
**ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
ТА АСПІРАНТІВ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ,
КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ» ТЕЗИ НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ
«ЦІКАВІ ВИПАДКИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ»
31.01.2017, м. КИЇВ**

5

**ІХ МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ
“СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНА ЗОРУ”
13-14.03.2017, м. КИЇВ**

59

**ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
ТА АСПІРАНТІВ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ
ФАРМАКОЛОГІЇ, КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА
ФАРМАКОТЕРАПІЇ»
22.03.2017 р., м. КИЇВ**

81

**КВІТНЕВА СТУДЕНТСЬКА НАУКОВА СЕСІЯ
03 квітня – 06 червня 2017 РОКУ, м. КИЇВ**

97

**СЕМІНАР, ПРИСВЯЧЕНИЙ ВСЕСВІТНЬОМУ
ДНЮ ЗДОРОВ'Я 2017
06.04.2017 р., м. КИЇВ**

127

**VI ВСЕУКРАЇНСЬКА СТУДЕНТСЬКА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ»
21.04.2017 р., м. КИЇВ**

141

**«ТРАНСФЕР НОВІТНІХ МЕДИЧНИХ ТА СТОМАТОЛОГІЧНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ В ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
27.04.2017 РОКУ**

155

**МЕТОДИЧН РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО СКЛАДАННЯ ЗАЯВОК НА ВІНАХД
КОРИСНУ МОДЕЛЬ ДЛЯ НАУКОВЦВ НАЦОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

196

**ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ
«ЦІКАВІ ВИПАДКИ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

30.01.2017

м. Київ

Секція

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА ПЕДІАТРІЯ

ПОЛОГИ ПРИРОДНИМ ШЛЯХОМ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

А.С. Балак, М.Д. Мороз/А. Balak, M. Moroz

Науковий керівник: завідувача пологовим відділенням Старовижівської ЦРЛ С.І. Ющик

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

Ключові слова: пологи, кесарів розтин, рубець.

Ключевые слова: роды, кесарево сечение, рубець.

Key words: childbirth, cesarean section, scar.

За останні декілька років збільшується тенденція до пологів у жінок із залученням кесаревого розтину. Частота їх проведення в Україні постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,1% у 2009). В разі наступної вагітності можливі два шляхи розродження: вагінальні пологи або плановий кесарів розтин. Якщо міські мешканки народження дитини оперативним шляхом сприймають, як належне, то жінки, що проживають у сільській місцевості, розцінюють кесарський розтин, як дію, що свідчить про неповноцінність їхнього організму, як недолік. Тому дізнаючись про те, що можна народити самостійно після попереднього кесарського розтину, жінки все частіше звертаються із такими проханнями до лікарів.

В рамках україно-швейцарської програми «Здоров'я матері і дитини» 2011-2012 р. акушери-гінекологи Волинської області отримали необхідні теоретичні знання та практичні навички для ведення фізіологічних пологів після попереднього кесарського розтину.

Опис клінічного випадку. 23 липня 2014 року пацієнтка Наталія К. планово поступила у пологове відділення Старовижівської ЦРЛ. Вагітність проходила без ускладнень. Після проведеного огляду було виявлено, що ненароджене маля має масу понад 4 кг. Такий плід класифікується, як великий, і це є передпоказом для проведення кесарського розтину. Лікарями було проінформовано батьків дитини про можливі ускладнення, але жінка відмовилась народжувати шляхом планового повторного кесаревого розтину.

Із анамнезу відомо, що це була її третя вагітність. У 2008 році жінка народила свою першу дівчинку. Народжувала шляхом кесарського розтину за медичними показаннями (дистрес та сідничне передлежання плоду). У 2012 році завагітніла вдруге, але на ранньому терміні у жінки діагностували анембріонію.

Підготовка до пологів відбувалася з урахуваннями можливих ускладнень.

Діагноз при госпіталізації: вагітність третя 39 тиж.+ 6 днів. Рубець на матці. Великий плід.

Дані вагітної: Зріст = 169 см, Вага = 89 кг, ІМТ = 31,2
Вагітність – 3, Пологи – 2, Остання менструація:

17.10.13 р. Таз: D.Sp. 26, D.Cr. 28, D.Tr. 30, C.ext 20, Округлисть живота 107 см, Висота стояння дна матки – 39 см

Поздовжнє положення плоду, І позиція, передній вид. Передлежача частина: голівка, знаходиться над входом в малий таз, Передбачуваня вага плоду 4000±100 г

Перебіг пологів

29.07.14 р. 20:05 Метод: природні пологи

Промежина: розрив промежини І ст.

Знеболювання: 10% лідокаїн аерозоль.

Активне ведення третього періоду пологів(10 ОД окситоцину).

Крововтрата помірна(300 см.куб.)

Шкала Апгар: через 1 хв – 9 б.

через 5 хв – 10 б.

Дитина: вага 4420 г, жіночої статі, передлежання плоду головне.

Діагноз клінічний: пологи другі термінові 40 тиж. +5 днів, партнерські, вагінальні пологи після кесаревого розтину. Розрив промежини І ст.

Діагноз заключний: Пологи другі термінові 40 тиж. +5 днів, партнерські, вагінальні пологи після кесаревого розтину.

Ускладнення: розрив промежини І ст.

Отже, застосування вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину має декілька переваг порівняно з повторним кесаревим розтином:

Зменшується крововтрата.

Відсутня післяопераційна рана та знижений ризик виникнення інфекції.

Відсутні ризики, пов'язані з хірургічним втручанням та анестезіологічним забезпеченням.

Коротше тривалість госпіталізації.

Менші болісні відчуття.

В наступних вагітностях знижується ризик таких ускладнень як передлежання плаценти та її прирощення до стінки матки.

КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР: «СИНДРОМ АРНОЛЬДА – КІАРІ »

Бондаренко В. М./ V. Bondarenko

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Рубіна О.С.

Зав. Кафедрою Педіатрії №1: д.мед.н., професор Яблонь О.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Аномалія Арнольда-Кіарі - це вроджена патологія розвитку ромбовидного мозку, що виявляється невідповідністю розмірів задньої черепної ямки і мозкових структур, які знаходяться в цій області, що призводить до опущення стовбура головного мозку і мигдаликів

мозочка у великий потиличний отвір і стискує їх на цьому рівні. У більшості випадків дефект поєднується з гідроцефалією і аномаліями розвитку спинного мозку.

Клінічний розбір: дівчинка.

Дитина народилася: 21.09.15 в Тиврівському пологовому будинку. Від III вагітності, пологи II в терміні гестації 38 т.

Вагітність перебігала на тлі анемії. Мати дитини стала на облік в жіночу консультацію в терміні гестації 10-11т., Група крові матері: IV(AB) Rh (+), дитини – II(A) Rh(+).УЗД 24.07.15 ВВР плоду, гідроцефалія, Spina bifida. За шкалою Апгар 8-96.

Маса при народженні 3200г. Довжина тіла 48см. Окружність голови 34см. Окружність грудної клітки 33см.

Діагноз при направленні: ВВР спино-мозкова грижа, гідроцефалія.

На момент поступлення у ВОДКЛ.

Загальний стан дитини середньої важкості. Рефлекторна поза. М'язевий тонус знижений. Вродженні рефлекси викликаються, швидко виснажуються. Голова правильної форми. Велике тім'ячко розмірами 1,5 на 1,5 см, не напружене, на рівні кісток черепа. Шкіра чиста, блідо-рожева. Пуповинний залишок міміфікується. Годується грудьми матері за вимогою. ЧД= 47 за хв., дихання пуерильне. ЧСС=138 уд/хв. Тони серця ритмічні. Живіт пальпаторно м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Фізіологічні випорожнення не порушенні.

Діагноз при поступленні: Менінгомієлорадікулоцеле нижнього грудного відділа хребта.

Загальний аналіз крові.

22.09.15

Ер. – 6,2x10¹²/л; Нб – 232 г/л; КП – 1,1; Тр – 640/00 (396,8x10¹²/л); Л – 8,9x10⁹/л; п/с – 0%; с/я – 37%; е – 3%; м – 4%; л – 56%

23.10.15

Ер. – 6,0x10¹²/л; Нб – 202 г/л; КП – 1,0; Тр – 570/00 (342x10¹²/л); Л – 5,9x10⁹/л; п/с – 4%; с/я – 48%; е – 2%; м – 11%; л – 35%.

Загальний аналіз сечі (27.09.15): Колір – світло – жовтий; Прозорість – повна; Реакція – кисла; Білок – не виявлено; Цукор – не виявлено; Епітелій плоский – 2-3 в.п.з; Лейкоцити – 1-2 в.п.з; Бак. Дослідження калу – 27.09.15: патогенні ентерококи не виявлені.

26.09.15

Заг. білірубін – 211.6 ммоль/л; Пр. білірубін – 9,2 ммоль/л
Не пр. білірубін – 202,4 ммоль/л
АЛТ – 15,7 ОД /л N<30 ОД/л
АСТ 35,5 ОД/ л N<40/ОДл
Глюкоза крові 4,2 ммоль/л
Кретинін – 63 мкмоль/л; Сечовинна – 2.0 мкмоль/л;
К – 5.91 ммоль/л; Na – 139.9 ммоль/л; Cl – 107.1 ммоль/л
НСГ: (24.11.15) шлуночкова система мозку змінена, Міжпівкульова щілина зімкнута. Бічні шлуночки розширені, пульсація базальних судин мозку звичайна, гідроцефалія.

ЕХО-КГ: (24.11.15) – Дилатація ПШ та ПП; ФВ – 75%; Відкрите овальне вікно 3.3 мм; Септальні дефекти не локалізуються.

Кінетика клапанів не змінена.

УЗД ОЧП: (24.11.15) – без особливостей.

ЕКГ: гіпертрофія ПШ.

Рентгенографія ОГК 24.09.15

З обох боків по всій площі легень не змінений легневий малюнок.

Корені чіткі. Синуси вільні. Серце не розширене.

МРТ хребта: МВВР ЦНС. Менінгомієлорадікулоцеле нижнього грудно-поперекового відділа хребта. Гідроцефалія.

Синдром Арнольда Кіарі. Нижній в'ялий парез. Порушення функцій тазових органів.

Консультація невролога(27.10.15)

Поза розслаблена. Велике тім'ячко розмірами 2,0 на 3,1 см., не напружене, на рівні кісток черепа. Вродженні рефлекси викликаються, в'ялі. Сухожилкові рефлекси викликаються, виснажливі з рук, з ніг не викликаються. М'язевий тонус знижений. Об'єм активних рухів знижений. Тремор відсутній. Судоми відсутні.

Діагноз: МВВР ЦНС. Менінгомієлорадікулоцеле нижнього грудно-поперекового відділа хребта. Гідроцефалія.

Синдром Арнольда Кіарі. Нижній вялий парез. Порушення функцій тазових органів.

Діагноз, який встановили у відділенні паталогії новонароджених у ВОДКЛ:

МВВР ЦНС. Менінгомієлорадікулоцеле нижнього грудно-поперекового відділа хребта. Гідроцефалія.

Синдром Арнольда – Кіарі. Нижній вялий парез. Порушення функцій тазових органів.

Лікування: Режим ліжечка. Вигодовування грудне за вимогою.

Інфузійна терапія: глюкоза 10%, натрій хлорид 0,9%, коргліксон 0,06%, глюконат Са 10%.

Антибіотикотерапія: амікацин 15 мг х 2 р/д, цефтріаксон 220 мг х 1 р/д.,

Пробіотик: лацідофіл Sk х 1 р/д.

Патогенетичне лікування: діакарб 1/4т 2 р/д, аспаркам j т 2 р /д, мальтофер 5к 2 р /д.

Операція: грижепластика по Баттеру.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСПІШНОГО ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШИЙКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

*Д.М. Рамазанова, Л.Д. Ластовецька, В.В. Курочка
/ D. Ramazanova, L. Lastovetska, V. Kurochka*

Науковий керівник: к.мед.н, доцент Л.Д. Ластовецька

Кафедра акушерства і гінекології №3

(Завідуючий кафедри: д.мед.н., професор В.О. Бенюк)

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Шийкова вагітність є однією із ектопічних форм, при якій запліднена яйцеклітина імплантується в каналі шийки матки. До факторів ризику виникнення даної патології належать вроджені аномалії тіла та шийки матки, тривале використання внутрішньоматкової контрацепції, аборти, кесарів розтин, міома матки, атрофічні

процеси в ендометрії на тлі хронічного ендометриу, консервативне лікування шийкової вагітності в анамнезі, синехії в порожнині матки або стан після їх поділу та нездатність плідного яйця до нідації [1, 2, 6].

Частота шийкової вагітності варіює у діапазоні від 1:8628 [3] до 1:50 000 випадків [4], що складає 0,15% від усіх позаматкових вагітностей [5]. Проте, на сучасному етапі можливо прогнозувати зростання частоти шийкової вагітності, у зв'язку з активним застосуванням в акушерсько-гінекологічній практиці допоміжних репродуктивних технологій [1, 5, 6].

Наявність прогресуючої шийкової вагітності та переривання даної вагітності загрожує життю жінки, оскільки супроводжується виникненням профузної кровотечі, а вона, в свою чергу, залишається однією з основних причин материнської смертності [7, 8, 9].

Клінічна діагностика шийкової вагітності пов'язана з певними труднощами, особливо у малих термінах і при імплантації плідного яйця у верхній частині цервікального каналу. Огляд шийки матки за допомогою дзеркал і бімануального дослідження в цих випадках практично не інформативні, а перебіг може бути безсимптомним. Саме тому єдиним методом лікування до недавнього часу вважалася екстирпація матки [4]. У сучасних умовах основними методами діагностики шийкової вагітності слід вважати ультразвукове дослідження і визначення в сироватці крові рівня в-субодиниці хоріонічного гонадотропіну людини [5].

Рання діагностика є надзвичайно важливим і в той же час складним завданням, рішення якого дозволяє запобігти масивній кровотечі та обрати консервативний метод лікування, який дозволить зберегти пацієнтці репродуктивну функцію [10].

Нами представлено випадок шийкової вагітності з органозберігаючим хірургічним лікуванням. Пацієнтка Н., 31 рік, звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на затримку менструації на 15 днів, нагубання молочних залоз, позитивним тестом на вагітність. При виконанні УЗД органів малого таза виявлено ехографічні ознаки, що вказують на шийкову вагітність. Жінку госпіталізовано в гінекологічне відділення КМПБ №3. З анамнезу: у 2010 році перенесла гострий двобічний сальпінгоофорит, у травні 2005 року – апендектомію. Статеве життя з 12 років, шлюб зареєстрований. В даній вагітності жінка зацікавлена. Репродуктивна функція: мала 1 термінові, фізіологічні пологи та 3 медичні аборти без ускладнень.

Дані клініко-лабораторних показників у межах норми. Рівень в-ХГЛ в крові 8179 ОД/мл. При УЗД органів малого таза виявлено: тіло матки розмірами 63x48x59мм, контури рівні, міометрій однорідної структури. М-ехо 13 мм. Плідне яйце в порожнині матки не виявлено. У верхній третині цервікального каналу візуалізовано анехогенне утворення 11x4x7мм з чіткими контурами, всередині якого кільцеподібна структура (плідне яйце з жовтковим мішком). Нижній полюс плідного яйця розташовується на відстані 16мм від зовнішнього вічка. Лівий яєчник 30x21x18мм, містить жовте тіло діаметром 15мм. Правий яєчник без особли-

востей. Після обстеження вирішено провести органозберігаюче лікування.

Внутрішньовенно крапельно введено окситоцин 3 мл в 400 мл фізіологічного розчину; в асептичних умовах шийку матки взято на кульові щипці. Довжина порожнини матки, виміряна за допомогою зонда, склала 9 см. Накладено кетгуттові шви на низхідні гілки маткових судин через склепіння піхви на рівні ребер шийки матки. Цервікальний канал розширено розширювачами Ге-гара до №9. Введений гістероскоп - виявлено в цервікальному каналі на передній стінці більше праворуч прикріплення плодового яйця, стінки матки шорсткі. Проведено гістерорезекцію, в шийку матки введено реместип 0,4 мг. Кровотечі з місця прикріплення плодового яйця немає. Матка скоротилася. Крововтрата 150 мл. Протягом 30 хвилин тривало спостереження за хворою в операційній. Проведено курс антибактеріальної, утеротонічної і гемостатичної терапії. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 4 добу після операції рівень в-ХГЧ знизився до 675 ОД/мл. На 7 добу після операції пацієнтка виписана додому. Результат гістологічного дослідження: в зішкрібах пласти гравідарного ендометрія і ворсини хоріона зі склерозом.

У разі шийкової вагітності за умов ранньої діагностики і профілактики кровотечі, можливе виконання органозберігаючої операції з метою збереження репродуктивної функції жінок фертильного віку.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ НІМАНА-ПІКА У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Ю.П. Резніков¹, В.В. Крам² / Y. Reznikov¹, V. Kram²

Науковий керівник: д.мед.н/ Березенко В.С.

¹Кафедра педіатрії №1 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

(Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Березенко В.С.)

²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології», відділення дитячої гепатології

м. Київ, Україна

Ключові слова: хвороба Німана-Піка, діти, печінка.

Ключевые слова: болезнь Нимана-Пика, дети, печень.

Keywords: Niemann-Pick disease, children, hepar.

Хвороба Німана-Піка (НП) – орфанне (від англійського слова «orphan»-«сирота»), спадкове аутосомно-рецесивне захворювання, викликане порушенням ліпідного метаболізму і накопиченням ліпідів (переважно фосфоліпідів) у лізосомах печінки, селезінці, легенях, кістковому мозку, головному мозку. Існує три типи хвороби НП. Тип А (класична інфантильна форма) виникає у дітей мають мутацію гена SMPD1, який кодує сфінгомеліназу. Тип В (вісцеральна форма) також зумовлений мутацією гена SMPD1, однак при цьому типі відсутня симптоматика ураження нервової системи. Тип С (нейровісцеральна форма) хвороби НП зустрічається найчастіше – 1: 120 тис. населення. Причиною даного захворювання є мутація в генах NPC1 або NPC2.

В результаті даної мутації ліпиди (холестерин, фосфоліпиди, сфінгомеліні, гліколіпиди) інтенсивно накопичуються в лізосомах переважно ретикуло-ендотеліальних системи, у нервових та гліальних клітинах. Пильна увага лікарів до даного типу хвороби НП обумовлена тим, що при своєчасній діагностиці цієї хвороби і ранньому призначенні терапії можна зупинити прогресування захворювання і тим самим поліпшити якість і тривалість життя хворих.

Наводимо власне спостереження.

Дитина С., дівчинка 14 років у жовтні 2016 року поступила до Центру дитячої гепатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» зі скаргами на збільшення в розмірах селезінки, печінки, схильність до утворення «синців», незграбні рухи, порушення ходи, зміну почерку, погіршення пам'яті, успішності в школі, періодичне закидання голови, порушення сну, сомнамбулізм. Відомо, що дівчинка народилася від 2 вагітності, 1 пологів в строк (1 мед / аборт), протягом усієї вагітності у матері була психотравма.

Маса тіла при народженні 3450 г, зріст 52 см, грудне вигодовування до 9 місяців. психомоторний розвиток на першому році життя відповідав віку. Профілактичні щеплення за календарем. З дитячих інфекцій перенесла краснуху і вітряну віспу. Харчової, медикаментозної алергії немає.

Анамнез хвороби. У дівчинки під час огляду педіатра у 3-х річному віці виявлена сплено-мегаля, з приводу якої неодноразово обстежена за місцем проживання. З 3-х річного віку у зв'язку зі сплено-мегалією спостерігалася у дитячого хірурга за місцем проживання з діагнозом: синдром портальної гіпертензії. Порушення функціонального стану печінки за роки спостереження не відзначалося. З 10-річного віку мати відзначила, що у дитини знизилася успішність в школі, з'явилися порушення концентрації уваги, незграбність рухів, зміна ходи, закидання голови назад, цефалгії. У фізичному розвитку дівчинка від однолітків не відставала. Менструація з 12-річного віку, цикл нестійкий.

Об'єктивний статус. Загальний стан відносно задовільний, шкірні покриви блідо-рожеві, на гомілкях візуалізуються 4-5 екхімозів, права частка печінки на 2 см нижче ребра, ліва не збільшена, нижній полюс селезінки на 6 см нижче ребра. Склери чисті, периферичні лімфовузли не збільшені. Мигдалини гіпертрофовані, чисті. Дані лабораторних досліджень: тромбоцитопенія ($135 \times 10^9/\text{л}$), зниження церулоплазміну у сироватці крові (14 мг/дл) (норма 20-60 мг/дл), збільшення кількості цинку в сироватці крові (2,18 мг/л) (норма 0,65-1,20 мг/л), зниження міді у сироватці крові (0,44 мг/л) (норма 0,83-1,52 мг/л). Мідь у сечі - 0,002 мг/добу (0,018-0,12 мг/добу). Показники печінкових проб, ліпидограми, протеїнограми, коагулограми, імунограми, загального аналізу крові (за винятком кількості тромбоцитів) у дитини були в межах норми. Маркери вірусів гепатиту В, С, EBV, CMV негативні.

Результати інструментального обстеження: УЗД органів черевної порожнини - дифузне захворювання печінки, портальна гіпертензія, сплено-мегаля. Лівобіч-

на пієлоектазія. МРТ головного мозку: патології не виявлено. ЕЕГ: помірне зниження моторної збудливості кори. ФГДС: гастропатія, дуоденогастральний рефлюкс. ЕКГ: помірні обмінні зміни в міокарді. *Морфологічне дослідження біоптату печінки:* холангіопатія, везикулярна дистрофія гепатоцитів. Метаболічна (глікогенова) гепатопатія, індекс гістологічної активності по Knodell - 0 балів, гістологічний індекс склерозу по METAVIR - F3.

Дитина обстежена у медико-генетичному центрі, де проведені дослідження активності лізосомальних ферментів лейкоцитів і плазми крові: гексозамінідази А (Хвороба Тея-Сакса) - 26 нмоль/год/мг (норма); в - глюкозидаза (хвороба Гоше) - 13 нмоль/год/мг (норма); хітотріозідаза (лізосомальні хвороби) - 265 нмоль/год/мг (норма 0-159); сфінгомелінази (Німана-Піка тип А, В) - 2,7 нмоль/год/мг (норма), церулоплазмін (хвороба Вільсона-Коновалова) - 0,127 г/л (норма 0,2-0,9 г/л).

Висновок: лізосомальна хвороба, хвороба Вільсона-Коновалова?. З огляду на знижений рівень церулоплазміну в сироватці крові при нормальному рівні екскреції міді з сечею, клінічну картину захворювання (неврологічна симптоматика, сплено-мегаля, виразний фіброз (F3 по METAVIR) для уточнення діагнозу проведено повне молекулярно-генетичне дослідження мутацій гена ATR7B та NPC1. Заключення: мутації в гені ATR7B не виявлено, що дозволило виключити хворобу Вільсона-Коновалова. Проте був виявлений поліморфний варіант мутації гена NPC1 в гомозиготному стані, що свідчило на користь діагнозу - хвороба Німана-Піка, тип С. Таким чином, на підставі проведеного обстеження у дівчинки діагностовано хворобу Німана-Піка, тип С1, ювенільна форма.

Таким чином, діагноз Німана-Піка, тип С не викликає труднощів, якщо про нього знати і пам'ятати. Захворювання слід запідозрити, якщо у хворого виявлені такі симптоми як сплено-мегаля, неврологічні розлади при нормальних значеннях рівнів міді та церулоплазміну в сироватці крові.

УСПІШНЕ ДВОХЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕМА І КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ У ЖІНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

А.С. Семеха / A. Semeha

Науковий керівник: лікар – хірург, відділу ендovasкулярної хірургії та ангіографії Власенко О. А.

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

Міома матки є однією з головних причин втрати репродуктивної функції та зниження працездатності жінок фертильного віку. При профілактичних оглядах міома виявляється в 1–5% жінок, після 30 років цей показник становить 15–17%, а серед гінекологічних хворих – 20–30 %.

У відділення ендovasкулярної хірургії Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова звернулася хвора А. 31 рік з діагнозом: «Симптом-

на фіброміома матки, ожиріння 1 ступеню, постгеморагічна анемія 2 ступеню».

Пацієнтка на момент поступлення в інститут спостерігалася у гінеколога за місцем проживання півтора року. Незважаючи на терапію дифереліном впродовж 6 місяців, значного зменшення лейоміом не відмічалось, після відміни препарату – матка збільшилася в об'ємі на 2 см. Враховуючи локалізацію та інтенсивне кровопостачання вузлів з високим ризиком інтраопераційної кровотечі при виконанні консервативної міомектомії хворій було запропоновано провести екстирпацію матки.

Вважаючи відсутність попередніх вагітностей та активне бажання мати дитину, хвора звернулася до іншого гінеколога, який запропонував їй органозберігаючу операцію, а саме емболізацію маткових артерій.

При поступленні у відділення хвора виявляла скарги на збільшення живота, дискомфорт і відчуття здавлення в області тазу, менометрорагії і альгоменорею. Об'єктивно: шкіра бліда, збільшення живота до розмірів 22 тижня вагітності. Живіт не болючий при пальпації. Над лобковою ділянкою пальпується пухлиноподібне утворення, верхня межа якого досягає середини відстані від лобкового симфізу до пупка.

Лабораторне обстеження виявило в загальному аналізі крові: зниження рівня гемоглобіну (78 г/л), колірний показник знижений (0.57), зниження вмісту сироваткового заліза (7.5 мкмоль/л) в біохімічному аналізі крові; підвищення рівня загального тестостерону (1.8 нмоль/л) на репродуктивній гормональній панелі. Всі інші показники без відхилень відносно нормальних величин.

Інструментальне дослідження:

1. УЗД: трансвагінальне дослідження у 2 фазу менструального циклу. Розмір матки – 17.5*6.9*13.1 см, положення антефлексія. Структура неоднорідна, виявлені фіброматозні вузли: справа, ближче до шийки виявлено інтрамурально-субмукозний вузол 7.9*7.3 см, а ближче до дна – декілька дрібних вузлів до 3.7 см. Відмічається інтенсивне кровопостачання вузлів. Ендометрій однорідний, 1.2 см товщина. Розміри яєчників – нормальні (30*21*14 мм).

2. За даними пайпель-біопсії виключено наявність злоякісних утворень в порожнині матки та ендометріоз.

Обстеження у гінеколога: при огляді за допомогою вагінальних дзеркал виявлено гіперемію слизової оболонки вагіни, в куполі візуалізується нижній полюс пухлиноподібного утвору розміром до 13 см в діаметрі, вкритий ціанотичною слизовою оболонкою.

Прийнято рішення провести двохетапне лікування з подальшою можливістю жінки завагітніти та виносити дитину.

Першим етапом було виконано емболізацію маткових артерій. Доступ – трансрадіальний лівосторонній. В умовах рентгеноопераційної, під місцевою анестезією в ліву променеву артерію вводиться інтрадьюсер 4 френч (1 френч = 0.33 мм). На провіднику заводять гідрофільний ангулярний катетер довжиною 150 см. Далі, суперселективно під рентген - контролем по черзі катетеризується: спочатку права маткова артерія, потім ліва. За допомогою введення рентген – контрастної речовини візуалізуються розширені маткові артерії, зокрема гілки, що дають інтенсивне кровопостачання лейоміомам. Дуже повільно, для попередження нецільової емболізації, вводять ембосфери до того моменту, коли тканина фіброміоми перестане контрастуватися.

У післяопераційний період проводилася профілактика інфекційних ускладнень – прийом цефтріаксону та метронідазолу (перші 3 дні прийом парентеральний, далі перехід на таблетовану форму на 7 діб). Пацієнтка відмічала інтенсивні болі впродовж 1 доби після виконання операції. Для лікування больового синдрому використовувались НПЗП та наркотичні анальгетики в невеликих дозах. Виписка зі стаціонару на 3 день після операції.

Спостереження за вузлом в динаміці – УЗД контроль з дуплексним сканування кровотоку через 1, 3, 6, 9 місяців після виконання ЕМА.

За даними УЗД на 9 місяць після виконання ЕМА: розміри максимального вузла зменшилися на 30%, розміри матки зменшилися на 60%, інші дрібні вузли зникли. Прийнято рішення провести лапаротомію з міометомією. На момент проведення операції гемоглобін у пацієнтки сягав приблизно 123 г/л, що свідчить про ефективність ЕМА. Операція пройшла успішно, з мінімальною крововтратою. Макроскопічно – фіброматозний вузол білий, безкровний, з вогнищами асептичного некрозу. На біопсії – ознак малігнізації не виявлено, пучки гладком'язових клітин розташовані хаотично, строма розвинена надмірно, велика кількість фібробластів, багато вогнищ гіалінозу і асептичного некрозу. Через півтора року жінка завагітніла природнім шляхом, вагітність була нормальна, без патологій та ускладнень. На 38 тижні вагітності – родорозршення шляхом кесарського розтину. Народилася здорова дівчинка вагою 3200 г, ростом 51 см.

СИНДРОМ ГУЛЛО: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Т.С Альянова, О.Ю. Губська / T. Al'yanova, O. Gubs'ka

Науковий керівник: д.мед.н., професор Губська О.Ю.

Завідувач кафедри терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології:

професор, д.мед.н. Губська О.Ю.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: безсимптомна панкреатична гіперферментемія, амілаза, ліпаза, трипсин, доброякісний перебіг.

Ключевые слова: безсимптомная панкреатическая гиперферментемия, амилаза, липаза, трипсин, доброкачественное течение.

Key words: asymptomatic pancreatic hyperenzymemia, amylase, lipase, trypsin, benign course.

Із введенням в сучасну скринінгову програму визначення рівня ферментів підшлункової залози все частіше виявляється ізольоване або комбіноване підвищення рівня сироваткової амілази, панкреатичної ізоамілази, ліпази та трипсину. Вказані зміни найчастіше асоціюються із патологією органів травлення різноманітної природи – запальних та онкологічних захворювань підшлункової залози, патології жовчовивідних шляхів, захворювань печінки, дванадцятипалої кишки, слинних залоз, ниркової недостатності, целиакії тощо [1, 2, 3, 4]. В таких випадках лабораторні зміни корелюють із симптомами того чи іншого органічного захворювання.

Однак іноді підвищення панкреатичних ферментів є безсимптомним. Вперше серія випадків персистуючої безсимптомної гіперферментемії у практично здорових осіб була описана італійським дослідником-інтерністом Lucio Gullo у 1996 році. Він же запропонував термін «доброякісна панкреатична гіперферментемія» [1]. Досі було зафіксовано близько 140 випадків синдрому Гулло [5].

Зважаючи на невисоку частоту вказаного стану, навіть описання одиночного клінічного випадку сімейної панкреатичної гіперферментемії становить наукову цінність. В Україні подібні випадки раніше описані не були.

Клінічний випадок

Пацієнтка К., 40 років, звернулася до гастроентеролога 02.2016 у зв'язку із відчуттям печії, присмаки кислого та гіркого у роті, тяжкості в епігастрії після їжі, періодичної нудоти, різкої загальної слабкості.

З анамнезу хвороби: проведено 3 ерадикації *Helicobacter pylori* з 2013 року з відсутністю ефекту.

При до обстеженні було виявлено підвищення рівня альфа-амілази крові до 135,1 U/l (N – до 86 U/l). При

цьому загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, інші показники біохімічного аналізу крові (АЛТ, АСТ, білірубін, ГГТ, глюкоза крові) були в межах норми. На фоні призначеного лікування (пробіотики, обволікаючі засоби, спазмолітики) загальний стан – з позитивною динамікою, задовільний при повторному плановому огляді.

З урахуванням наявності підвищеного рівня альфа-амілази крові було рекомендовано дообстеження: УЗД органів черевної порожнини, повторний загальний аналіз крові, визначення рівнів сечовини, креатиніну, ЛФ, повторно – ГГТ, білірубін та фракції, ліпідний профіль. Патологічних результатів при цьому виявлено не було.

Маркери вірусних гепатитів В та С (HBsAg та anti-HCV) були негативні, онкомаркер СА 19-9 та хромогранін А – в межах норми. Також була виключена наявність патології щитовидної залози (УЗД щитовидної залози, Т₃, Т₄, ТТГ РЕА) та системної патології (СРБ, ANA, ANKA).

Результати повторних визначень ферментів підшлункової залози залишалися стабільно підвищеними (див. таб. 1), не зважаючи на відсутність будь-яких суб'єктивних скарг.

Таблиця 1

Результати визначень ферментів підшлункової залози пацієнтки К. в динаміці

Показник	09.05.16	17.11.16	18.11.16
Альфа амілаза (сироватка), Од/л (N – до 100)	197,0	155,8	137,3
Альфа амілаза сечі, Од/л (N – до 447)		842,2	1043,5
Панкреатична амілаза, Од/л (N – 13-53)		98	
Ліпаза, Од/л (N – 13,0-60,0)		149	

Було проведено КТ черевної порожнини та позаочеревинного простору з подвійним контрастуванням, ендосонографія підшлункової залози, повторне УЗД органів черевної порожнини та гістологічне дослідження біоптатів дванадцятипалої кишки у відділенні гастроентерології та гепатології Університетської клініки в Цюриху. При цьому не було виявлено патології підшлункової залози, також не було даних за целиакію, хворобу Уіпла. Лямбліоз та хелікобактеріоз були виключені.

Обговорення

Враховуючи наявність безсимптомної панкреатичної гіперферментемії у пацієнтки протягом 1 року, відсутність даних за органічне ураження підшлункової

залози або іншої патології із аналогічними лабораторними проявами, можна стверджувати про випадок синдрому Гулло.

Для остаточного встановлення діагнозу відповідно до існуючих рекомендацій рекомендовано спостереження протягом 2 років із повторним обстеженням пацієнтки.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

А.М. Бобр, А.В. Белінський / A. Bobr, A. Belinskiy

Науковий керівник: д.мед.н. професор Распутіна Л. В.

Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, професор, доктор медичних наук, Заслужений лікар України Мостовой Ю. М.

Вінницький Національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м.Вінниця, Україна

Ключові слова: вроджені аномалії коронарних артерій; ангиографія коронарних артерій; лікування. врожденные аномалии коронарных артерий; ангиография коронарных артерий; лечение. congenital anomalies of the coronary arteries; coronary angiography; treatment.

Пацієнтка С., 68 років., проживає у Вінницькій області, пенсіонерка. Госпіталізована в кардіологічне відділення 10.02.15 року зі скаргами на періодичний біль в ділянці серця пекучого характеру з іррадіацією в ліву лопатку тривалістю до 5 хвилин, що провокуються та посилюються при фізичному навантаженні, купуються 1-2 таблетками нітрогліцерину; задишку що виникає при фізичному навантаженні, перебої в роботі серця, серцебиття, підвищення артеріального тиску (АТ) до 170/80 мм.рт.ст., періодично головний біль.

Анамнез захворювання. Вище перераховані скарги турбують близько 5 років, зверталась за медичною допомогою за місцем проживання, покращення стану не відмічала. Відмічає значне прогресування стану, посилення задишки. Направлена для проведення коронарографії.

Анамнез життя. Гіпертонічна хвороба протягом 2,5 років., отримує еналаприл 20 мг на добу, леркандипін 20 мг на добу. Пароксизмальна форма фібриляції передсердь (за результатами ЕКГ добового моніторингу). У 2013 році пацієнтка перенесла гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), без неврологічного дефіциту на момент огляду. У 2002 році – екстерпація матки з додатками з приводу фіброміоми матки. Хронічний калькульозний холецистит.

Об'єктивний огляд при поступленні: Індекс маси тіла -33,8кг/м². Тони серця ритмічні, послаблений I тон на верхівці, акцент II тону над аортою. Відмічається патозність стоп, гомілок.

Обстеження хворої: В стаціонарі виконано: ЗАК, аналіз крові на цукор, ЗАС, біохімічне дослідження крові, коагулограма, Ro ОГК, електрокардіографія (ЕКГ), добове моніторування ЕКГ, ультразвукове дослідження серця (ЕхоКГ), коронарографія

Ехокардіографія (27.01.15 р.): Аортосклероз. Ознаки незначного стенозування аортального клапана. Не-

значна аортальна ругургітація. Концентрична гіпертрофія стінок лівого шлуночка. Незначна мітральна регургітація. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка по типу сповільненої релаксації. Легенева гіпертензія. Систолічний тиск в легеневій артерії 48,6 мм. рт. ст. Можливий аорто-легеневий шунт.

