХ.

Таким чином рішення про видалення або збереження зубів в лінії перелому повинно прийматись на основі клінічної картини з врахуванням сучасних досліджень. Після репозиції та іммобілізації уламків нижньої щелепи необхідно створити умови для процесів репаративного остеогенезу.

Основою успіху профілактики ускладнень є як можна рання правильна діагностика та правильне лікування котре буде направлене на диференційний підхід до зуба в площині перелому.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ АЛЬВЕОЛІТІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

*Джавадіасл А., Рибачук А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, член-кореспондент НАМН України Маланчук В.О.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Видалення зубів з давніх часів є самою розповсюдженою операцією в стоматології, яка характеризується розвитком багатьох ускладнень. Одним із них є альвеоліт, що також відомий як суха альвеола, болюча альвеола, некротична альвеола тощо. Альвеоліт трапляється приблизно у 1% до 5% від усіх видалень, проявляється через 2-4 доби після операції та характеризується біллю у місці видалення зуба та навколо нього. Післяопераційний згорток крові в комірці зуба розпадається чи взагалі не утворюється через різні причини. Дж. Кроуфорд був першим, хто описав «суху альвеолу» у 1896 році.

**Мета** цього дослідження відзначити порівняльну оцінку ефективності застосування гіалуронової кислоти Hyadent BG для профілактики альвеолітів після типового видалення зубів.

**Методи дослідження.** У дослідження було включено 40 пацієнтів, які мали показання до типового видалення зубів. Усі пацієнти були розділені на дві групи по 20 пацієнтів. У першій групі накладали в альвеолу гель хлоргексидин 2% відразу після видалення зуба. У другій групі альвеолу заповняли гелем гіалуронової кислоти Hyadent BG та ушивали поліамідною ниткою з метою тримання гелю в ній. Видалення зубів проводилось у відділенні хірургічної стоматології стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Всі оперативні втручання проводились із використанням анестетиків, що містять вазоконстриктори. Скарги пацієнтів та історія наявного захворювання в минулому були записані в анамнез хвороби, хірургічні критерії виключення були у пацієнтів на стероїдній терапії, із цукровим діабетом та вагітністю. Усім пацієнтам було призначено нестероїдні протизапальні препарати при проявах болю.

**Результати.** Застосовуючи гіалуронову кислоту Hyadent BG, клінічно було досягнуто значно швидшого зменшення больових відчуттів, разом із зменшенням кількості симптомів та ознак альвеоліту порівняно із застосуванням гелю хлоргексидину.

**Висновок.** Застосована гіалуронова кислота Hyadent BG зменшує больові відчуття та прискорює процес загоєння альвеоли після видалення зуба, саме тому її можна успішно використовувати для профілактики виникнення альвеолітів та інших запальних ускладнень після операції видалення зубів.

**СТАН НОСОГЛОТКИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ**

*Вишпінський Я.І., Шафета О.Б.*

*Науковий керівник: д.мед.наук, професор Яковенко Л.М.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку  
Завідувач кафедри: д.мед.наук, професор Яковенко Л.М.  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Всі діти з вродженими незрошеннями губи та піднебіння (ВНГП) мають захворювання ЛОР-органів. Одним із патологічних станів є аденоїдні вегетації (АВ). Збільшення об'єму носо- та ротоглотки у таких хворих частково компенсується гіпертрофією АВ. Вивчення антропометричних розмірів носоглотки та АВ, у хворих з ВНГП, дасть змогу виявити їх роль в комплексі реабілітаційних заходів, для відновлення співвідношень рото-носоглотки та м'якого піднебіння.

**Мета роботи.** Вивчити стан носоглотки у дітей з ВНГП.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз МРТ та порівняння результатів, а саме: визначено площу АВ; площу носоглотки та площу повітроносних шляхів в сагітальній проекції у 10 дітей з ВНГП та 10 дітей без патології піднебіння віком від 6 до 9 років. Статистичний аналіз отриманих показників проведено в програмному забезпеченні MedStat v.5.2.

**Результати.** Встановлено, що у дітей з ВНГП середні антропометричні розміри АВ становили  $20,3 \pm 4,2$  мм<sup>2</sup> з найменшим значенням 8 мм<sup>2</sup> та найбільшим 32,4 мм<sup>2</sup>. У порівнянні з дітьми без ВНГП АВ за площею були майже однаковими, а саме -  $21,4 \pm 5,7$  мм<sup>2</sup> з найменшим значенням 8,6 мм<sup>2</sup> та найбільшим 35,8 мм<sup>2</sup>. Порівняння центральних тенденцій вказує на те, що відмінність не є статистично значимою ( $p=0,912$ ). Площа носоглотки у дітей з ВНГП дорівнювала  $23,3 \pm 7,4$  мм<sup>2</sup> з найменшим показником 14,2 мм<sup>2</sup>; та найбільшим - 39,5 мм<sup>2</sup>; у дітей без ВНГП -  $37,7 \pm 9,5$  мм<sup>2</sup>, 20,7 мм<sup>2</sup> та 64,1 мм<sup>2</sup> відповідно. Загальна площа носоглотки у дітей з ВНГП зменшена в 1,6 рази ніж в нормі. Порівняння центральних тенденцій вказує, що вони відрізняються на рівні значимості  $p=0,007$ . Площа повітроносних шляхів носоглотки у дітей з ВНГП склала  $52,1 \pm 3,0$  мм<sup>2</sup>, а у дітей без ВНГП:  $162,3 \pm 9,8$  мм<sup>2</sup>. Відсоток площі повітроносних шляхів носоглотки у дітей з ВНГП втричі зменшений. Кореляційне значення показників площі АВ, площі носоглотки, площі повітроносних шляхів у дітей з ВНГП показало позитивний лінійний сильний зв'язок ( $r=0,709$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** У дітей з ВНГП виявлено зменшення загальної площі носоглотки та площі повітроносних шляхів носоглотки. Кореляційний зв'язок площі АВ та носоглотки вказує на необхідність визначення показань до часткової або повної аденотомії із урахуванням формування велофарингеальної недостатності.