Коронарографія. Виявлено аномальну фістулу між передньою міжшлуночковою гілкою лівої коронарної артерії та легеневою артерією.

Заключний діагноз: ІХС. Дифузний кардіосклероз. Склероз аорти. Атеросклеротичний кардіосклероз. Стеноз гирла аорти І ст. Відносна недостатність мітрального, трикуспідального клапанів. Гіпертонічна хвороба 2 ст, 1 ступінь, ризик 3. СН2А, 2ФК. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка. Аорто-легеневий шунт. Легенева гіпертензія II ст. Хронічний калькульозний холецистит, в стадії ремісії. Хвора була направлена в Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова, відділення хірургічного лікування вроджених та набутих вад серця. Госпіталізація з 10.03.15 по 18.03.15 р. Проведено оперативне лікування: 10.03.15 р. закриття коронарно-серцевої фістули спіраллю Nit-occlud 4, встановлено стент в н/3 ПМШГ ЛКА (BIOTRONIC 2,5*26 mm).

Повторна КВГ (16.03.15 р.): Прохідність через ПМШГ хороша, кровотік через фістулу значно знижений. Після оперативного втручання хворій стало суб'єктивно краще, значно зменшилась задишка, зникли болі в серці.

Висновок: диференційна діагностика коронарних фістул проводиться з відкритою артеріальною протокою, поєднанням дефекту міжшлуночкової перегородки з недостатністю аортального клапана, фенестрацією стулоч аортального клапана, легенево-артеріовенозні фістули. КФ можуть протікати безсимптомно, але з віком призводити до ускладнень. Клінічні прояви КФ визначаються обсягом шунтування крові і напрямком скидання, не відрізняються специфічністю, що змушує практикуючого лікаря проводити діагностичний пошук.

ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Д. В. Діденко, А. В. Бронюк / D. Didenko, A. Bronyuk

Науковий керівник: д.мед.н. професор Распутіна Л. В.,

Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, професор, доктор медичних наук, Заслужений лікар України Мостовой Ю. М.

Вінницький Національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Ключові слова: задишка, спірографія, стенокардія.

Ключевые слова: одышка, спирография, стенокардия.

Keywords: dyspnea, spirometry, stenocardia.

Курація пацієнтів старше 40 років обмежена наявністю поєднаної патології. До найбільш частих коморбід-

них станів належать ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що зумовлено рядом спільних факторів ризику та патогенетичних чинників. Представлено клінічний приклад труднощів діагностики ХОЗЛ у хворої на ІХС.

Пацієнтка Б., 60 років, поступила в кардіологічне відділення міської лікарні в плановому порядку. Скарги: задишка змішаного характеру при ході до 100 м, болі за грудиною без зв'язку з фізичним навантаженням, періодичний малопродуктивний кашель, серцебиття при незначному фізичному навантаженні. З анамнезу: хворіє на гіпертонічну хворобу (ГХ) близько 12 років, максимальний артеріальний тиск 190/110 мм.рт.ст, 11 років тому перенесла Q-інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка (Q-ІМПСЛШ). Амбулаторно приймала ацетилсаліцилову кислоту 75 мг, небіволол 5 мг, аторвастатин 20 мг. Обтяжений професійний анамнез: 40 років працювала в гарячому цеху. Протягом 3-4 років відмічає часті захворювання органів дихання (3-4 рази на рік), з приводу чого зверталась до лікаря.

Об'єктивно: частота дихання 22 за хвилину, пульс 72 за хвилину, ритмічний, артеріальний тиск на правій руці 130/80 мм.рт.ст. Над легеньми жорстке дихання з подовженим видихом. Аускультативно: ослаблений І тон на верхівці серця, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Симетричні, щільні набряки стоп та нижньої третини гомілок. Зріст 176 см, вага 82 кг, індекс маси тіла 26,5 кг/см².

Діагноз при госпіталізації: ІХС. Стабільна стенокардія напруги ІІІ ФК. Післяінфарктний кардіосклероз (Q-ІМ ПСЛШ 2005). Гіпертонічна хвороба ІІІ стадії 3 ступеня. Ризик серцево-судинних ускладнень 4. Серцева недостатність ІІА стадії, функціональний клас 3.

З результатів лабораторних обстежень – гіперхолестеринемія(загальний холестерин 7,45 ммоль/л). ЕКГ: ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 80 за хвилину, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, рубцеві зміни передньої стінки лівого шлуночка. Рентгенографія органів грудної порожнини - пневмофіброз. Ехокардіографія: Ознаки гіпертрофії та незначної дилатації лівого шлуночка. Гіпокінез передньої стінки лівого шлуночка, міжшлуночкової перетинки. Систолічна функція лівого шлуночка збережена. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка І тип.

Призначено лікування: небіволол 5мг, раміприл 10 мг, спіронолактон 50 мг, торасемід 10 мг, ацетилсаліцилова кислота 75 мг, аторвастатин 40 мг, корвітин 0,5 г внутрішньовенно краплинно. Протягом 5 днів терапії стан пацієнтки без суттєвої динаміки, тому діагностичний пошук продовжено. Однією із версій була наявність недіагностованого раніше ХОЗЛ. Після отримання інформованої згоди пацієнтки проведено обстеження в декілька етапів. На І етапі пацієнтку проанкетовано за оригінальною анкетой, створеною на основі рекомендацій GOLD для діагностики ХОЗЛ (табл.1).

Пацієнтка позитивно відповіла на 4 запитання анкети. Було проведено опитування за модифікованою шкалою медичної дослідницької ради(ММДР) – пацієнтка набрала 3 бали, та тестом з оцінки ХОЗЛ (ТОХ) – паціє-

Таблиця 1.

Оригінальна анкета для діагностики ХОЗЛ

1.	Вас турбує постійний кашель по декілька разів на добу?	Так	Ні
2.	Ви щоденно відкашлюєте харкотиння?	Так	Ні
3.	У Вас задишка розвивається швидше, ніж у Ваших однолітків?	Так	Ні
4.	Ваш вік більше 40 років?	Так	Ні
5.	Ви палите чи палили раніше?	Так	Ні

нтка набрала 26 балів. На ІІ етапі проведено комп'ютерну спірографію на апараті «MasterScope СТ» з бронходилатційним тестом(400 мкг сальбутамола) відповідно до наказу МОЗ №555 від 27.05.2013р. Діагностовано вентиляційні розлади за змішаним типом з перевагою тяжкої обструкції: ОФВ1 - 40%, ФЖЄЛ - 60%, індекс Тифно - 62%.

Отже, аналізуючи дані анамнезу (часті захворювання органів дихання, робота в гарячому цеху), результати анкетування за мМДР та ТОХ, дані об'єктивного обстеження та спірографії встановлено діагноз: ХОЗЛ, група D (багатосимптомний перебіг, високий ризик ускладнень), стадія GOLD ІІІ (ОФВ1 40%). Пацієнтці призначено комбіновану базисну бронхолітичну терапію салметерол/флютиказон 50/500 мкг 2 рази на добу. Виписана із стаціонару на 12 день з покращенням стану. Повторний контакт з хворою відбувся через 2 місяці, відмічає зменшення задишки та кашлю, базисну терапію ХОЗЛ продовжує в повному обсязі.

Таким чином, в курації хворих на ІХС поряд з лікуванням основного захворювання важливе місце посідає своєчасна діагностика супутньої патології, зокрема ХОЗЛ. Симптоми даного захворювання, а саме задишка при фізичному навантаженні та кашель, можуть бути оцінені лікарем як прояв серцевої недостатності та призвести до несвоечасної діагностики та призначення базисної терапії.

ВИПАДОК ШИЗОФРЕНОПОДІБНОЇ СИМПТОМАТИКИ В КЛІНІЧНІЙ КАРТИНІ СИСТЕМНОЇ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Власюк А.В. / A. Vlasjuk

Науковий керівник: к.м.н., ас.Харчук Є.В.

*Завідувач кафедри психіатрії та наркології:
проф. Напрєєнко О.К.*

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

Резюме: Системна склеродермія – захворювання сполучної тканини, для якого характерні прогресуючий фіброз та розповсюджена облітеруюча мікроангіопатія, що клінічно проявляється індурацією шкіри, синдромом Рейно та ураженням внутрішніх органів, у даному випадку – головного мозку. Захворюваність становить 3,7-19 випадків на 1 мільйон населення за рік.

Матеріали та методи: аналіз архівної медичної документації, клініко-психопатологічне обстеження пацієнтки

Ключові слова: галюцинаторно-параноїдний синдром, індурація шкіри; галюцинаторно-параноїдний синдром, індурація шкіри; *paranoid-hallucinatory syndrome, skin induration*

Клінічний випадок: Пацієнтка Д, 35 років, у супроводі чоловіка госпіталізована до ТМО «Психіатрія» у м.Києві 02.05.15 каретою швидкої допомоги у зв'язку з погіршенням психічного стану: відмовою від їжі, порушенням сну, проявами афективної нестійкості.

З анамнезу життя відомо, що спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Росла і розвивалася відповідно віку. Закінчила 11 класів, Київський національний університет ім.Т.Г.Шевченка, за фахом – філолог. Страждає системною склеродермією з п'ятнадцятирічного віку, лікування не дотримується. Знаходиться під спостереженням дільничного психіатра з 25-річного віку з приводу того, що після перенесеної психічної травми (смерть батьків, проблеми з працевлаштуванням) порушився сон, стала тривожною, підозрілою, з'явилися «голоси зовні, що усе коментували», погіршився апетит. Тоді вперше лікувалася стаціонарно та була виписана з діагнозом: «Гострий поліморфний шизофреноподібний розлад. Галюцинаторно-параноїдний синдром». З тих пір багаторазово поступала до психіатричної лікарні. Остання госпіталізація - з 26.05.2014р. по 04.07.2014 р., після виписки психічний стан був відносно задовільний. Але підтримуюче лікування (галоперидол, труксал) приймала нерегулярно, тому періодично відзначалися агресивні спалахи, роздратованість. Зі слів чоловіка, протягом останнього місяця стала замкненою, тривожною, плаксивою, ні до чого інтересу не проявляє, говорить «сама з собою», відмовляється їсти, стверджує, що «їжа отруєна, від неї волосся випадає», у зв'язку з чим і доставлена до ТМО «Психіатрія».

Психічний стан: на момент госпіталізації пацієнтка доступна малопродуктивному мовному контакту. Звертає на себе увагу уповільненими рухами, пасивністю. Міміка маловиразна. У місці знаходження, часі орієнтована з трудом, у власній особистості орієнтована вірно. Мова тиха, монотонна, в уповільненому темпі. Рухи уповільнені, переважну частину часу в процесі бесіди сидить в одноманітній позі. Повідомляє про наявність розладів сприйняття - «голоси ззовні кажуть різні слова». Критика до свого стану формальна. До госпіталізації ставиться індиферентно. Від лікування не відмовляється.

Неврологічний статус: очні щілини D=S. Зіниці круглої форми, D=S. Фотореакції живі. Акти акомодатції і конвергенції збережені. В позі Ромберга похитується.

Соматичний статус: шкірні покриви бліді, чисті, на поверхні всього тіла, переважно рук, обличчя та шиї – ділянки депігментації різної форми та розмірів. Визначається індурація та ціаноз шкірних покривів, стоншення підшкірно-жирової клітковини шкіри II, III, IV пальців обох рук. Язик чистий, вологий. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Результати загальноклінічного обстеження виявили такі патологічні зміни: у загальному аналізі

крові – гіпохромна норморегенераторна анемія легкого ступеню, прискорення ШОЕ (40мм/ год), у біохімічному аналізі крові: диспротеїнемія за рахунок збільшення гамма-глобулінової фракції білка.

Пацієнтка перебувала у соматопсихіатричному відділенні у період з 02.05.2015 по 30.07.2015 рр. У результаті проведеного протягом 90 днів медикаментозного лікування (галоперидол 0,5 % мл 1 в/м 1 р/д, кветіапін 50 мг в/в 1р/д, верапаміл 40 мг 3р/д per os, пентоксифілін 200 мг 3р/д per os, мелоксикам 7,5 мг 1р/д per os) та реабілітаційних заходів відмічена позитивна динаміка у психічному стані і поведінці: купіровані галюцинаторні переживання, стала активніша, почала спілкуватися із медичним персоналом та сусідами по палаті. Будує реальні плани на майбутнє. Емоційно згладжена. Настрій невизначений. Мислення з резервськими включеннями. По закінченню курсу лікування у задовільному стані у супроводі чоловіка виписана додому під спостереження дільничного психіатра та терапевта.

Висновки та обговорення: даний випадок є унікальним за своєю нетиповою клінічною картиною, на перший план якої виступає саме шизофреноподібна симптоматика, що призводить до неодноразової госпіталізації пацієнтки у психіатричний стаціонар та діагностування «Гострого поліморфного шизофреноподібного розладу». Проте відсутність ендогенно-прогресивного характеру перебігу психічного розладу ставить під сумнів належність його до шизофренічного спектру і наводить на думку про вторинний (соматогенний) характер психопатологічної симптоматики. Так, у даному випадку основним діагнозом є саме склеродермія, яка, на фоні недотримання пацієнткою схеми лікування, призвела до ураження головного мозку, що проявилася органічним шизофреноподібним розладом. Проведення диференціальної діагностики між органічним ураженням головного мозку судинного генезу на фоні системної склеродермії та шизофренією із супутнім захворюванням сполучної тканини потребує наявності у лікаря клінічного досвіду та високого рівня знань не лише психіатрії, але й ревматології, розуміння патофізіологічних механізмів даного захворювання.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРОМБОЕМБОЛІЇ ДРІБНИХ ГІЛОК ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

А.А. Коломієць / A. Kolomiets'

Науковий керівник: завідувач кафедри терапії, інфекційних хвороб і дерматовенерології ПДО, д.м.н., проф. Губська О. Ю.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Інститут післядипломної освіти

м. Київ, Україна

Згідно сучасним поглядам венозна тромбоемболія (-ВТЕ) включає два стани: тромбоз глибоких вен (ТГВ) і тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). ВТЕ займає 3 місце за поширеністю серед захворювань серцево-су-

динної системи(200 випадків на 100 000 населення за рік). Гостра ТЕЛА часто розвивається внаслідок ТГВ і є найтяжчим проявом ВТЕ за структурою наслідків. Частка раптової фатальної ТЕЛА становить 34%, а смерті від недиагностованої ТЕЛА – 59%[1]. ТЕЛА маніфестує масивною формою, але часто розвивається з немасивного ураження, що прогресує. Вчасно діагностована тромбоемболія (ТЕ) дрібних гілок легеневої артерії (ЛА) має сприятливий прогноз. Для попередження розвитку фатальної ТЕЛА важливо вчасно встановити діагноз.

У роботі представлено проспективний аналіз клінічного випадку гострої ТЕ дрібних гілок ЛА. На амбулаторному етапі помилково встановлено діагноз «негоспітальна пневмонія». Клінічний випадок демонструє неспецифічність проявів ТЕЛА, маскування її під іншу патологію, через що витрачається час і ресурси на неефективне лікування, а прогноз для життя погіршується.

Клінічний випадок. Хворий А. 45 років направлений на госпіталізацію до КМКЛ №18 24 серпня 2016 року з попереднім діагнозом «негоспітальна пневмонія». Висловлював скарги на загальну слабкість, сухий кашель, біль у грудній клітці з правого боку, що посилювався при кашлі, задишці, підвищення температури тіла.

При огляді блідість шкіри, над правою легеню в нижніх відділах притуплення легеневого звуку, аускультативно дихання ослаблене, ЧДР=25/хв., АТ=125/80 мм.рт.ст., ЧСС=109/хв., субфебрилітет, сатурація кисню – 92% (пульсоксиметр ВІОМЕД ВР-10М).В анамнезі варикозне розширення вен, хронічний бронхіт. Травми, операції заперечує. Захворів 2 дні тому, коли на тлі повного здоров'я відчув різкий біль у грудній клітці, з'явилась задишка, підвищилась температура тіла. Звернувся до терапевта 22 серпня, виконано рентгенографію ОГК(легеневий малюнок збіднений, корені легень ущільнені, сог-талія згладжена, вибухання 2-ї дуги зліва), лікувався амбулаторно(амоксцилін 1000мг + клавуланова кислота 200 мг 2рази/добу, ацетилцистеїн 200 мг/добу). З початком лікування відмічав лише короточасне полегшення.

У приймальному відділенні 24 серпня виконано рентгенографію ОГК: легеневий малюнок ущільнений, деформований в нижніх відділах правої легені, корені розширені, тяжисті. Сог-талія згладжена, вибухання 2-ї дуги зліва). Електрокардіографія від 24 серпня: ритм синусовий, ЧСС=109 /хв., правограма. У крові виявлено лейкоцитоз, збільшення ШОЕ.

Встановлено діагноз: негоспітальна пневмонія нижньої долі правої легені, важкий перебіг, ДН 2 ст. Призначено левофлоксацин внутрішньовенно 1000мг/добу, симптоматичну терапію. Стан пацієнта не покращився. 25 серпня виконано додатково рентгенографію ОГК(у нижній долі правої легені в боковій проекції затемнення трикутної форми) і дослідження крові на D-димер(Cobas 6000, Roche Diagnostics, лабораторія «Сінево»). Результат 45,7 мкг FEU/мл (метод ELISA, референтні значення – менше 0,5 мкг FEU/мл).

Встановлено діагноз тромбоемболії дрібних гілок ЛА. До лікування додано гепарин 10 000 МО внутрішньовенно болусно, фондапаринукс 7,5 мг/добу, інгаляції зволоженого кисню. Призначено ЕКГ, ЕхоКГ, лабораторні дослідження в динаміці, консультацію ангіохірурга. Визначається позитивна динаміка(нормалізація ЧСС, ЧДР і температури тіла). Після виходу з гострої фази призначено ривароксабан 20 мг/добу впродовж 3 місяців [4].

Обговорення. В даному випадку не приділялося достатньо уваги специфічному початку захворювання на тлі повного здоров'я. На амбулаторному етапі не виконано огляд нижніх кінцівок при наявності в анамнезі варикозного розширення їх вен.

Зростання рівня D-димеру у плазмі крові спостерігається при гострому тромбозі, онкопатології, кровотечах, розповсюдженому запаленні і некрозі, хірургічних втручаннях. Специфічність тесту знижується з віком(>50 років). Враховуючи відсутність об'єктивних даних за інші причини і молодий вік хворого, сукупність клінічних проявів і динаміку процесу можна вважати результатом тесту на D-димер специфічним.

Для проведення прогностичного аналізу використано оригінальну версію індекса тяжкості ТЕЛА PESI[2]. Рівень ризику пацієнта складає 85 балів(вік – 45 балів; стать – 10 балів; ЧСС=105/хв. і більше – 20 балів; хронічне захворювання легень – 10 балів) і підпадає під клас 2, що передбачає низький ризик смерті впродовж 30 днів(1,7-3,5%). ТЕЛА із низьким і середнім ризиком, що не супроводжується шоком або гіпотензією, підлягає консервативному лікуванню. Низькомолекулярний гепарин або фондапаринукс є рекомендованим засобом для проведення парентеральної антикоагуляції у гостру фазу для більшості пацієнтів (рівень доказовості А)[3]. У пацієнтів з неспровокованою ТЕЛА рекомендовано проводити пероральну антикоагулянтну терапію протягом принаймні 3 місяців(рівень доказовості А)[3]. Зважаючи на молодий вік пацієнта, задовільну курабельність і сприятливий прогноз щодо віддалених результатів призначено новий пероральний антикоагулянт з відповідним профілем ефективності і безпеки[4] ривароксабан у стандартній дозі на 3 місяці(EINSTEIN Ext,2010).

Висновки. Клінічний випадок демонструє поліморфність і неспецифічність симптомів ТЕ дрібних гілок ЛА. Хворі з немасивною ТЕЛА можуть звертатися за допомогою амбулаторно, у стаціонари різних профілів. Цей факт потребує настороженості лікарів усіх спеціальностей щодо даного стану.

РОЗБІР КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

О.О. Гончарук, Н.Е. Долгая / О. Honcharuk, N. Dolhaya

Науковий керівник: к.м.н., ас. Корендович І. В.

Завідувач кафедри: д. мед. н., професор, дійсний член Всесвітньої академії медицини імені Альберта Швейцера, Польської академії медицини, Академії наук вищої школи України Свінціцький А. С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Ключові слова: холецистектомія; постхолецистектомічний синдром; ендоскопічна папілосфінктеротомія; магнітно-резонансна холангіопанкреатографія.

Keywords: cholecystectomy; postcholecystectomy syndrome; endoscopic papillosphincterotomy; Magnetic resonance cholangiopancreatography.

Ключевые слова: холецистэктомия; постхолецистектомический синдром; эндоскопическая папиллосфинктеротомия; магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

Постхолецистектомічний синдром (ПХЕС) (англ. Postcholecystectomy syndrome) — комплекс клінічних симптомів, що розвивається внаслідок оперативного видалення жовчного міхура. Постхолецистектомічний синдром зустрічається в середньому у 10-15% пацієнтів (при цьому в різних групах цей показник доходить до 30%). У чоловіків він розвивається практично в два рази рідше, ніж у жінок. Він може розвинутися відразу після проведення оперативного видалення жовчного міхура, а може проявитися через тривалий час (кілька місяців, років). Основним патогенетичним фактором розвитку постхолецистектомічного синдрому є порушення у біліарній системі — патологічна циркуляція жовчі.

Клінічний випадок був розглянутий на прикладі пацієнта 56 років, який був направлений з діагнозом постхолецистектомічний синдром.

При поступленні хворий скаржився на періодичні болі в правому підребер'ї, які іррадіюють в ліве підребер'я та спину, посилюються після вживання їжі та купуються великими дозами спазмолітиків, відчуття здуття, особливо в вечірній час.

Anamnesis morbi: 2001 р. - проведена холецистектомія з приводу жовчнокам'яної хвороби. Больовий синдром почав турбувати періодично з 2006 року, в основному після погрішностей в дієті. З 2010 року відмічає посилення частоти та інтенсивності больового синдрому, який купіюється прийомом великих доз спазмолітиків; періодично проходив курси стаціонарного лікування, однак тривалого позитивного ефекту не відмічалось. Останнє загострення відмічає з листопада 2016 року, коли больовий синдром почав турбувати щодня, після кожного прийому їжі.

Неодноразово пацієнту проводилось УЗД ОЧП (19.10.15, 30.05.11) – підшлункова залоза видна частково, в області головки товщиною 29 мм, в області тіла

товщиною 17 мм, не потовщена, контур нечіткий. Ехогенність паренхіми дифузно підвищена. Також проводилась КТ ОЧП (23.10.15) – даних про новоутворення підшлункової залози не отримано. Відеоколоноскопія (31.10.15) – обстежено товсту кишку тотально та термінальний відділ тонкої кишки; доліхосигма.

Соматичний статус пацієнта: стан хворого – середньої тяжкості; свідомість ясна; положення активне; нормостенік; АТ – 140/85, ЧСС – 70 за хвилину, ЧД – 17 за хвилину; *cor et pulmo* – патології не виявлено; при пальпації живота визначається болючість в правому та лівому підребер'ях (більше справа) та в навколопупкової ділянці; точки Дежардена, Кача, Мейо-Робсона болючі; зони Шоффара, Яновера болючі; пальпація за методом Гротта – визначається біль в проекції підшлункової залози.

План обстеження: загальний аналіз крові + формула; загальний аналіз сечі + діастаза; копрограма; біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, амілаза, лужна фосфатаза, С-реактивний білок, АлАт, АсАт, гамаглутамілтранспептидаза); ЕКГ; магнітно-резонансна холангіопанкреатографія.

Результати обстеження: Загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі - без патологій; копрограма - ознаки креатореї та амілореї.

Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія: відмічається помірна дилатація внутрішньопечінкових жовчних шляхів. Права печінкова протока до 0,6см в діаметрі, ліва до 0,71см в діаметрі. Жовчний міхур не візуалізується. Холедох до 0,76см в діаметрі. Інтрапанкреатична частина холедоха до 0,5см. Панкреатична протока до 2мм. Заключення: МР-ознаки біліарної гіпертензії з затрудженням відтоком на рівні Фатерового сосочка.

Для уточнення діагнозу пацієнт був направлений на ендоскопічну папілосфінктеротомію з ревізією жовчновивідних шляхів.

Ендоскопічна папілосфінктеротомія з ревізією жовчновивідних шляхів: Фатерів сосок збільшений, набряклий, з гіперемованим устям. Гепатохоледох до 9-10 мм в діаметрі. Чітких тіней конкрементів не має. Виконано ЕПСТ. Відмічений вихід застійної жовчі з мікролітами 2-3 мм. Санація жовчних проток.

На підставі проведених досліджень був встановлений діагноз – постхолецистектомічний синдром, мікролітіаз, хронічний холангіт, стенозуючий папіліт. Хронічний панкреатит, рецидивуючий перебіг, фаза загострення.

Після ендоскопічного втручання були відмічені порушення в біохімічному аналізі крові: білірубін: загальний 29,3 мкмоль/л (N 5-21 мкмоль/л); білірубін прямий 12,3 мкмоль/л (N 2,2-5,13 мкмоль/л); білірубін непрямий 17 мкмоль/л (N 6,3-15,4 мкмоль/л); гамаглутамілтранспептидаза: 566 Од/л (N 11-61 Од/л); АлАт: 3,8 ммоль/год.л (N 0,1-0,68 ммоль/год.л); АсАт: 300 37 Од/л (N до 37 Од/л). Результати дослідження свідчать про те, що після ендоскопічного втручання розвинувся реактивний холангіогенний гепатит з наявністю синдрому цитолізу, холестази. Пацієнту проводили терапію

інгібіторами протонної помпи, антибіотиками, спазмолітиками, антигеморагічними засобами та гормональною терапією. Після 5 днів лікування результати біохімічного аналізу крові покращились до таких показників: білірубін загальний 9,5 мкмоль/л (N 5-21 мкмоль/л); гамаглютамілтранспептидаза 375 Од/л (N 11-61 Од/л); АлАт: 2,4 ммоль/год.л (N 0,1-0,68 ммоль/год.л); АсАт: 114 Од/л (N до 37 Од/л).

Резюме: пацієнту був поставлений діагноз постхолецистектомічний синдром, мікролітіаз, хронічний холангіт, стенозуючий папіліт. Хронічний панкреатит, рецидивуючий перебіг, фаза загострення. Хворому була проведена ендоскопічна папілосфінктеротомія, після якої суб'єктивний стан пацієнта значно покращився, больовий синдром не турбував. Після ендоскопічного втручання розвинувся реактивний холангіогенний гепатит з наявністю синдрому цитолізу, холестазу. Через 10 днів після ендоскопічного втручання пацієнт був виписаний зі значним покращенням.

СИНДРОМ ОСЛЕРА-РАНДЮ

Д. К. Губарева / D. Hubaryeva

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

Завідувач.кафедри: пропедевтики внутрішньої медицини №2,

д.мед.н., професор Кондратюк В.Є.

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

Актуальність. Вроджена геморагічна телеангіектазія (хвороба Рандю-Ослера) – аутосомно-домінантне захворювання, яке характеризується множинними телеангіектазіями шкіри і слизових оболонок, а також геморагічним синдромом різної локалізації. Захворювання зустрічається з частотою 1 випадок на 50 000 населення

Етіологія. У більшості випадків синдром Ослера-Рандю носить сімейний характер, успадковуючись за домінантним типом ген хвороби Рандю-Ослера локалізований в ділянці 9-ї хромосоми 9q33-34 (локус OWR1).

Патогенез. Механізм реалізації генетичних дефектів при хворобі Рандю-Ослера остаточно не виявлений. Домінує уявлення про вроджену недостатність мезенхіми, яка зумовлює виникнення телеангіектазій. Веноули і капіляри, які утворюють телеангіектазії, різко витончені, пост капілярні веноули розширені і анастомозують з артеріолами через капілярні сегменти (артеріально-веноулярні анастомози – характерна ознака захворювання). Кровотечі при хворобі Рандю-Ослера зумовлені надзвичайною ламкістю дрібних кровоносних судин.

Загальні клінічні прояви. Патогномонічною ознакою захворювання є телеангіектазії. Вони представляють собою невеликі яскраво-червоні, пурпурові плями діаметром 1-7 мм, які виступають над поверхнею шкіри. При натисканні вузлики бліднуть і цим відрізняються від інших геморагічних проявів. За частотою локалізації телеангіектазії в слизових оболонках розподі-

ляються наступним чином: ніс, губи, піднебіння, горло, ясна, щоки, дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт, сечостатева система. У 90% хворих спостерігаються носові кровотечі, вони часто повторюються. Клінічно відмічається задишка, загальна слабкість, зниження працездатності, ціаноз, кровохаркання, гіпоксемічний еритроцитоз.

Клінічний випадок: хвора XXX стать:ж; вік: 54 роки. Місце роботи: інвалід 1 групи. Направлена КШД. Госпіталізована в стаціонар за терміновими показаннями. Дата госпіталізації: 27.11.16.

Скарги хворої: виражена загальна слабкість, головні болі, головокружіння, серцебиття, носові кровотечі, періодичні порушення ритмічної роботи серця.

Анамнез хвороби: хворіє на хворобу Рендю-Ослера з 1987 року. Періодично лікується у стаціонарі. Погіршення стану хворої протягом останнього тижня. Почастішали носові кровотечі. Підвищився АТ. Періодично порушувалась ритмічна діяльність серця.

Загальний анамнез по органам і системам: загальний стан: середньої важкості. Свідомість: ясна. Положення у ліжку: активне. Шкіра: бліда. Пролежні: не виявлено. Висип: гемангіотелеангіоектазії шкіри лица, кінцівок, спини, живота. Шкіра суха. Слизові: бліді. Розвиток підшкірної жирової клітковини: задовільний. Набряки: пастозність нижніх кінцівок. Варикозне розширення вен: не виявлено. *Органи дихання.* Скаржаться на задишку. ЧД:16/хв. Крепітація: не виявлено. Задишка: при рухах. Перкуторний звук: ясний. Аускультатія: дихання везикулярне. Хрипи: не виявлено. Шум тертя плеври: не виявлено. *Серцево-судинна система.* Скаржаться на серцебиття. Видима пульсація вен: не виявлено. Верхівковий поштовх: нормальний. Границі серця: не розширені. Аускультатія: тони серця чисті. Ритм серця: правильний. Шуми серця: не виявлено. Пульс 95 уд/хв., задовільний, напружений. АТ: 135/80 мм рт.ст. *Органи травлення.* Скарг немає. Печінка: не збільшена, край м'який. Жовчний міхур: безболісний. Селезінка: не пальпується. Аускультативно: вислуховується кишкова перистальтика. Перкуторно: Збережена печінкова тупість, вільна рідина в черевній порожнині не виявлена. Пальпаторно: живіт м'який, безболісний. Акт дефекації: нормальний, безболісний. *Сечостатева система.* Скарг немає. Сечоспускання: нормальне, безболісне. Нирки: не пальпуються. Сечовий міхур: не пальпується. *Опорно-рухова система.* Скаржаться на біль в колінних суглобах. *Нервова система.* Скарг немає. Порушення психіки: немає. Тремор, судоми: немає. Порушень з боку сенсорних систем не виявлено.

Анамнез життя: вірусний гепатит: не виявлено. Венеричні захворювання: не виявлено. Онкозахворювання: не виявлено. Супутні захворювання: ГХ 2ст., ризик 3. Дисметаболічна міокардіопатія. Вестибуло-атактичні порушення. Поліпоз жовчного міхура. Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит. Хронічний гастрит. Кіста лівого яєчника. Алергічні реакції: не виявлено.

Лабораторні дослідження. *Загальний аналіз крові:* Гемоглобін: 42г/л. Еритроцити: 1.9*10¹²/л. Колір-

ний показник: 0.83. Лейкоцити: $3.1 \cdot 10^9$ /л. ШОЕ: 3 мм/год. Нейтрофіли: паличкоядерні-1, сегментоядерні-61. Еозинофіли:1. Лімфоцити:22. Моноцити:15. Виразений анізоцитоз та анізохромія. *Аналіз сечі.* Колір: жовтий. Прозорість: прозора. Питома вага: 1017. Реакція рН: кисла. Лейкоцити:1-2. *Біохімічний аналіз крові.* Загальний білок: 50г/л. Білірубін загальний: 9,0 мкмоль/л. Білірубін прямий:0, непрямої-9,0. АлАТ-0,4 нмоль/(с-л). Сечовина: 6,0. *Рентгенографія грудної клітки:* вогнищеві тіні при формуванні артеріо-венозних шунтів у легенях не виявлені.

План лікування. Для зупинки кровотеч використовують місцеві засоби(тромбопластин, тромбін, лебетоксом, розчином перекису водню, 5-8% розчин амінокапронової кислоти). Хірургічне лікування застосовують у випадку частих і рясних шлунко-кишкових, бронхо-легеневих, ниркових та інших кровотечах. Показані в/в трансфузії, із замісною метою.

Ключові слова: кровотечі, телеангіектазії, домінують успадкування, спадкове захворювання, кровотечення, телеангіектазії, домінують наследование, наследственное заболевание, bleeding, telangiectasia, dominant inheritance, hereditary disease.

Конфлікт інтересів відсутній.

ВИПАДОК ІНФІКУВАННЯ СТАФІЛОКОКОМ (MRSA) У ХВОРОГО З ОЖИРІННЯМ ІІІ СТ. ТА ТЯЖКИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ (ХОЗЛ)

Б. Г. Дімов, Г. А. Дімов / B. Dimov, H. Dimov

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Белка К. Ю.

Завідувач кафедри кафедри анестезіології та інтенсивної терапії

д.мед.н., професор Глумчер Ф. С.