## ХІРУРГІЯ ТА ОНКОЛОГІЯ SURGERY AND ONCOLOGY

### ВИГОТОВЛЕННЯ ДОСТУПНОГО БІОЕЛЕКТРИЧНОГО ПРОТЕЗУ ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

*Федоркевич С.В., Менюк В.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Омельчук В.П.  
Кафедра Травматології та Ортопедії  
Зав.кафедри проф. Сулима В.С.  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,  
Україна. Івано-Франківськ*

**Актуальність:** У зв'язку з бойовими діями в Україні, число поранених з ампутованими кінцівками стрімко збільшується, які в переважній більшості, внаслідок відсутності належного соціального захисту інвалідів в державі, нездатні забезпечити себе імпортом сучасним функціональним біоелектричним протезом для відновлення можливості самообслуговування та базової працездатності. Але навіть у випадку отримання дороговартісного біоелектричного протезу слід відмітити неможливість його ремонту в Україні та суттєву вартість обслуговування фірмою-виробником, неможливість майбутньої адаптації та модифікації, викликаних атрофічними змінами кукси та прогресом потреб інваліда.

**Мета:** виготовлення доступного, надійного, біоелектричного протезу передпліччя, з доступних низьковартісних матеріалів та технологій, доступних на території України, з високою функціональністю, ремонтпридатністю, модульністю, здатністю до модифікацій та реконфігурації під потреби індивідуально кожного пацієнта, та етапної адаптації куксоприймача та вибраних функцій захоплення та утримання.

**Матеріал та методи.** На базі доступних в Україні матеріалів, виготовлено прототип біоелектричного протезу передпліччя. З частковим використанням технології 3D-друку, для виготовлення фаланг пальців протезу, основа для корпусу виготовлена з доступного, не дорогого матеріалу – полікапролактону. Використано метод поєднання різних типів матеріалів, для виготовлення протезу та куксоприймача, що суттєво здешевлює собівартість біопротезу, а також дозволяє адаптувати кожен індивідуально до конфігурації кукси. В першому варіанті використано, сервоприводи MG90, SG90, модуль з каскаду операційних підсилювачів Sparkfun Muscle Sensor v3 для перетворення біоелектричного потенціалу з поверхні шкіри в електричний сигнал та його подальшої інтерпретації, використано один з найдоступніших мікрокомп'ютерів Arduino Nano V3.0 AVR ATmega 328. В даний момент проводиться робота по удосконаленню протезу, збільшення функціоналу та надійності. Собівартість комплектуючих та матеріалів складає до 100 USD, що на порядки дешевше в порівнянні із закордонними аналогами BeBionic 3 (30'000USD), iLimb (100'000 USD), DEKA Arm (100'000\$).

**Висновок.** Спроба виготовлення сучасного біоелектричного протезу передпліччя з можливістю виконання основних функцій кисті захвату та утримання, в суттєво здешевленому варіанті, доступному широкому колу інвалідів України, є актуальною, перспективною, заслуговує на увагу та спонсорську підтримку.

### ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ СТРОМАЛЬНІ ПУХЛИНИ ШЛУНКУ. ПРАКТИКА НІР

*Коваль Н.О.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Кондрацький Ю.М., к.мед.н. Мотузюк І.М.  
Відділення пухлин стравоходу та шлунка, Кафедра онкології  
Національний Інститут Раку, НМУ ім. О.О. Богомольця.  
Київ, Україна*

**Актуальність.** Гастроінтестинальні пухлини – найбільш частіші неепітеліальні новоутворення, що уражають шлунково-кишковий тракт. У світі кількість гастроінтестинальних пухлин варіюється між 7 та 15 випадків на млн. людей на рік. За період 2016-2020 рр. у НІР було виявлено 26 випадків гастроінтестинальних пухлин шлунка.

**Метою** нашого дослідження було проаналізувати результати хірургічного лікування гастроінтестинальних пухлин шлунка у НІР.

**Методи дослідження.** Об'єкт дослідження – пацієнти з гістологічно підтвердженими гастроінтестинальними пухлинами шлунка, які пройшли лікування у клініці НІР за період 2016-2020 рр. Ретроградно було проаналізовано данні цих пацієнтів. Було проаналізовано 30 пацієнтів з діагнозом гастроінтестинальні пухлини та виключенні пацієнти з метакронними неопластичними процесами. Досліджувана група склала 26 пацієнтів.

**Результати.** За період 2016-2020 рр. у НІР було проліковано 26 пацієнтів з гастроінтестинальними пухлинами шлунка. Всім було проведене хірургічне лікування у різних об'ємах: 17 атипичних резекцій шлунка (2 – відкритим методом, одна з яких за ургентними показами з приводу кровотечі з пухлини та 15 – лапароскопічним методом), 7 проксимальних резекцій шлунка (7 – лапароскопічним методом), 2 гастректомії (2 – HALS методом). Питання про об'єм операції вирішувалось виходячи з розмірів пухлини – атипична резекція шлунка була проведена у пацієнтів із пухлинами до 10 см в діаметрі, проксимальна резекція шлунка – при пухлинах у діаметрі до 25 см, а гастректомії при пухлинах з діаметром більше 25 см. Усі операції були виконані радикально, за результатами післяопераційної ПГЗ. Середній ліжко-день до операції склав 2,26 днів, а середній ліжко-день після операції – 4,3 дні. 1 пацієнту хіміотерапевтом рекомендовано проведення адьювантної МХТ іматинібом, яку він отримував впродовж 3 років. Кількість ускладнень склала 3,8% - 1 пацієнт ускладненням гострий післяопераційний панкреатит, що був ведений консервативно та пацієнт був виписаний на 10 післяопераційний день у задовільному стані. Летальність склала 0%.

**Висновки.** Основним методом лікування гастроінтестинальних пухлин шлунка є хірургічне лікування. Об'єм операції залежить від розмірів пухлини та може варіюватись від атипичної резекції шлунка до гастректомії. Пацієнтам з гастроінтестинальними пухлинами шлунка може бути проведено хірургічне лікування лапароскопічним методом. 92,3% операцій у клініці було проведено лапароскопічним методом. Середній ліжко-день склав 6,56 днів. Морбідність склала 3,8% та летальність 0%.

## ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ РАН В СУЧАСНИХ УМОВАХ

*Кирило Панцюк, к.мед.н. Козловська І.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н. Козловська І.М.*

*Кафедра хірургії №2*

*Завідувач кафедри: д.мед.н. Іфтодій А.Г.*

*ВДНЗУ: «Буковинський державний медичний університет»*

*м. Чернівці, Україна*

**Актуальність.** Лікування ран завжди було важливою проблемою практичної хірургії, тому щороку пропонується велика кількість засобів, методів та способів їх лікування. Однак клінічний досвід, накопичений хірургією у сфері теорії та практики лікування ран, досі потребує нових способів та методик, які б пришвидшили терміни лікування хронічних ран та знизили частоту ампутацій кінцівок.

**Метою** нашого дослідження було скоротити терміни лікування хронічних ран різної етіології та покращити результати їх загоєння завдяки оптимізації стадії очищення та стимуляції грануляції ранової поверхні. Враховуючи, що головною перешкодою до загоєння таких ран та їх готовності до грануляції та епітелізації є нашарування фібрину та некротичні процеси у рані, а також мікробна контамінація, ми запропонували використання методу вологої ферментації та лізису нежиттєздатних тканин.

**Методи дослідження.** Проліковано 67 пацієнтів із гнійно-некротичними ранами різного генезу, площа рани яких була від 30 до 580 см<sup>2</sup>. Основна група включала 34 пацієнти де для лікування ран використовували метод «вологої камери» із комплексом лікарських мазей та розчинів. Для забезпечення ефекту вологого середовища використовували активовану пов'язку на рану для терапії у вологому середовищі чи плівкову пов'язку. У контрольній групі (33 хворих) виконували стандартні перев'язки та перев'язувальний матеріал. Обидві групи були однотипними за етіологією ран та віком пацієнтів.

**Результати.** На момент третьої перев'язки на 7 добу (перев'язки виконували раз на 3 дні) спостерігалася різка зміна стану рани – її дно почало виповнюватися добре дозрілою грануляційною тканиною, по периметру спостерігалася поява крайової епітелізація. Середній термін повного очищення і підготовки рани до загоєння в основній групі склав 13,82±1,41 доби, в групі порівняння – 25,36±1,39 доби (p<0,05). Грануляційна тканина з'являлася в рані вже на 5,85±0,32 добу, що вірогідно швидше, ніж у групі порівняння – 13,83±0,57 (p<0,05). Тобто, при накладанні «вологої камери» вдалося швидко і без виконання некректомій очистити ранові дефекти в 1,83 рази та пришвидшити терміни росту грануляцій в 2,36 рази.

**Висновки.** Комплексне лікування хронічних із застосуванням «вологої камери» має явну перевагу над традиційними методами. Запропонований метод вологого лізису нежиттездатних тканин та фібрину в якості підготовки ранового дефекту до загоєння, значно прискорює термін очищення рани, пришвидшує і стимулює утворення грануляційної тканини та швидку епітелізацію рани, підвищує репаративні потенціали рани, збільшує частоту приживлюваності донорського клаптя при умові загоєння рани з допомогою шкірної пластики.

## METHODS OF CORRECTION OF SURGICAL STRESS RESPONSE DURING SURGERY IN CANCER PATIENTS

*Seredenko V. G., Sazonova T. M., Zhadan J. G.*

*SO «Grigoriev Institute for Medical Radiology and Oncology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»*

*V. N. Karazin Kharkiv National University  
Kharkiv, Ukraine*

**Relevance.** Surgical stress response is the most important inducer of dysfunction of various organs and systems. This causes special requirements for adequate anesthesia. Evaluation and search for ways of perioperative modulation of surgical stress response determines the relevance of this work.

**Aim.** To evaluate the effectiveness of epidural anesthesia and analgesia during operations on the abdominal cavity in patients with cancer.

**Materials and methods.** To assess the effectiveness of epidural anesthesia (EA) and analgesia, 2 groups of patients were formed. The main group consisted of 75 patients who received combined anesthesia: epidural anesthesia as part of multicomponent general anesthesia (MGA+ EA) using fentanyl. The age of patients was  $63 \pm 4$  years, the risk of anesthesia was assessed as grade III-IV according to the ASA classification. The control group - 31 patients operated who received MGA.