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

Вступ. В даному клінічному випадку розглянуте подання у пацієнта трьох проблем: ожиріння ІІІ ступеню, наявність аантибіотикорезистентної флори, наявність хронічного обструктивного захворювання легенів. Сполучення цих трьох проблем обумовлює високу летальність. Хворий поступив до ВАІТ 14.01.2016 р. В тяжкому стані зі скаргами на задишку в спокої, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, підвищенням t тіла до 39 градусів Цельсія. З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на хронічну обструктивну хворобу легенів (ХОЗЛ) протягом більше 10 років. Останнє загострення – декілька днів до поступлення, коли наросла задишка, з'явилась задишка у спокої, збільшилась кількість слизового мокротиння. 13.01.2016. Підйом температури тіла до 39 градусів Цельсія. Хворий підвищеної вгдованості - Індекс маси тіла 38, що відповідає ІІІ ступеню ожиріння. На час поступлення у хворого ознаки гіпоксемії та гіперкапнії(шкіра та слизові ціанотичні, SpO₂ 62%, EtCo₂ 48-54 mm Hg). У загальному аналізі крові – Лейкоцитоз 15.2 Г/л з помірним зсувом формули вліво (п- 10%, с- 80%, л-4% м-

6%) Нt – 48%? Нb – 140 г/л, Ер – 4,4Т/л, наявнв токсична зернистість лейкоцитів. Глюкоза крові 3.39 ммоль/л. В загальному аналізі сечі без особливостей, Креатинін, сечовина, загальний білок, білірубін, К+, Na+, Ca²⁺ в межах норм. Помірне збільшення активності трансміназ (АлТ до 1,54 та АсТ до 1,12 мкмоль/г/л). Коагулограма – без особливостей (ПТЧ- 14,1, ПТІ – 98,9%, МНВ 1,01, АЧТЧ 48,0, Фібринолізин 33 г/л. На рентгенограмі органів грудної порожнини – правобічна нижньодольова вогнищева пневмонія. Встановлений діагноз: ХОЗЛ ІІІст. Важкий перебіг інфекційне загострення. Емфізема легенів, негоспітальна правобічна нижньодольова пневмонія ІІІ категорії дихальна недостатність ІІІступеню. Призначена оксигенотерапія (6-8 л/хв), інгаляції кортикостероїдів (флексотид) та в 2 агоністів (вентолін), антибіотикотерапія: левофлоксацин 500 мг 2 р/добу парентерально та цефтріаксон 20,5 2 рази на добу також парентерально, муколітики: муколван 4,0 2 рази на добу в/в. Стан хворого дещо покращився: зменшилась задишка до 24-26/ хв, SpO₂ 90-94 %, EtCo₂ 44-46 mm Hg. За резуль татами посіву покротиння патологічна мікрофлора не виявлена. На 3 день перебування хворого в стаціонарі – погіршення стану хворого - наростання задишки(30/хв.), інфільтрації за даними рентгенографії ОГП, наростання гіпоксемії SpO₂ 76-78% при інгаляція O₂ 8-10 л/хв., наростання гіперкапнії EtCo₂ 52-56 mm Hg, пригнічення свідомості – 12 балів за ШКГ. Хворий переведений на неінвазивну вентиляцію легенів апарат “Carina” режим Simv Vc До 0,5 л,ЧД 20/хв, ХОД 10 л, ПТКВ 12-14 мбар, FiO₂ 0.6-0.9. Проведена корекція антибіотикотерапії – перопенем 1,0 3 рази на добу в/в в зв'язку з відсутністю позитивної динаміки. Динаміка хворого в подальшому без позитивних змін. Рентгенологічно – наростання інфільтрації. Станом на 19.01.2016 року правобічна нижньодольова плевропневмонія. У зв'язку з наростанням дихальної недостатності хворий переведений на інвазивну ШВЛ, режим ВІРАР з параметрами Рі 40-45 мбар, ЧД 20/хв., ПТКВ 12-14 мбар, FiO₂ 80% І:Е 1/1.8, До 0,5-0,55 л. Седация проводилась Натрію оксидітиратом та сибазоном. З урахуванням негативної динаміки (станом на 21.01.2016 наростанням інфільтративних змін в легенях, двобічна полі сегментарна пневмонія, наростання ознак гіпоксемії (SpO₂ 70-72% на тлі ШВЛ з FiO₂ 0,9) 21.01.2016 хворому накладена трахеостома для забезпечення тривалого проведення ШВЛ. 22.01.2016 за результатами бактеріологічного посіву мокротиння (висіяний метицилін резистентний золотистий стафілокок (MRSA)) призначений лінезолід 600 мг 2 рази на добу в/в. На тлі останньої заміни антибіотику стан хворого покращився – на другий дню зменшення рівня гіпоксемії та регрес інфільтративних змін в легенях станом на 25.01.2016 – зменшення пневмонічної інфільтрації з обох боків. 01.02.2016 переведений на режим СРАР PSV (апарат i-vent) з параметрами FiO₂ 0,6 ПТКВ 12 мбар ІРАР 30 мбар. 08.02.2016 р. Хворий переведений на самостійне дихання з інгаляцією O₂ 4-6 л/ хв. На апараті Боброва. SpO₂-90-92%. 12.02.2016 хворий у задовільному стані переведений до терапевтичного відділен-

ня. На рентгенограмі ОГК правобічна полісегментарна пневмонія розрішення, ЗАК: – Лейкоцити 6,8 Г/л з помірним зсувом формули вліво (п- 2%, с- 80%, л-16% м-2%) Ht – 48%, Hb – 154 г/л, Ер – 4,99Т/л КП 0,92 ШОЕ 12 мм/ год.

Дискусія. Резистентна флора на сьогоднішній день є досить серйозною проблемою і практики інтенсивної терапії зокрема. Висока частота інфекційних ускладнень, викликаних антибіотикорезистентними штамми мікроорганізмів(і негоспітальних пневмоній зокрема), викликана нерациональним використанням антибіотиків в лікувально-профілактичних закладах та, можливо, відіграє ще більш негативну роль в розвитку антибіотикорезистентності, неконтрольований безрецептурний відпуск антибіотиків аптечними мережами.

Висновки. Дотримання клінічних протоколів лікування пневмоній (призначення деескалаційної антибіотикотерапії), повторні посіви на мікрофлору ча чутливість до антибіотиків, оцінка ефективності антибіотикотерапії протягом не менше 48-72 години, використання інвазивної штучної вентиляції легенів з режимами, контрольованими по тиску з використанням трахеостоми з ХОЗЛ дозволили досягти у даного хворого позитивного результату лікування

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕОНАТАЛЬНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКУ

А.В. Меліксетян / A. Meliksetian

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Федьков Д. Л.

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Яременко О. Б.

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

Ключові слова: неонатальний червоний вовчак, хвороба Шегрена, сіалоаденіт, Ro(SS-A)- та La(SS-B)-антитіла.

Ключевые слова: неонатальная красная волчанка, болезнь Шегрена, сиалоаденит, Ro(SS-A)- и La(SS-B)-антитела.

Key words: neonatal lupus erythematosus, Sjogren's disease, sialadenitis, anti-Ro/SSA and anti-La/SSB-antibody.

31.08.2016 в клініку звернулася мати дівчинки 3 міс. зі скаргами на висипку на обличчі дитини. Сама жінка на момент звернення скарг не мала.

Анамнез дитини: народилася здоровою(вагітність ІІІ, пологи ІІ), у віці 6 тижнів з'явилась пляма в ділянці лівої скроневої ділянки, яка поступово збільшувалась, з часом почали з'являтися нові. Мати дитини відмічала, що під впливом сонячних променів висипка яскравішає або тьмяніє. Попередній діагноз: токсикоалергічний дерматит. Лікування дексаметазоном з позитивною динамікою (значне зменшення інтенсивності екзантеми), але після відміни висипка повертається.

Анамнез матері: на момент обстеження скарги відсутні. Вагітностей – 3, пологів – 2. Має здорового сина 8 років, друга вагітність – викидень(зі слів матері – на фоні прийому антибіотиків, результати аутопсії – незарощене овальне вікно зі скидом крові). Два роки тому

перенесла паротит, з переважним припуханням лівої привушної слинної залози. Лікування не приймала, самотійно одужала за два тижні. Об'єктивне обстеження органів і систем: на момент обстеження патології не виявлено.

Результати інструментальних обстежень матері:

Сухість у роті і очах не відмічає, результати проби Ширмера: OD – 5 мм, OS - 7 мм.

Рентгенографія ОГК: норма.

КТ піднижньощелепної ділянки: норма (КТ 3 місяці тому: збільшені піднижньощелепні лімфатичні вузли зліва)

ЕКГ: норма.

ЕхоКГ: норма.

Результати лабораторних обстежень матері:

Антинуклеарні антитіла (АНА) «+»;

АТ до Ro(SS-A) і La(SS-B) >8 У/л;

Тимолова проба -14 од.;

РФ – 72 МО/мл;

ШОЕ – 42 мм/год;

СРБ – 34 мг/л.

Після отриманих результатів прийнято рішення до обстежити дитину.

Результати інструментальних обстежень дитини:

ЕКГ: норма

ЕхоКГ: норма

Результати лабораторних обстежень дитини:

ЗАК: норма.

АНА «+»

АТ до Ro(SS-A) і La(SS-B) > 8 У/л

Таким чином, враховуючи скарги матері, анамнез, дані об'єктивного обстеження, результати інструментальних та лабораторних обстежень, було поставлено діагноз матері: хв. Шегрена, хр.перебіг, 2 ст.акт., сіалоаденіт, лімфаденопатія, ксерофтальмія. АНА (+), АТ до Ro(SS-A) (+), АТ до La(SS-B) (+), РФ(+).

Діагноз дитини: неонатальний червоний вовчак, з ураженням шкіри (еритематозний дерматит), АНА «+», АТ до Ro(SS-A) та La(SS-B) «+».

Надані рекомендації: дитині – уникати сонячних променів, спостереження до віку 6-7 місяців, матері – контроль ЗАК і СРБ кожні два тижні, спостереження ревматолога.

ЕПІЗОДИ РЕЦИДИВУЮЧОГО МЕНІНГІТУ У ПАЦІЄНТКИ З ПЕРЕЛОМНОЮ ОСНОВОЮ ЧЕРЕПА ТА ХРОНІЧНОЮ ЛІКВОРНОЮ ФІСТУЛОЮ

І. В.Мельник/І. Melnyk

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Белка К. Ю.

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Глумчер Ф. С.

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

Вступ. Розглянуто клінічний випадок пацієнтки з епізодами рецидивного менінгіту, що були спричинені вродженою мальформацією кісток основи черепа(решітчастих пластинок решітчастих кісток). Даний стан не викликав будь-якого дискомфорту, до моменту отримання політравми з домінуючою ЧМТ. Після травми

пацієнтка мала хронічну назальну лікворею, яку вважала ринітом, та постійні головні болі, підвищення температури, що періодично супроводжувались судомними і ставали причиною щорічної госпіталізації. Поєднання недиагностованої вродженої мальформації та травматичного ураження, призвело до тяжких неврологічних порушень.

Лікворна фістула основи черепа - це канал травматичного або інфекційного походження, через який витікає спинномозкова рідина. Незважаючи на всю серйозність цієї патології, її клінічна картина не має специфічних ознак. Виділення ліквору найчастіше відбувається через ніс. Виділяється рідина схожа на прояв алергічного або вазомоторного риніту. При цьому може зберігатися нюх. Найчастіша причина, через яку може виникнути лікворна фістула, це травми голови (виникає у 2-3% всіх постраждалих з ЧМТ).

Опис випадку. Хвора 29 років, до моменту госпіталізації знаходилась у декретній відпустці по догляду за дитиною. Захворіла під час відпочинку за кордоном в липні 2016, коли з'явилися скарги на слабкість, головний біль. В медичному пункті діагностовано тепловий удар, призначено тавегіл та вольтарен, після прийому котрих покращення стану не відбулось. Внаслідок погіршення стнау(блювота, втрата свідомості), була госпіталізована.

Було виставлено діагноз інфекційний менінгіт і ввечері того ж дня переведена на ШВЛ, проводилась медикаментозна санація. Лікувалась зовіраксом. В тому ж лікувальному закладі знаходилась ще 3 дні.

Потім була доставлена до України літаком, транспортування відбувалось з двобічними роздренованими пневмотораксами. Госпіталізована до інфекційної реанімації однієї з лікарень, була діагностована позагоспітальна лівобічна верхньодольова пневмонія, тотальний лівобічний плеврит, там же була накладена трахеостома. На лікуванні знаходилась із діагнозом: Гнійний менінгоенцефаліт із важким перебігом, ускладнений набряком-набуханням головного мозку. Стан після судомних нападів. Ятрогенний пневмоторакс, поза госпітальна лівобічна верхньодольова пневмонія пневмонія, ДН II ст. Отримувала наступне лікування: цефтріаксон, лефлацин, флюконазол, ацикловір, аріс, манніт, L-лізин, дексаметазон, аспаркам, трисоль, нейродар, медотілін, церебролізін, цитофлавін, клексан, реосорбілакт, дуопік, баклофен, кортексін, цераксон.

На лікуванні знаходилась протягом 1,5 місяця. В результаті проведеного лікування стан відносно покращився. Неврологічний статус: ясна свідомість. Мовна продукція відсутня, команди не виконує. Девіація голови і очних яблук вправо. Віки птозовані. Фіксує погляд, слідує очами. Ковтальні рухи збережені. Активні рухи кінцівок відсутні, тонус підвищений по змішаному типу, D>S, еквиноварусна деформація стоп. Патологічних стопних знаків немає. Менінгеальних знаків немає. Було прийнято рішення перевести її до іншого лікувального закладу для подальшої реабілітації.

На реабілітації пацієнтка знаходилась протягом 1,5 місяця. Виписана у стані "малої свідомості". Само-

стійно дихала, мовна продукція відсутня, періодично з'являлися емоційні реакції у вигляді плачу чи усміхання.

Протягом місяця знаходилась вдома. Рекомендоване лікування: ципралекс, баклофен, анаприлін, неогабін, ентеральне харчування через гастростому.

Стан залишався стабільним. Погіршення відбулось у грудні 2016. Зі слів родичів вночі у хворої з'явилися немотивовані приступи крику та плачу. Вдень був підйом температури до 38-39° С, котрий супроводжувався явищем опістотонусу. Госпіталізована з діагнозом: Ішемічно-гіпоксична енцефалопатія з тривалим порушенням свідомості, глибоким тетрапарезом, псевдобульбарним синдромом та порушенням функції тазових органів (періодичне нетримання сечі). Наслідки вірусного менінгоенцефаліту, стан після гастростомії. Стан після двобічного пневмотораксу та дренивання плевральних порожнин. Належок на крижах. Судомний синдром. Гіпертермічний синдром на фоні ендогенної інтоксикації, бактеріальної(вірусної) інфекції нез'ясованої етіології. Призначена антибактеріальна терапія левофлоксацином, яка мала позитивний ефект(зниження температури до 36,6-37° С, зниження проявів опістотонусу).

На даний момент стан стабілізувався та відповідає попередньому неврологічному дефіциту.

В анамнезі пацієнтка має випадок політравми з домінуючою ЧМТ у 1993 році, з переломом лобної кістки, більша частина справа. З 1998 зі слів родичів щорічно госпіталізується з приводу менінгітів?/арахноїдитів? (документація з приводу цього відсутня).

Результати проведених лабораторних та інструментальних методів дослідження.

В загальному аналізі крові: неспецифічні запальні зміни (помірний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ)

С-реактивний білок: 87,9 мг/л

Прокальцитонін: 0,05 нг/мл

ЕЕГ: Значні неспецифічні дифузні зміни біоелектричної активності мозку без ознак вогнищового ураження та епілептогенезу.

Офтальмоскопія: низхідна атрофія зорових нервів обох очей.

Дослідження ліквору на цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр, вірус герпесу 6 типу: не виявлено.

Виявлення антитіл до опісторхозу, ехінококозу, аскаридозу, токсарозу, лямбліозу, трихінельозу: результат негативний.

Остання консультація: вказано припущення про дефект кісток основи черепа і патологічне сполучення придаткових пазух носа з передньою черепною ямкою. Припущення було підтверджене проведеним КТ дослідженням. Заключення: посттравматична деформація лобової кістки справа, решітчастої пластинки решітчастої кістки з обох сторін з наявністю кісткових дефектів передньої черепної ямки і лобово-решітчастих менінгоцелі/менінгоенцефалоцеле з обох сторін.

Дані дефекти, ймовірно є вродженими аномаліями і травма призвела до розвитку і прогресування патологічного процесу. Фістула і була шляхом потрапляння

інфекції до ГМ, що періодично викликало симптоматику з якою госпіталізували хвору (сильні головні болі, періодичні судомні напади, носові кровотечі, головокружіння, тошнота, підвищення температури тіла до фебрильної). Також була наявна періодична лікворея, яка сприймалась, як хронічний риніт. Прояви згасали внаслідок лікування антибактеріальними препаратами, та симптоматичної терапії. Додаткових обстежень крім загально клінічних у періоди попередніх госпіталізацій пацієнтка не проходила. На даний момент пацієнтка знаходиться на стаціонарному лікуванні в умовах реабілітаційного центру і розпочинається підготовка до нейрохірургічного втручання.

Дискусія. Достатня увага має приділятися анамнестичним даним, особливо за давним травматичним пошкодженням кісток основи черепа, оскільки вони можуть мати вирішальне значення у постановці діагнозу. Також, в таких випадках симптоматичне і посиндромне лікування без встановлення етіологічного чинника не є коректним.

Висновки: З наведених даних можна зробити висновки, що у випадках рецидивного менінгіту нез'ясованої етіології та за відсутності об'єктивних підстав для його виникнення, необхідно запідозрити та проводити обстеження на предмет виявлення патологічних сполучень субарахноїдального простору з придатковими пазухами носа. Доцільне проведення МС КТ дослідження з контрастуванням (ліквору). Рання діагностика та проведене оперативне лікування дозволить знизити ризики виникнення тяжких неврологічних ускладнень та повторних епізодів менінгітів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІПОКАЛІЕМІЇ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ЗЛОВЖИВАННЯ ГІДРОХЛОРТІАЗІДУ

Є.О. Назаренко, К.В. Кутузова, О.А. Кононюк /
Y. Nazarenko, K. Kutuzova, O. Kononyuk

Науковий керівник: д.м.н., проф., завідувач кафедри терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології післядипломної освіти Губська О.Ю.,

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

Ключові слова: гіпокаліємія, зловживання діуретиками, гідрохлортиазид, схуднення.

Ключевые слова: гипокалиемия, злоупотребление диуретиками, гидрохлортиазид, похудение.

Keywords: hypokaliemia, diuretics overuse, hydrochlorothiazide, weight loss.

Розповсюдженість інформації щодо різноманітних способів схуднення має негативний вплив на стан здоров'я населення країни, особливо якщо при схудненні використовуються медичні препарати. Одним з лікарських засобів, що є розповсюдженим серед «народних» методів схуднення, є гідрохлортиазид – препарат, що відноситься до групи тiazидних діуретиків. Точкою прикладення гідрохлортиазиду, зокрема, є проксимальні відділи звивистих каналців нефрону, де блокує карбоангідразу і посилює виведення з сечею іонів калію, бло-

куючи обмін іонів натрію на іони калію в дистальних відділах нефрону. Вищезазначена фармакодинаміка даного препарату пояснює розвиток одного з його побічних ефектів – гіпокаліємію, що в тяжких випадках проявляється м'язовою слабкістю, парезами та паралічами.

Прийом діуретичних лікарських засобів протягом довгого часу без консультації та контролю лікарем може привести до тяжких ускладнень та загрозових життю станів. Представляємо **клінічний випадок** порушення водно-електролітного балансу внаслідок хронічного зловживання тiazидного діуретика.

Пацієнтка М., 1988 р.н., була доставлена каретою екстреної медичної допомоги до приймального відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги в тяжкому стані зі скаргами на різку загальну слабкість, відсутність рухів у верхніх та нижніх кінцівках, осиплість голосу. Зі слів родичів, 2 дні тому впала, травмувала ліву руку і ліву половину тулуба, у зв'язку з чим приймала дексалгін і мідокалм. Тиждень тому перенесла ГРВІ, лікувалась симптоматично. Вранці, в день госпіталізації, не змогла підвестися з ліжка, ввечері була знайдена родичами та доставлена в лікарню. Була проведена діагностика (КТ головного мозку) та виключене гостре порушення мозкового кровообігу. У зв'язку з відсутністю гострої неврологічної симптоматики, хвору було доставлено у чергове неврологічне відділення – неврологічне відділення Київської міської клінічної лікарні №1.

Після госпіталізації розпочато повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження хворої.

У відділенні у хворої почалися епізоди апное, внаслідок чого опівночі пацієнтка була переведена в блок реанімації та інтенсивної терапії. Хвора була переведена на ШВЛ.

Диференційний діагноз проводився між синдромом Гієна-Барре (ГРВІ, м'язова слабкість в анамнезі, тетрапарез, порушення дихання), міастенічним кризом (швидкий розвиток, ГРВІ, м'язова слабкість в анамнезі, порушення дихання) та побічною дією мідокалма (м'язова слабкість в анамнезі).

В клінічному аналізі крові: лейкоцитоз ($20,6 \times 10^9$ /л), гіпокаліємія (0,91 ммоль/л). На ЕКГ були зафіксовані сплюснені зубці Т.

Для пошуку причини лейкоцитозу у зв'язку з підозрою на запальний процес проконсультована отоларингологом (для виключення ЛОР-патології внаслідок осиплості голосу), хірургом (для виключення травми селезінки внаслідок падіння напередодні), гінекологом (для виключення гінекологічної патології внаслідок виділень з піхви невідомої етіології), лікарем-інфекціоністом (для виключення інфекційного процесу). В свою чергу, для пошуку причини гіпокаліємії хвора була проконсультована ендокринологом (для виключення первинного гіперальдостеронізму). Вищезазначені консультанти виключили патологію свого профілю. Рентген-дослідження органів грудної порожнини виявив ознаки лівосторонньої нижньодольової пневмонії, у зв'язку з чим була призначена антибіотикотерапія: цеф-

тріаксон 1,0 мг в/м 2 р/добу, азітроміцин 500 мг в/в крап. 1 р/добу. До з'ясування причин, лікування гіпокаліємії проводилося симптоматично: р-н калію хлориду 4% 50,0 6 р/добу. Контроль рівню калію в крові проводився 6 р/добу. На фоні проведеної інфузійної терапії спостерігалася позитивна динаміка: відновлення самостійного дихання, підвищення м'язової сили в кінцівках, підвищення рівню калію в крові (1,07 ммоль/л, 1,13 ммоль/л, 1,27 ммоль/л).

На наступний ранок, коли хвора стала контактною, при додатковому зборі анамнезу разом з родичами пацієнтки, було в'ясовано, що хвора протягом останнього року систематично приймала гідрохлортiazид 25 мг 1 р/добу з метою схуднення. Додатково родичи надали аналізи, які хворій проводились 6 місяців тому, де рівень калію крові складав 3,4 ммоль/л.

Враховуючи уточнені дані анамнезу хвороби хворої, клініко-лабораторні та інструментальні дослідження, встановлено діагноз: основний: порушення водно-електролітного балансу; супутній: негоспітальна лівостороння нижньодольова пневмонія.

Хворій подовжено призначене лікування гіпокаліємії до відновлення його нормальних показників.

Висновки:

1. Самостійний прийом діуретиків без контролю лікаря може призвести до тяжких порушень водно-електролітного балансу та ускладнень, що є загрозою для життя.

2. Необхідно проводити санітарно-просвітницьку роботу щодо негативних наслідків самостійних методів схуднення без контролю з боку лікарів-дієтологів.

3. Ретельний збір анамнезу та клінічна настороженість щодо таких пацієнтів може допомогти в своєчасній постановці правильного діагнозу.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНТРАМУРАЛЬНОГО ХОДУ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Я.І. Бронюк, А.Л.В. Распутіна / Y. Bronyuk, A. Rasputina

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Распутіна Л. В.,
Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої
медицини, професор, доктор медичних наук,
Заслужений лікар України Мостовой Ю. М.

Вінницький Національний Медичний Університет
імені М. І. Пирогова, м.Вінниця, Україна

Ключові слова: Біль в грудях; ангиографія коронарних артерій; інтрамуральний хід; біль в груді; ангиографія коронарних артерій; інтрамуральний хід; chest pain; angiography of the coronary arteries; intramural course.

Біль в грудях одна з найпоширеніших скарг, що пред'являють дорослі пацієнти. Серед основних причин виникнення болю відмічають захворювання серцево-судинної, дихальної систем, захворювання шлунково-кишкового тракту, враження грудної стінки. Захворювання серцево-судинної системи слід диференціювати, як коронарогенні та не коронарогенні. Часто це можливо зробити після аналізу додаткових методів

обстеження. Біль коронарогенного характеру може бути зумовлена, окрім стеногічного звуження коронарних артерій, особливостями анатомічної будови артерій, до таких особливостей слід віднести інтрамуральний хід коронарних артерій. Інтрамуральний хід коронарних артерій є найбільш частою вродженою патологією коронарних судин, може зустрічатись близько третини пацієнтів, проте гемодинамічно значимими вони є у 0,5-4,9% пацієнтів.

Клінічний випадок

Пацієнт К., 45 років., проживає у Вінницькій області, підприємець. Госпіталізована в кардіологічне відділення 02.10.2016 року зі скаргами на періодичний біль в ділянці серця пекучого характеру з іррадіацією в ліву лопатку тривалістю до 15 хвилин, що провокуються та посилюються при фізичному навантаженні, купуються 1-2 таблетками нітрогліцерину.

Анамнез захворювання. Вище перераховані скарги турбують близько 2 років, звертався за медичною допомогою за місцем проживання, покращення стану не відмічав. Відмічає значне прогресування стану, посилення болю. Направлений для проведення коронарографії.

Анамнез життя. Гіпертонічна хвороба протягом 7 років., отримує індапамід 2,5 мг, бісопролол 5 мг один раз на добу. Шкідливих звичок немає, спадковий, професійний, алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивний огляд при поступленні: Індекс маси тіла – 31,5 кг/м². Пульс ритмічний, 65 ударів за хвилину, тони серця ритмічні, звучні. Частота дихання 18 за хвилину, дихання везикулярне, додаткових дихальних шумів немає, живіт м'який безболісний, печінка не пальпується, симптом Пастернацького негативний з обох сторін, периферичні набряки відсутні.

Обстеження хворої: В стаціонарі виконано: ЗАК, аналіз крові на цукор, ЗАС, біохімічне дослідження крові, коагулограма, Ro ОГК, електрокардіографія (ЕКГ), добуве моніторування ЕКГ, ультразвукове дослідження серця (ЕхоКГ), коронарографія

ЕКГ (02.10.2016 р) під час госпіталізації: Ритм синусовий, праильний, частота серцевих скорочень 68 за 1 хвилину, гіпертрофія лівого шлуночка, депресія сегмента ST у відведеннях V4-6.

Ехокардіографія(02.10.16 р.): Серце нормальних розмірів, помірна гіпертрофія лівого шлуночка, діастолічна дисфункція лівого шлуночка по типу асевдорелаксації, систолічна функція лівого шлуночка збережена, легеневої гіпертензії немає.

Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження, ліпідограма без клінічно значимих відхилень.

Коронарографія. Під час коронарографії виявлено під час систоли просвіт середнього відділу передньої міжшлуночкової гілки коронарної артерії зменшується на 90%. Атеросклеротичних вражень коронарних артерій не виявлено.

Таким чином, біль в грудях стенокардитичного характеру зумовлена відносно коронарною недостатністю, що зумовлена вродженою аномалією коронарних

артерій, а саме інтрамуральним ходом коронарної артерії.

В переважній більшості випадків подібні стани лікуються консервативно, в даному клінічному випадку симптоми захворювання були значно вираженими, обмежували життєдіяльність пацієнта та якість життя. Тому було вирішено виконати пряме стентування (без предилітації) ділянки коронарної артерії двома стент – системами з лікувальним покриттям довжиною 38 мм із введенням стент в стент 30 мм, виконано постдилітація балоном високого тиску, ангіографічний результат задовільний.

Пацієнт виписаний додому в задовільному стані, рекомендовано приймати антиагрегантні препарати протягом 12 місяців, біспролол 5 мг та індапамід 2,5 мг. Стан пацієнта покращився, больовий синдром купірований.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ

М.С. Тамімі, І.А. Ілюк / М. Tamimi, I. Ilyuk

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Ілюк І. А

Завідувач кафедри: д.мед.н, проф. . Шевчук С. В.

Вінницький Державний Медичний Університет,

м. Вінниця, Україна

Нейрофіброматоз – група наследственных заболеваний с характерными изменениями на коже, в нервной системе, часто в сочетании с аномалиями в других органах и системах Нейрофиброматоз(NF), или болезнь Реклингхаузена, относится к группе факоматозов (блестоматозов). Заболеваемость нейрофиброматозом I типа составляет 30—40 больных на 100 тысяч населения, что соответствует одному человеку на 2500—3000.

Больная З., 54 лет, предъявляет жалобы на головные боли диффузного характера, чувство давления на глазные яблоки, онемение левой половины головы, рук, ног, боли в костях, позвоночнике, костях таза, изжогу, тяжесть в эпигастрии, в правом подреберье, вздутия живота, запоры, головокружения, одышку при незначительной физической нагрузке, множество подкожных образований на верхних и нижних конечностях, общую слабость. Считает себя больной с раннего детства – беспокоили боли в костях, головные боли. Имеется врожденная кривошея. Клинико-генеалогический анамнез: У отца больной были аналогичные подкожные образования, врожденная кривошея, парез правой руки, умер в 61 год от саркомы бедра.

У нашей пациентки на коже имеются характерные пятна цвета «кофе с молоком», – узлы размером от 1,5 до 5–6 см, на коже верхних и нижних конечностей плотной консистенции, шаровидной формы, округлых очертаний, располагающиеся по ходу нервных стволов – узелки диаметром до 0,5 см, расположены на коже туловища цвета от красно-коричневого до розовато-коричневого, плотно-эластической консистенции, шаровидной формы, округлых очертаний, с гладкой поверхностью. Гиперпигментация подмышечных или паховых складок

Со стороны глаз: наличие узелков Лиша; впервые гамартмы радужной оболочки были описаны в 1918 году. Их значение в диагностике нейрофиброматоза I типа было показано в 1937 году австрийским офтальмологом Карлом Лишем, в честь которого они и получили своё название. Впоследствии была установлена их чрезвычайная роль в дифференциальной диагностике болезни Реклингхаузена: Концентрическое сужение полей зрения; Снижение цветовой чувствительности по центральному типу, что характерно для нисходящей атрофии зрительных нервов обеих глаз. Со стороны нервной системы: нейрофиброматоз впервые диагностирован в 2002 году. На фоне приема актовегина отмечает рост нейрофибром. В 2005 году выявлена гипоплазия правой позвоночной артерии со сниженным антеградным кровотоком в сегменте V3 с компенсаторным повышением кровотока в левой позвоночной артерии. На МРТ(2009г.) на фоне расширенных субарахноидальных пространств наличие небольшой кисты в проекции височной доли слева. Отмечается атрофия мозжечка и единичные мелкоочаговые изменения. У пациентки имеют место специфические аномалии костной системы: Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Артроз унковертебральных сочленений. Артроз срединного атлантаоаксилярного сустава. Левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника с торсией позвонков влево. Правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника с торсией позвонков влево. Остеоартроз. Для нейрофиброматоза характерна деформация позвоночника в виде сколиоза, возможны краевые дефекты тел позвонков, их суставных и поперечных отростков. В 2012 выявлено незаращение дужек, склероз суставных поверхностей повздошно-крестцовых сочленений. врожденная аномалия развития крестца. Данные изменения в выше перечисленных органах появились первыми у больной. Контакт с профессиональными вредностями(дезрастворы, проявители, рентгеноблучение), возможно привели к дальнейшему прогрессированию болезни. Затем заставили обратить на себя внимание изменения со стороны дыхательной системы: В 1992 году появился кашель с прожилками крови в мокроте, при рентгенологическом обследовании выявлены диссеминированные очаги в легких. На сегодняшний день имеется фиброз легких, рестриктивные и обструктивные вентиляционные нарушения (офв I 39%, фжел 76%), что обусловлено, возможно, наличием нейрофибром в дыхательных путях.

Со стороны сердечно сосудистой системы: Узи признаки аортосклероза, фиброз створок митрального клапана, гипокинез межжелудочковой перегородки, наличие аномальной хорды в полости левого желудочка, снижение сократительной способности левого желудочка (ФВ 42%) – 14.03.2016 г. С 2002 года у пациентки выявлена железодефицитная гипохромная анемия (Hb 89 г/л, ер. $3,0 \times 10^{12}$ /л., смешанного генеза на фоне фибромиомы матки и язвенной болезни 12- перстной кишки. слизистые бледно-розовые, язык географический, с отпечатками зубов по краям. Со стороны ЖКТ: Повышение кислотообразующей функции желудка(базаль-

ная гиперацидность); Наличие ГЕРБ; Еритематозная гастропатия, рубец на луковиче 12-перстной кишки выявлено в 2002 году. Хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит(УЗИ внутренних органов 14.09.2015 – добавить) В 2015 обследована в институте генетики.

Виявлені наступні зміни: Лактат крові (16.09.2015) – 2,97 ммоль/л (1,97 ммоль/л норма) *Молекулярно-генетический анализ*: установлені генотипи МТХFR 677СС – нормальна гомозигота, МТRР 66GG – патологічна гомозигота, МТR 2756 АG – гетерозигота (аллель ризка), АТG 174 ТТ нормальна гомозигота.

ПЕРИФЕРИЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ ІЗ СЕПТИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ

К.Д. Черченко / K. Cherchenko

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Потаскалова В.С.,
Завідувач кафедри клінічної фармакології та
клінічної фармації,*

д.мед.н., професор Хайтович М.В.,

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

Ключові слова: хвороба Бехтерева, мозаїчне ураження суглобів, периферичні суглоби, глюкокортикостероїди.

Болезнь Бехтерева, мозаичное поражение суставов, периферические суставы, глюкокортикостероиды

Bekhterev's disease, mosaic joint defeat, peripheral joints, glucocorticosteroids

Опис клінічного випадку: Пацієнт Г., 34 роки (пацієнтом було надано інформовану згоду на обробку персональних даних), поступив до лікувально-діагностичного відділення стаціонару із скаргами на фебрильну температуру; болі, набряк і порушення рухливості у суглобах: лівому ліктьовому, правому колінному, правому гомілково-ступневому, дрібних суглобах правої ступні та лівої кисті. З анамнезу відомо, що появи скарг передувало стоматологічне втручання 3 тижні тому, призначену антибактеріальну терапію хворий не приймав. Перші прояви захворювання з'явилися через 2 дні після маніпуляції, у вигляді болу та набряку в ділянці великого пальця правої стопи, фебрильної температури і підвищеної пітливості. Прогресування набуло бурхливого характеру із швидким залученням в процес вищевказаних суглобів. До госпіталізації пацієнт лікувався амбулаторно, без достатнього ефекту. Також відомо, що протягом останніх 6 місяців хворий знаходився у стані хронічного стресу і щоденно вживав алкоголь.

Пацієнту було призначено обстеження: загальноклінічні аналізи крові та сечі, аналіз калу на гельмінти, біохімічне дослідження крові, глюкоза в крові та сечі, коагулограма, RW. Додатково – аналізи з метою диференційної діагностики з реактивними поліартритами на фоні: вірусних захворювань (серологічні маркери гепатитів В, С; ВІЛ); бактеріальних захворювань (серологічні маркери хламідіозу, бореліозу, уреоплазмозу,

мікоплазмозу); системного червоного вовчаку (ЛЕ-клітини крові); мієломної хвороби (білок Бенс-Джонса); а також anti-CCP – для диференційної діагностики з ревматоїдним артритом. Інструментальне обстеження: УЗД ОЧП, УЗД правого колінного суглобу, рентгенографія ОГК, рентгенографія правої стопи, рентгенографія лівого ліктьового суглобу; КТ ОГК, ОЧП, ОМТ, заочеревинного простору, колінних суглобів; МРТ здухвинно-крижових сполучень. Був додатково консультований: інфекціоністом по місцю госпіталізації та в Українському медичний центр інтенсивної терапії сепсису; фтизіатром (підозра на туберкульоз кісток і суглобів); в Інституті гематології та трансфузіології НАМН України(підозра на маніфестацію лейкозу); ревматологом, травматологом; в Інституті кардіології імені академіка М.Д. Стражеска.

Було виявлено такі результати (наведено клінічно значущі): помірний лейкоцитоз(за рахунок нейтрофілів), значне збільшення ШОЕ, підвищення АЛТ, АСТ; підвищений рівень серомукоїду, диспротеїнемія з гіперглобулінемією(підвищення рівня a1, a2, у-глобулінів), гіпокаліємія; позитивний СРБ, підвищення рівня фібриногену в крові. За УЗД ОЧП: гепатоспленомегалія, стеатоз печінки. За рентгенографією правої стопи: ознаки деформуючого артрозу І плесново-фалангового суглобу зі склерозом суглобових поверхонь, крайовими розростаннями, сесамоподібними утвореннями. За рентгенографією лівого ліктьового суглобу: ознаки артрозу з субхондральним склерозом. За КТ: помірне збільшення розмірів печінки, КТ-ознаки поліартриту дрібних суглобів хребта(дуговідросткових, реберно-хребтових), двобічного сакроілеїту, синовіт правої колінного суглобу, кіста Бейкера правої підколінної ямки. За МРТ здухвинно-крижових сполучень: ознаки незначного двобічного сакроілеїту на тлі масивної жирової дегенерації та спондилоартриту на рівні L2-S1. За консультативними висновками місцевих фахівців було встановлено припущення щодо реактивного поліартриту та синовіту. Винюок консультації в Інституті кардіології імені академіка М.Д. Стражеска: анкілозуючий спондилоартрит, активність II-III ст., з ураженням крупних суглобів(колінних, гомілково-ступневих, кульшових, променево-зап'ясткових), РС I-II ст. хребта (спондиліт, двобічний сакроілеїт), НФС II.

Протягом терміну госпіталізації пацієнт отримував антибіотикотерапію (макроліди II покоління, цефалоспорины III покоління, захищені пеніциліни; відмінено через 6 днів лікування за неефективністю); нестероїдні протизапальні засоби(диклофенак, ібупрофен; відмінено через 4 дні лікування за недостатнім ефектом); системну глюкокортикостероїдну терапію: дексаметазон(введено після різкого погіршення стану, зумовленого гіпертермією, больовим і набряковим синдромами; було відмічено значну позитивну динаміку після введення препарату); дезінтоксикаційну інфузійну терапію (реосорбілакт).