Evaluation of central and peripheral hemodynamics was performed by rheography, a number of predictors of surgical stress, oxidative metabolism (OM) and lipid peroxidation (LP) were evaluated. The obtained data were processed by statistical methods using Student's t-test.

**Results.** It was found that before the operation during epidural anesthesia in patients of the main group significantly ( $p < 0.09$ ) increased stroke volume by 13% against the decrease in total peripheral vascular resistance by 20%, at the same time a minute volume of blood circulation had tendency to increase. An increase of cortisol concentrations in plasma by 81% ( $p < 0.05$ ) and glucose by 64% ( $p < 0.05$ ) at the stage of trauma was observed only in patients of the control group. Urinary excretion of norepinephrine after surgery compared with the preoperative level increased in the main group by 22.2% ( $p < 0.05$ ), in the control group by 137% ( $p < 0.05$ ). This indicates the high efficiency of antinociceptive protection in the combined use of MGA + EA in comparison with the use of only the MGA technique.

During the analysis of postoperative complications, it was found that in the main group the frequency of acute coronary syndrome and pneumonia decreased by 1.7 and 1.8 times, respectively, gastrointestinal motility was restored 1.5 times faster than in the control group. This indicates that the inclusion of EA in the MGA increases the level of antinociceptive protection and prevents severe activation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical system.

**Conclusions.** EA and prolonged epidural analgesia should be considered as an effective method of analgesia and the most important therapeutic component of intensive care in the postoperative period, which significantly affects the results of surgical treatment.

## ПЕРСПЕКТИВИ FDM-ДРУКУ ДЛЯ ЛІКУВАЛЬНО-ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

*Менюк В. В., Федоркевич С. В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Омельчук В.П.*

*Кафедра травматології та ортопедії*

*Завідувач кафедри проф. Сулима В.С.*

*ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"*

*м. Івано-Франківськ, Україна*

**Актуальність.** Вчасно розпочате лікувально-тренувальне протезування дозволяє не допустити зниження II і особливо I рівнів активності пацієнтів і не довести їх до рівня лежачих. Навчити інвалідів середнього та особливо старшого віку з цукровим діабетом, іншими коморбідними захворюваннями, ходити в найкоротші терміни після загоєння кукси, коли ще не втрачений стереотип двоногого пересування, вселити впевненість в своїх нових можливостях, попередити довготривалі депресивні розлади дуже важливо, як для нього самого, так і його близьких. Адже виготовлення державного протезу здійснюється тільки після отримання групи інвалідності, на що витрачається в сумі з раннім післяопераційним періодом від 6 до 9 міс. часу і більше.

**Мета роботи:** методом 3D моделювання та наступного FDM-друку виготовити модель протезу гомілки для раннього лікувально-тренувального доступного протезування з широкими адаптаційними можливостями зміни об'єму куксоприймальної гільзи та регулювання навантаження шляхом зміни довжини протезу.

**Матеріал та методи.** Після аналізу літературних, інтернет джерел та ознайомлення з можливостями сучасного протезування в приватних фірмах Ortolux (Івано-Франківськ), "АРОЛ ПЛЮС" та ЛКЕПЗПіП у м. Львові, нами висунута та реалізована ідея виготовлення 3D моделі протезу гомілки з наступним FDM-друком для раннього протезування. Використано 3D конструктор Fusion 360, 3D принтер, пластики полікапролактон (поліморфус) та ABS.

**Результати.** У перші місяці після загоєння ампутаційна кукса схильна суттєво змінювати свої розміри залежно від часового фактора, терміну перебування у вертикальному положенні, інтенсивності її навантаження, тощо. Для адаптації до змінних розмірів кукси куксоприймальна гільза виконана з осьовим розрізом та можливістю заходження утворених, поступово стоншених країв один за одний, для чого верхній виконано подовженим. На куксу одівається силіконовий чохол, який зменшує її подразнення та забезпечує амортизуючу, протиалергічну та компенсаторну дію. Поступово стоншені краї заходять один за одний і дозовано стягуються декількома нейлоновими кабельбліндерами. Зменшити об'єм гільзи може сам інвалід, шляхом затягування хомутив або збільшити при заміні на нові. Навантаження дозується поєднаним використанням милиць та регулюванням довжини несучого стержня протезу. Після стабілізації кукси (6-10 міс.), отримання групи інвалідності, запропонований протез замінюється на професійно виготовлений постійний протез за державне або інше фінансування.

**Висновок.** Виготовлена методом FDM-друку модель для раннього протезування гомілки з можливою зміною об'єму куксоприймальної гільзи, відповідно зміні розмірів кукси, заслуговує на перші спроби клінічного застосування у інвалідів середнього та старшого віку, III рівня активності.

## МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ТАЗОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

*Чернуха Л. М.<sup>1</sup>, Власенко О. А.<sup>2</sup>, Власенко Д. А.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Чернуха Л. М.*

*Кафедра хірургії*

*Завідувач кафедри: д.мед.н. Горобейко М. Б.*

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Хронічні тазові болі зустрічаються приблизно в третини жінок. Хронічні венозні тазові розлади (ХВТР) є їхньою причиною в 10-20 % випадків. ХВТР найчастіше розвиваються внаслідок недостатності клапанів оваріальних вен, що призводить до їх розширення та рефлюксу крові.

1 Доктор медичних наук, професор, головний науковий співробітник відділу хірургії магістральних судин НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України.