Пацієнт був виписаний зі стаціонару на 24 добу із заключним діагнозом: основний: анкілозуючий спондилоартрит, активність II-III ст., з ураженням крупних суг-

лобів(колінних, гомілково-ступневих, кульшових, променево-зап'ясткових), хребта(спондиліт, двобічний сакроілеїт), РС I-II ст; ускладнення: НФС II.

Клінічний випадок являє собою цінність як приклад нетипової клінічної маніфестації анкілозуючого спондилоартриту, що зазвичай проявляється поступово, наростаючими болями в хребті (попереково-крижовому відділі) та по ходу ребер, обмеженням рухливості хребта в кількох площинах. Ураження великих і дрібних суглобів нижньої кінцівки характерне для пізніх наслідків хвороби. Залучення в процес дрібних суглобів верхньої кінцівки майже не зустрічається. Дебют з гіпертермією досить рідкісний та властивий здебільшого дітям. Септична маніфестація з мозаїчним ураженням суглобів кінцівок та незначними початковими змінами з боку хребта є нетиповою для даного захворювання.

ВИПАДОК КРОВИЛИВІВ У МЕТАСТАЗИ МЕЛАНОМИ В ГОЛОВНОМУ МОЗКУ

І.Ю. Шеметюк, А.В. Маміна / I. Shemetyuk, A. Mamina

Науковий керівник: к.м.н., ас. Заводнова З. І.,

Завідувач кафедри: професор, д.мед.н. Лисенюк В. П.,

НМУ імені О.О. Богомольця, м.Київ, Україна

Ключові слова/Ключевые слова/keywords: меланома, інсульт, легеневі метастази, метастази у мозок/меланома, інсульт, легочные метастази, метастази в мозг/melanoma, stroke, lung mts, brain mts

Даний клінічний випадок описано після інформованої згоди пацієнта. Немає ніякого конфлікту інтересів, який міг би завдати шкоди неупередженості дослідження.

Хворий Ш. 31.10.1981 р.н., м. Київ, Солом'янський район, інвалід II групи. Направлений лікарем-неврологом Олександрівської клінічної лікарні міста Києва з діагнозом «Гостре порушення мозкового кровообігу».

Скарги хворого: слабкість, оніміння, зниження об'єму активних рухів та зниження больової і температурної чутливості у правій половині тіла, утруднення при вимові слів.

Історія розвитку захворювання: вважає себе хворим з 9 години ранку 14 грудня 2016 року, коли прокинувся та не зміг самостійно пересуватися. Каретою швидкої допомоги об 11.10 госпіталізований в КМКЛ №4. Зі слів хворого, напередодні подібних скарг та причин, що могли б викликати даний стан, не відмічалось, а гемодинамічні показники були стабільні.

Історія життя. Вагітність та пологи перебігали без патології. Пацієнт ріс та розвивався згідно вікових норм. Одружений, має троє дітей. Соціальні умови задовільні. Влітку 2014 року потрапив в ДТП, де отримав опіки тіла – 40%. На початку січня 2016 року хворий звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на болючість та припухлість в лівій навколоушній ділянці. Було діагностовано меланому на лівій повіці. 13.01 хворого направлено на видалення меланоми із наступним патогістологічним дослідженням, за результатами якого було підтверджено діагноз меланоми. 25.01.2016 хворому проведено КТ головного мозку та грудної порожнини, де були виявлені множинні метастази в легенях роз-

міром 3-7 мм та відсутність патологічних змін в головному мозку. Проведено два 3-х місячних курсів хіміотерапії, після чого, згідно даних Ro-ОГП від 31.08., метастатичне ураження легень не прогресувало. Призначено також терапію лаферобіоном протягом 2,5 місяців. Стан хворого залишався без змін. Зі слів пацієнта на початку грудня 2016 року він почав 3-ій курс поліхіміотерапії, який було припинено у зв'язку із різким погіршенням стану 14.12.2016 року.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний, свідомість ясна. Положення пацієнта на момент курації активне. Зріст – 1 м 84 см, вага – 75 кг; температура тіла – 36,4 °С; пульс – 70 уд / хв, ритмічний, АТ – 120/80 мм рт.ст. Периферичні лімфовузли не збільшені. Система органів дихання – при пальпації, порівняльній та топографічній перкусії патологічних змін не виявлено. Дихання жорстке, ЧДД – 19/хв. Пацієнт відмічає кашель з виділенням мокроти з прожилками крові. Серцево-судинна система – без особливостей. Травна система – патологічних змін не виявлено. Селезінка не пальпується. Патології з боку сечостатевої системи не виявлено. Ендокринна система – без патологічних змін.

Неврологічний статус: свідомість ясна. Відмічено елементи моторної афазії. Із затримкою та нечітко відповідає на поставлені питання, адекватне ставлення до своєї хвороби. Інтелект розвинений добре, відповідає віку і освіті. Зіниці D=S, рухи очних яблук в повному обсязі, ністагм не відмічено. Згладжена права нісогубна складка. Язик по середній лінії. Позитивні субкортикальні рефлекси. Помірний правобічний геміпарез. Сухожилкові та періостальні рефлекси D<S з рук та ніг. Симптом Бабінського справа позитивний. Правобічна гемігіпестезія. Менінгеальних знаків немає.

Лабораторні та інструментальні обстеження:

Загальний аналіз крові: НВ – 117 г/л, ер. 3,7*10*12, лейкоц – 6,7 – 10*12, глюкоза – 5,7 ммоль/л. Загальний аналіз сечі – норма. ЕКГ – синусова тахікардія, нормальне положення осі серця. Ro-ОГП – множинні метастази в легенях. МСКТ ГМ без внутрішньовенного контрастування (14.12.2016) – КТ картина множинних вторинних вогнищ mts в головний мозок з ознаками внутрішньо пухлинних крововиливів.

На основі скарг, результатів неврологічного обстеження, результатів інструментальних та лабораторних методів дослідження сформовано наступний діагноз: Вогнище (mts) ураження головного мозку. Mts в легені. Меланома шкіри лівої повіки ст. IV T2N0Mx (pulm). Prolongatio mobri.

Призначено лікування: Sol. l-lysine aescinati, Sol.Dexoni.

Рекомендовано – після стабілізації стану переведення в онкодиспансер для проведення променевої терапії.

Даний випадок представляється цікавим, тому що:

1. На архівних знімках хворого (10.05.2016) можна запідозрити метастатичне ураження головного мозку в лівій нижньоскроневої ділянці. Не дивлячись на кількість та розміри метастатичних вогнищ, до 14.12.2016 жодних клінічних проявів з боку ЦНС не було.

2. Особливість випадку полягає в тому, що першим проявом множинного метастатичного ураження головного мозку стала клініка церебрального інсульту. Крім того, незважаючи на множинне метастатичне ураження головного мозку і крововиливи в ці метастази, хворий орієнтується в просторі, адекватно відповідає на питання, та порушень психіки не виявлено.

НЕЙРОГЕННА ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ, ЯК ФАКТОР ОБТЯЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ПАЦІЄНТІВ З МІОКАРДІАЛЬНИМИ МІСТКАМИ

А.Ю. Яковенко / A. Yakovenko

Науковий керівник: кан.мед.н. Савченко О.В.,
Завідуючий кафедрою внутрішньої медицини №4:
професор, д.мед.н. Лизогуб В.Г.,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця, м.Київ., Україна

Ключові слова: Міокардіальний місток, нейроциркуляторна дистонія, нейрогенна гіпервентиляція, раптова серцева смерть.

Ключевые слова: Миокардиальный мостик, нейроциркуляторная дистония, хроническая нейрогенная гипervентиляция, внезапная сердечная смерть,

Key words: Myocardial bridge, neurocirculatory dystonia, chronic neurogenic hyperventilation, sudden cardiac death.

Хвора «С», 31 рік, звернулася в клініку зі скаргами на періодичний ниючий та давлячий біль в ділянці серця, серцебиття та перебоїв в роботі серця, відчуття нестачі повітря.

Анамнез: Вищеперераховані скарги вперше почала відчувати біля 6 міс. після пологів (знаходиться у дикретній відпустці), хвора пов'язує їх з фізичним навантаженням та стресовими ситуаціями.

Об'єктивно: астеник, помірного харчування. Шкірні покриви, видимі слизові блідо-рожеві. Пульс 90 уд/хв, задовільних властивостей. АТ-105/70 мм.рт.ст. Межі серцевої тупості в нормі, тони серця ослаблені звучності, ритмічні.

Загальний аналіз крові: без патологічних змін. Біохімічний аналіз крові: без патологічних змін. Спірографія: без патологічних змін.

На ЕКГ: синусова тахікардія з ЧСС-100 уд. в хв, одинична шлуночкова екстрасистола. Сплошення зубців Т в лівих грудних відведеннях.

ЕхоКГ: гемодинамічно незначний пролапс мітрального клапана.

Холтерівський моніторинг ЕКГ: Синусовий ритм, нерегулярний з серезньою ЧСС 70уд/хв. Максимальна ЧСС 140уд/хв, мінімальна 45уд/хв. Епізоди синусової

тахікардії спостерігаються в активний період(в основному при фізичному навантаженні) синусова брадиаритмія з епізодом СА-блокади 2 ступеня, Мобітц 1 в нічний час та зранку. Поодинокі суправентрикулярні екстрасистоли. Рідкі політопні шлуночкові екстрасистоли з епізодами алоритмії. В 12:38 спостерігався політопний шлуночковий тріплет пов'язаний з 10 присіданнями. Ішемічних по формі і амплітуді змін сегменту ST не виявлено. Спостерігаються короточасні епізоди порушення реполяризації міокарда у вигляді слабконегативного зубця Т у відведенні аналогічному V5, котрі супроводжуються синусовою тахікардією. Подовження інтервалу QT відносно ЧСС з максимальним значенням 0.487 сек. В нічні години.

У зв'язку з виникненням триплету на після 10 присідань, додатково було призначено 6 хвилинний тест з ходьбою, з комп'ютерною пульсоксиметрією та капнографією(боковий потік), протягом 1 хвилини до теста (СО2-3.0), 1 хвилина одразу після(СО2-3.8-3.9), і через 4 хвилини відпочинку, ще протягом 1 хвилини (СО2-2.9).

МСКТ- Коронарографія або шунтографія: Кальцинатів в стінках судин не виявлено. Правий тип коронарного кровообігу. LM (стовбур лівої коронарної артерії) наповнюється контрастною речовиною, без ознак стенозу. Трифуркація стовбуру. R1 (проміжний стовбур) невеликого діаметру, без ознак стенозу. LAD (передня міжшлуночкова гілка лівої коронарної артерії) без ознак стенозу, в середньому сегменті виявлений міокардіальний місток довжиною 20мм.СХ (огинаюча гілка) переходить в невелику гілку тупого краю (ОМ1), артерії виповнюються контрастом без ознак стенозу. Цибулина аорти: 30мм, висхідна аорта 24мм, нисхідна аорта 27мм. Товщина міжшлуночкової перетинки – до 6 мм; бічної стінки лівого шлуночка -8мм. Розміри лівого передсердя 32x63мм. Довга вісь лівого шлуночка 50 мм. Рідина в порожнині перикарду не визначається.

Висновок: Беручи до уваги часті стресові ситуації, в яких перебуває пацієнтка, в неї має місце хронічна нейрогенна гіпервентиляція .

Гіпервентиляції в даному випадку має дві патофізіологічні складові:

1.Зчеплення гемоглобіну с киснем (Закон Веріго-Бора): знижений рівень СО2 крові, підвищує зчеплення гемоглобіну с киснем, і як наслідок гемоглобін не віддає кисень, виникає відносна гіпоксія тканин.

2.Безпосередня роль СО2 в тонусі судин: чим менше концентрація СО2 в органах і тканинах, тим більше підвищується тонус артеріол, можливо і міокарда, і як наслідок погіршується мікроциркуляторний кровотік.(Норма СО2 4.8-5.6%). Приведені патофізіологічні механізми значним чином посилюють прояв міокардіальних містків.

**ОСОБЛИВОСТІ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ВІКУ ТА ПІДЛІТКІВ**

М.А. Глюза / М. Нгуза

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

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Крамарьов С.О.

Національний медичний університет

ім.О.О.Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

м. Київ, Україна

Ключові слова: вітряна віспа, висип, діти

Ключевые слова: ветряная оспа, сыпь, дети

Key words: chickenpox or varicella, rash, children

Пацієнт С., 1 рік 4 місяці, захворів 10.12.2016 р. год-ро, коли з'явилися висипання на лобі, статевих органах, а згодом – по всьому тілу. Спостерігалось підвищення і утримання температури тіла на рівні 38,0°C. Вночі 13.12.2016 р. температура тіла підвищилась до 39,0°C, дитину госпіталізували каретою швидкої медичної допомоги до міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва.

При поступленні: скарги на підвищення температури тіла, везикулярні висипання по всій поверхні тіла, відмова від їжі.

Діагноз при госпіталізації: вітряна віспа.

Об'єктивно: Т – 37,0°C; ЧД – 28 уд/хв; ЧСС – 105 уд/хв; Вага – 13 кг. Стан середнього ступеня важкості за рахунок загального інтоксикаційного синдрому та синдрому екзантеми. Свідомість ясна, шкіра бліда, по всьому тілу везикулярні поліморфні висипання; тургор шкіри збережений, еластичність збережена, вологість шкіри задовільна, склери та кон'юнктиви без змін, розвиток підшкірно-жирової клітковини задовільний, слизова ротоглотки гіперемійована, енантема відсутня, мигдалики збільшені II ступеня; нашарування відсутні; м'яке піднебіння рухоме, голос не змінений; задня стінка глотки – наявні поодинокі везикулярні висипання на дужках; язик чистий, слизова оболонка ротової порожнини чиста. Лімфатичні вузли не збільшені, дихання через ніс вільне, наявний непродуктивний кашель, апное відсутнє, задишки немає. Аускультативно: дихання везикулярне, хрипи відсутні, тони серця звучні та ритмічні. Перкуторно: перкуторний звук ясний легеневий, границі серця відповідають віковій нормі. Пальпаторно: живіт м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні, печінка виступає з-за меж реберної дуги на 0.5 см, селезінка пальпаторно не виявляється. Симптом Пастернацького відсутній з обох сторін.

Результати параклінічного дослідження:

Загальний аналіз крові від 15.12.16: гемоглобін 105 г/л; еритроцити – 4,03 x 10¹², лейкоцити – 10,2 x 10⁹,

тромбоцити 339 x 10⁹, ШЗЕ – 5 мм³/год, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 6%, сегментоядерні – 30%, лімфоцити – 51% моноцити – 10%; пл. клітини – 3%. Від 21.12.2016 р.: гемоглобін 111 г/л; еритроцити – 4,22 x 10¹², лейкоцити – 11,1 x 10⁹, тромбоцити 355 x 10⁹, ШЗЕ – 4 мм³/год, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 10%, сегментоядерні – 13%, лімфоцити – 65%, моноцити – 16%; пл. клітини – 8%.

Біохімічний аналіз крові від 21.12.16: глюкоза – 4,4 ммоль/л; білірубін загальний – 16,4 мкмоль/л (прямий – 0; непрямий – 14,6 мкмоль/л), АлТ – 1,0 ммоль/л; АсТ – 0,7 ммоль/л. Від 28.11.16: глюкоза – 4,0 ммоль/л; білірубін загальний – 16,4 мкмоль/л (прямий – 0, непрямий – 16,4 мкмоль/л); АлТ – 0,5 ммоль/л; АсТ – 0,4 ммоль/л.

Перебіг захворювання зі стабільною позитивною динамікою. Дитина отримувала лікування відповідно локального протоколу міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва: діазолін, обробка елементів висипки діамантовим зеленим, герпевір та цефтріаксон.

Виписаний з лікарні в задовільному стані на 7-й день перебування в стаціонарі.

Заключний клінічний діагноз: вітряна віспа -атипова середньотяжка форма, не ускладнений перебіг (В 01.9).

**КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ОНКОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО
ІНФЕКЦІОНІСТА**

Є.О. Гречуха / Y. Grechuha

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

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

Національний медичний університет

ім.О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: інфекційні захворювання, онкологія, гострий лейкоз, діти

Ключевые слова: инфекционные заболевания, онкология, острый лейкоз, дети

Key words: infection disease, oncology, acute leukemia, children

Пацієнт С., 14 років, захворів 20.09.11 з підвищення температури тіла до 39°C. 24.09. новий епізод підвищення температури тіла 38,0°C, блювота 3-4 рази, постійні позиви до блювання, знижений апетит. Зранку 26.09. з'явилась геморагічна висипка, в другій половині дня підвищення температури тіла до 38°C, поява гематом; госпіталізований каретою швидкої медичної допомоги до міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва.

При поступленні скарги на підвищення температури тіла, поява та збільшення кількості гематом. Об'єктивно: Т - 38,2°C; ЧСС – 90 уд/хв, ЧД – 32 уд/хв; Вага – 71 кг, АТ 110/70 мм.рт.ст.

Стан близький до важкого. Свідомість ясна, шкіра бліда, наявні геморагічні висипання та гематоми; тургор збережений, еластичність збережена, вологість шкіри задовільна, склери звичайні, кон'юктиви – бліді, розвиток підшкірно-жирової клітковини задовільний, слизова ротоглотки гіперемійована, мигдалики збільшені Пст.; наявні гематоми в ротовій порожнині, м'яке піднебіння рухоме, голос не змінений; задня стінка глотки – гіперемійована; слизова оболонка ротової рожевого кольору, язик обкладений. Збільшені передньо-, задньощийні лімфатичні вузли з двох сторін до 1,5 x 1,5 см; безболісні, шкіра над ними не змінена. Дихання через ніс різко вільне. Аускультативно жорстке дихання. Тони серця звучні, ритмічні – тахікардія.

Печінка на 6 см виступає з-під краю реберної дуги, щільної консистенції. Селезінка на 4 см виступає з-під краю реберної дуги. Консистенція щільна. Гепато-спленомегалія. Дитина контактна, в'яла. Зіниці D=S.

У зв'язку з даними анамнезу та погіршенням стану переведений у відділення реанімації.

Результати параклінічних досліджень:

Загальний аналіз крові від 28.09.11: гемоглобін 121 г/л; еритроцити – $3,6 \times 10^{12}$, КП – 0,9; тромбоцити 54×10^9 . Лейкоцити $384,9 \times 10^9$ л – покривають всю камеру. Від 29.09.11: гемоглобін 102 г/л; еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ л, тромбоцити 38×10^9 л, лейкоцити – $250,3 \times 10^9$ л, ШЗЕ – 4 мм/год, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 3%, сегментоядерні – 17%, лімфоцити – 40%, моноцити – 4%; плазматичні клітини – 1%, лімфобласти – 34%.

Загальний аналіз сечі – без патологічних змін.

Біохімічне дослідження крові від 28.09.11: глюкоза – 4,3 ммоль/л; гематокрит 36%; калій плазми – 3,1 ммоль/л; натрій плазми 122,5 ммоль/л; хлориди 86,8 ммоль/л; креатинін 0,034 мкмоль/л; загальний білок 65 г/л; альбуміни 50 %, глобуліни 50 %, сечовина крові 4,7 мкмоль/л; залишковий азот 17,2 мкмоль/л; азот сечовини 2,15 мкмоль/л; час згортання $2^{10}/2^{50}$, протромбіновий індекс 83%; білірубін загальний – 58,26 мкмоль/л (прямий – 38,31 мкмоль/л; непрямий – 19,5 мкмоль/л), АлТ – 0,65 ммоль/л. Від 29.09.11: глюкоза – 4,3 ммоль/л; гематокрит 30%; калій плазми – 2,2 ммоль/л; натрій плазми 142,9 ммоль/л; хлориди 104,7 ммоль/л; креатинін 0,035 мкмоль/л; загальний білок 58 г/л; альбуміни 48 %, глобуліни 52 %, сечовина крові 5,3 мкмоль/л; залишковий азот 18,3 мкмоль/л; азот сечовини 2,5 мкмоль/л; час згортання $2^{00}/3^{10}$, протромбіновий індекс 80%.

Проведене лікування: парентеральна інфузія - 5% глюкоза (400мл), розчин 10% NaCl, плазма А(II), тромбоконтрат 1600 мл; діурез 2100 мл; рег ос 500 мл.

На другу добу перебування в стаціонарі переведений до гематологічного відділення НДСБ «ОХМАТ-ДИТ» МОЗ України.

Заключний клінічний діагноз: гострий лейкоз, вилітково-некротична ангіна, геморагічний синдром.

Клінічний випадок №2.

Пацієнт П., 2 років 2 міс, захворів 20.06.11 після реакції Манту через 2 години мама відмітила підвищення температури тіла до 39,5°C, в лікуванні отримував жарознижуючі засоби, афлубін, хлорфіліпт. Висока температура утримувалась до 03.07, без катаральних явищ. В цей період двічі оглянутий лікарем. Діагноз - ГРВІ. В період з 4 по 15.07 скарг не було. 15.07 на фоні плачу з'явилась кровотеча (кров зі слиною). Оглянутий ЛОР-лікарем в дитячій клінічній лікарні №1 міста Києва, припущено капілярну кровотечу. 23.07. скарги на біль в ногах (стопа), мама помітила збільшення підщелепних, шийних лімфатичних вузлів з обох сторін. Дитина оглянута в ДКЛ №2 травматологом та неврологом – патології не виявлено. В ДКЛ №1 оглянутий педіатром. Встановлено діагноз інфекційний мононуклеоз. Направлений до міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва. Рекомендована консультація гематолога, мазок крові в центральній лабораторії «Охмадит».

Діагноз при госпіталізації: інфекційний мононуклеоз.

Об'єктивно: Т - 36,6°C; ЧСС – 108 уд/хв; ЧД – 24 уд/хв; Вага – 13 кг. Стан середньої важкості. Свідомість ясна, шкіра блідого кольору, без висипань; тургор шкіри збережений, еластичність збережена, вологість шкіри задовільна, склери та кон'юктиви без змін, розвиток підшкірно-жирової клітковини задовільний, слизова ротоглотки рожева, мигдалики збільшені Пст.; м'яке піднебіння рухоме, голос не змінений; задня стінка глотки гіперемійована; язик обкладений білим нальотом. Слизова оболонка ротової порожнини чиста. Збільшені передньо-, задньощийні лімфатичні вузли з двох сторін до 1,0 x 1,0 см; підщелепні до 3,2 x 1,5 см, щільно-еластичні; безболісні, шкіра над ними не змінена. Пальпаторно: печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2-2,5 см; селезінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 см.

Результати параклінічних досліджень:

Мазок з зіва на патогенну флору – S.aureus 10³.

Загальний аналіз крові від 26.07.11: гемоглобін 109 г/л; еритроцити – $3,24 \times 10^{12}$ л, тромбоцити 150×10^9 л, ШЗЕ – 7 мм/год, лейкоцити – $46,3 \times 10^9$ л, еозинофіли – 0%, паличкоядерні нейтрофіли – 7%, сегментоядерні – 5%, лімфоцити – 75%, моноцити – 5%; лімфобласти – 8%. Виразений анізо- та пойкилоцитоз.

Загальний аналіз сечі – без патологічних змін.

Біохімічне дослідження крові від 26.07.11: глюкоза – 4,8 ммоль/л; білірубін загальний – 10,4 мкмоль/л (прямий – 0; непрямий – 10,4 мкмоль/л), АлТ – 0,3 ммоль/л. Загальний білок 54 г/л; альбуміни 48%, глобуліни 52 %.

Дитина знаходилась в реанімаційному відділенні, отримувала інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами.

На другу добу перебування в стаціонарі переведений до гематологічного відділення НДСБ «ОХМАТ-ДИТ» МОЗ України.

Заключний клінічний діагноз: гострий лейкоз.

УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ

Завальна Я. В., Христюлюбова. В. В.,

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Палатна. Л. О.

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С. О.

Національний медичний університет

ім. О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: Захворювання очей у дітей є однією із соціально значущих проблем, так як при несвоєчасному лікуванні, може викликати зниження зору у дорослому віці. Це несе за собою негативний соціально-економічний ефект для країни. Особливо активно набирає обертів патологія очей при вірусних інфекційних захворюваннях, яка охоплює ранню вікову категорію дітей та перешкоджає їх нормальній соціальній адаптації.

Мета: дослідити та проаналізувати клінічні випадки у дітей з ураженнями очей при герпесвірусних інфекціях.

Матеріали та методи: обстежено 3 пацієнтів (6 очей) віком від 7 до 9 років, 2 хлопчики і 1 дівчинка. Всім пацієнтам було проведено офтальмологічну діагностику: біомікроскопія у щілинній лампі з оглядом очного дна, проведена проба з флуоресцеїном, виконано фото очного дна, ОСТ. Пацієнти направлялися на консультацію до лікаря-інфекціоніста.

У даній роботі представлений один із запропонованих клінічних випадків.

Клінічний випадок:

Хворий Т., 8 років 5 грудня звернувся до лікарні дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. О.О.Богомольця зі скаргами на поступове і прогресуюче зниження гостроти зору.

Діагноз при поступленні: герпетичний нейроретиніт, викликаний HSV 1 типу.

Anamnesis morbi: погіршення зору вперше відмічалось наприкінці жовтня-початку листопада, у зв'язку з чим звернувся до інституту очних хвороб ім. Філатова в м. Одеса. Було встановлено діагноз – “нейроретиніт вірусної етіології”

Vis: OD=0,02 OS=0,08

Очне дно: виражений набряк сітківки, контури ДЗН не чіткі, збільшення кількості глії в шарі нервових волокон. Всі судини повнокровні.

Проведені дослідження:

- ІФА для встановлення збудника: токсоплазмоз Ig G-негативно, цитомегаловірус Ig G – негативно, Ig G до HSV 1 типу – позитивно (титр перевищено у 30 разів), хламідії Ig G- негативно, Ig M HSV 1,2 – негативний результат.
- Оптико-когерентна томографія (ОСТ)
- МРТ головного мозку

За рекомендацією офтальмолога отримував курс симптоматичної протизапальної терапії. Специфічна противірусна терапія призначена не була.

02.12 пацієнт був виписаний додому, батьки звернулися за консультацією до лікаря – інфекціоніста у дитячій лікарні інфекційних хвороб НМУ ім. О.О.Богомольця

Стан очей після виписки

Vis: OD=0,04 OS=0,07

Очне дно: ДЗН блідо-сірі, контури не чіткі, згладжені. Збільшення кількості глії у шарі нервових волокон, сітківка набрякла, судини повнокровні.

Після консультації інфекціоніста, було призначено курс лікування:

- Зовіракс 250 мг x 3 р/д № 20, в / в
- цефтріаксон 1,0 x 2р / д;
- мукоза композітум 2,2 мл x 1р в 3 дні № 5;
- поліоксидоній свічі per gestum по схемі (6 мг 3 дні підряд, потім через день № 7, далі через 2 дні № 10)
- кагоцел 1т x 5р/д по схемі (2 дні, потім через 5 днів- 2 дні по схемі)

Результати після лікування

Заключення офтальмолога: Vis: OD=0,2 OS=0,4

Очне дно: ДЗН блідо-рожеві, контури чіткі. Судини повнокровні. Кількість глії у шарі нервових волокон у межах норми.

Стан дитини суттєво покращився. Пацієнт виписаний додому.

Заключний діагноз: 2-х сторонній герпетичний нейроретиніт викликаний HSV 1 типу.

Рекомендації після виписки:

- Ацикловір по 0,2 гр x 1 р/д 6 місяців, per os
- Спостереження офтальмолога
- Повторне серологічне дослідження через 2 місяці.

Висновок: проаналізувавши клінічний випадок, можна зробити висновок, що успіх у лікуванні пацієнтів залежить не лише від правильності постановки діагнозу, а й від постійної взаємодії лікарів різних спеціальностей.

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ГНІЙНОГО МЕНІНГІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Ковалюх І.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Виговська О.В., к.мед.н., доц., Корбут О.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Крамарьов С. О.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: гнійний менінгіт, діти, ликвор, менингококкова інфекція, сепсис

Ключевые слова: гнойный менингит, дети, ликвор, менингококковая инфекция, сепсис

Key words: purulent meningitis, children, liquor, meningococcal infection, sepsis

1. Дитина Н., 27 днів

Поступила до Міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва на 3 день захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,0!, неспокій та голосний монотонний крик. Діагноз при госпіталізації - менінгіт.

Об'єктивно: стан тяжкий за рахунок загальноомозкового, загальноінфекційного і менингеального синдрому. Дитина в свідомості. Шкіра бліда, мармурова. Гіперестезія. Болісний, гучний крик. Тім'ячко випинає, напружене. Менингеальні симптоми позитивні – запрокидування голови. Вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено.

Посів крові на менингокок: Менингокок не виявлено.

Долідження носоглоткового слизу на менингокок: менингокок не виявлено.

Дослідження ліквору на момент поступлення: каламутний, сіруватий, білок 0,77 г/л, Реакція Панді +++++, цукор 2 ммоль/л, лейкоцити – нейтрофіли густо покривають все поле зору.

Посів ліквору на менингокок: *Neisseria meningitidis*, серотип «В».

Перебіг захворювання зі стабільною позитивною динамікою. Дитина отримувала лікування відповідно протоколу МОЗ України № 354 від 09.07.2004 р. «Протокол діагностики та лікування гнійних менингітів у дітей».

Показники ліквору - повна стабілізація показників на 14 день лікування.

Виписана на 21 день від початку госпіталізації у зв'язку з одужанням.

Заключний діагноз: Менингококова інфекція, викликана *N. meningitidis* серотип В - типова генералізована форма: гнійний менингіт, тяжка форма, неускладнений перебіг.

2. Дитина Ш., 1 місяць

Госпіталізований до Міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва на 4 добу захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,5!, блювоту та збудження. Діагноз при госпіталізації - гнійний менингіт.

Об'єктивно: стан тяжкий за рахунок загальноінфекційного, загальноомозкового синдрому. Свідомість ясна. Слизова ротоглотки помірно гіперемійована, Носове дихання вільне, кашель відсутній. Аускультативно пuerильне дихання. Неврологічний статус: пронизливий крик, здригання, велике тім'ячко не випинає. Менингеальні симптоми сумнівні.

Проведено люмбальну пункцію, ліквор витікає частими краплями, каламутно-зелений.

Дослідження сечі на стерильність: бактеріурія, *E.coli* (по всьому полі зору).

Дослідження ліквору: кількість 1,5 мл, каламутний, сіро-зелений, білок 1,96 г/л, Реакція Панді +++, цукор 1,9 ммоль/л, лейкоцити – нейтрофіли густо покривають все поле зору.

УЗД органів черевної порожнини, нирок: підвищений індекс супротиву в а. mesenterica, асиметрія розмірів нирок S>D, паренхіма нирок з підвищеною ехогенністю. Підвищення індексу супротиву в ниркових артеріях.

Перебіг лікування: 13 днів знаходилася у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, де отримувала лікування відповідно протоколу МОЗ України № 354 від 09.07.2004 р. «Протокол діагностики та лікування

гнійних менингітів у дітей». Показники гемодинаміки стабілізувалися на 20 день лікування.

На 22 день лікування в задовільному стані, виписана з лікарні.

Заключний діагноз: Сепсис викликаний *E.coli* - гнійний менингіт, пієлонефрит, тяжка форма, неускладнений перебіг.

3. Дитина М., 10 днів

Поступила до Міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва на 4 день захворювання з діагнозом гостра респіраторна вірусна інфекція та скаргами на млявість, гіперестезію, відмову від їжі, підвищення температури тіла до 38!.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий за рахунок загальноомозкового, загальноінфекційного і менингеального синдрому. Тургор тканин знижений. Слизова ротоглотки помірно гіперемійована. Дихання через ніс вільне, в легенях пuerильне дихання. Тони серця звучні. Велике тім'ячко 1,5x2 см, не напружене, пульсація відсутня. Менингеальні симптоми: виявлена ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Лесажа, позитивний симптом Керніга верхній, середній. Симптом натягу позитивний.

Посів крові на стерильність – висіяно *S. Aureus* 10⁵. Дослідження ліквору: каламутний, сірий, білок 6,6 г/л, Реакція Панді +++++, хлориди 127 ммоль/л, цукор 1,4 ммоль/л, лейкоцити – нейтрофіли густо покривають все поле зору. Змив із зів та носу на патогенну флору: зів – гр. р. *Candida* 10³, ніс – гр. р. *Candida*, *S. aureus*. Посів виділення з очей на патологічну флору – *S. aureus*.

Заключний діагноз: Ранній неонатальний сепсис викликаний *S. Aureus* – гнійний менингіт, омфоліт, гнійний кон'юнктивіт, тяжка форма, неускладнений перебіг.

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ВІЛ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Колесник Ю.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Палатна Л.О.

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

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

За період 1987 -2016 років в Україні зареєстровано 280 358 випадків ВІЛ-інфекції (з них 84 045 — хворі на СНІД) і 38 457 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 1.07.2006 р. Під медичним доглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу перебувало 130 410 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції — 306 8 на 100 тис населення). Протягом 2016 року на лікуванні в КМДКІЛ перебували 4 дітей, яким був встановлений діагноз ВІЛ.

Клінічний випадок №1

Дитина Ш. у віці 8 років надійшла в КМДКІЛ №7 зі скаргами на деформацію білявушної ділянки справа і зліва. Діагноз при госпіталізації: Двосторонній паренхіматозний хронічний паротит. (Двосторонній паренхіматозний хронічний паротит, Bilateral parenchymal

chronic parotitis). Анамнез хвороби: Захворювання почалося 4 роки назад. Початок захворювання пов'язують із гострим запальним процесом в залозах та частими рецидивами. Два рази проходила лікування в црл, отримувала: тавегіл, но-шпу, лімфоміозот, пов'язки з димексидом. Локальний статус: лице асиметричне. Новоутворення при пальпації еластичної консистенції, безболісне, не спаяне з навколишніми тканинами, рухливе, бугристе, в діаметрі до 5 см. В загальному аналізі крові(04.10.16): Нб-103 г/л, ШОЕ 20 мм/г, лейкоцити 6,8-109, п-2%, с-28%, л-67%. Біохімічне дослідження крові (04.10.16.) АСТ 39.3 од/л, лужна фосфатаза 510,0 од/л, ЛДГ 1691,8 од/л, ГГТП 54,0 од/л, загальний білок 87,1 г/л.

УЗД привушно-жувальної ділянки: Хронічний паротит. Лімфоаденопатія не запальна. МРТ: картина більше відповідає хронічному інфекційному або обструктивному паротиту. Додаткові обстеження: IgG до CMV +, PCR слини на виявлення ДНК CMV +, IgG до EBV-VCA +. Дослідження на наявність Антитіл до ВІЛ методом ІФА та імуного блоту: наявні антитіла до ВІЛ методом ІФА.

Діагноз: ВІЛ інфекція.

Клінічний випадок №2

Дитина В., у віці 1 рік 2 місяці, надійшла до інфекційного стаціонару 13.04.16 зі скаргами на підвищення температури до 39,0С, жовтушне забарвлення шкіри і потемніння сечі. Анамнез хвороби. З 10.04. підвищення температури до 40,0С. оглянута педіатром, був поставлений діагноз «прорізування зубів». Протягом останніх п'яти днів відмічався стул білого кольору 2-3 р/добу. 12.04. з'явилося жовтушне забарвлення слизових, температура 37,5-38,0С. Оглянута в поліклініці, зроблене біохімічне дослідження крові виявило підвищення білірубину, алт, аст. Госпіталізована в КМДКІЛ з діагнозом – вірусний гепатит(viral hepatitis, вирусный гепатит). З 1 року 1 місяця почала втрачати вагу по 400г щотижнево. Узд органів черевної порожнини: печінка збільшена (+1 см), селезінка збільшена на 2 см. Дитина обстежена на маркери гепатитів, EBV, CMV: IgG до HAV(+), IgG до CMV(+), IgG до герпесу 6 типу(+). Призначено ПЛР крові на виявлення РНК ВІЛ: результат позитивний (10 млн.копій). В ході обстеження виявлено антитіла дл ВІЛ у батьків. Заключний діагноз: ВІЛ інфекція. ІV клінічна стадія. ВІЛ-енцефалопатія. Гепатит. Оральний кандидоз.(oral candidiasis, оральный кандидоз) Тяжка імуносупресія(17% CD4).