2 Кандидат медичних наук, завідувач відділу ендovasкулярної хірургії клініки Verum expert

**Мета роботи.** Вивчення можливості використання ендовенозних термічних методів у хворих на хронічні венозні тазові порушення з метою усунення патологічних рефлюксів оваріальних вен.

**Методи дослідження.** Середній вік досліджуваних пацієнток становив  $33,7 \pm 9,6$  років (від 14 до 54 років). Виявлено розширення оваріальних вен та вен параметрію у 119 жінок із хронічним тазовим болем. В анамнезі у 15 (12,6%) з них були одні пологи, у п'яти (4,2%) двоє пологів, а у трьох (2,5%) троє. Варикозне розширення вен промежини задньомедіальній поверхні стегна спостерігалось у 75 (63%) пацієнток. Ультразвуковими ознаками тазової венозної недостатності були розширені вени параметрія  $> 4$  мм, оваріальних вен  $> 8$  мм, ретроградний кровотік під час проби Вальсальви. Основним діагностичним методом для підтвердження синдрому тазового венозного повнокрів'я була флебографія із застосуванням проби Вальсальви, шляхом введення йогексолу в ліву ниркову та оваріальні вени. Флебографія лівої ниркової, лівої оваріальної вени, а також лівої загальної клубової вен з пробою Вальсальви проводилися з метою виключення вроджених аномалій: синдрому Лускунчика і синдрому Мей-Тернера. Рефлюкс крові по лівій оваріальній вені зафіксовано у 109 (91,6%) випадках, праворуч і ліворуч у 10 (8,4%). Емболізація оваріальних вен з використанням спіралей, проведена 102 (85,7%) пацієнтам. Ендовенозні методи застосовували у 17 (14,3%) пацієнтів, у 11 (9,3%) з них лазерна абляція з 2-х кільцевим радіальним волокном, 6 (5%) - радіочастотна абляція. У всіх випадках ендовенозна абляція поєднувалася з дистальним введенням рідкого склерозанта етоксисклеролу у вигляді піни об'ємом 6-10 мл.

**Результати.** За чотири роки спостереження за даними ультразвукового дослідження в жодній з пацієнток не виявлено рецидиву хронічного болю, реканалізації оваріальних вен, розширення поверхневих вен стегна й сідниць і будь-яких ускладнень з боку органів тазу та нирок.

**Висновки.** Досвід проведення ендовенозної лазерної коагуляції у 17 пацієнтів з 2016 по 2020 рік показав високу ефективність без ускладнень та рецидивів болю, тому перші результати використання ендовенозної лазерної коагуляції при лікуванні ХВТР обнадійливі, але необхідне подальше вивчення довгострокових результатів. Ендовенозна лазерна коагуляція може бути запропонована в лікуванні ХВТР, спричинених недостатністю оваріальних вен.

## ОДНОЕТАПНА РЕКОНСТРУКЦІЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ТЕХНІЦІ «LOZENGE»

*Хачикян А. А., Белогурова К. С.*

*Науковий керівник: к.мед.н, доц. Жаріков С. О.*

*Кафедра хірургії, ендоскопії, оториноларингології, реконструктивно-відновлювальної хірургії та променевої діагностики*

*Завідуючий кафедрою: к.мед.н, доц. Жаріков С. О.*

*Донецький національний медичний університет МОЗ України*

*м. Лиман, Україна*

**Актуальність.** Кожен рік в Україні реєструють понад 16 тисяч випадків раку молочної залози (РМЗ), та більше мільйону – в світі. РМЗ займає перше місце серед онкологічної патології, та чіпає такі сторони життя жінки як професійна, соціальна та не менш важлива – інтимна. Стандартом в лікуванні РМЗ є радикальне хірургічне втручання, котре, поряд з фізичною, пов'язано ще й з психологічною травмою. Для досягнення задовільного для жінки естетичного результату реконструктивної операції в останні десятиліття застосовують все більш щадні техніки радикальної мастектомії такі як операції Пейті і Маддена. Метод формування нижньої ножки «Lozenge» вперше була представлена на Конгресі Бразильського суспільства пластичної хірургії в 1971 р., а ефективність її узагальнена багаторічним досвідом Л. Рібейро.

**Мета роботи:** дослідити естетичні результати одномоментної реконструкції молочної залози при РМЗ та мастоптозі за рахунок удосконаленого методу «Lozenge» співробітниками університетської хірургічної клініки.

**Методи дослідження:** об'єктом дослідження стала одна пацієнтка 56 років з діагнозом: рак лівої молочної залози T2N1M0, мастоптоз 2-го ступеня по Р. Regnault, якій була виконана операція: мастектомія лівої молочної залози з підключично-пахвово-підлопатковою лімфаденектомією та одночасною реконструкцією ендомаммопротезом «Allergan» 410 FF.

**Результати.** Працівниками кафедри була успішно використана методика «Lozenge» та модифікована ними техніка J.Vostwick. Реконструкція грудей за допомогою імплантатів має обмеження, такі як обсяг імплантату, коли він перевищує 400 - 600 мл, підвищується ризик ускладнень пов'язаних з натягом стоншеної шкіри. Також одним з несприятливих моментів для ендопротезування вважається необхідність проведення



сеансів ад'ювантної променевої терапії, яка може призводити до ліпо- і дермонекрозу з подальшою екструзією імплантату. Після операції хворої у плановому порядку було проведено 4 цикли поліхіміотерапії за схемою FAC та дистанційну променеву терапію в режимі стандартного фракціонування на медичних прискорювачах з енергією 6 МэВ, разова вогнищева доза 1,8 – 2,0 Гр, 5 фракцій на тиждень, сумарна вогнищева доза 50 Гр. В даний час хвора отримує гормонотерапію та знаходиться під наглядом онколога. При огляді через 12 місяців у хворої були відзначені відмінні естетичні результати лікування.