Клінічний випадок №3

Хворий А., віком 1 рік 3 місяці, був госпіталізований у КМДКІЛ ВАІТ з попереднім діагнозом: ГКІ, Ексикоз. Скарги на рідкий стул, підвищення температури тіла до 37,5, адинамічний, відмова від їжі.

Анамнез хвороби: 20.09.16 вперше з'явився пронос (2рази кашкоподібні та 1раз зелені рідкі випорожнення зранку), підвищення температури тіла до 37,9 С. 21.09.16 став в'ялим, адинамічним, відмовився від їжі, монотонно плакав.

Об'єктивний статус:Дитина погано реагує на больові подразники, залежний від кисню, шкіра дуже бліда, суха, тугор різко знижений. Задишка 35 в хв. Сатурація 60%, чсс 180 за хв., АТ- 88/42 мм.рт.ст. Сухожильні рефлекс та м'язевий тонус знижені, симетричні. Загальний аналіз крові: Нт 32%, лейкоцити 20*10⁹/л(п 23%, с 59%, л 18%). Біохімічний аналіз крові: Na 117.6 ммоль/л, Хлор 191.1ммоль/л. Кров на ВІЛ: виявленні антитіла до ВІЛ, ПЦР позитивні. Узд черевної порожнини: помірне збільшення печінки, селезінки, підшлункової. ЕхоКГ: реактивний перикардит, (reactive pericarditis, реактивный перикардит) гіпертрофічна кардіоміопатія (hypertrophic cardiomyopathy, гипертрофическая кардиомиопатия).

Рентгенографія грудної порожнини: двобічна вогнищева пневмонія,(Bilateral focal pneumonia, двосторонняя очаговая пневмония) набряк легень. Заключний діагноз: ВІЛ-інфекція, ІV клінічна стадія, вастінг-синдром, РС-пневмонія, кардит, важка імуносупресія, ДН1, СН1.

Клінічний випадок №4

Хвора, віком 2 місяці, була госпіталізована у КМДКІЛ ВАІТ 3 попереднім діагнозом: ГКІ, Ексикоз. Зі скаргами на кашель, підвищення температури до 39 С, блювання не пов'язане з прийомом їжі.

Анамнез захворювання: захворювання почалося з кашля, підвищення температури до 39С, блювання не пов'язаного з їжею. Об'єктивний статус: дихання спонтанне, функція зовнішнього дихання через ніс порушена за рахунок великої кількості слизу та утворення кірок. Аускультативно дихання жорстке, проводиться рівномірно. Попередній діагноз: ГРЗ, гострий ринофарингіт,(acute nasopharyngitis, острый ринофарингит) гострий бронхіт (acute bronchitis, острый бронхит), гіпотрофія Іст. Недоношеність(prematurity, недоношенность). Ексикоз І ст.

Загальний аналіз крові: лейкоцити 5.2*10⁹/л (п3%, с 12%, е1%, л79%). Біохімічний аналіз: сечовина 2.5, креатинін 0.035. Дослідження методом ІФА до ВІЛ (позитивні результати), ПЛР до ВІЛ в роботі. Рентгенографія: правостороння верхньодольова пневмонія. Заключний діагноз: ВІЛ-інфекція. Бронхіоліт, правостороння верхньодольова пневмонія. Гастроентерит.(gastroenteritis, гастроентерит) Ексикоз Іст. Анемія Іст. Гіпотрофія.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАШЛЮКУ У ДИТИНИ

1 МІСЯЦЯ СЕЗОНУ 2016 РОКУ, ЯКИЙ ЗАКІНЧИВСЯ ЛЕТАЛЬНО

Король І.М.

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

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: кашлюк, діти, лікування, летальність

Ключевые слова: коклюш, дети, лечение, летальный исход.

Key words: whooping cough, children, treatment, mortality

На експертизу експерту клініко-експертної комісії МОЗ України поступила історія хвороби дитини Я., 1 місяць 18 днів, що перебувала на стаціонарному лікуванні в Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні м. Львова.

Скарги на момент госпіталізації на 18 день хвороби: нападopodobний кашель, з відходженням в'язкого мокротиння, утруднене носове дихання, 2 епізоди блювання, 1 епізод апное з посинінням обличчя.

Анамнез хвороби: зі слів матері дитина захворіла 10.12.2015 р., коли з'явився кашель. 11.12. – скарги на нежить, утруднене носове дихання, хворіє 1 день, була в контакті із хворою на ГРВІ старшою сестрою. Оглянутий лікарем АСМ №4 діагноз: ГРВІ. Від госпіталізації батьки категорично відмовились. Призначено: назоферон, протаргол, афлубін, відсмоктування слизу з носа.

15.12.2015 р. стан задовільний. Скарг у мами немає. Діагноз: реконвалесцент ГРВІ. Практично здоровий. Оглянутий лікарем АСМ №4. Призначено лікування припинено. 25.12.2015 р. – зі слів мами, скарги на утруднене носове дихання, покашлювання, температура тіла 36,8 град., при об'єктивному обстеженні – утруднене носове дихання, зів злегка гіперемійований. Оглянутий лікарем АСМ №4. Діагноз ГРВІ. Гострий назофарингіт. Призначено лікування – оспамокс, промивати ніс, відсмоктувати слиз з носа, феністил, контроль температури тіла. 27.12.2015 р. пізно ввечері, коли з'явилося порушення дихання. 28.12.2015 р. самостійно звернулись на госпіталізацію до Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні, госпіталізовано о 15.00. Діагноз при госпіталізації – Кашлюк період спазматичного кашлю, тяжкий пребіг. Призначено обстеження, лікування. Із приймальника поступив до відділення інтенсивної терапії.

Об'єктивно: Дитина млява. 20 нападів кашлю на добу, супроводжується ціанозом, апное, періоральний ціаноз, задишка змішаного характеру, дихання жорстке, справа в нижніх відділах ослаблене дихання.

Результати параклінічного дослідження:

1. Загальний аналіз крові від 29.12.2015 р. – лейкоцити $21,9 \cdot 10^9/\text{л}$, еритроцити $3,90 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 124 г/л, лімфоцити 75,3%, тромбоцити $453 \cdot 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 3 мм/год, П 8%, С-16%, Л-73%, М-3%. Від 31.12.2015 р. –

лейкоцити – $17,7 \cdot 10^9/\text{л}$, еритроцити $2,93 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 92 г/л, лімфоцити 62,4%, тромбоцити $411 \cdot 10^9/\text{л}$, ШЗЕ – 3 мм/год.

2. Загальний аналіз сечі від 29.12.2015 р. – лейкоцити до 5 в п. з., епі.кл.-0-1-2 в п.з,б-не виявлені. Від 31.12.15 р. – без змін, кет. – 0,5 ммоль/л.

3. Посів калу на патогенну флору (28.12.2015 р.) – патогенна флора не виявлена.

4. Посів мокроти на кашлюк (29.12.2015 р.) – збудник кашлюку не знайдено. (29.12.2015 р.) – збудник кашлюку не виділено.

5. Посів мокроти на середовище Борде-Жангу (зволоженням тампоном) (29.12.2015 р.) – збудник кашлюку не виділено.

(29.12.2015 р.) – збудник кашлюку не виділено.

6. Коагулограма (31.12.2015 р.) – гематокрит – 29%, протромб.час – 20,5г, протр. індекс- 73%, фібр. -0,60.

7. Біохімія крові (31.12.15р.): загальний білок -54,7 г/л, сечовина – 4,6 ммоль/л, креатинін -103,7 мкмоль/л.

8. Цукор крові (30.12.2015 р.) - 3,6 ммоль/л.

9. Рентгенологічне: дослідження ОГК (29.12.2015 р.) Правобічна пневмонія. Тимомегалія.

10. Консультація отоларинголога (29.12.2015 р.)

11. Консультація невропатолога (30.12.2015 р.) – гіпоксична енцефалопатія. набряк головного мозку.

Лікування: з 28.12.2015 р. синекод, сумамед 1 раз, зволожений кисень; літична суміш: аміназин 0,25%, димедрол, но-шпа внутрішньом'язево 1 раз, 0,3 мл. 29.12.2015 р. зволожений кисень, синекод, сумамед 1 раз, цефімен 250 мг 2 раз; літична суміш: аміназин 0,25%), димедрол, но-шпа внутрішньом'язево 1 раз, 0,6 мл 2 раз.

30.12.2015 р. - зволожений кисень, синекод, цефімен, літична суміш по 1,0 мл 2 раз внутрішньом'язево, реосорбілакт 50,0 2 раз, симптоматична терапія. Проведена інтубація трахеї, дитина переведена на ШВЛ. О 24.00 наростають явища дихальної недостатності. Проведено дезінтубацію трахеї. Трубка забита великою кількістю слизу. Проведена повторна інтубація трахеї, дитина на ШВЛ.

31.12.2015 р. тричі (1.00, 5.00, 7.45) гостра зупинка серця. Розпочато реанімаційні заходи. Остання 7.45, відновити впродовж 40 хвилин серцеву діяльність не вдалося. 31.12.2015 р. 08.15 – констатовано смерть.

Клінічний і патологоанатомічний діагнози – збігаються.

Висновки:

1. У пацієнта відмічено труднощі постановки діагнозу кашлюку на етапі амбулаторної допомоги і у зв'язку з цим має місце пізня госпіталізація до профільного закладу.

2. Має місце недооцінка важкості стану пацієнта, яка привела до летального наслідку. Конфлікти інтересів, який могли б завдати шкоди неупередженості дослідження відсутні.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ

Коханська А.І.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Загородонець Л.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

Національний медичний університет

ім.О.О.Богомольця, м.Київ, Україна

Ключові слова: іксодовий кліщовий бореліоз, трансмісивне захворювання, бореліоз, спірохети, зооноз.

Ключевые слова: иксодовый клещевой боррелиоз, трансмиссивное заболевание, боррелиоз, спирохеты, зооноз.

Key worlds: Ixodes tick borreliosis, vector-borne diseases, borreliosis, spirochetes, zoonosis.

Хвороба Лайма (іксодовий кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз) – це інфекційне природно-осередкове трансмісивне захворювання (зооноз), що характеризується поліморфізмом клінічних проявів з переважним ураженням шкіри, нервової та серцево-судинної системи, а також суглобів. Збудник хвороби – *Borrelia burgdorferi*, потрапляє до організму людини через укуси іксодового кліща, пік випадків припадає на період з пізньої весни до кінця літа.

В розвитку Лайм-бореліозу розрізняють ранній період (I етап – стадія локальної інфекції, II етап – стадія дисемінації) та пізній період (III етап – стадія персистенції).

Хвора N 14 років госпіталізована у Київську міську дитячу клінічну інфекційну лікарню 26.09.15 – доставлена каретою швидкої допомоги з попереднім діагнозом: бореліоз, дисемінована форма; артралгія.

З епідеміологічного анамнезу – 17.05 хвора була вкушена кліщем в ділянці шиї, після чого за словами пацієнтки гіперемія в місці укусу не спостерігалась. 18.05 звернулася за допомогою до дільничного педіатра, який призначив доксациклін 100 мг 2 рази на день, анаферон 3 рази на день 14 днів (після чого хвора припинила лікування на 5 днів і продовжувала його за тією ж схемою ще 5 днів). Відмічає погіршення самопочуття з серпня 2015 року, коли з'явилися болі в гомілках та колінних суглобах, спині, головні болі, значна загальна слабкість, втомлюваність та безсонниця. Декілька разів зверталась за допомогою до медичної клініки «Борис».

Під час госпіталізації скаржилась на безсонницю, болі в колінних суглобах, гомілках та спині, головні болі, загальну слабкість. Загальний стан середньої тяжкості, обумовлений суглобовим та неврологічним синдромом, свідомість збережена, ознаки помірної інтоксикації. Шкірні покриви чисті. Температура тіла 37,3 С, АТ – 110/70, ЧСС 86 уд/хв.

Проведені наступні лабораторні дослідження: ЗАК та ЗАС в межах норми, діастаза сечі 64 ОД, глюкоза крові 4 ммоль/л, копрограма (м'язові волокна виявлені в одному полі зору, незначна кількість не перевареної клітковини, поодинокі зерна крохмалю, слиз в незначній кількості, 5-6 лейкоцитів у полі зору). Під час

серологічного дослідження виявлено підвищений титр IgM до *Borrelia burgdorferi*.

На основі скарг пацієнтки на значну стомлюваність та слабкість, безсоння, болі в спині, колінних суглобах та гомілках, головні болі (що свідчать про неврологічний та суглобовий синдроми), епідеміологічного анамнезу (17.05 пацієнтку вкусив кліщ), даних об'єктивного та лабораторного обстеження (під час серологічного дослідження виявлено IgM до *Borrelia burgdorferi*) хворій було поставлено діагноз – бореліоз, підгострий перебіг, дисемінована форма, артралгія.

Під час перебування в клініці хворій було проведено наступне лікування:

- Цефтріаксон (в/в) 1,0 2 рази на добу 14 днів;
- Дезлоратадин (per os) 5 мг 1 раз на день 10 днів на ніч;
- Інфузійна терапія з метою дезінтоксикації.

Після проведення останньої стан пацієнтки покращився, після закінчення курсу лікування виписана, направлена під нагляд дільничного педіатра.

ВІРУСНІ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ

Наумчук Ю.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Виговська О.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Крамарьов С.О.

Національний медичний університет

ім.О.О.Богомольця, м.Київ, Україна

Ключові слова: вірусні діареї, інфекційні захворювання, діти

Ключевые слова: вирусные диареи, инфекционные заболевания, дети

Key words: virus diarrhoeas, infection diseases, children

Актуальність: Дані ВООЗ та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). У світі щорічно реєструється від 68,4 до 275 млн. діарейних захворювань, близько 1,5 млн. дітей віком до 5 років помирають у результаті зневоднення пов'язаного з гострою інфекційною діареєю. Діарейні захворювання – третя найбільш часта причина смертності у світі серед дітей менших 5 років після перинатальних захворювань і захворювань респіраторного тракту.

Мета роботи: Провести ретроспективний аналіз історії хвороб дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КМДКІЛ) та дослідити характер перебігу захворювання в описаних клінічних випадках.

Матеріал і методи дослідження: В клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця - КМДКІЛ було проведено детальне ретроспективне дослідження 2 історій хвороб дітей віком 13 та 3 років життя, які перебували на стаціонарному лікуванні. Методи дослідження: клінічні, статистичні.

Клінічний приклад. Пацієнт Д, дитина 13 років. Скарги при поступленні: підвищення температури до 37,6 °С, багаторазове блювання, рідкий стілець, загальну слабкість, зниження апетиту.

Анамнез захворювання: захворів гостро, коли з'явилися вище перераховані скарги. Оглянутий педіатром, встановлено діагноз: Гостра респіраторна вірусна інфекція, гастроінтестинальний і ацетонемічний синдроми. На догоспітальному етапі введена но-шпа в/м, осетрон в/м. Після введення осетрона блювання не повторювалась. Рекомендована госпіталізація. Тест на ротавірус – від'ємний. В динаміці виросла кетонурія до 3+. В стаціонар прибув самостійно в супроводі батька.

Стан при госпіталізації: середній ступінь тяжкості, зумовлений інтоксикаційним і гастроінтестинальним синдромами. Інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження. Висновок: незначне збільшення печінки.

Результати аналізів: загальний аналіз крові: лейкоцитоз з нейтрофіліозом; швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ): 18 мм/год. Глюкоза: 5.9 ммоль/л. Копрограма: колір – коричневий, лейкоцити – 0-1 в п/з. Аналіз калу на патогенну мікрофлору кишкової групи: не виявлено. Тест на аденовірус: від'ємний. Тест на ротавіруси: негативний. ПЦР аналіз калу: Adenovirus gr F - не виявлено, Astrovirus - не виявлено, Campylobacter spp. - не виявлено, Norovirus G 2 – виявлено, Rotavirus gr A - не виявлено, Shigella spp/ enteroinvasive E.coli - не виявлено, Salmonella spp. - не виявлено.

Клінічний діагноз: ГКІ, викликана норовірусом G 2: гострий гастроентерит, типова форма, токсико - ексикоз 1 ступеня, середньо - тяжка форма.

Пацієнт А, дитина 3 років. Скарги при поступленні: на багаторазову блювання, підвищення температури тіла до 38,5°C, загальну слабкість, знижений апетит, водянисті випорожнення. Анамнез захворювання: захворів гостро, коли температура тіла підвищилася до субфебрильної. Госпіталізований каретою швидкої медичної допомоги (ШМД) «Борис». Стан при госпіталізації: середнього ступеню тяжкості, зумовлений інтоксикаційним та гастроінтестинальним синдромами. Інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження. Висновок: незначне збільшення печінки. Результати аналізів: загальний аналіз крові: лейкоцитоз з нейтрофіліозом ; ШОЕ: 6 мм/год. Глюкоза: 5.8 ммоль/л. Копрограма: колір – коричневий, лейкоцити – 2 - 3 в п/з, виявлена одинично не перетравлена клітковина, м'язеві волокна (мало змінені) – незначна кількість, крохмаль (позаклітинний) – в значній кількості. Аналіз калу на патогенну мікрофлору кишкової групи: не виявлено.

Тест на аденовірус: негативний. Тест на ротавіруси: негативний. ПЦР аналіз калу: Adenovirus gr F - не виявлено, Astrovirus - не виявлено, Campylobacter spp. - не виявлено, Norovirus G 2 – виявлено, Rotavirus gr A - не виявлено, Shigella spp/ enteroinvasive E.coli - не виявлено, Salmonella spp. - не виявлено Клінічний діагноз: ГКІ, викликана норовірусом G 2: гострий гастроентерит, типова форма, токсико-ексикоз 2 ступеня, середньотяжка форма.

Висновок: В опрацьованих клінічних випадках ми спостерігаємо домінування збудника вірусної діареї Norovirus G 2.

Конфлікти інтересів, який могли б завдати шкоди неупередженості дослідження відсутні.

КОКЛЮШ У ДІТЕЙ У СУЧАСНИХ УМОВАХ. ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

Поліщук А. М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Виговська О.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Крамарьов С.О.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

В Київську міську дитячу клінічну інфекційну лікарню поступив хворий з діагнозом: Коклюш типовий, середнього ступеня тяжкості –М.Б. О. (1 рік 7 міс.) госпіталізований 14.12.16р.

Анамнез захворювання: 27.11.16р. з'явився кашель. Лікувався Амброксом і Хлорофіліптом, що не принесло покращення самопочуття і кашель посилювався. 30.11.16р. пацієнт був обстежений дільничним педіатром, але діагноз не був встановлений. 10.12.16р. педіатр встановив діагноз коклюш під питанням і призначив Пектолван Плющ і Хлорофіліпт, проте стан дитини не покращувався. 14.12.16р. хворий був госпіталізований до Київської міської дитячої клінічної інфекційної лікарні.

Обстеження по місце проживання: М. Б.О., 14.12.16 р. о 18.00 год був госпіталізований до Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Дарницького району міста Києва і переведений 14.12.16 р. у Київську міську дитячу клінічну інфекційну лікарню на стаціонарне лікування з діагнозом: Коклюш типовий, середнього ступеня тяжкості. Пацієнт скаржився на кашель, що супроводжувався репризами і почервонінням обличчя (9 приступів кашлю і 5 репризів на день, тривалістю 5-10 сек).

Об'єктивне обстеження: стан середньої тяжкості, свідомість ясна, положення в ліжку активне; хода звичайна; менінгеальні симптоми негативні; шкіра блідо-рожева, волога, без висипань, тургор і еластичність тканин збережена; ПЖК розвинена задовільно; склери і кон'юнктиви звичайного забарвлення; слизова оболонка ротоглотки рожева, енантема відсутня, мигдалики збільшені (II ст.) без нашарувань, задня стінка глотки зерниста; слизова оболонка порожнини рота рожева, волога, чиста; язик рожевий, без нашарувань; лімфатичні вузли не збільшені, шкіра над ними не змінена, при пальпації не болючі, рухливі, не спаяні з оточуючими тканинами. Дихання вільне, через ніс. Наявний (кашель, кашель, cough) продуктивний з репризами (репризи, репризы, reprise) (9 приступів кашлю з 5 репризами на день тривалість 5-10 секунд) і супроводжується почервонінням обличчя, задишка і апное відсутні. Аускультативно дихання везикулярне, хрипи відсутні, крепітації не спостерігається. При перкусії – ясний легеневий тон. При аускультатії серця – тони серця звучні, ритмічні, патологічних шумів не вислуховується. При перкусії межі серця відповідають віковим

нормам. При пальпації – живіт м'який, неболючий, симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Стілець 1 раз оформлений, коричневий, без патологічних домішок. Сечовипускання не болюче, кількість і частота звичайні.

T=36,6 ; ЧСС= 138 ; ЧД= 30 ; Вага = 9500

Лабораторне обстеження:ЗАК(15.12.16р.): Eг – $4,76 \cdot 10^{12}$ Нб- 116 г/л Leu- 13,3 Тг- $352 \cdot 10^9$ ШОЕ- 3 мм/год е-1% п-12% с-45% л-32% м-10%

ЗАК(26.12.16р.): Eг- $5,52 \cdot 10^{12}$ Нб- 131 г/л Leu- 11,9 Тг- $215 \cdot 10^9$ ШОЕ-3 мм/год е-1% п- 5% с 40% л-46% м-8%

ЗАС: без патологічних змін

Посів із зіву на патологічну флору – Str. Pyogenes - 10³

Посів слизу на Bordetella pertussis – не виявлено

Кал на яйця глистів- не виявлено

Обґрунтування діагнозу: На основі скарг пацієнта (на приступоподібний кашель, що супроводжується репризами і почервонінням обличчя), об'єктивного обстеження (стан дитини середньої тяжкості; слизова оболонка ротоглотки рожева; наявний кашель, що супроводжується почервонінням обличчя), лабораторного дослідження (лейкоцитоз, лейкоцитоз, leukocytosis) було встановлено діагноз –Коклюш типовий, середнього ступеня тяжкості.

Було призначено лікування: цефтриаксон 350 мг 2 р/д в/м 12 днів, дексазон, папаверин, едем, амброксол, феністил, хлорофіліпт, но-соль, смекта, ентерол, алерзин.

На фоні лікування стан дитини покращився. Через 12 днів перебування у стаціонарі дитину було виписано і передано під нагляд дільничного педіатра. Дані рекомендації: амброксол по 2,5 мл 2р/д 5-7 днів, хлорофіліпт до 14 днів пробіотик до 21 дня, контроль ЗАК через 2 тижні.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СКАРЛАТИНИ У ДИТИНИ

Родь Я. О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Виговська О.В.

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Крамарьов С.О.

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

Дитина Х. віком 4 р. 5 міс. надійшла у КМДКІЛ 2.12.16р., переведена з ДКЛ № 9 з діагнозом скарлатина.

Мати вважає дитину хворою з 30.11.16 р., коли підвищилась температура тіла до 38,2°С, з'явилась біль у горлі. Після вживання жарознижуючого температура понизилась. Ніч дитина спала спокійно. 1.12.16 р. вранці в 11.00 температура тіла збільшилась до 38,7°С, мати дала дитині жарознижуюче. Ввечері з'явився висип на обличчі. 2.12.16 р. мати з дитиною звернулася в поліклініку, де дитині ввели дексаметзон 0,5, супрастин 0,5 в/м, свічку «Парацетамол» 0,17. З поліклініки дитина була направлена в ДКЛ№9 з діагнозом ГРВІ, гіпертермічний синдром, кропив'янка. Після огляду педіатра

ДКЛ №9, який встановив діагноз скарлатина, була направлена у КМДКІЛ.

Об'єктивно при поступленні в КМДКІЛ: температура тіла 36,8 °С, ЧСС 108, ЧД 24. Стан середнього ступеня важкості обумовлений синдромом екзантеми. Свідомість ясна, положення у ліжку активне. Дрібнокрапковий висип на лиці, тулубі, грудях, яскраво-рожева шкіра в підпахвових ділянках, на внутрішній ділянці передпліч. Лущення шкіри на стопах та долонях. Слизова оболонка гіперемована. Мигдалики збільшені (II), наліт є на поверхні, знімається шпателем. М'яке небо рухливе. Відмежована гіперемія м'якого піднебіння. Задня стінка глотки зерниста. Слизова порожнина рота чиста. Язик малиновий. Дитина скаржить на біль у горлі. Мати відмічає загальну слабкість Позитивний симптом "щипка". дитини.

За термін перебування у відділенні обстежена:

ЗАК від 2.12.16 р.: лейкоцитоз ($13 \cdot 10^9$ /л), п/я 19%, с/я 55%, моноцитоз (10%), еритроцитемія ($3 \cdot 10^{12}$ /л). ЗАК від 5.12.16 р.: ШОЕ 3 мм/год, еритроцитемія ($1 \cdot 10^{12}$ /л), п/я 4%, с/я 40%, моноцитоз (10%).

ЗАС від 2.12.16 р.: лейкоцити 2-3 в п/з, солі – фосфати, значна кількість.

Посів із зіву та носу на дифтерію: дифтерійна паличка не виявлена.

Посів із зіву та носу на патологічну флору: виявлено S.aureus.

Аналіз зіскрібу на ентеробіоз: яйця гостриків не виявлені.

ЕКГ від 9.12.16 р.: 1. Синусова аритмія. ЧСС = 93 уд/хв. Інтервал R-R (сек) – (0.69-0.58) ; ЧСС (уд/хв) – (87-103)

2. Вертикальне положення електричної осі серця: 76 град.

3. Порушення внутрішньошлуночкової провідності

Проведено лікування: антибіотикотерапія Ампіцилін 600 мг х 3 р/д в/м, антигістамінна Діазолін 0,025 г х 2 р/д., Рибоксин 1 таб. х 2 р/д.

Після обстеження у КМДКІЛ за сукупністю даних, результатів об'єктивного обстеження, лабораторних даних, інструментальних даних (ЕКГ) вставлено діагноз: основний: скарлатина середнього ступеня тяжкості; ускладнення: токсикоінфекційна міокардіопатія.

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ

Ткачук О.І.

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

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

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

Ключові слова: Епштейн-Барр вірусна інфекція, інфекційний мононуклеоз, діти

Ключевые слова: Эпштейн-Барр вирусная инфекция, инфекционный мононуклеоз, дети

Key words: Epstein-Barr virus infection, infectious mononucleosis, children

Пацієнт С., 6 років, захворів гостро 14.11.2016 р. з підвищення температури тіла до 38,3°C. Температура утримувалась до 18.11.2016 р. на рівні 38,0-39,0°C. 16.11.2016 р. оглянутий дільничним педіатром, встановлено попередній діагноз – гострий тонзиліт, призначене лікування: флемоксин солютаб. З 20.11.2016р. - нове підвищення температури тіла до 39,5°C, сильний запах ацетону з рота. 22.11.2016 р. із-за стійкої гіпертермії, стійкого запаху ацетону батьки викликали карету швидкої медичної допомоги та дитину було госпіталізовано до міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва.

При поступленні скарги на підвищення температури тіла до 40,0°C, біль у горлі, біль при ковтанні, закладеність носу, припухлість в ділянці шиї з двох сторін.

Діагноз при госпіталізації: інфекційний мононуклеоз, ацетонемічний синдром.

Об'єктивно: Т – 37,2° С; ЧСС – 90 уд/хв; ЧД – 24 уд/хв; Вага – 22 кг. Стан важкий за рахунок загально-інфекційного, інтоксикаційного, ацетонемічного синдрому, гострого тонзиліту, гострого аденоїдиту. Свідомість ясна, шкіра блідо-рожева, без висипань; обличчя пастозне, виражена інтоксикація, тіні під очима, тургор шкіри збережений, еластичність збережена, вологість шкіри задовільна, склери та кон'юктиви без змін, розвиток підшкірно-жирової клітковини задовільний, слизова ротоглотки гіперемійована, анатема відсутня, мигдалики збільшені, Істадії, наявні гнійні нашарування в лакунах у вигляді острівків- при знятті шпательом не кровоточать; м'яке піднебіння рухоме, голос не змінений; задня стінка глотки – зерниста; язик чистий, слизова оболонка ротової порожнини чиста. Збільшені передньо-, задньошийні лімфатичні вузли з двох сторін до 1,5 x 1,2 см; підщелепні – 3x2 см, щільно-еластичні; помірно болючі, шкіра над ними не змінена. Дихання через ніс різко затруднене. Пальпаторно: печінка виступає із-під краю реберної дуги на 3 см; селезінка – на 3 см.

Результати параклінічних досліджень:

Мазок із зів на патогенну флору – *Str.pyogenus* 10⁴.

Загальний аналіз крові від 23.11.2016 р.: гемоглобін 124 г/л; еритроцити – 2,12 x 10¹², лейкоцити – 18,4 x 10⁹, тромбоцити 153 x 10⁹, ШЗЕ – 8 мм³/год, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 12%, сегментоядерні – 13%, лімфоцити – 60%, моноцити – 6%, атипові мононуклеари – 4%. Від 28.11.2016 р.: гемоглобін 120 г/л; еритроцити – 3,87 x 10¹²/л, лейкоцити – 8,9 x 10⁹/л, тромбоцити 261 x 10⁹/л, ШЗЕ – 10 мм³/год, еозинофіли – 1%, паличкоядерні нейтрофіли – 5%, сегментоядерні – 13%, лімфоцити – 66%, моноцити – 7%, мононуклеари – 6%.

Біохімічний аналіз крові від 23.11.2016 р.: глюкоза – 4,0 ммоль/л, білірубін загальний – 14,6 мкмоль/л (прямий – 0; непрямої – 14,6 мкмоль/л), АлТ – 1,0 ммоль/л, АсТ – 0,7 ммоль/л. Від 28.11.2016 р.: глюкоза – 4,0 ммоль/л, білірубін загальний – 16,4 мкмоль/л (прямий – 0, непрямої – 16,4 мкмоль/л), АлТ – 0,6 ммоль/л, АсТ – 0,5 ммоль/л.

Серологічне дослідження, ПЛР крові, слини на герпесвіруси (Епштейн-Барр вірус, цитомегаловірус, вірус герпесу 6 типу), токсоплазмоз – не проводилося.

Перебіг захворювання зі стабільною позитивною динамікою. Дитина отримувала лікування відповідно локального протоколу лікування інфекційного мононуклеозу міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва: цефтріаксон №7, фуцис, оросепт, бетадин, флікс, нурофен, аква-маріс, хлорофіліпт, фарингосепт, кларитин, декатилен, атоксіл, інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами №5.

Виписаний з лікарні в задовільному стані на 11-й день перебування в стаціонарі.

Заключний клінічний діагноз: інфекційний мононуклеоз, не встановленої етіології, типова важка форма, ускладнений перебіг – ацетонемічний синдром.

ВИПАДОК ГОСТРОГО МІСЛОЇДНОГО ЛЕЙКОЗУ У ДИТИНИ РОКІВ В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ІНФЕКЦІОНІСТА

Фоменко Н.С.

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

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

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

Ключові слова: гострий лейкоз

Ключевые слова: острый лейкоз

Key words: acute leukemia

Дитина Х., 2 років надійшла в міську дитячу клінічну інфекційну лікарню міста Києва 17.02.2010 р. по переводу з ДКЛ № 8 м. Києва з діагнозом: септицемія неуточненого генезу, аденотонзиліт, обструктивний бронхіт, ентероколіт, ДН 0 ст.ю, анемія 1 ст.

Хворіє з 18.01.2010 р. коли підвищилась температура тіла до 38,2°C, з'явилась нежить. Була оглянута педіатром, встановлено діагноз: ГРВІ, аденотонзиліт. З 21.01.2010 р. отримувала оспамокс. 28.01.10 з'явився сухий нападоподібний кашель. Повторно оглянута лікарем, діагноз: гострий бронхіт. Призначено азитроміцин. Стан дитини погіршувався за рахунок бронхообструктивного синдрому. Направлена на стаціонарне лікування. З 05.02.10 по 17.02.10 знаходилась в ДКЛ №8 м. Києва, з діагнозом: септицемія неуточнена, аденотонзиліт, ентероколіт, гастрит, обструктивний бронхіт, ДН 1-0 ст., гепатоспленомегалія, анемія 1 ст., гіпотонія жовчного міхура, реактивні зміни підшлункової залози, лівостороння пієлоектазія. За термін перебування у відділенні проведені параклінічні дослідження. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз (12.8-23.1 · 10⁹/л), нейтрофіліоз (пал- 8%, сегм-50%), моноцитоз (14-16%), мононуклеари, анемія (Hb- 102-93 г/л, Eг- 3.5-3.3 · 10¹²/л). Біохімічне дослідження крові: печінкові проби – норма, глюкоза – 2.4 ммоль/л. Рентгенографія органів грудної клітини без патологій. УЗД органів черевної порожнини: гепатоспленомегалія, гіпотонія жовчного міхура, реактивний панкреатит, лівобічна пієлоектазія. Призна-

чено цефуроксим, амікоцин, симптоматична терапія. Не зважаючи на призначене лікування стан дитини поступово погіршувався: утримувалась фебрильна температура тіла, періодично турбували гострі болі в животі, зростала млявість, анемія, з 15.02.10 р. відмовилася від їжі, з 16.02.10 повторне блювання, розріджений стілець. В зв'язку з погіршенням стану, розвитком токсикоз-ексикозу, анорексією переведена 17.02.2010 р. в реанімаційне відділення міської дитячої клінічної інфекційної лікарні міста Києва.

При поступленні загальний стан дуже важкий, тяжкість обумовлена інтоксикаційним, загальноінфекційним та кишковим синдромом, явищами водно-електролітних та гемодинамічних порушень, вага – 9600 г (втрата ваги 1900- 16%), Т- 37.5° С, ЧСС – 118 уд/хв, ЧД- 32 уд/хв, АТ – 110/40 мм.рт.ст., олігоурія, гіпотензія, повторне блювання, розріджений стілець до 20 разів на день.

Проведенні додаткові обстеження: виявлено антиген ротавірусу, обстеження на tbc: ПЦР – від'ємний. За результатами КТ та МРТ хребта заключення: виявленні зміни в грудному та поперековому відділах хребта можуть відповідати гістіоцитозу Лангерганца.

Даних за онкологічну патологію не виявлено.

Після обстеження у дитячого гематолога за сукупністю даних, результатів імунофенотипування виставлено діагноз: мієлоїдна лейкемія

Під час перебування дитини у реанімації отримувала лікування: ципрофлоксацин, фортум, діфлюкан, метрагіл, препарати крові (еритроцитарна маса), інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами. Не зважаючи на терапію стан дитина залишався вкрай тяжким, періодична лихоманка, в'ялість, адинамічна, без позивної динаміки.

Для додаткового обстеження і лікування дитина була переведена у відділення гематології НДСБ «ОХМАТ-ДИТ» МОЗ України.

Заключний клінічний діагноз: Гострий мієлоїдний лейкоз.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ВІРУСНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ (EBV, HSV S, CMV, VZV)

Швецова М – А.І.

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

Завідувач кафедри: д.мед.н.,

професор Крамарьов С.О.

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

Ключові слова: енцефаліт, цитомегаловірус, герпес – зостер вірус, лікування, мікст-інфекція/ енцефаліт, цитомегаловірус, герпес – зостер вірус, лечение, микст-инфекция/ encephalitis, cytomegalovirus, herpes – zoster virus, treatment, mixt-infection.

Дитина В., дівчинка 12 років, госпіталізована до Київської міської дитячої клінічної лікарні м. Києва (КМДКІЛ) зі скаргами на підвищену втомлюваність, головний біль, періодичний парез лівої руки та лівої половини обличчя.

Анамнез хвороби: знаходиться на диспансерному обліку у невролога та нейрохірурга. У листопаді 2014р. було видалено кістозне новоутворення головного мозку, але головні болі, парези лівої половини обличчя не припинилися. У червні 2015р. консилиумом лікарів було прийняте рішення про госпіталізацію дитині в КМДКІЛ з діагнозом «Енцефаліт? Епісіндром».

Анамнез життя: Дитина від II фізіологічних пологів, вагітність матері протікала без ускладнень. Маса при народженні 3600 г, довжина тіла 54 см. Оцінка за шкалою Апгар – 9 – 10 балів. Виписана з пологового будинку на 2 – у добу. Перенесені захворювання: вітряна віспа, ангіна, гострі респіраторні захворювання. Щеплена за віком. На різкі запахи у дитини виникає бронхоспазми. Спадковий анамнез не обтяжений.

Об'єктивно: стан хворої середньої тяжкості, що обумовлено нападоподібним головним болем і швидкою втомлюваністю. Свідомість ясна, вяла. Менінгеальні симптоми відсутні. Дихання ритмічне, самостійне. Шкірні покриви блідо – рожеві, видимі слизові оболонки рожеві, вологі, чисті, температура тіла 36,4 С. Аускультативно: дихання везикулярне, симетричне з обох сторін. ЧД – 22/хв. Тони серця звучні, ритмічні, ЧСС 104 уд/хв, АТ 105/65 мм. рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Діурез в нормі.

Хворій проведені лабораторні та інструментальні обстеження. Загальний аналіз крові: еритроцити – 4,08* /л, Нb – 136 г/л, КП – 0,9, тромбоцити – 238*/л, лейкоцити – 5,7*/л, е – 1%, п – 5%, с – 45%, л – 43%, м – 6%, ШОЕ – 5 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 12,6 ммоль/л, прямий – 0, непрякий – 12,6 ммоль/л, АлАТ – 40 од/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, сечовина – 4,3 ммоль/л, залишковий азот – 16,82 ммоль/л, азот сечовини – 2,0 ммоль/л, креатинін – 0,035 ммоль/л. Коагулограма: протромбіновий індекс – 80%, фібриноген – 2,7 мг %. Посів із носоглотки на патогенну мікрофлору: S.aureus . Дослідження спинномозкової рідини: колір – безбарвний, рідина прозора, білок 0,33 г/л, цитоз 6* ЛФ, цукор – 3,0 Мм/л, реакція Панді (-). ІФА сироватки крові: Ig G до антигенів ехінококків, токсокар, V. Burgdoferi, T.gondii; Ig M до T. gondii знаходяться у межах норми; титр антитіл IgG, IgM (HSV S) виявлений. ПЛР сироватки крові: ДНК вірусу герпесу людини 6 типу – 10 000 в.ч. в мл (норма – 1000); ДНК вірусу герпесу людини 7 типу – 100 000 в.ч. в мл (норма – 10 000); ДНК EBV виявлено; ДНК CMV виявлено; ДНК VZV виявлено.

МРТ головного мозку: виявлено нове пухлиноподібне утворення в тім'яній та лобній ділянках з багатьма геморагіями навколо.

КТ органів черевної порожнини: лімфоаденопатія внутрішньогрудних, пекторальних лімфовузлів. КТ – ознаки гепатоспленомегалії, не виключається наявність лімфопроліферативного процесу.

Імунограма: лімфоцити (CD-20) – 13,7% (N 8-10%), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) – 155 у.о. (N 70-80 у.о.), ОБМ – 20% (N 5-7%), NSE – 18% (N 3-6%), анти-тіла до білку мієліну – 34,5 (N 26.05±1.50).

Консультація невролога: Свідомість ясна, часті поліморфні судоми, в тому числі – міоклонії обличчя. Скарги на зниження периферичного зору (зі слів дівчинки – «зір в трубу»), що характерний перед епінападом. Черепно – мозкові нерви без патології. Патологічні симптоми з рук S=D, з ніг відсутні. Черевні рефлекси S=D. Менінгеальні симптоми не виявлені. Нестійка в позі Ромберга. Координаційні проби виконує неточно.

Розпочата противірусна терапія ацикловіром 70 мг тричі на день внутрішньовенно протягом 14 днів; біовен 84 мл внутрішньовенно 4 рази на добу, протягом 3 днів. Протисудомна терапія: вальпроєва кислота 80 мг внутрішньовенно 4 рази на добу, протягом 7 днів. Стартова антибактеріальна терапія: цефтріаксон 1г двічі на

день, внутрішньовенно, протягом 14 днів. ГКС: Дексаметазон 8мг тричі на день внутрішньовенно поступово знижуючи дозу. Посиндромна терапія.

Після призначеного лікування у пацієнтки спостерігалася позитивна динаміка.

На шостому тижні стаціонарного лікування у стабільному стані після повторних клінічних досліджень дівчинка із заключним діагнозом «Вірусний енцефаліт змішаної етіології (EBV, HSV S, CMV, VZV). Ускладнення: Церебральний васкуліт, симптоматична епілепсія» переведена до неврологічного відділення ОХМАТ-ДИТУ для подальшого лікування невропатолога та під спостереження педіатра та фізичного реабілітолога.

**ВИПАДОК НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ ПУХЛИНИ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У 9-РІЧНОЇ ПАЦІЄНТКИ**

Божук І.В., Годик О.С.

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Курик О.Г.

*Завідувач кафедри патологічної анатомії д. мед.н,
проф. Захарцева Л.М.*

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

Ключові слова: нейроендокринна пухлина, підшлункова залоза, дитина

Ключевые слова: нейроэндокринная опухоль, поджелудочная железа, ребенок

Key words: neuroendocrine tumor, pancreas, child

Вступ. Нейроендокринні пухлини (НЕП) – це новоутворення з клітин дифузної нейроендокринної системи (APUD-системи) з переважним ураженням шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Пухлинні клітини здатні утворювати нейроаміни, а також синтезувати гормони і біологічно активні регуляторні пептиди.

За даними статистики, НЕП у більшості локалізуються в ШКТ (до 85%), разом з тим серед усіх пухлин ШКТ вони складають до 8%. Це потенційно злоякісні пухлини, які мають здатність до глибокого інфільтративного росту, разом з тим характеризуються повільним прогресуванням пухлини. Довгий час пухлина може не мати клінічних проявів, а виявляється на термінальних стадіях розвитку, коли вже є метастази, зазвичай у печінці.

Частота виникнення цієї недуги катастрофічно зростає. НЕП стають все більш поширеними через збільшення випадків захворювання, а також завдяки поліпшенню діагностики. За останні 30 років захворюваність збільшилася в 5 разів, і за прогнозами фахівців буде зберігати тенденцію до зростання.

НЕП підшлункової залози зустрічаються досить рідко. Вважається, що щорічно виявляють 5 нових випадків захворювання на 1 млн. населення. Більшість НЕП підшлункової залози є гормонально-активними. Значно рідше пухлини мають перебіг без гіперпродукції гормонів і тому не мають характерних клінічних ознак. У цих випадках діагноз встановлюють тільки на підставі морфологічного дослідження видаленого новоутворення.

НЕП підшлункової залози в дитячому віці зустрічається вкрай рідко. За період з січня 1999р по грудень 2013р. в Національному інституті раку (за даними Щепотіна І.Б. і співавт.) знаходилось 11 дітей з пухлинами підшлункової залози, з яких лише 4 були НЕП, решта – солідні псевдопапілярні пухлини (5), зріла тератома (1)

та аденокарцинома (1). Пацієнти були у віці від 11 до 17 років, переважно дівчатка.

Клінічний випадок.

Пацієнтка К., 2006 року народження, поступила у дитяче відділення Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» 13.03.2015 року для планового оперативного лікування з приводу пухлини підшлункової залози. З анамнезу відомо, що під час медогляду перед школою при проведенні УЗД-дослідження було знайдене солідне утворення у підшлунковій залозі. З анамнезу життя відомо, що дівчинка від 3 вагітності, під час якої була загроза переривання, мати приймала дуфастон, 1 пологів, шляхом кесарського розтину. Маса тіла при народженні 4200г, довжина тіла 55см. Ранній розвиток без особливостей. Щеплення відповідно віку. Хворіла на вітряну віспу у віці 6 років. Травм, операцій не було. Спадковість обтяжена по цукровому діабету.

Об'єктивні дані: зріст 145,7 см, вага 50,4 кг, індекс маси тіла 23,7 (має надлишкову вагу). За фізичним розвитком дівчинка виглядає на 11 років. В легенях везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритмічні.

Дані КТ: В задніх відділах тіла і хвоста (на рівні черевної аорти і виходячи за лівий контур аорти) підшлункової залози, дещо з деформацією її заднього контуру, відмічається утворення округлої форми, з чіткими рівними контурами, розмірами 22x23x20мм. Протока залози не розширена. Патологічно змінені регіонарні лімфатичні вузли не визначаються. Печінка звичайної форми, паренхіма без вогнищевих змін. Заключення: Солідне новоутворення підшлункової залози.

Хворій була проведена операція - лапароскопічна дистальна резекція підшлункової залози по Кімура 14.03.2015р. Після розтину сальникової сумки в тілі підшлункової залози виявлене пухлиноподібне утворення до 3 см в діаметрі з чітким контуром. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Виконана тунелізація в області перешийка залози, підшлункова залоза пересічена УЗ-скальпелем по перешийку з ізольованим клішуванням вірсунгової протоки. Виділені селезінкові артерія і вена, тіло і хвіст підшлункової залози видалені з пересіканням і клішуванням дрібних гілок артерії і вени. Комплекс видалений шляхом розширення відео-порта до 3 см.

На патогістологічне дослідження представлені тіло і хвіст підшлункової залози з пухлиною 3x2,5x2см. Зона резекції в межах здорових тканин.

При патоморфологічному дослідженні встановлено, що пухлина побудована з солідних і трабекулярних структур, що утворені клітинами з невеликою кількістю еозинофільної цитоплазми, ядра пухлинних клітин містять дрібногранулярний хроматин типу «солі з пер-

цем», мітози не виявляються. Для підтвердження діагнозу та встановлення ступеня злоякісності пухлини виконане ІГХ, за результатами якого пухлинні клітини позитивні на загальні цитокератини; всі клітини пухлини позитивні на хромогранін А і синаптофізин, що свідчить про нейроендокринне диференціювання пухлини. При визначенні проліферативної активності позитивними на Ki-67 виявилось менше 2% клітин пухлини, що характерне для нейроендокринної пухлини G1.

Висновок. Нейроендокринні пухлини – рідкісне захворювання, особливо в дитячому віці. Особливістю даного випадку є також те, що нейроендокринна пухлина підшлункової залози в дитини була вчасно діагностована і вдало прооперована, що дає шанс на повне одужання від даного недуга.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СТОРОННЬОГО ТІЛА СЕЧОВОГО МІХУРА У ДИТИНИ

Вишпінський Я.І., Гонська Н.Р.

Науковий керівник: проф., д.мед.н. Притула В.П.

Завідувач кафедри: проф., д.мед.н. Левицький А.Ф.

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

Ключові слова: Нерво-м'язова дисфункція сечового міхура, перкутанна цистоскопія, сторонні тіла.

Ключевые слова: нервно – мышечная дисфункция мочевого пузыря, перкутанная цистоскопия, инородные тела.

Key words: Neuromuscular dysfunction of bladder, percutaneous cystoscopy, foreign bodies.

Випадки сторонніх тіл сечового міхура у дітей є рідкісними. Оптимальним способом видалення для пацієнта є ендоскопічний або малоінвазивний.

У 2015 році в нашу клініку госпіталізована дитина К., 17 р., зі скаргами на порушення сечовипускання. В анамнезі: хворіє тривало, неодноразово лікувався з приводу нерво – м'язової дисфункції сечового міхура, вторинного двобічного уретрогідронефрозу, піелонефриту, циститу. У 2008 році встановлено епіцистотомічний дренаж, який замінено у 2010. Відтоді в клініку не звертався. Лікувався амбулаторно. Зі слів пацієнта при самостійному видаленні дренажа фрагмент його залишився в сечовому міхурі.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 146 г/л; еритроцити 4,3x10¹²/л; лейкоцити 5,7x10⁹; ШОЕ 3 мм/год.

Біохімічне обстеження крові: загальний білок – 77,8 г/л; альбумін – 44 г/л; АЛТ – 9 О/л; АСТ – 13 О/л; сечовина – 4,6 ммоль/л; креатинін – 0,078 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: питома вага 1020; білок – 0,56 г/л; лейкоцити – усяєне п/з; епітелій плоский 0-1 в п/з.

Сеча по Нечипоренко: лейкоцити 30,5x10⁶/л; еритроцити 1,7x10⁶/л.

Фото №1: оглядова рентгенографія малого тазу (фрагмент катетера після невдалої самостійної спроби видалення епіцистотомічного дренажа у дитини із нерво-м'язовою дисфункцією сечового міхура)

УЗД сечового міхура: розміри на наповненні 62x43x43 мм, після мікції 62x43x43 мм; звертає увагу

додаткове утворення сечового міхура – біля задньої стінки гіперехогенна трубчаста структура, що дає акустичну тінь (катетер?).

Проведена діагностична цистоскопія. При ревізії сечового міхура виявлені фрагменти сторонніх тіл. Стінка сечового міхура трабекулярна, слизова при інструментальній пальпації кровоточить. Виконана спроба їх видалення – невдала. Враховуючи це, додатково була проведена однопортова перкутанна цистоскопія та видалення сторонніх тіл сечового міхура (в кількості 6-ти, див. фото №2) під контролем оптики цистоскопа, що чітко було видно на моніторі. Санація сечового міхура, епіцистотомія.

Післяопераційний період без ускладнень, виписаний. Сечовипускання відновлено. Епіцистотомічний дренаж видалено при повторному зверненні через 7 днів.

Одномоментне виконання уретероцистоскопії та перкутанної цистоскопії є методом вибору при видаленні сторонніх тіл сечового міхура.

РЕЦИДИВ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОГО РАКУ ЧЕРЕЗ 18 РОКІВ ПІСЛЯ ЛІВОСТОРОННЬОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ

Головко А.С№., Ткаченко Р.ПІ.

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Курик О.Г.

*Завідувач кафедри патологічної анатомії д. мед.н,
проф. Захарцева Л.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця¹*

*Державна наукова установа «Науково-практичний
центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами²*

м. Київ, Україна

Ключові слова: адренокортикальний рак, рецидив, нефректомія.

Ключевые слова: адренокортикальный рак, рецидив, нефрэктомия.

Key words: adrenocortical carcinoma, relapse, nephrectomy.

Вступ. Аденокортикальний рак - рідкісне захворювання, яке зустрічається з частотою 0,5-2 випадки на 1 мільйон осіб. Частіше зустрічається у жінок (59% випадків). У 50% випадків клітини пухлини секретують один з гормонів кори надниркових залоз, що зумовлює специфічні прояви даної патології з ознаками вірилізму та клінічними проявами гіперадреналового кризу. Пухлина може досягати 20 см у діаметрі. Має тенденцію до інвазії в ниркову, нижню порожнисту вену. Характерні метастази в регіональні та парааортальні лімфатичні вузли, гематогенно – у легені та вісцеральну плевру. Середня тривалість життя пацієнтів (за даними більшості авторів) - 2 роки.

Клінічний випадок.

Пацієнтка М., 35 років, поступила у хірургічне відділення Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

ни» Державного управління справами 30 листопада 2016р. у плановому порядку зі скаргами на головний біль, гіпертонічні кризи, резистентні до медикаментозної терапії (підвищення артеріального тиску (220/120) мм.рт.ст.).

Анамнез хвороби: в 1998 році (18 років тому) оперована з приводу пухлини наднирника – виконано адреналектомію ліворуч. Пухлина 18 см в діаметрі. Патогістологічне заключення від 1998р. – низькодиференційований адренокортикальний рак. Заключний клінічний діагноз: Т3M0Nx, 3 стадія, 3 клінічна група. Пацієнтка щорічно проходила диспансерне обстеження, огляд у онколога, ендокринолога, гінеколога та отримувала замісну терапію кортизолом, лабораторний контроль 17-КС, 17-ОКС, рентгенографію органів черевної порожнини, УЗД, МРТ. У 2011 році пацієнтка вийшла заміж і завагітніла, шляхом кесарського розтину народила здорову доношену дівчинку. Далі пацієнтка припинила дотримуватись рекомендацій лікуючого лікаря, тому що почувала себе задовільно. Погіршення стану почала відмічати у 2016 році, в зв'язку з чим звернулася до того самого лікаря, який оперував її 18 років тому.

Дані обстеження на момент поступлення від 11.2016 р.: КТ з внутрішньовенним контрастуванням: в заочеревинному просторі зліва відмічається м'якотканинне утворення розмірами 3,8*5,3 см в ложі лівого наднирника, з наявністю екстаорганного солідного утворення на фоні постопераційно зміненої клітківини з очеревиного простору. Ліва ниркова вена, здавлена новоутворенням, просвіт її звужений до 0,5 см. УЗД: нечітко візуалізоване гіпоехогенне неоднорідне утворення лівого наднирника 5,4*2,9 см. Лабораторні дані: АКТГ – <0,5, кортизол – 18,2 мкг/дл (631,9 нмоль/л), пролактин – 10,4 нг/мл.

Встановлено клінічний діагноз: Заочеревиное позаорганне новоутворення ліворуч. Рецидив адренокортикального раку.

Проведено оперативне втручання: Лапароскопія. Конверсія. Видалено заочеревинову пухлину, нефректомія зліва. При ревізії: виражене морбідне ожиріння, що ускладнює орієнтацію. Ідентифікація ниркової вени. Краніально від ниркової вени, вздовж аорти, глибоко під підшлунковою залозою, розповсюджується кам'янистої щільності пухлина, без будь-яких меж. Виконано ретельну мобілізацію пухлини по передній поверхні, при цьому встановлено, що нижня поверхня пухлини проростає в ниркову вену. При виділенні пухлини було необхідно виконати нефректомію, що погоджено з чоловіком хворої. Виконано кліпування, відсічення ниркової артерії та ниркової вени за допомогою кліпси «Гемолок», ультразвукового детектора «Нармонік» та девайса для зварювання судин – «Триполяр». З великими технічними труднощами мобілізовано пухлину, щільно спаяну з сусідніми тканинами, з адцентцією аорти, з відсутністю візуальної межі «пухлина-здорова тканина». При спробі відділити її – виникнення профузної артеріальної кровотечі. Виконана лапаротомія в лівому підребер'ї, накладено затискач аортальний на

дефект стінки аорти, гемостаз досягнуто. Видалено пухлину розміром 7*6*5 см.

Макроскопічно пухлина сірувато-жовтувато-рожева, горбиста з поверхні; на розрізі з ділянками сірувато-зеленоватого, сірувато-жовтуватого кольору, з вогнищами розм'якшення. По одній з ліній відсікання пухлина проростає в стінку ниркової вени.

Морфологічна картина: Пухлина представлена переважно атипичними гіперхромними клітинами, з крупним ядром; відмічається дисконкомплексція будови - поширені ділянки пухлинних клітин не містять стромальних елементів; зустрічаються поширені ділянки некроза. Пухлина вростає в стінку ниркової вени, з інвазією адвентиції і середньої оболонки судини. Патогістологічне заключення: Низькодиференційований адренокортикальний рак з ділянками некроза, з інвазією ниркової вени.

Висновок. Адренокортикальний рак – одна з найагресивніших пухлин ендокринної системи, що вимагає прищільної уваги до пацієнтів з даною патологією. Клінічний випадок суперечить даним іноземних науковців, про середній термін життя з адренокортикальною карциномою, встановлений у два роки, та відсутність позитивного прогнозу.

ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ ІЗ ЗАВОРОТОМ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗДУХВИННОЇ КИШКИ З НЕКРОЗОМ, УСКЛАДНЕНИМ ТАЗОВИМ АБСЦЕСОМ

Данченко П. А.,

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Матвеев Р.М.

Завідувач кафедри хірургії №4: д.мед.н.,

професор Мішалов В.Г.

Національний медичний університет

імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, злукова хвороба очеревици, заворот здухвинної кишки, карцинома тіла матки, аденокарцинома, хірургічне лікування.

Заворот кишкового – явище, коли сегмент кишківника обертається навколо власної вісі або своєї брижі, спричиняючи часткову або повну обструкцію просвіту кишки. Заворот тонкого кишечника відноситься до однієї з причин странгуляційної кишкової непрохідності. При такій формі гострої кишкової непрохідності (ГКН) значно порушується кровообіг в брижових та внутрішньостінкових судинах за рахунок їх перетискання, поряд з припиненням пасажу по кишковій трубці, що обумовлює швидкий та значний розвиток патологічного процесу і ранній розвиток некротичних змін в защемленій ділянці, тому ця форма ГКН особливо небезпечна. За даними Burke M. та ін. заворот тонкого кишечника складає ~3-6% всіх причин гострої тонкокишкової непрохідності в західному світі. Поширеність тонкокишкової непрохідності серед дорослих дуже низька: на неї припадає від 1,7% до 6,2% усіх випадків тонкокишкової непрохідності.

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гостра кишкова непрохідність загалом складає від 9,4 до 27,1%. Вона відзначається складним перебігом, високою летальністю – до 25% серед хворих, оперованих з приводу «гострого живота». ГКН зустрічається в будь-якому віці, найчастіше – у працездатному. В останні роки, поряд зі стабільними цифрами хворих зі злуковою непрохідністю, інвагінаціями, заворотами росте кількість хворих з ГКН пухлинної етіології. Серед цієї категорії хворих 2/3 – пацієнти похилого та старечого віку.

Мета роботи – описати клінічний випадок успішного лікування пацієнтки із заворотом дистального відділу здухвинної кишки з некрозом, ускладненим тазовим абсцесом.

Пацієнтка Н., 41 рік, госпіталізована в хірургічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва 19.12.2016 р., в ургентному порядку з клінікою гострої кишкової непрохідності. В анамнезі – Са согроріс uterі рТЗНОМ1; стан після хірургічного лікування (екстирпація матки з придатками та резекцією сальника), кл. гр. 2. (ПГЗ #2443 – аденокарцинома G2). Інтраопераційно верифіковано діагноз: «Злукова хвороба очеревини. Гостра повна тонкокишкова непрохідність, заворот дистального відділу здухвинної кишки з некрозом, тазовий абсцес. Розлитий гнійно-фібринозний перитоніт, токсична фаза. Інфекційно-токсичний шок.». Згідно даних лабораторних та інструментальних обстежень:

- Загальний аналіз крові: гемоглобін – 117 г/л, еритроцити – $3,93 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 32,6%, лейкоцити – $12 \cdot 10^9/л$, тромбоцити – $260 \cdot 10^9/л$, паличкоядерні лейкоцити – 10 %, сегментоядерні – 70 %, моноцити – 8 %, лімфоцити – 12 %. ШОЕ – 36 мм/год, ТЗН ++++. Група крові: АВ(IV), Rh(+).
- Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 4,9 ммоль/л, загальний білірубін – 11,2 мкмоль/л, загальний білок – 4,9 г/л, креатинін – 48 мкмоль/л, сечовина – 4,0 ммоль/л, АЛТ – 20 од/л, АСТ – 44 од/л.
- Загальний аналіз сечі: колір – світло-жовта, прозора; рН – нейтральна; с = 1017 г/л, лейкоцити – 1–2 у полі зору, епітелій перехідний – поодинокі у полі зору, еритроцити, білок, цукор, слиз – не виявлено. Діастаза сечі – 512 од/л.
- Коагулограма: фібрин – 10 мг, фібриноген – 2,5 г/л, активований час рекальцифікації – 45 с, протромбінний індекс – 85 %, бета-нафтоловий, етаноловий тести – негативні.
- Рентгенограма органів черевної порожнини: чаші Клойбера. Рентгенограма органів грудної клітки: патології не виявлено.
- УЗД органів черевної порожнини: роздуті петлі кишківника рідким вмістом в просвіті, невеликий випіт між петлями кишківника.

З огляду на відсутність позитивної динаміки та керуючись даними клінічного, лабораторного та інструментального обстеження було встановлено попередній діагноз: «Гостра кишкова непрохідність», що стало підґрунтям для проведення хірургічного лікування за

невідкладними показаннями. Виконано операцію: правобічну геміколектомію з накладанням ілео-трансверзоанастомозу «б'ік-в-б'ік». Трансназальна інтубація тонкої та товстої кишки. Санація та дренивання черевної порожнини. В ранньому післяопераційному періоді виявлено серому нижньої третини лапаротомної рани, яку було евакуйовано і сановано; в подальшому післяопераційний період – без ускладнень. Рани заживають первинним натягом. Рекомендовано зняти шви на 12 добу після операції (01.01.2017 р.) та спостереження у хірурга, гінеколога за місцем проживання.

Висновки. Не дивлячись на онкологічне захворювання в анамнезі та підозру *prolongatio morbi*, у подібних пацієнтів не слід виключати наявність гострої хірургічної патології. З огляду на специфічність клінічних даних, даних лабораторних та інструментальних обстежень, а також враховуючи стан пацієнтки після хірургічного лікування аденокарциноми тіла матки (екстирпація матки з придатками та резекцією сальника), як методу інструментального дообстеження слід надати перевагу діагностичній лапароскопії, що дає можливість візуалізації анатомічних структур кишківника, ступінь важкості його ураження патологічним процесом, а також дозволяє верифікувати діагноз гострої кишкової непрохідності і більш правильно розробити тактику подальшого лікування. При подібних клінічних випадках, як метод хірургічного лікування рекомендоване виконання правосторонньої геміколектомії з накладанням ілео-трансверзоанастомозу «б'ік-в-б'ік».

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІГАНТСЬКОЇ ПЕРВИННОЇ ЛІПОСАРКОМИ ВЕЛИКОГО ЧІПЦЯ.

Кальченко А.Д., Бутенко Д.І., Мірошніченко Є.Ю.,

Науковий керівник: проф. Білянський Л.С.

*Завідувач кафедри хірургії №1 проф. Білянський Л.С.
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця, м.Київ, Україна*

Ключові слова: *intraabdominal sarcoma, peritoneoectomy, sarcomatosis dissemination; інтраабдомінальна саркома, перитонеоектомія, саркоматозне обсіменіння; інтраабдомінальна саркома, перетонеоектомія, саркоматозное обсеменение.*

Описаний випадок хірургічного лікування первинної ліпосаркоми великого чіпця з саркоматозним обсіменінням парієтальної очеревини і брижі товстої кишки з наступною адьювантною хіміотерапією. Особливість випадку полягає в рідкісній анатомічній локалізації ліпосаркоми, розповсюдженості первинної пухлини і методиці хірургічного лікування.

Пацієнт К., 50 років, 11.01.16 госпіталізований в хірургічне відділення Київської міської клінічної лікарні №18 зі скаргами на збільшення живота в розмірах, періодичне виникнення болю в животі, загальну слабкість протягом останніх 6 місяців. На момент звернення хворий обстежений за місцем проживання в наступному обсязі: колоноскопія: хронічний коліт, дефор-

мація сигмовидної кишки за рахунок стиснення ззовні; ЕФГДС - деформація тіла шлунка за рахунок стиснення ззовні; урографія з внутрішньовенним контрастуванням: на урограмах функція обох нирок в нормі. Мисково-лоханочна система лівої нирки погано візуалізується, ймовірно, за рахунок нашарування стінки новоутворення черевної порожнини, структура не змінена. Сечовід і сечовийміхур в нормі. Спіральна КТ (комп'ютерна томографія) органів черевної порожнини - позаочеревинне новоутворення, без інвазії у великі судини, печінка без вогнищевих уражень. За даними КТ органів грудної порожнини структурних змін і вогнищевих новоутворень в легенях не виявлено. Оцінка рівня онкомаркерів: ПСА - 0.803 нг / мл, АПФ - 3.44 нг / мл, РЕА, СЕА - 1.83 нг / мл, СА 19-9: 3.94 ОД / мл, СА 72-4: 0.99 ОД / мл. Результати пункційної біопсії новоутворення черевної порожнини - елементи ліпосаркоми. Висновок хіміотерапевта - «враховуючи розмір пухлини, гістологічний варіант - ліпосаркома, пухлина хіміорезистентна, хіміотерапія не показана». Хворому виставлений діагноз: заочеревинна ліпосаркома. В оперативному лікуванні пацієнту було відмовлено. На підставі отриманих КТ-зображень визначено новоутворення черевної порожнини з розповсюдженням в малий таз, не має чіткої органної приналежності, кровопостачання здійснюється за рахунок гілок черевного стовбура, інвазії в великі судини не виявлено, печінка без вогнищевих уражень. Показники внутрішньочеревного тиску, виміряні трансвезикальним методом з використанням катетера Фолея склали 13 мм.рт.ст., що відповідає 1 ступеню інтраабдомінальної гіпертензії. З огляду на поганий прогноз і недоцільність консервативних методів лікування, потенційну резектабельність новоутворення, прийнято рішення про проведення оперативного втручання. Заплановано виконання експлоративної лапаротомії з інтраопераційним вирішенням подальшої тактики.

25.01.16 виконана лапаротомія, встановлено, що черевну порожнину виконує пухлина від входу в малий таз до піддіафрагмального простору з основним джерелом кровопостачання з правих шлунково-сальникових судин і найбільш ймовірним походженням з великого чіпця. Визначено множинне саркоматозне обсіменіння парієтальної і вісцеральної очеревини з переважною локалізацією в пологих місцях і на брижі товстої кишки, при цьому вісцеральна очеревина тонкої кишки не залучена в патологічний процес. Вилучений основний масив пухлини, маса пухлини складала близько 6 кг. Виконана тотальна колектомія і низька передня резекція прямої кишки в єдиному блоці з парієтальною очеревиною від діафрагмальних листків, бічних стінок живота до кореня брижі і повним видаленням очеревини прямокишково-міхурового поглиблення. Накладено апаратний ілео-ректальний латеро-термінальний анастомоз з проективною ілеостомою за Торнболлом. Враховуючи висновок хіміотерапевта, інтраопераційна внутрішньочеревна хіміотерапія не проводилася. Результати післяопераційного патогістологічного дослідження: міксоїдний варіант ліпосаркоми, ПГЗ №44-45;

46-47 від 26.01.2016: мало клітинна міксоїдна ліпосаркома. ПГХ № 050-053 / П від 28.01.2016: Імуногістохімічне дослідження свідчить на користь малоклітинної міксоїдної ліпосаркоми (Ki-67 - 10%) з вираженим ангіоматозом. Пацієнт на 12 добу виписаний зі стаціонару та направлений на повторну консультацію хіміотерапевта. За місцем проживання хворий пройшов 4 курси хіміотерапії (Доксорубіцин та Ендоксан). Через 6 місяців після оперативного лікування виконана контрольна КТ органів черевної та грудної порожнини - даних за *prolongatio morbi* не виявлено, хворому виконано реконструктивно-відновну операцію- закриття ілеостоми.

ЗНАЧЕННЯ ТРИВАЛОГО МОНІТОРИНГУ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ ПРИ ГОСТРІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Колосович А.І.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Теплий В.В.

Завідувач кафедри хірургії №2: д.м.н.,

проф. Безродний Б.Г.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) при гострій хірургічній патології реєструють в 70% випадків, що може бути небезпечним розвитком системних та місцевих ускладнень. Найбільш грізним ускладненням внутрішньочеревної гіпертензії є синдром черевної порожнини (СЧП), який супроводжується летальністю 60-90%. У зв'язку з цим постійна діагностика можливих змін показників ВЧТ може вчасно інформувати клініциста про розвиток можливих ускладнень в черевній порожнині для адекватного та негайного виконання лікувальних заходів. Стандартом визначення ТЧП є вимірювання тиску у сечовому міхурі (ТСМ).

Ключові слова: Тиск у сечовому міхурі, внутрішньочеревна гіпертензія, абдомінальний компартмент-синдром

Ключевые слова: Давление в мочевом пузыре, внутрибрюшная гипертензия, абдоминальный компартмент-синдром

Key words: Intra-vesicle pressure, Intra-abdominal hypertension, abdominal compartment-syndrome

Мета дослідження: покращання результатів лікування хворих на ВЧГ на тлі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Матеріали та методи: нами використовувався розроблений спосіб тривалого моніторингу ТСМ з використанням двохбалонного трьохпросвітнього катетера Фолея. В оцінці ступеня ВЧГ користувались модифікованою класифікацією Burch et al. (1996) Вимірювання здійснювали при заповненні сечового міхура 25 мл фізіологічного розчину. Реєстрацію показників ВЧТ здійснювали за допомогою електронного тензодатчика в мм рт.ст. протягом усього періоду лікування хворого. Корекцію ВЧГ здійснювали за нами модифікованим алгоритмом боротьби з ВЧГ, запропонованим Всесвітнім товариством з вивчення абдомінального компартмент-синдрому (WSACS) у 2013 р.

Результати та їх обговорення: У якості прикладу наведемо один клінічний випадок: хвора М., 67 років. Поступила 19.10.2016 в 12.32 у 1-е хірургічне відділення МКЛ №4 м. Києва по швидкій допомозі з діагнозом при госпіталізації «часткова кишкова непрохідність». Хвора скаржилась на біль в животі тупого характеру без чіткої локалізації, нудоту, погане відходження газів, відсутність стільця протягом 2-х діб. Страждає постійною формою миготливої аритмії. Пульс 76 уд/хв., аритмічний, АТ 130/80 мм рт.ст. Язик вологий, обкладений білуватим нальотом, Живіт помірно піддутий, м'який при пальпації, помірно болісний в мезогастрії. Симптом Склярова та Щоткіна-Блюмберга негативні. При рентгенологічному та сонографічному дослідженні ознак гострої кишкової непрохідності не виявлено. Хворій виконано катетеризацію сечового міхура катетером Фолея, вихідний рівень ВЧТ склав 12 мм рт.ст. Хворій розпочато консервативні заходи: назогастральна декомпресія, внутрішньовенна терапія, сифонна клізма. Стан після проведеного лікування прогресивно покращувався. Контрольні показники ВЧТ склали протягом першого дня лікування $11,2 \pm 0,4$ мм рт.ст., протягом другого дня – $10,5 \pm 0,2$ мм рт.ст. Однак на третій день знаходження хворої в стаціонарі відмічено стрімке підвищення ВЧТ до $15,6$ мм рт.ст., при цьому знову відновився біль у животі без чіткої локалізації, з'явилися симптоми подразнення очеревини. При УЗД виявлено вільну рідину у черевній порожнині, відсутність будь-якої перистальтики з боку тонкої кишки. 22.10.2016 хвора взята операцію. Під час операції виявлено дифузний серозний перитоніт, причиною якого виявився некроз ділянки тонкої кишки протяжністю 1 м (60 см проксимальніше ілеоцекального переходу) внаслідок гострого сегментарного артеріального мезентеріального тромбозу. Хворій виконано резекцію некротизованої ділянки тонкої кишки за правилом Кохера, відновлення цілісності кишки анастомозом «бік в бік». У післяопераційному періоді протягом першої доби цифри ВЧТ склали $16,1 \pm 0,6$ мм рт.ст. з поступовим зниженням показників відповідно до третьої доби до $5,2 \pm 0,3$ мм рт.ст. При цьому клінічно було відмічено відновлення перистальтики кишки. Хвора виписана 29.10.16 (7-а доба післяопераційного періоду) у задовільному стані. Контрольний огляд через 2 тижні – скарг не має, стан задовільний.

Висновок. Використання тривалого моніторингу ВЧТ має важливе діагностичне значення не тільки для корекції схеми консервативної лікувальної тактики, але і для вчасного виявлення внутрішньочеревних ускладнень, які потребують виконання невідкладного оперативного втручання.

Резюме: Шляхом використання тривалого моніторингу ВЧТ було вчасно діагностовано розвиток внутрішньочеревного ускладнення мезентеріального артеріального тромбозу, яке було усунуто шляхом виконання екстреного оперативного втручання з позитивним лікувальним ефектом.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСПІШНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗНАЧНОЇ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕМБРАННО-ФІЛЬТРАЦІЙНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ

Кондик Н.П., Сачко І.Т.,

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Матвеев Р.М.

Завідувач кафедри хірургії №4: д.мед.н.,

професор Мішалов В.Г.

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

Ключові слова: гіперхолестеринемія, облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок, плазмаферез, ішемічна хвороба серця.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, плазмаферез, ишемическая болезнь сердца.

Key words: hypercholesterolemia, atherosclerosis obliterans of lower extremities, plasmapheresis, coronary heart disease.

На сьогоднішній день проблема гіперхолестеринемії є досить актуальною, оскільки є фактором ризику по розвитку різних захворювань, зокрема атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, діабету, жовчокам'яної хвороби, ожиріння. Розповсюдженість гіперхолестеринемії в Україні досить висока - 25%, при цьому в інших країнах становить: в Японії – 7%, Італії – 13%, Греції – 14%, Нідерландах – 32%, США – 39%, Фінляндії – 56%. Досвід проведення профілактичних програм показав, що зниження рівня холестерину дозволяє значно зменшити смертність у хворих на ІХС з гіперхолестеринемією. Не дивлячись на значний розвиток медикаментозної терапії гіперхолестеринемії, прийом статинів не дозволяє швидко знизити рівень холестерину. Тому, коли є необхідність в швидкому зниженні холестерину чи є протипоказання до прийому статинів, виправданим є застосування мембранно-фільтраційного плазмаферезу.