**Висновки.** Операцією вибору при РМЗ, за нашою думкою, є зберігаюча шкіру мастектомія з одночасною реконструкцією силіконовим ендопротезом. Одночасна реконструкція – це завжди компроміс між радикальним та естетичним результатом операції, при якому число побічних дій не виходить за загально прийняті рамки, а естетично – функціональні показники на рівень вище інших методів реконструкції молочної залози.

## РАДІОЧАСТОТНА ПЕРКУТАННА НЕЙРОАБЛЯЦІЯ ГАССЕРОВОГО ВУЗЛА В ЛІКУВАННІ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ПЕРШОЇ ЛІНІЇ: ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД

*Войцеховський С.С.*

*Наукові керівники: лікар вищої категорії, нейрохірург, к.мед.н. Ерошкін О. А.;  
лікар функціональної діагностики, к.мед.н., Солонович О.С.  
Нейрохірургічне відділення, Центральний госпіталь МВС України  
м. Київ, Україна*

**Актуальність.** Серед прозопалгій центральне місце посідає невралгія трійчастого нерва (НТН). Больовий синдром при даному захворюванні високої інтенсивності, за шкалою ВАШ досягає 10 балів, якість життя хворих значно погіршується. НТН щорічно в світі діагностується із частотою 2-5 випадків / 100 000. Першою ланкою лікування є консервативна терапія із застосуванням блокаторів потенціал-залежних Na<sup>+</sup> каналів (карбамазепін та ін.), тривале лікування якими передбачає поступове збільшення дозування. Близько 25-30% пацієнтів або стають резистентними до терапії або розвиваються побічні ефекти від високих доз ліків, що в результаті потребують застосування інтвенційних методик. Відповідно до міжнародних рекомендацій: “За умови неефективності застосування блокаторів натрієвих каналів, рекомендовано розгляд варіантів хірургічного лікування”. Хірургічне лікування НТН представлено великою різноманітністю інтвенційних методів, операціями вибору є мікрovasкулярна декомпресія “операція Джанетта”(МВД) та радіочастотна нейроабляція гассероого вузла. Варто зауважити, що незважаючи на різноманітність, жодна з вищенаведених технік не дає гарантій відсутності ремісій та ускладнень, кожен метод має свої переваги і недоліки.

**Мета роботи:** обґрунтувати теоретично, експериментально та практично переваги застосування радіочастотної перкутанної нейроабляції гассероого вузла як ефективного мініінвазивного методу лікування невралгії трійчастого нерва.

**Методи дослідження:** на підготовчому етапі було проаналізовано відповідну літературу з нейрохірургії, результати сучасних досліджень в даній галузі. Було обрано пацієнта, анамнез якого задовольняв вимоги дослідження (фармакорезистентна НТН з ураженням V1,V2 гілок ліворуч). Пацієнту було проведено мініінвазивно перкутанну радіочастотну нейроабляцію Гассероого вузла через овальний отвір. Під контролем електронно-оптичного перетворювача(ЕОП) та різниці імпедансу було встановлено правильне положення електроду в Мекелевій порожнині, завдяки методу Wake-up анестезії та методам чутливої (частота 50–75 імп/с, напруга 0,2–0,5 В) та моторної стимуляції було точно визначено V1,V2 волокна. Під апаратним контролем температури (70-80С) та таймеру (350с) було виконано радіочастотну абляцію відповідних до уражених гілок, волокон трійчастого нерва (різотомія). Обов'язковою умовою було досягнення вираженої гіпалгезії у зоні іннервації ураженої гілки ТН. Наступної доби результат був об'єктивізований шляхом проведення дослідження тригемінальних викликаних потенціалів(V1,V2 - D>S) та ЕНМГ фаціальних рефлексів(мигальний - D>S).

**Результат:** успішно застосували метод перкутанної радіочастотної нейроабляції вузла трійчастого нерва, досягнули регресу больових пароксизмів НТН у пацієнта, суб'єктивно та об'єктивно підтвердили відсутність значущої для якості життя гіпалгезії уражених ділянок у пацієнта.

**Висновок:** спираючись на результати дослідження, а саме переваги і недоліки різних інвазивних методів лікування НТН, довели ефективність РЧА Гассероого вузла, як ефективного, мініінвазивного, малотравматичного, безпечного, бюджетного метод вибору першої лінії, при невдачі консервативної терапії.

## ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА КАНЦЕРОГЕНЕЗ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (огляд літератури)

*Павлушенко М.В., Любота Р.В., Верещако Р.І.*

*Науковий керівник: Любота Р.В.*

*Кафедра онкології*

*Завідувач кафедри: Верещако Р.І.*

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця*

*Україна, м. Київ*

**Актуальність.** Рак молочної залози (РМЗ) є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жіночого населення в усьому світі. За даними Національного канцер-реєстру України показник захворюваності у 2018 році склав 45,3, а смертності – 14,8 на 100 000 жіночого населення (без врахування даних Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь). Щорічно захворюваність на РМЗ збільшується, що вимагає пошуку нових тригерних факторів, що можуть мати вагомий внесок в розвиток та перебіг даного захворювання.