Клінічний випадок: Хворий С., 59 років був госпіталізований до Олександрівської лікарні м.Києва в плановому порядку зі скаргами на м'язеві болі в нижніх кінцівках, болі підощв та стоп, загальну слабкість, поліурію, ніктурію. Попередній діагноз: ЦД, 2 тип, середньої важкості, стадія декомпенсації. Діабетична периферична полінейропатія, больова форма. ІХС. Постінфарктний (10.2013р.) і дифузний кардіосклероз. ГХ ІІІ ст., 2 ст. СН ІІА ст. Дисциркуляторна енцефалопатія І ст. Жировий гепатоз.

При огляді стан хворого середньої важкості. Свідомість ясна. ІМТ $29,36$ кг/м². АТ $140/90$ мм рт.ст. Пульс 102 уд/хв. Межі серця зміщені вліво $+0,5$ см. Тони приглушені, акцент 2-го тону над аортою. Над легенями дихання везикулярне, перкуторно – ясний легеневий звук. ЧД 19 /хв. Живіт при пальпації – м'який, неболючий. Печінка невелика, $+2$ см, селезінка не пальпується.

Status localis: Шкіра на нижніх кінцівках бліда, суха, температура знижена. Пульсація на судинах ніг: справа та зліва (підколінна артерія, артерія тилу стопи та задня

великогомілкова) ослаблена. Вібраційна чутливість на обох стопах – 2 у.о. Больова та температурна чутливість на обох кінцівках знижена.

В лабораторних аналізах визначалось: гіперхолестеринемія (19,2ммоль/л), гіперглікемія (14,11ммоль/л).

При інструментальному обстеженні: ЕхоКГ - Постінфарктний кардіосклероз. Аневризма передньо-перегородково-верхівкової ділянки ЛШ. Дифузний гіпокінез міокарда ЛШ. Насосна функція ЛШ збережена (ФВ 52-53%); КВГ - гемодинамічно значущі стенози – ліва коронарна артерія: ПМШГ ІІ 100%, ОГ І 40%, ЗМШГ 100%; права коронарна артерія: ПКА І 99%, ЗМШГ 90%; ААГ судин н/к: ТАСС ІІ, type А. Оклюзія правої поверхневої стегнової артерії 40%, облітерація в басейні лівої підколінної артерії 100%.

На підставі проведених досліджень хворому показано проведення балонної ангіопластики зі стентуванням поверхневої стегнової артерії зліва та ЧТКА зі стентуванням ПМШГ. Враховуючи супутню патологію печінки, що є протипоказанням до застосування статинів і фібрів у даного пацієнта, з метою передопераційної підготовки, було прийнято рішення провести корекцію гіперхолестеринемії з використанням плазмаферезу.

Всього було проведено чотири сеанси мембранно-фільтраційного плазмаферезу. При цьому після першого сеансу рівень холестерину в крові пацієнта становив 18,1 ммоль/л, після другого - 14,0 ммоль/л, після третього - 10,0 ммоль/л та після четвертого сеансу - 6,13 ммоль/л.

03.01.16 р. Було виконано коронарографію + ЧТКА зі стентуванням ПМШГ та 06.01.16 р. балонну ангіопластику зі стентуванням поверхневої стегнової артерії зліва. В біохімічному дослідженні крові: рівень холестерину 4,0 ммоль/л.

14.01.16 р. Хворого виписано з діагнозом: Облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок з переважним ураженням в басейні лівої підколінної артерії (100%). НК Па-б. Балона ангіопластика зі стентуванням поверхневої стегнової артерії зліва 06.01.2016. ІХС. Постінфарктний (10.2013р.) і дифузний кардіосклероз. Коронарографія + ЧТКА зі стентуванням ПМШГ 03.01.2016. Хронічна аневризма передньо-перегородково-верхівкової ділянки лівого шлуночка. Гіпертонічна хвороба ІІ ступеню, 3 стадії, ризик 4 (дуже високий). СН І-ІІА ст. зі збереженою систолічною функцією ЛШ. ЦД 2 тип, тяжкий перебіг, стадія субкомпенсації. Жировий гепатоз.

Отже, після чотирьох сеансів плазмаферезу показник холестерину з 19,2 ммоль/л впав до 4,0 ммоль/л, тобто знизився на 79,2% від вихідного рівня. Отримані дані свідчать про значну коригуючу роль плазмаферезу в комплексному лікуванні гіперхолестеринемії. При цьому застосування сеансів плазмаферезу не потребує тривалого вживання статинів і фібрів на тлі патології печінки та необхідності прийому великої кількості таблетизованих препаратів, що значно покращує комплаєнтність у лікуванні.

ПЕРФОРАЦІЯ ТОНКОЇ КИШКИ ПІГУЛКОЮ В УПАКОВЦІ

Корольова Х. О.,

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Мойсеєнко А. І.,

Зав. кафедрою: д.мед.н., проф. Безродний Б.Г.,

Національний медичний університет імені О.О.

Богомольця,

м. Київ, Україна

Ключові слова: стороннє тіло кишківника, перфорація кишківника, перитоніт.

Ключевые слова: инородное тело кишечника, перфорация кишечника, перитонит.

Keywords: foreign body inside the bowel, intestinal perforation, peritonitis.

За даними авторів щорічно мільйони чужорідних тіл потрапляють в шлунково-кишковий тракт, і щороку в світі вмирають від цього від 1500 до 2750 осіб. Однак тільки приблизно 10-20% пацієнтів з чужорідними тілами потрібно будь-яке лікування, в інших випадках сторонні предмети проходять через весь шлунково-кишковий тракт безперешкодно.

Приблизно 80% всіх пацієнтів з чужорідними тілами шлунково-кишкового тракту складають діти, проте сторонні предмети, введені в пряму кишку, майже завжди зустрічаються у дорослих людей. До груп підвищеного ризику відносяться люди з порушеною психікою, люди, які зловживають спиртним, літні люди, у яких є неякісні зубні протези, або з ослабленою критикою своєї поведінки через медикаментозну терапію, старече недоумство, а також при наявності дисфагії внаслідок інсульту. [5,6]

Клінічний випадок: Хвора Ч. 63 роки, поступила в клініку в ургентному порядку зі скаргами на болі по всьому животу, більше в нижній відділах справа, нудоту, сухість в роті, підвищення температури тіла до 38 °С. Зі слів хворої та родичів, що її супроводжували болі з'явилися 6 діб тому, на другу добу після початку захворювання хвора викликала бригаду швидкої допомоги, після огляду пацієнтки бригада швидкої допомоги констатувала, що хірургічної патології та потреби у госпіталізації не має. Після цього пацієнтка 4 доби знаходилась вдома, за медичною допомогою не зверталась і для зменшення больового синдрому приймала по 4-5 пігулок нестероїдних протизапальних засобів. Під вечір шостої доби біль став нестерпний, з'явилась нудота, підвищилась температура тіла, у зв'язку з чим хвора викликала швидку допомогу і була доставлена в КМКЛ №4.

Об'єктивно на момент поступлення: загальний стан хворої був важкий, хвора була в свідомості, доступна контакту. Шкірні покриви сіро-землистого кольору, сухі, тургор шкіри різко знижений. Язик сухий, обкладений жовтим нальотом. Температура тіла 38,2 °С, пульс 104уд/хв., аритмічний за рахунок окремих екstrasistol, слабого наповнення та напруження. АТ 140/70 мм.рт.ст. Частота дихання 28\хв, поверхневе, жорстке дихання. Живіт був рівномірно вздутий, не приймав

участь в акті дихання. При пальпації напружений, особливо виражено в правій здухвинній ділянці, болісний в усіх відділах. Відмічались ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині, позитивні симптоми подразнення очеревини в усіх відділах. Діурез ослаблений, газу відили, самостійний стілець (зі слів хворої).

В лабораторних аналізах відзначалось підвищення кількості лейкоцитів та підвищення ШОЕ.

Був встановлений попередній діагноз: гострий апендицит, розлитий перитоніт. Враховуючи важкість стану хворої, вік, наявність супутньої патології (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба III ст, СН2Б ст, анамнестичні дані, епіцентр болі в правій здухвинній ділянці була вибрана лікувально-діагностична тактика: лапароскопічна ревзія та санація черевної порожнини.

При лапароскопії був виявлений злуковий процес в правій здухвинній ділянці, після розділення злук була вскрита порожнина абсцесу, яка містила до 200мл жовто-зеленого гною з домішками калових мас. При ревізії порожнини абсцесу по протибрижковому краю клубової кишки виявлено раньовий дефект, через який проглядав гострий край стороннього тіла – фрагменту металізованої упаковки пігулки. Після цього була виконана лапаротомія, видалення стороннього тіла кишки, ушивання рани кишки, санація та дренування черевної порожнини, в ході якої були розкриті та сановані множинні міжпетлеві абсцеси черевної порожнини.

На 4 добу післяопераційного періоду виникло ускладнення: перфорація гострих стресових виразок клубової кишки з приводу чого була виконана релапаротомія, розділення злук, резекція близько 1 м клубової кишки з формуванням терміно-латерального ілеотрансверзоаностомозу, лаваж та дренування черевної порожнини. На 6 добу перебіг післяопераційного періоду ускладнився розвитком гострого крупновогнищцевого інфаркту міокарда.

Загалом хвора перебувала в стаціонарі 25 днів. Післяопераційна рана зажила вторинним натягом. Хвора в задовільному стані була виписана на амбулаторне лікування.

В післяопераційному періоді хвора відзначала те, що вона не навмисно ковтнула пігулку разом із металевою упаковкою. Як, де і за яких обставин це відбулося вона не пам'ятала. Звертало увагу те, що пацієнтка похилого віку, постійно носить окуляри через поганий зір, та приймає велику кількість препаратів, зокрема для зниження тиску.

Заключний клінічний діагноз:

Основний: Перфорація клубової кишки стороннім тілом. Гострий крупновогнищцевий інфаркт міокарду.

Ускладнення: Загальний фібринозно-гнійний перитоніт. Множинні міжпетлеві абсцеси черевної порожнини. Перфорація гострих виразок клубової кишки.

Супутній: Ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба III ст, СН ІІБ. Хронічний калькульозний холецистит.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОЇ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ РОЗТАШУВАННІ ПУХЛИНИ У ВЕРХНЬО-ВНУТРІШНЬОМУ КВАДРАНТІ

Костюченко Є. В.

Науковий керівник: ас., к.м.н. Мотузюк І.М., доц., к.м.н. Сидорчук О.І.

Завідувач кафедри онкології д.м.н. Верещако Р.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Ключові слова: рак грудної залози, верхньо-внутрішній квадрант, онкопластична операція.

Резюме. У статті описано загальновідомі варіанти оперативного лікування хворих на рак грудної залози при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті та запропоновано новий спосіб хірургічного лікування при даній локалізації. Представлено клінічний випадок хірургічного лікування хворої запропонованим варіантом та показано його переваги.

Вступ. Сучасні тенденції у лікуванні хворих на рак грудної залози (РГЗ) передбачають надання переваги виконанню органозберігаючих операцій (ОЗО) або первинних реконструктивних операцій. Якщо відношення розміру пухлини до розміру грудної залози достатнє (менше 25%), тактикою вибору є проведення ОЗО. У випадках, коли відношення розмірів пухлини і грудної залози не дозволяють виконувати ОЗО і потребують проведення мастектомії, одночасно або відтерміновано виконують реконструктивні операції (ендопротезування імплантатами, реконструкції грудної залози TDL-, TRAM- та іншими клаптями).

Переважає більшість ОЗО призводять до деформації грудної залози, невідповідності розмірів грудних залоз та асиметрії. Особливо актуальною є дана проблема при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті, оскільки виникає видимий дефект у зоні декольте. Такий естетичний результат є незадовільним. Крім того, створюються труднощі у виборі білизни, що значно погіршує якість життя хворих [1-2].

Частота локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті складає близько 15%. Поширеними способами оперативних втручань при даній локалізації пухлини є наступні: при малому розмірі грудної залози – техніки Round block та S-техніки; при середньому розмірі – техніка Round block, S-техніка, редукція на нижній ніжці, редукція на верхньо-нижній ніжці; при великому розмірі залози із птозом – редукція на нижній ніжці, S-техніка, редукція на верхньо-нижній ніжці, Round block [6-7]. Проте такий варіант хірургічного лікування призводить до значного видимого дефекту тканин у зоні декольте. Цей дефект може бути частково зменшений завдяки мобілізації тканин верхньо-зовнішнього та нижньо-внутрішнього квадрантів. Проте естетичний дефект все одно залишається видимим, спостерігається несиметричність грудної залози за рахунок зменшення об'єму грудної залози в нижніх квадрантах,

недосконалість її форми та розмірів. Іншими варіантами хірургічної лікування при локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті є встановлення імпланту або заміщення дефекту тканин TDL-клаптем. Недоліками усіх наведених способів є значне збільшення тривалості оперативного втручання, розширення раньового поля, дефект тканин у зоні забору дермоліпогландулярного клаптя та утворення сероми в донорській зоні. Часто виникає необхідність корегуючої операції на контрлатеральній грудній залозі [3-5,8].

Таким чином, для усунення дефекту тканин та покращення естетичних результатів хірургічного лікування при розташуванні пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті актуальною є розробка нових способів онкопластичних операцій. У даній статті нами запропоновано власний спосіб вирішення даної проблеми та представлено клінічний випадок його успішного впровадження. Даний спосіб дозволяє досягти симетричності грудної залози, її оптимального розміру та форми, тобто задовільного естетичного результату без шкоди для радикалізму операції (видалення пухлини проводиться в межах здорових тканин) та із збереженням онкологічних принципів. Розроблений спосіб сприятиме розширенню показань до ОЗО, що відповідає сучасним світовим тенденціям.

Спосіб виконання операції. Запропонований нами спосіб включає наступні етапи. Виконують розмітку грудної залози над верхньо-внутрішнім квадрантом, який підлягає видаленню, перiareолярно та над верхньо-зовнішнім квадрантом для виконання мобілізації лоскута та лімфатичної дисекції. Проводять розтин шкіри грудної залози за лініями розмітки: двома фігурними розрізами над верхньо-внутрішнім квадрантом, перiareолярно та лінійним розрізом над верхньо-зовнішнім квадрантом. Широко сепарують шкірні клапти. Виконують власне квадрантектомію — видалення верхньо-внутрішнього квадранту грудної залози з пухлиною в межах гістологічної «чистоти» тканин

Наступний етапом є мобілізація верхньо-зовнішнього квадранта грудної залози разом з хвостом Спенса. Важливим моментом даного етапу є збереження кровопостачання мобілізованих тканин, а саме — зовнішньої грудної артерії. Далі проводять видалення клітковини з регіонарними лімфатичними вузлами. Після цього мобілізований лоскут переміщують медіально у ложе видаленого верхньо-внутрішнього квадранту грудної залози. Останній фіксують до великого грудного м'яза на рівні верхнього краю грудної залози. Зшивають між собою переміщений клапоть та тканин нижньо-внутрішнього квадранта. Виконують репозицію сосково-ареолярного комплексу. Пошарово ушивають післяопераційну рану.

Отже, запропонований спосіб включає виконання квадрантектомії з регіонарною лімфатичною дисекцією та онкопластичного етапу операції з переміщення мобілізованого верхньо-зовнішнього квадранту та хвоста Спенса у ложе видаленого квадранту. Заповнений таким чином верхній полюс забезпечує відсутність видимого дефекту в зоні декольте, симетричність залози та

задоволеність пацієнтами в цілому естетичним результатом операції. Клінічний випадок. Хвора Н., 53 роки, поступила зі скаргами на пухлину правої грудної залози. Хворіє 1 місяць, утворення виявила самостійно, не лікувалася. Спадковий анамнез необтяжений. З боку інших органів і систем без особливостей.

Локальний статус: у правій грудній залозі у верхньо-внутрішньому квадранті утворення до 2 см в діаметрі, щільної консистенції. Регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

На мамограмі правої грудної залози у краніокаудальній проекції спостерігається неоднорідна тінь з нечіткими нерівними контурами, розміром до 2 см в діаметрі. На ЕКГ без видимих патологічних змін. На рентгенограмі органів грудної порожнини патології не виявлено. Показники загального аналізу крові, загального аналізу сечі, біохімічного аналізу крові, коагулограми в нормі. За результатами патогістологічного дослідження: інфільтративний залозистий рак (G2).

Було поставлено клінічний діагноз рак правої грудної залози T1cNoMo I ст. 2 кл.гр. Пацієнтка була госпіталізована для оперативного лікування до відділення пухлин грудної залози та її реконструктивної хірургії Національного інституту рака. Хворій виконано квадрантектомію правої грудної залози з регіонарною лімфатичною дисекцією за наведеним способом. За даними постопераційного патогістологічного заключення: інфільтративний дольковопротоковий рак грудної залози G2. Краї резекції без пухлинного росту. У 5 із 7 досліджених лімфатичних вузлах виявляються метастази раку. За результатами імуногістохімічного дослідження: ER 53,7% (+++), PR 22,1% (+), Her2-neu +, Ki-67 16%.

Заключний клінічний діагноз: рак правої грудної залози pT2pN2aM0 IIIA ст., після оперативного лікування, 2 кл. гр. Термін перебування хворої у стаціонарі становив 3 доби. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. За 2 місяця на контрольному огляді відсутній дефект тканин в зоні видаленого квадранту грудної залози (Додаток 1-3). Хвора продовжує ад'ювантне хіміопроменеве лікування.

Висновки. На даному клінічному випадку лікування хворої на рак грудної залози при локалізації пухлини у верхньо-внутрішньому квадранті нами було доведено ефективність запропонованого способу, показано його суттєві переваги над іншими можливими варіантами оперативних втручань та обґрунтовано доцільність подальшого широкого застосування. Перевагами запропонованого способу є відсутність дефекту тканин у зоні видаленого квадранта, симетричність грудної залози, незначна тривалість оперативного втручання, відсутність дефекту тканин або сероми у донорській зоні, відсутність необхідності корегуючої операції на контрлатеральній грудній залозі, задоволеність пацієнтами формою, розмірами грудної залози та естетичним результатом в цілому. Оперативне втручання виконується без шкоди радикалізму та із збереженням онкологічних принципів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОЇ ІНВАГІНАЦІЇ, ЯКА МІСТИЛА ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ З ПУХЛИНОЮ, ТА ВТОРИННИМ КАТАРАЛЬНИМ АПЕНДИЦИТОМ

Підченко Ю.Д.,

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Матвеев Р.М.

Завідувач кафедри хірургії №4, д.мед.н.,

проф. Мішалов В.Г.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: тонко-товстокишкова інвагінація, дивертикул Меккеля, пухлина дивертикула Меккеля.

Ключевые слова: тонко-толстокишечная инвагинация, дивертикул Меккеля, опухоль дивертикула Меккеля.

Key words: ileocolical invagination, Meckel's diverticulum, tumor of Meckel's diverticulum.

Дивертикул Меккеля (ДМ) – вроджений дивертикул тонкої кишки, аномалія, пов'язана з редукцією жовточно-кишкової протоки в процесі ембріогенезу. Частота ДМ становить 1-4 %. Зазвичай ДМ розташований на протибрижовому краї клубової кишки на відстані 60-80 см від ілеоцекального кута. Довжина ДМ найчастіше 5-7 см, діаметр - 0,5-5,0 см. У нормі слизова оболонка, яка вистилає ДМ, являє собою ворсинчастий епітелій здухвинної кишки. ДМ може спричинити розвиток ускладнень: гострий дивертикуліт (14%), гостру кишкову непрохідність, кишкову кровотечу, перфорацію (43%), перитоніт, пептичну виразку (4-5 %), грижоутворення (грижа Літре – в 11 %), пупкову фістулу (3,4 %), інвагінацію (6,6-15 %), пухлини (0,5-1,9 %).

Низька інформованість лікарів про можливі ускладнення ДМ зумовлює значну частку діагностичних і тактичних помилок, які стають причиною пізніх оперативних втручань і високої післяопераційної летальності (8,3-18%).

До хірургічного відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва 20.05.2016 р. каретою швидкої допомоги госпіталізовано пацієнтку В., 20 років, з підозрою на гострий апендицит.

Скарги на момент огляду: біль ниючого характеру в епігастрії та в правій здухвинній ділянці, нудота, блювання. Вважає себе хворою протягом доби, коли на тлі повного благополуччя 19.05.2016 р. виник біль в епігастрії, який згодом змістився в праву здухвинну ділянку, блювання (до 5 разів – слизом з домішками жовчі) та послаблення випорожнення (одноразово, звичайного кольору). Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Дихання везикулярне. Гемодинаміка стабільна. St. localis. Живіт симетричний, бере участь в акті дихання, дещо піддутий. Пальпаторно м'який, різко болочий у правій здухвинній ділянці, де пальпуються утворення розміром 4 Ч 8 см еластичної консистенції. Симптоми Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона, Образцова - позитивні. Симптоми Щоткіна-Блюмберга, Воскресенського - слабо-позитивні. Шум плескоку — не виявлено. Per rectum: без особливостей.

Проведено обстеження (доступні по швидкій допомозі на момент госпіталізації пацієнтки): Загальний аналіз крові: лейкоцитоз із зсувом вліво. Біохімічний аналіз крові: норма. Загальний аналіз сечі: норма. Коагулограма: норма.

Рентгенограма органів черевної порожнини: поодинокі рівні рідини. ЕКГ: без особливостей. Обстеження гінеколога гострої гінекологічної патології на момент огляду не виявило.

На етапах госпіталізації больовий синдром у зазначених ділянках посилювався. Проведені обстеження не дали відповіді щодо природи утворення в правій здухвинній ділянці. Враховуючи наведені дані, пацієнтці встановлено діагноз: «Гострий апендицит. Перитоніт? Апендикулярний інфільтрат?» та запропоноване оперативне лікування за невідкладними показаннями.

Операцію було проведено 20.05.2016 р. Операційна бригада: О.В. Балабан, Р.В. Гонза, Р.М. Матвеев. Знеболювання: Ендотрахеальний наркоз. Доступ McBurney довжиною 5 см. В рану виділилося до 60 мл серозного випоту без патологічних домішок. Осушено. При ревізії в правій здухвинній ділянці виявлено конгломерат петель клубової та сліпої кишок (тонко-товстокишкова інвагінація, з проникненням петель тонкої кишки крізь valva ileocaecalis у висхідний відділ ободової кишки на глибину до 10 см. Доступ розширений до 8 см. Дезінвагінація мануально. Інвагінат близько 45 см завдовжки, складається з петель клубової кишки та ДМ розміром 3 Ч 4 см на широкій ніжці, з пухлиною до 2,5 см у діаметрі (що, ймовірно, і стало причиною інвагінації), розташований на відстані до 40 см від ілеоцекального кута. Стінки кишок, залучених у процес, багрянного кольору, набряклі, нерозширені. В брижу тонкої кишки введено 40 мл 0,5 % розчину новокаїну, вражені петлі визнано життєздатними. Виконано клиноподібну резекцію тонкої кишки з видаленням ДМ та відновленням цілісності тонкої кишки за допомогою вузлового двохранного шва. При подальшій ревізії виявлено апендикс довжиною до 10 см, діаметром 0,9 см, гіперемований, набяклий. Виконано типову апендектомію. Іншої патології, яка б потребувала оперативного лікування, не виявлено. Черевну порожнину промито розчинами антисептиків, дреновано. Накладено пошарові шви, асептичну пов'язку на рану. Об'єм крововтрати за час операції – 20 мл.

Діагноз після операції: Гостра кишкова непрохідність. Тонко-товстокишкова інвагінація з ДМ, який містить пухлину. Вторинний катаральний апендицит.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнтка отримувала консервативне лікування. Контрольний огляд 20.06.2016 р. Пацієнтка скарг не висувала, рана зажила первинним натягом.

Таким чином, слід відмітити, що діагностика зазначеної патології була утруднена відсутністю можливості провести повне інструментальне обстеження пацієнта (зокрема УЗД або КТ органів черевної порожнини). Худорлявість пацієнтки та мобільність сліпої кишки дали змогу виконати операцію у повному обсязі без середньої лапаротомії, а незначний строк інвагінації, збере-

ження життєздатності кишки, відсутність перитоніту – дали змогу не проводити правобічну геміколектомію з «ручною» дезінвагінацією.

Отже, для верифікації тонко-товстокишкової інвагінації, що містить дивертикул Меккеля, в поєднанні з вторинним апендицитом необхідно провести повне інструментальне дослідження пацієнта (зокрема УЗД

або комп'ютерну томографію органів черевної порожнини). У лікуванні пацієнтів з подібною патологією методом вибору може бути мануальна дезінвагінація, клиноподібна резекція тонкої кишки з дивертикулом, апендектомія. Хірургічний доступ – розширений доступ McBurney, що дає змогу виконати оперативне втручання в повному обсязі та отримати задовільний косметичний ефект.

**ЛІКУВАННЯ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ
НЕЗАВЕРШЕНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ З ВИДАЛЕННЯМ ПЕРШИХ
ПРЕМОЛЯРІВ**

Гавриляк Н.Б., Неспрядько В.П., Етніс Л.О.

*Науковий керівник: зав. кафедри ортопедичної
стоматології, д.мед.н., професор Неспрядько В.П.,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Ключові слова: скупченість зубів, функціональна діагностика, дисфункція СНЩС

Ключевые слова: скученность зубов, функциональная диагностика, дисфункция ВНЧС

Key words: teeth crowding, functional diagnostics, TMJ dysfunction

Пацієнтка С., 29 років, звернулася зі скаргами на проміжки між зубами та нерівне положення зубів. Зі слів пацієнтки, у 12 років їй видалили зуби 14, 24, в 13-14 років видалили зуби 34, 44 за ортодонтними показаннями. Пацієнтка лікувалася пластинковими ортодонтними апаратами на верхній та нижній щелепах. На нижній щелепі лікування не завершила.

При проведенні клінічного обстеження виявлено асиметричність відкривання рота, відсутність іклового ведення при латеротрузії. Під час відкривання рота періодично відчувалось клацання у СНЩС, на що пацієнтка раніше не звертала уваги. При пальпації жувальних м'язів та СНЩС відсутні больові відчуття. Відмічається нещільне змикання між бічними різцями та іклами у звичній оклюзії, наявні тріми між зубами 13-15, 23-25, 33-35, 43-45, скупченість зубів у фронтальній ділянці на верхній та нижній щелепах, високе прикріплення вуздечки нижньої губи, рецесія ясен в ділянці зубів 31, 41. При лівій латеротрузії наявний контакт на зубах 11 та 31, при правій латеротрузії наявний контакт на зубах 11 та 41. Дані клінічного обстеження обумовили необхідність поглибленого функціонального дослідження зубо-щелепного апарату.

При проведенні комп'ютеризованого аналізу оклюзії за допомогою апарату T-Scan III виявлено, що перші контакти при звичній оклюзії виникають на зубах 21, 11, 13 при балансі оклюзії на лівому та правому боці 57,4% / 42,6%. У момент максимального міжгорбкового стискання баланс оклюзії становив 35,7% / 64,3% з перевагою правої сторони. При цьому спостерігалась відсутність контактів на зубах 22 і 23, слабкі контакти на зубах 12, 13, найсильніші контакти були на зубах 11, 17, 18, 26, проте значень супраконтактів не сягають. Час змикання та час розмикання становив відповідно 0,18 та 0,19 секунд, що відповідає нормі. Наприкінці про-

трузії спостерігаються контакти на зубах 11 та 21, баланс оклюзії становив 84,3% / 15,7% з перевагою лівої сторони. При лівій латеротрузії спостерігається групове ведення на зубах лівої сторони із сильним контактом на зубі 11 та слабкими контактами на зубах 16, 17, 18, наприкінці латеротрузійного руху наявні контакти на зубах 11, 18 та 26. При правій латеротрузії спостерігається групове ведення на зубах правої сторони із сильним контактом на зубі 11 та слабкими контактами на зубах 21, 25, 26, наприкінці латеротрузійного руху наявний контакт на зубі 11.

Патологія оклюзії була підтверджена і при діагностиці гіпсових моделей в артикуляторі.

При дослідженні біоелектричної активності жувальних м'язів за допомогою 8-канального електроміографа BioEMG III у стані спокою виявлено відсутність ознак гіпертонусу м'язів. При вольовому стисканні спостерігається значне зниження біоелектричної активності та високий ступінь симетрії роботи всіх груп жувальних м'язів з незначним переважанням активності m. masseter. При жуванні спостерігається незначне зниження біоелектричної активності, превалювання власне жувальних м'язів, більшою мірою з лівого боку; симетричність активності передніх скроневих м'язів висока, власне жувальних – задовільна. Кількість жувальних рухів до проковтування пережованого лісового горіха – 38.

При проведенні електронної аксіографії за допомогою аксіографа CADIAX diagnostic із застосуванням параоклюзійної прикусної вилки було підтверджено асиметричність руху суглобових голівок нижньої щелепи справа та зліва при протрузії за рахунок гіпомобільності у правому СНЩС. При лівій латотрузії спостерігається менша амплітуда руху, ніж при правій. При відкриванні рота спостерігається дефлексія нижньої щелепи вліво, амплітуда рухів у обох СНЩС зменшена, хоч і періодично спостерігається ознаки репозиції суглобового диску, що супроводжується збільшенням амплітуди рухів у СНЩС зліва. Амплітуда рухів суглобових голівок нижньої щелепи при мовленні та жуванні знижена.

Враховуючи дані клінічних та інструментальних обстежень пацієнта, було встановлено діагноз скупченість фронтальних зубів верхньої та нижньої щелепи, ускладнена функціональним переважанням зубів та дисфункціональним станом СНЩС. Було визначено необхідність поетапного лікування, що повинно включати виведення зубів 31, 41 з перенавантаження шляхом нормалізації положення зубів, форми зубного ряду та співвідношення щелеп за допомогою незнімної техніки (брекет-системи) з подальшим контрольним функціональним дослідженням.

Під час першого етапу лікування була проведена попередня хірургічна підготовка, що включала видалення

третіх молярів на верхній та нижній щелепах, проведення операції френулотомії вуздечки нижньої губи та пластики ясен з метою усунення рецесій.

На даний момент ортодонтичне лікування дозволило забезпечити розширення зубних дуг верхньої та нижньої щелеп у передній ділянці зубного ряду та збільшити обсяг рухів нижньої щелепи при латеротрузії. При пальпації СНЩС больові відчуття і клацання не спостерігається. Лікування продовжується.

МОРФОЛОГІЧНІ ВАРІАЦІЇ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПЕРШОГО МОЛЯРА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ: КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ З П'ЯТЬМА ТА ШІСТЬМА КОРЕНЕВИМИ КАНАЛАМИ

Гавришкевич Я.І.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Зубачик В. М.

Завідуючий кафедри: д.м.н., проф. Зубачик В.М.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Ключові слова: ендодонтичне лікування, додатковий канал, серединний медіальний канал, серединний дистальний канал, дно пульпової камери.

Key words: endodontic treatment, accessory root canal, middle mesial canal, middle distal canal, bottom of the pulp chamber.

Ключевые слова: эндодонтическое лечение, дополнительный канал, срединный медиальный канал, срединный дистальный канал, дно пульповой камеры.

Неповне очищення системи кореневих каналів є основною причиною невдачі ендодонтичного лікування. Пропущені кореневі канали з залишками інфікованої пульпи часто спричиняють розвиток апікального періодонтиту. Важливим аспектом виявлення додаткових кореневих каналів є знання можливих морфологічних варіацій анатомії зубів.

Для першого моляра нижньої щелепи загальноприйнятою анатомічною нормою вважається наявність двох коренів з двома кореневими каналами у медіальному корені і одним кореневим каналом у дистальному. Проте, морфологія першого моляра нижньої щелепи може бути досить складною. Підтвердженням цьому є моляри з одним коренем, трьома коренями, тауродонтизм, radix entomolaris, radix paramolaris, додатковим серединним медіальним, серединним дистальним каналом, чотирма каналами в медіальному корені, C-shape каналами. Згідно літературних джерел, нижньощелепні п'ятиканальні та шестиканальні перші моляри зустрічаються лише у 2-3% випадків.

Клінічний випадок 1. У клініку звернувся 27-річний пацієнт зі скаргами на ниючий біль, що посилювався вночі, в ділянці молярів нижньої щелепи справа. При об'єктивному обстеженні виявлено каріозні порожнини на оклюзійній та оклюзійно-дистальній поверхнях зуба 46; пальпація по перехідній складці в проекції верхівок коренів зуба 46 - безболісна; перкусія – безболісна; при проведенні температурної проби – тривала больова реакція; ЕОД – 22 мкА. На інтраоральній періапикальній

рентгенограмі зуба виявлено значне вогнище демінералізації в безпосередній близькості до пульпи зуба та відсутність ознак ураження періапикальних тканин. Діагноз: необоротний симптоматичний пульпіт зуба 46. Під час ендодонтичного лікування при дослідженні дна пульпової камери за допомогою ендодонтичного зонда під оптичним збільшенням у медіальному та дистальному коренях було виявлено по 2 кореневі канали. Вічко серединного медіального каналу знайдено після препарування перешийка між МЯ і МЩ каналами ультразвуковою насадкою №2 Start-X (Dentsply, Maillefer, Switzerland). Першочергово канали пройдено K-file №08,10, K-file Nitiflex №15, 20 (Dentsply, Maillefer, Switzerland). Кореневі канали формували ротаційними Ni-Ti інструментами: ProTaperUniversal, ProTaperNext та Profile (Dentsply, Maillefer, Switzerland). Калібрування верхівок проводили ручними K-file Nitiflex №30. При кожній зміні інструмента проводилась іригація 6% розчином гіпохлориту натрію та підтверджувалась прохідність K-file №10. Обтурацію проведено методом холодної латеральної конденсації гутаперчі з силлером AN-plus (Dentsply, DeTrey, Germany).

Проведено рентгенологічне дослідження якості пломбування кореневих каналів. Аксіальний зріз на конусно-променевої комп'ютерній томографії зуба 46 підтверджує наявність 3 кореневих каналів у медіальному та 2 кореневих каналів у дистальному коренях. У медіальній системі “ 3 окремі кореневі канали з окремими вічками та однією апікальною верхівкою, що відповідає (3-2-1) типу морфології кореневих каналів згідно класифікації Al-Qudah&Awawdeh (2009). Тонка згінтина перетинка частково роз'єднує 2 дистальні кореневі канали, які закінчуються однією верхівкою, що відповідає II (2-1) типу морфології кореневих каналів згідно класифікації Vertucci (1974).

Клінічний випадок 2. В клініку звернулася 30-річна пацієнтка зі скаргами на постійний ниючий біль, що посилювався при накушуванні в ділянці молярів нижньої щелепи зліва. При об'єктивному обстеженні пальпація по перехідній складці в проекції верхівок коренів 36 зуба - болісна; перкусія - болісна; температурний тест (холод) – негативний, ЕОД - 54мкА. На інтраоральній періапикальній рентгенограмі зуба виявлено пломбувальний матеріал в безпосередній близькості до пульпи зуба, конкремент та відсутність явних ознак ураження періапикальних тканин. Діагноз: симптоматичний апікальний періодонтит 36. Під час ендодонтичного лікування, обстежуючи дно пульпової камери, було виявлено 4 кореневих каналів: 2 канали в медіальному та 2 канали у дистальному коренях. ММ та ДМ канали було виявлено після препарування перешийку медіального кореня ультразвуковою насадкою.

Першочергово кореневі канали пройдено інструментами K-file № 08,10 та K-file Nitiflex №15 (Dentsply, Maillefer, Switzerland). Формування кореневих каналів виконувалась ротаційними Ni-Ti інструментами VT-Race (FKG Dentaire, Switzerland). Верхівки калібрували K-file NiTi flex № 35 (Dentsply, Maillefer, Switzerland). При кожній зміні інструмента проводилась іригація 6%

розчином гіпохлориту натрію та підтверджувалась прохідність K-file №10. XP-endo Finisher (FKG Dentaire, Switzerland) використовували для активації розчинів на етапі передобтураційної іригації. Пломбування кореневих каналів проведено методом центрального гутаперчевого штифта зі силлером на основі МТА.