Одним з таких факторів є вітамін D, по відношенню до якого більшість населення планети, включаючи жінок в постменопаузі, знаходиться в стійкому дефіциті. Дана епідеміологічна ситуація дає підстави для вивчення ролі вітаміну D в сценарії розвитку зляжкісних пухлин різних локалізацій, а саме раку молочної залози, колоректального раку, раку передміхурової залози, меланоми та раку шкіри, раку легені, сарком м'яких тканин і кісток, раку підшлункової залози та ін.

**Мета:** дослідити статистично значимий зв'язок між концентрацією сироваткового вітаміну D та ризиком розвитку раку молочної залози, прогностичними факторами, виживаністю та результатами лікування, а також впливом стану вітаміну D рецепторів на перебіг РМЗ.

**Методи:** дослідження включає аналіз 14 досліджень, які вивчали зв'язок між факторами ризику та прогностичними факторами РМЗ, 4 дослідження – зв'язок між статусом вітаміну D рецепторів та перебігом РМЗ, 6 досліджень – вплив на результати лікування і 8 досліджень – на виживаність.

**Результати:** у процесі аналізу літератури останніх 15 років, було встановлено неоднорідність результатів досліджень, що з'ясували зв'язок між низьким рівнем вітаміну D та ризиком розвитку РМЗ, прогностичними факторами та виживаністю. Таку гетерогенність можна пояснити неврахуванням позаклінічних факторів (вік, менструальна функція, наявність/відсутність вагітностей, фізична активність, куріння, вживання алкоголю, вітамінних добавок, оральних контрацептивів, сімейний анамнез РМЗ), кількістю жінок, включених в дослідження, їх етнічною та расовою приналежністю, правильно підбраною групою контролю, дизайном дослідження, тривалістю спостереження. У дослідженнях, що показували знижений статус вітаміну D рецепторів та гіршим прогнозом захворювання неоднорідності не спостерігалось. Аналогічна ситуація була встановлена при дослідженні впливу вітаміну D на кращі результати лікування.

**Висновки:** не дивлячись на суперечливі результати досліджень, все ж більшість з них показує зв'язок недостатнього рівня вітаміну D з ризиком розвитку РМЗ, його прогностичними факторами, виживаністю та результатами лікування. Тому обраний вектор наукових пошуків є правильним, як з точки зору ліквідації «пандемії» дефіциту вітаміну D серед населення планети, так і запобігання поширеності РМЗ.

## ОЦІНКА МІКРООТОЧЕННЯ ПУХЛИН ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ТА ПРЕДИКТИВНИЙ ФАКТОР ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Білич М.О.*

*Науковий керівник: Зотов О.С.*

*Кафедра онкології*

*Завідувач кафедри: д.мед.н. Верещако Р.І.*

*НМУ ім. О.О.Богомольця*

*м. Київ, Україна*

**Актуальність.** В останні роки все більше часу приділяється стромальному компоненту солідних пухлин, оскільки доведено, що клітини, оточуючі паренхіму пухлини, через різноманітні механізми, можуть створювати «несприятливе» мікрооточення, яке суттєво впливає на пухлинну прогресію, виникнення рези-

стентності до хіміопрепаратів та прогноз ефективності лікування. Паренхіма і строма пухлини знаходяться в постійному взаємозв'язку, а зміни в злоякісних клітинах супроводжуються зміною мікрооточення, тому не можна нехтувати цим фактором при складанні прогнозу.

**Мета роботи.** Узагальнення та аналіз сучасних наукових даних щодо зв'язку між клітинним складом строми в різних підтипах злоякісних пухлин молочної залози та вплив цих показників на прогноз ефективності лікування, перебіг захворювання та виживаність.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано та систематизовано наукові публікації, розміщені в наукових базах Medline, Pubmed, Google Scholar за 2010-2020 рр, отримані за ключовими словами: рак молочної залози, мікрооточення пухлини, строма, пухлина, лімфоплазмочитарна інфільтрація, прогностичний фактор.

**Результати.** На основі отриманих результатів визначені найбільш вагомі прогностичні критерії. Рівень лімфоплазмочитарної інфільтрації корелює з перебігом та ефективністю лікування, але в залежності від підтипу пухлини має різне прогностичне значення. Важливим є не лише кількісна, а й якісна оцінка лімфоплазмочитарної інфільтрації з використанням CD4, CD8, CD68 маркерів при імуногістохімічному (ІГХ) дослідженні. Також оцінка мікрооточення пухлини при метастазуванні (TMM score) за допомогою ІГХ дозволяє прогнозувати розвиток віддалених метастазів.

**Висновки.** Впровадження методів оцінки мікрооточення злоякісних пухлин молочної залози в клінічну практику може суттєво покращити якість складання прогнозу перебігу та лікування даного захворювання.

## АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

Amrita Biju	42	Белогурова К.С.	64
Anna Blagaia	45, 46	Белочкіна І.В.	9
Antonenko A.M	43, 47	Биченко Н.В.	24
Das Bhavik	44	Білич М.О.	66
Demydenko A. E.	30	Благая А.В.	36, 42
Elimam Eman.O	27	Бойко А.А.	56
Elimam Noon.O.	46	В.В.Ододюк	52
Eugene Liya	43	Вавріневич О.П	38
Hamna Ahmed	44	Верещако Р.І.	66
Klymenko O.M.	16	Вишпінський Я.І.	59
Kuzithottyil Thomas Jemi	43	Вітовська О.П.	31
Mehdi Karimi	45	Власенко Д. А.	63
Mohammad Sameer Zuhear	17	Власенко О. А.	63
Mykola Kondratiuk	45	Войцеховський С.С.	65
Ndu Victory Chibuikem Munachimso	16	Волкова М.Ю.	31
Olena Vavrinevych	42	Галака К.О.	25
Rai Pankaj Kumar	45	Гладких Ф.В.	9
Rajeevan Manju Pallavi	47	Гриньова А. О.	48
Sainudeen Thaj Saiju	47	Громова О.Л.	4
Saloni Mitra	7	Гусейнов А. Н.	55, 56
Sazonova T. M.	62	Делікатний Максим Леонідович	9
Seredenko V. G.	62	Деркач С.О.	10, 36
Sharayeva ML	18	Джавадіасл А.	58
Shumeiko O.O.	16	Єгорова К.С	31
Vijey	18	Заріцька О. О.	19
Zhadan J. G.	62	Знаменская М.А.	31
Авер'янова О.С.	33	Зохнюк Н.М.	4
Алейник С.Л.	4	Зубленко О.	11
Анісімов Є.М.	36	Іванюта Є.П.	35
Ар-Рияби Зияд	28	Карпенко Д.Є.	48
Афанасьєва А.А.	8	Карпенко О.В.	12
Безбородько М.М.	38	Кирило Панцюк	61

Кірієнко Ю.Ю.	49	Петрусевиц Д.О.	39
Кісельова О.Г.	20	Петрусевиц Т.	11
Коваль А.Л.	11	Полухович О.І.	14
Коваль Н.О.	60	Попович Я.І.	20
Ковальов І.А.	33	Поповська Я.В.	34
Ковальчук А.Б.	12	Поровай О. С.	51, 53
Ковтун Т. О.	48	Рагуліна О.О.	56
Козловська І.М.	61	Решетник Л.Л.	53
Комарова Т.М.	32	Рибачук А.	58
Кондратюк Л.О.	10	Рябовол В.М.	40
Кордун М.Ю.	50	Ситник І.М.	24
Кравченко В.Г.	37	Соколовська О.	11
Краснова О.І.	38	Сорокопуд К. Ю.	41
Куц Ю.В.	31, 32	Сунцова К. А.	53
Лебедева Ю.О.	38	Татьянич-Радківська Тетяна	22
Любота Р.В.	66	Тодор Г.А.	31
Мазурик Я.М.	57	Тодор О.Г.	31
Манченко А.О.	9	Троцко А.А.	34
Мартінова Л.І.	4	Турчак Д.В.	26
Масюкова Т. В.	51	Туча В.О.	12
Маціцька Є.К.	25	Федоркевич С. В.	60, 63
Менюк В. В.	60,63	Харасахал О.Л.	42
Москалець І.О.	29	Харасахал О.М.	42
Наговіцин А.О.	12	Хачикян А. А.	64
Неляпіна М. М.	13	Холоша О.О.	22
Оголь Є. В.	55	Чала С.К.	20
Орел Я.В.	5	Чернуха Л. М.	63
Павленко Р.О.	35	Чичеріна Д.Г.	24
Павлова В.С.	13	Шатохіна В. В.	6
Павлушенко М.В.	66	Шафета О.Б.	49
Пальчуковська М.В.	29	Шафета О.Б.	59
Петреньків М.І.	8	Шевченко І.В.	15
Петрова А.С.	12	Яковенко Л.М.	49

Адреса для кореспонденції:

Редакція Українського науково-медичного молодіжного журналу,  
науковий відділ НМУ,  
бул. Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

Видавничий дім «АДЕФ-Україна»

01030, Київ, вул. Б. Хмельницького, 32, оф. 40а

тел.:+380442840860, факс:+380442840850

e-mail: [adef@adef.com.ua](mailto:adef@adef.com.ua)

[www.adef.com.ua](http://www.adef.com.ua)

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 4605 від 28.08.2013 р.

Підписано до друку 10.11.2020 р.

Формат 60×84/8, друк офсетний, папір офсетний

Тираж 50, Зам. № Ж-2020/11.11.



Адрес для корреспонденции:

Редакции Украинского научно-медицинского молодежного журнала,

научный отдел НМУ,

бул. Т. Шевченко, 13, г. Киев, 01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Национальный медицинский университет имени Богомольца

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

Издательский дом «АДЕФ-Украина»

01030, Киев, ул. Б. Хмельницкого, 32, оф.40

тел.: + 380442840860, факс: +380442840850

e-mail: [adef@adef.com.ua](mailto:adef@adef.com.ua)

[www.adef.com.ua](http://www.adef.com.ua)

Свидетельство субъекта издательского дела

ДК № 4605 от 28.08.2013 г.

Подписано в печать 10.11.2020 г.

Формат 60×84/8, печать офсетная, бумага офсетная.

Тираж 50, Зак. № Ж-2020/11.11.



Correspondence address:

Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical Youth Journal

Research Department of NMU,  
13, T. Shevchenka blvd. Kyiv, 01601

[www.mmj.nmuofficial.com](http://www.mmj.nmuofficial.com)

E-mail: [usmyj@ukr.net](mailto:usmyj@ukr.net)

Bogomolets National Medical University

[www.nmuofficial.com](http://www.nmuofficial.com)

«ADEF-Ukraine» Publishing House

01030, Kyiv, B. Khmel'nitskogo str., 32, of 40a

tel.:+380442840860, fax:+380442840850

e-mail: [adef@adef.com.ua](mailto:adef@adef.com.ua)

[www.adef.com.ua](http://www.adef.com.ua)

Certificate of the subject of publishing

ДК № 4605 dated 28.08.2013

Signed in print on 10.11.2020

Format 60×84/8, offset print, offset paper

Circulation: 50 Order № J-2020/11.11.