Рентгенологічно було підтверджено наявність 3 каналів в медіальному корені - VIII (3-3) тип морфології кореневих каналів згідно класифікації Vertucci (1974); та 3 каналів у дистальному корені – XXII (3-2-1) тип морфології кореневих каналів згідно з Al-Qudah & Awawdeh (2009).

Досконале знання морфології зубів, вміння інтерпретувати результати рентгенологічного дослідження, ретельна підготовка порожнини доступу, – є необхідними передумовами для успішного ендодонтичного лікування. Можливі морфологічні варіації зуба потрібно враховувати ще на етапі планування ендодонтичного лікування та, за необхідності, використовувати додаткові методи дослідження (комп'ютерну томографію), та спеціальні засоби для пошуку кореневих каналів.

ЛІКУВАННЯ ВАЖКОЇ ГНИЛІСНО-НЕКРОТИЧНОЇ ФЛЕГМОНИ ШИЇ, УСКЛАДНЕНОЇ МЕДІАСТЕНІТОМ, З ВИКОРИСТАННЯМ НИЗЬКОЧАСТОТНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ОБРОБКИ РАН

*Григоренко О.В., Романова А.Ю., Копчак А.В.,
Чепурний Ю.В.*

Науковий керівник: д. мед. н., професор Копчак А.В.

Завідуючий кафедри: д. мед. н.,

професор Антоненко М.Ю.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Інститут післядипломної освіти

м. Київ, Україна

Лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки залишається актуальною проблемою, зважаючи на їх значну розповсюдженість, несприятливий клінічний перебіг та високий ризик важких ускладнень, що нерідко становлять загрозу життю хворого. Абсцеси і флегмони щелепно-лицевої ділянки супроводжуються некрозом та руйнуванням тканин, накопиченням в рані ексудату та тканинного детриту, що є субстратом для росту і розмноження патогенних мікроорганізмів. Некротичні та некробіотичні процеси особливо виразні при анаеробних гнилісно-некротичних флегмонах, які характеризуються важким перебігом, швидким поширенням на оточуючі, неушкоджені ділянки, формуванням великих за розміром дефектів шкіри та м'яких тканин. На сьогоднішній день запропоновано низку нових високотехнологічних методів обробки гнійних ран спрямованих на збільшення ефективності некротомії та одночасну мінімізацію ризиків пов'язаних із руйнуванням вітальних тканин та подальшим поширенням гнійно-запального процесу на раніше

неушкоджені ділянки. Одним із найбільш перспективних рішень в цьому напрямку є застосування ультразвукових хвиль низької частоти (20-40 кГц), що діють на ранову поверхню через постійний потік фізіологічного розчину. Представлений клінічний випадок демонструє можливості низькочастотної ультразвукової обробки ран при найбільш важких формах гнійно-некротичних процесів щелепно-лицевої ділянки і шиї.

Хворий, Ф., 27 р. звернувся в Центр щелепно-лицевої хірургії та стоматології КОКЛ № 1 25.11.2016 зі скаргами на болісний набряк дна порожнини рота, що розповсюджувався до грудної клітки, біль при ковтанні, відкриванні рота. Зі слів хворого за чотири доби до цього виник біль у зубі 36, за допомогою не звертався, в наступному під нижньою щелепою з'явився набряк, який постійно наростав і розповсюджувався нижче на середню і нижню третину шиї. При поступленні загальний стан хворого важкий, наявна виражена асиметрія за рахунок болісного інфільтрату обох піднижньо-щелепних та підпідборідної ділянок, передньої поверхні шиї з розповсюдженням до ключиці. Шкіра гіперемована, напружена, відзначені позитивні симптоми Герке та Іванова, крепітація в лівій піднижньо-щелепній ділянці з розповсюдженням вздовж переднього краю кивального м'язу до нижньої третини шиї. Відкривання рота обмежене до 1,5 см, болісне, ковтання болісне. В зубі 36 глибока каріозна порожнина, перкусія різко болісна. На КТ ОГК (від 25.11.2016): ознаки передньо-верхнього медіастеніту. Вміст лейкоцитів в крові при госпіталізації 20.4x10⁹/л. Хворий був проконсультований торокальним хірургом та ЛОР-лікарем. Після комплексного обстеження був поставлений діагноз: Одонтогенна гнилісно-некротична флегмона дна порожнини рота, лівого крило-щелепного простору, шиї, передньо-верхній медіастеніт від зуба 36. Того ж дня була проведена операція: розкриття, дренажування флегмони дна порожнини рота, лівого крило-щелепного простору, цервікотомія, шийна медіастенотомія, видалення причинного зуба 36. При операції виявлено велику кількість некротичних мас, м'язи на вигляд вареного м'яса, отримано близько 30 мл брудно-сірого гнійного ексудату з пухирцями повітря. Перші дві доби після операції хворий знаходився в умовах ВРІТ. Хворому призначено медикаментозну терапію, що включала у ВРІТ: Далацин 600.0 + NaCl 100.0 3 р/д в/в; Метрогіл 10.0 в/в 1 р/д; Левомак 500 мг в/в 2 р/д; Дексалгін 2.0 в/в 2 р/д; Омез 40 мг в/в 1 р/д; Інфуган 1 раз; NaCl 0.9% 400.0 + KCl 4% 30 мл+ MgSO4 25 % 3.0 в/в 3 р/д; Флаксіпарин 0.3 п/ш1 раз; L-лізіна есцнат 20.0 + NaCl 0.9% 100.0 в/в 2 р/д; Фуросемід 1.0 в/в 1 р/д. У ЩЛВ: Метрогіл 10.0 в/в 1 р/д; Реосорбілакт 200.0 в/в 1 р/д; Кейвер 2.0 в/м при болях; Цефтріаксон 1.0 в/в 2 р/д; Дексаметазон 8 мг в/м 1 р/д; Дексалгін 2.0 в/м при болях; Далацин 600 мг + 20.0 NaCl 3 р/д в/в ; Гентаміцин 2 р/д в/м; Грандазол 20.0 в/в 2 р/д.

Перебіг захворювання в післяопераційному періоді характеризувався некротизацією ділянок шкіри підшкірної клітковини та підлеглих м'язів лівої піднижньо-щелепної, підпідборідної ділянок, лівої бокової поверхні шиї, накопиченням в ранах ексудату та тканин-

ного детриту. В зв'язку з цим хворому щоденно проводили хірургічну та медикаментозну обробку ран. Для видалення змертвілих тканин використовували ультразвуковий апарат «Sonoca185™» (Siring GmbH), який дозволяє проводити селективну обробку ранової поверхні, ефективно руйнувати некротизовані тканини та залишати неушкодженими життєздатні структури. Застосовані підходи дозволили досягти покращення загального стану хворого, зменшення інтоксикації та больового синдрому, припинення ексудації на 7 день після операції. Повне очищення ран і поява грануляцій відзначені на 10. На контрольній КТ ОГК через 7 днів після операції наявні лише ознаки залишкових змін перенесеного медіастеніту.

На 18 день після операції хворому проведено вторинну хірургічну обробку рани та накладено вторинні шви, великий дефект м'яких тканин лівої бокової поверхні шії, що утворився внаслідок гнійно-некротичного процесу був усунений шляхом пластичного закриття шкірним клаптом на ніжці з лівої грудної ділянки. Хворий був виписаний з поліпшенням для подальшого амбулаторного лікування.

Таким чином комплексне лікування важкого гнійно-некротичного процесу на основі радикального розкриття запальних вогнищ, видалення причинного зуба, призначення медикаментозної терапії із додатковим застосуванням низькочастотної ультразвукової обробки ран дозволило досить швидко досягти задовільного клінічного результату, що свідчить про доцільність подальшого вивчення ефективності цієї методики у пацієнтів з гнійно-некротичними флегмонами щелепно-лицевої ділянки та шії.

ДВОСТОРОННЄ ДОБРОЯКІСНЕ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНЕ ЛІМФО-ЕПІТЕЛІАЛЬНЕ УРАЖЕННЯ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Куюва О. І.

Науковий керівник- д.м.н., завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Яковенко Л.М.,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

За даними різних авторів від 2,1% до 26,5% дітей страждають на захворювання слинних залоз (Т. Е. Нейпман, А. Каскер, 2015). Найбільш часто зустрічаються запальні ураження привушних слинних залоз- паротит, на частку якого припадає понад 85%(Л.В.Харьков та співавтори, 2015). Перебіг захворювань слинних залоз в останній час характеризується атиповою клінікою, що обумовлене як вірусним фактором, так і ВІЛ-інфекцією. Цифри останніх в Україні сягають 1 365 віл-інфікованих дітей до 14 років(www.antiaids.org/). В цьому аспекті демонстративним є наведений клінічний випадок. В 2016-му році 8-річна пацієнтка поступила в клініку кафедри з діагнозом: "Двосторонній хронічний паренхіматозний паротит", яка лікувалася протягом 4 років,

без позитивної динаміки. Для диференційної діагностики були проведені додаткові методи обстеження, а саме: узд слинних залоз, мрт, біохімічний аналіз крові на наявність вірусної та віл-інфекції, консультація інфекціоніста. Результати їх дали змогу встановити діагноз: "Двостороннє доброякісне віл-асоційоване лімфо-епітеліальне ураження привушних слинних залоз." Це підтверджувалося даними узд- дослідження, яке виявило зміни паренхіми як неоднорідну кістозну структуру. На представлених мр сканах визначалося двостороннє мультикістозне ураження привушних залоз з наявністю множинних, сотового вигляду порожнин 3-8 мм в діаметрі з рідинним вмістом. Контури залози бугристі. Визначалося збільшення кількості та розмірів лімфовузлів. Біохімічний аналіз крові виявив: цитомегаловірус (cmv), антитіла іg g (57,67) та вірус епштейн- барра(-капсидний антиген vca), антитіла іg g>8 у великих титрах. З довідки про результати підтверджувальних досліджень на наявність антитіл до віл методом імуноферментного аналізу та імуного блоту, зразок сироватки розцінювався таким, що містить антитіла до віл, а саме: gp120, gp41, p34, p24/25 та p18.

При довготривалому хронічному паренхіматозному паротиті, який супроводжується вірусним та відсутністю ефекту лікування, обов'язковим є проведення мрт-обстеження та дослідження крові на віл-інфекцію, подальше лікування у інфекціоніста, імунолога та спостереження у щелепно-лицевого хірурга.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ТА ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ВАЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ КРАНІО-ФАЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Павличук Т.О., Копчак А.В., Рибак В.А., Чепурний Ю.В., Петренко О.В

Науковий керівник: д. мед. н., професор Копчак А.В.

Завідувач кафедри: д. мед. н.,

професор Антоненко М.Ю.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Національна академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика

м. Київ, Україна

Ключові слова: поєднана травма, реконструктивні операції, CAD/CAM технології, стромальні мезенхімальні клітини.

Ключевые слова: сочетаная травма, реконструктивные операции, CAD/CAM технологии, стромальные мезенхимальные клетки.

Key words: combined injury, reconstructive surgery, CAD/CAM technologies, stromal mesenchymal cells.

Поєднані ушкодження внутрішніх органів і систем викликані високоенергетичною дорожньо-транспортною, кримінальною чи виробничою травмою спричи-

няють важкі ушкодження внутрішніх органів і систем, що нерідко становлять загрозу для життя постраждалого і призводять до розвитку травматичної хвороби із синдромом взаємного обтяження, що суттєво утруднює лікування наявних переломів кісток обличчя і ушкоджень м'яких тканин. Високоенергетична травма обличчя часто супроводжується утворенням великих дефектів та виражених посттравматичних деформацій, що спричиняють виразний косметичний та функціональний дефіцит, івалідацію та соціальну дезадаптацію постраждалих, різко знижують якість життя. Лікування та реабілітація пацієнтів з такими ушкодженнями є тривалим та багатоетапним, а досягнення необхідного клінічного результату потребує застосування останніх досягнень медичної науки і техніки та залучення спеціалістів різного профілю, що працюють на основі командного мультидисциплінарного підходу.

В даному клінічному випадку представлений приклад взаємодії багатопрофільної групи спеціалістів в плануванні та проведенні серії оперативних втручань у пацієнта із важкою краніо-фасіальною травмою із використанням інноваційних технологій: функціонально-стабільного остеосинтезу, CAD/CAM технології із виготовленням індивідуалізованих титанових імплантатів, регенеративної медицини (застосування стовбурових клітин, плазми збагаченої факторами росту), мікрохірургічної техніки, шкірних експандерів тощо.

Пацієнт Ю., 26 років отримав травму внаслідок ДТП. Після чого у важкому стані (8 балів за шкалою Глазго) був доставлений в Київську обласну клінічну лікарню №1. Пацієнта госпіталізовано в відділення інтенсивної терапії, де після стабілізації життєво важливих функцій було проведено повне мультидисциплінарне обстеження, встановлено діагноз: поєднана травма, ВЧМТ, посттравматичний субарахноїдальний крововилив, перелом основи черепа, багатоуламковий перелом кісток середньої зони обличчя верхньої щелепи, правого та лівого вилицевих комплексів, назоетмоїдального комплексу, потрійний уламковий перелом нижньої щелепи в ділянці лівого виросткового відростку, тіла справа, підборіддя, множинні забійно-рвані рани та дефект м'яких тканин обличчя в ділянці перенісся, спинки носа та лівої нижньої повіки, контузія лівого ока, закрита травма грудної клітки, перелом III ребра, сформовано план лікування із визначенням пріоритетів і послідовності лікувальних заходів.

В ранньому посттравматичному періоді пацієнту було виконано репозицію та остеосинтез верхньої та нижньої щелеп, вилицевих комплексів, відновлено прикус. Кістки назоетмоїдального комплексу та фрагменти орбіт, що зазнали дрібноуламкової фрагментації та втратили зв'язок з окістям були видалені. У зв'язку з дефектом шкіри в ділянці перенісся та спинки носа проведення первинної пластики виявилось неможливим. Заміщення дефекту носа, оточуючих м'яких тканин та усунення рубцевої деформації було проведено на другому етапі. Пацієнту було виготовлено сітчастий титановий імплантат спинки носа, перенісся, нижніх країв, частково — медіальної і нижньої стінок орбіти з

застосуванням комп'ютерного моделювання та CAD/CAM технології. Для створення необхідного обсягу м'яких тканин, здатних перекрити імплантат, під шкіру лобної ділянки було введено тканинний експандер. Під час операції після встановлення титанового імплантату в зону дефекту, на лобі було сформовано клапот, що був переміщений у ділянку спинки носа і лівої нижньої повіки.

Для подальшої реабілітації хворому було проведено низку корегуючих оперативних втручань на м'яких тканинах. Для покращення функції дихання проведено септопластику та реконструкцію зовнішнього носа. З метою усунення субтотального дефекту лівої нижньої повіки та дна лівої орбіти було проведено транспозицію осьового м'язово-фасціального темпоро-парієтального клаптя на судинній ніжці в поєднанні з аутодермопластикою. На різних етапах реконструктивної хірургії для підвищення репаративного потенціалу ушкоджених тканин було використано аутологічні стромальні мезенхімальні клітини культивовані з клітин аутологічної жирової тканини та плазму збагачену факторами росту (PRGF) виготовлену з периферичної крові пацієнта, що забезпечило інтегральний успіх низки складних реконструктивно-відновних втручань, в результаті яких було досягнуто достатній рівень функціональної та косметичної реабілітації постраждалого.

Таким чином особливістю даного клінічного випадку було застосування мультидисциплінарного підходу із залученням щелепно-лицевого, пластичного хірурга, травматолога, реаніматолога, ЛОР-лікаря, офтальмолога та інших спеціалістів у забезпеченні якісної первинної діагностики та пошуку оптимальних методів лікування із застосування інноваційних технологій, що дозволило зменшити кількість реконструктивно-відновних оперативних втручань, підвищити їх ефективність та скоротити терміни реабілітації пацієнта в посттравматичному періоді.

ВІДКРИТА РЕПОЗИЦІЯ ТА ОСТЕОСИНТЕЗ ВИРОСТКОВОГО ВІДРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІД ВІДЕО-ЕНДОСКОПІЧНИМ КОНТРОЛЕМ

Романова А.Ю., Копчак А.В., Рибак В.А., Павленко Р.А.,
Чепурний Ю.В

Науковий керівник: д. мед. н., професор Копчак А.В.

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

Національний медичний університет імені О.О.
Богомольця

Інститут післядипломної освіти

м. Київ, Україна

Ключові слова: малоінвазивні хірургічні втручання, переломи виросткового відростку нижньої щелепи, ендоскопія

Ключевые слова: малоинвазивные хирургические вмешательства, переломы мыщелкового отростка, эндоскопия

Keywords: minimally invasive, reducing traumatic surgery, condylar fractures, endoscopy

Відкрита репозиція та функціонально-стабільний остеосинтез ви́росткових відростків нижньої щелепи (ВВ) є основним методом лікування переломів цієї локалізації. Особливості топографічної анатомії ВВ вимагають застосування складних хірургічних доступів, що не завжди забезпечують адекватну візуалізацію ушкоджених структур та пов'язані з певними складностями у виконанні хірургічних маніпуляцій. Автори вказують на значну частоту незадовільних результатів лікування переломів цієї локалізації, зумовлену недостатньо точним співставленням та неможливістю стабільного закріплення уламків. Це в свою чергу призводить до порушення прикусу, обмеження рухів нижньої щелепи, неможливості пережовування жорсткої їжі, виникнення больових синдромів тощо. Крім того, проведення остеосинтезу ВВ пов'язано зі значним ризиком травмування гілок лицевого та трійчастого нерву, великих судин, жувальних м'язів та елементів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). В зв'язку з цим в останні роки значну увагу дослідників привертає можливість використання відео-ендоскопічної техніки для покращання візуалізації, зменшення травматичності хірургічних втручань та інтраопераційних ризиків при проведенні відкритої репозиції та остеосинтезу ВВ. Запропоновано низку малоінвазивних методик ендоскопічно-асистованих хірургічних втручань при даному виді травми, що виявили високу ефективність та низку переваг порівняно із традиційними методами. Водночас накопичений клінічний досвід проведення подібних втручань є незначним навіть в провідних Європейських та світових центрах, виконання відео ендоскопічних операцій при переломах щелеп вимагає відповідного технічного забезпечення, підготовки хірурга, а самі методики мають певні обмеження до застосування та нерідко потребують удосконалення.

Метою роботи було представити клінічний випадок перелому ви́росткового відростка, що лікувався із використанням ендоскопічно-асистованої репозиції та фіксації титановими мініпластинами в Київському обласному центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології та продемонструвати досягнуті клінічні та рентгенологічні результати, враховуючи наявні переваги і недоліки застосованого підходу.

Клінічний випадок. Хворий, М., 51 р. звернувся в Центр щелепно-лицевої хірургії та стоматології КОКЛ №1 05.09.2016 р. за направленням хірурга стоматолога районної поліклініки з приводу травматичного ушкодження нижньої щелепи. Зі слів хворого травму отримав 27.08.2016 в результаті падіння з висоти власного зросту. 30.08.2016 р. хворий звернувся в поліклініку за місцем проживання зі скаргами на біль та хрускіт в ділянці правої гілки нижньої щелепи, де йому було проведено двощелепне шинування. Після проведених контрольних рентгенограм хворому було рекомендовано оперативне лікування в умовах стаціонару. При госпіталізації хворому для уточнення характеру травматичного ушкодження було проведено комп'ютерну томографію

на 16-зрізовому томографі Toshiba Aquilion 16. Було виявлено ізольований косий перелом основи правого ви́росткового відростка з дорсо-медіальним зміщенням дистального фрагмента до 0,4 см, нижньо-медіальний підвивих голівки правого СНЩС (рис. 1). 05.09.2016 р. хворому було проведено репозицію та металоостеосинтез правого ви́росткового відростка під відеоендоскопічним контролем двома накісними титановими мініпластинами і гвинтами відповідно до рекомендацій С.Мауер. Для проведення операції застосовували традиційний підщелепний доступ, крім того в порожнині рота по передньому краю гілки нижньої щелепи проводили невеликий розріз слизової та окістя (до 1 см) через який вводили ендоскоп (Endoscopy, Stryker, 688i) з 30 градусною ангуляцією товщиною 4 мм. За допомогою ендоскопа чітко візуалізували зону перелому, в тому числі на ділянці вирізки, здійснювали контроль репозиції в різних полях зору, позиціонування пластин та їх фіксацію використовуючи троакар та чрезшкірний пристрій для встановлення шурупів. Загальний час операції склав 1 год 35 хв, що загалом незначно перевищує середній час виконання подібних операцій традиційними методами. В післяопераційному періоді двощелепне шинування утримували 21 день. Загальний період спостереження склав 3 місяці. При цьому максимальне відкривання рота відновилося до 4,5 см, що відповідає нормі, латеральна девіація щелепи зберігалася протягом всього післяопераційного періоду, але була незначно виражена. Обсяг бокових рухів щелепи відновлювався поступово. Пацієнт вказував на відновлення прикусу та відсутність болю ділянці СНЩС при пережовуванні їжі.

Основними перевагами остеосинтезу проведеного з використанням ендоскопічної техніки продемонстрованими в цьому випадку були можливість виконання репозиції та встановлення пластин під добрим візуальним контролем, зменшення травматичності хірургічних маніпуляцій, що забезпечило добрий анатомічний та функціональний результат. Обмеження методу головним чином визначалися потребою в складній техніці та спеціальній інструментарії та залежності кінцевого результату від відповідних навичок та рівня підготовки хірурга.

ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ КОНСТРУКЦІЙ СТВОРЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЇ У РЕКОНСТРУКТИВНО- ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Черногорський Д.М., Копчак А.В., Чепурний Ю.В

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Завідуючий кафедри: д.мед.н.,

професор Антоненко М.Ю.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Інститут післядипломної освіти

м. Київ, Україна

Ключові слова: CAD/CAM технології, реконструктивна хірургія, селективне лазерне спікання, індивідуалізований дизайн пластин.

Ключевые слова: CAD/CAM технологии, реконструктивная хирургия, селективное лазерное спекание, индивидуализированный дизайн пластин.

Key words: CAD/CAM technologies, reconstructive surgery, selective laser sintering, custom made design plates.

Заміщення тотальних та субтотальних дефектів нижньої щелепи після її резекції або травматичних ушкоджень залишається актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії.

Передопераційне планування реконструктивного-відновних операцій в цій ділянці пройшло еволюцію від моделювання з використанням відбитків, стоматологічних моделей щелеп та масок обличчя до високодеталізованих стереолітографічних моделей, а в наш час вже майже повністю перейшло у віртуальне середовище. У повсякденній клінічній практиці, використання CAD/CAM комплексів програмного забезпечення допомагає знайти оптимальне рішення навіть в найскладніших клінічних випадках.

Метою роботи було представити клінічні випадки-дефектів нижньої щелепи травматичного та нетравматичного генезу, що лікувалися із використанням CAD/CAM технології в Київському обласному центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології та продемонструвати досягнуті клінічні та рентгенологічні результати, враховуючи наявні переваги і недоліки застосованого підходу.

Двом пацієнтам, що проходили лікування на базі Центру щелепно-лицевої хірургії та стоматології КОКЛ №1 було сплановано, змодельовано індивідуалізовані титанові пластини. Виготовлено методом селективного лазерного спікання (DMLS) титанового порошку Ti6Al4V.

Клінічний приклад. Пацієнка В. з дефектом та деформацією нижньої щелепи справа внаслідок нераціонального заміщення післярезекційного дефекту після радикального видалення амелобластоми звернулася в Центр щелепно-лицевої хірургії та стоматології КОКЛ №1 зі скаргами на естетичний дефект нижньої третини

обличчя порушення функції нижньої щелепи. Зі слів хворої травму п'ять років тому їй було діагностовано амелобластоми тіла нижньої щелепи та кута справа. Прооперована в Республіці Білорусь: було проведено резекцію правої половини нижньої щелепи з одноментною остеопластиком аутоотрансплантатом з гребня клубової кістки, що не дозволила відновити нормальну анатомічну форму та функцію ушкодженої щелепи. Під час дообстеження виконано комп'ютерну томографію на 64-зрізовому томографі Philips Brilliance64. Виявлено: різкоасиметричну форму нижньої щелепи та неконсолідований вітальний аутоотрансплантат. Хворій було рекомендовано оперативне лікування в умовах стаціонару: реконструкція нижньої щелепи із використанням кісткової пластики та індивідуалізованої титанової пластини. Дані комп'ютерної томографії сегментовані в програмному забезпеченні Materialise. Наявні кісткові фрагменти віртуально остеотомовано, проведена репозиція та заміщення утвореного дефекту додатковим аутоотрансплантатом з гребеня клубової кістки. По цій формі змодельовано титановий каркас для фіксації усіх фрагментів нижньої щелепи справа. Проведено рефрактуру, репозицією та металостеосинтез нижньої щелепи індивідуалізованою пластиною, що фіксує фрагменти у правильному, раніше змодельованому положенні. Пластину фіксовано 16-ю титановими гвинтами фірми I-plant. Для проведення операції застосовували традиційний підщелепний доступ зі збереженням цілісності слизової оболонки порожнини рота. В результаті проведеної операції вдалося відновити симетрію нижньої третини обличчя, профілю та нормалізувати жування як одну з функцій, необхідних для повноцінної життєдіяльності організму і покращення якості життя.

Перевагами застосованого підходу були максимальна можлива відповідність результату, до запланованого варіанту, а також точне позиціонування відламків реконструйованої ділянки щелепи, оскільки пластина виступала одночасно в ролі навігаційного шаблону і фіксатора.

РАДИКАЛЬНЕ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКОЇ АНГІОФІБРОМИ НОСОГЛОТКИ З ОЗНАКАМИ РІЗКОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ТА РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТОК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

*Шпачинський О.С. Антоненко М.Ю., Копчак А.В.,
Чепурний Ю.В.,*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Завідуючий кафедри: д.мед.н.,

професор Антоненко М.Ю.

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

Ангіофіброма носоглотки (ювенільна ангіофіброма) – доброякісна пухлина з незрілої, добре васкуляризованої сполучної тканини, що зустрічається досить рідко, складаючи менше 0,5% всіх новоутворень голови і шиї. Пухлина вражає практично виключно осіб чоловічої статі і маніфестує у віці від 7 до 19 років. Первинно пух-

лина виникає біля заднього краю середньої носової раковини, в верхне-латеральних відділах носоглотки. Пухлина є морфологічно доброякісною, проте здатна до швидкого інфільтративного росту з проростанням в сусідні анатомічні області: може проростати в середню або передню черепну ямку, виповнювати всю носоглотку, порожнину носа, додаткові пазухи, проростати в орбіту, крило-піднебінну та підскронеvu ямки, викликати значну деструкцію верхньої щелепи і твердого піднебіння або виражену деформацію кісткових структур. Судины пухлини розширені і позбавлені м'язової оболонки, що пояснює її високу схильність до кровоточивості. Хірургічне видалення новоутворення пов'язано зі значними технічними складнощами та інтраопераційними ризиками.

Клінічний випадок. Пацієнт О., 40 років, який звернувся із скаргами на різку деформацію кісток щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД), що поступово прогресує, відчуття стороннього тіла, дисфагії, зміні тембру голосу. Вказує, що хворіє на ангіофіброму носоглотки (діагноз був гістологічно верифікований) з 10 річного віку. Неодноразово звертався за медичною допомогою однак в радикальному хірургічному видаленні новоутворення йому було відмовлено в зв'язку зі значними інтраопераційними ризиками (Фото 1). Для уточнення розмірів та локалізації новоутворення, особливостей його кровопостачання та визначення подальшої лікувальної тактики хворому було проведено мультидетекторну комп'ютерну томографію щелепно-лицьової ділянки і м'яких тканин шиї (з в/в контрастуванням Томогексол-350, 100 мл.), МРТ, УЗД, ангіографію. По результату КТ відмічається: масивне м'якотканинне новоутворення носоглотки справа, неправильної форми, без чітких меж, гетерогенної структури, загальним розміром 111x93x73 мм. За рахунок розповсюдження новоутворення медіально, латерально і допереду, відбулось зміщення правого крила клиновидної кістки латерально та допереду, порожнина носа, а також носо- і ротоглотка були різко дифузно розширені, зміщені вліво, правий верхньощелепний синус і верхня щелепа деформовані,

віддавлені вперед та латерально. Права орбіта деформована та збільшена, переважно в основі, за рахунок зміщення, збільшення, розширення в об'ємі правої вилицевої дуги. Тверде піднебіння дугоподібно віддавлене донизу, потоншене. Голівка правого СНЩС зміщена латерально і деформована. За даними ангіографії: магистральні артерії і вени мають звичайну анатомічну конфігурацію, без ознак стенозу та інвазії. Права загальна сонна артерія в проксимальному відділі має звивистий хід (фото 2).

На основі даних клінічного та інструментального дослідження було прийнято рішення про радикальне видалення новоутворення бригадою спеціалістів: ЛОР-лікарів, щелепно-лицевих хірургів та нейрохірургів в умовах онкологічного відділення ДУ «Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ». Попередньо, накладено провізорну лігатуру на загальну сонну артерію справа. Для забезпечення доступу до новоутворення було проведено остеотомію вилицевої дуги та виконано розширену гайморотомію за Денкером із видаленням латеральної стінки порожнини носа. Новоутворення було радикально видалено з цих двох доступів під відеоендоскопічним контролем. Порожнина носа, носо та рото глотки туго тампоновані марлевыми тампонами, рани ушиті наглухо. Тривалість операції склала 2 години, об'єм інтраопераційної крововтрати становив 1 літр. Для зменшення інтенсивності кровотечі під час хірургічного втручання застосовували контрольовану гіпотонію, та аутогемотрансфузію (апарат Целсейфер).

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Тампони видалено на 3 день, шви знято на 10 день, на контрольній КТ через 14 днів ознак рецидиву не виявлено. Хворий перебуває на етапах реабілітації. Планується: реконструктивно-відновна операція по усуненню дефекту вилицевого комплексу, реконструкція кісток середньої зони лицьового черепа із застосуванням cad/cam технологій: моделювання та виготовлення індивідуалізованого імплантата, проведення остеотомії із використанням навігаційних хірургічних шаблонів.

**ІХ МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ
“СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ,
КРАНІОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНА ЗОРУ”**

13–14.03.2017 р. м. Київ

**ЗАСТОСУВАННЯ ЗАКРИТОГО ВАРІАНТУ
ТИМПАНОПЛАСТИКИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
З ХОЛЕСТЕАТОМНОЮ ФОРМОЮ ХРОНІЧНОГО
ГНІЙНОГО СЕРЕДЬНОГО ОТИТУ**

Гайданка М.О. / M. Haidanka

*Науковий керівник: кандидат медичних наук,
викладач Ламза Н.В.*

*ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ
України”*

*Кафедра оториноларингології
(зав. каф.: д.мед.н., професор Березнюк В.В.)
м. Дніпро, Україна*

Актуальність: Хірургічне лікування хронічного гнійного середнього отиту постійно знаходиться в центрі уваги клініцистів і дослідників та належить до актуальних проблем сучасної оториноларингології. Не дивлячись на багатопрофільність підходів до її розв’язання, досягнуті результати, ця проблема продовжує зберігати свою значимість.

Мета: Аналіз ефективності проведеного оперативного втручання у хворих з холестеатомною формою хронічного середнього отиту.

Метаріали та методи: В основу роботи покладені результати комп’ютерних томограм хворих після хірургічного лікування холестеатомної форми хронічного середнього отиту. Контингент хворих лікувався у період з 2015 по 2016 рр. Хворі розділені на три групи. Перша група (4 чол.) – пацієнти, яким проведена типова роздільна атикоантотомія з тимпанопластикою. Друга (7 хворих) – яким проведена роздільна атикоантотомія, тимпанопластика з облітерацією адитуса та антростаїдальної порожнини. До третьої (10 чол.) – належать хворі, яким проведений запропонований нами закритий варіант тимпанопластики.

Результати: Для визначення доцільності різних варіантів функціонально-реконструктивних операцій було досліджено об’єм ретротимпанальних порожнин у оперованих хворих. При холестеатомній формі хронічного середнього отиту (21 хворих) у всіх досліджуваних групах переважали малі та середні розміри антростаїдальної порожнини. Обсяг менше 2,0 см³ відповідно зустрівся у 15 хворих (всі хворі третьої групи та 5 чоловік другої). Середні розміри – у п’яти обстежуваних з другої групи і лише в одному випадку визначена велика антростаїдальна порожнина (пацієнт першої групи).

Висновки: 1. Позитивні клініко-анатомічні результати відмічаються більш високою ефективністю у хворих після закритого варіанту тимпанопластики з його ендауральним дренаванням – 71,4% пацієнтів; 2. У хворих, яким проведена операція роздільна атикоантотомія, тимпа-

ноластика з облітерацією адитуса та антростаїдальної порожнини клініко-анатомічні результати відмічаються нижчою ефективністю 23,8%; 3. У пацієнтів, яким проведена типова роздільна атикоантотомія з тимпанопластикою найнижча ефективність – 4,7%.

**ЗНАЧЕННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ
РАКУ ГОРТАНІ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОМУ
ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ**

Євчева А.Ф. / Yevcheva A.F.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Євчев Ф.Д.
Одеський Національний медичний університет*

*Кафедра оториноларингології
(зав.каф. д.мед.н., проф. Пухлик С.М.)
м. Одеса, Україна*

Актуальність: Відомо, що злоякісні захворювання є однією з найважливіших сучасних медико-біологічних і соціально-економічних проблем в світі і зокрема в Україні. Рак є всесвітньою проблемою: близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань реєструється щорічно в розвинених країнах світу і ще понад 3 мільйонів – в тих, що розвиваються.

В Україні доля злоякісних пухлин гортані складає 1,8% від загальної онкозахворюваності і близько 60% усіх злоякісних пухлин лор-органів. З них біля 70% припадає на чоловіків працездатного віку. В той же час, за останні роки спостерігається тенденція до омолодження раку усіх локалізацій, зокрема, і гортані.

Загальна онкозахворюваність в Україні за останні 10 років склала близько 160 тисяч на рік. Щорічно вмирає від раку 100 тисяч чоловік. ЛОР-онкологічна захворюваність складає приблизно 7000 випадків (4,4%) від всієї онкопатології.

Наведені дані свідчать про актуальність своєчасної діагностики раку гортані на ранніх стадіях розвитку, проведення моніторингу ефективності лікування і оцінку стану зони первинного ураження в безрецидивному періоді з метою виявлення рецидиву. В останній час значно збільшилася кількість функціональних операцій на гортані з приводу бластоматозного ураження.

Інтраскопичні методи діагностики передракових станів і раку гортані на ранній стадії дозволяють визначити топічну характеристику пухлинного ураження. Це пряма і непряма ларингоскопія, фібрларингоскопія, ультразвукова візуалізація і променева діагностика: СКТ гортані (з контрастуванням).

Проте, такі методи діагностики є суб’єктивними, а не остаточними тому, що вони не візуалізують глибину ураження, що важливо для радикального видалення пухлини,

особливо при змішаному та ендоефітному типу росту пухлини.

При хронічному гіпертрофічному ларингіті (кератозах), передракових станах (лейкоплакіях), cancer in situ і на ранніх стадіях раку гортані показана біопсія пухлини для її морфологічної диференційовки.

Інтраопераційна візуалізація межі пухлинного ураження у тому числі і його глибина має важливе значення для хірурга у абластичному органозберігаючому хірургічному лікуванні. Це метод кольорової візуалізації з використанням метохроматичних барвників або флуоресцентних засобів.

Такий спосіб широко відомий, проте не використовується часто в оториноларингології у зв'язку з можливою токсичністю препаратів (флуоресцеїн, аласенс та ін.).

Мета: Вивчення впливу 2% толуїдинового синього на інтраопераційну візуалізацію межі пухлинного ураження та її інвазії у хворих на рак гортані з метою проведення органозберігаючого хірургічного лікування.

Матеріали та методи: Протягом 8 років проведено органозберігаючі операції у вигляді хордектомії та резекції гортані у 100 хворих з cancer in situ і рак гортані Т1-2. Для інтраопераційної візуалізації використовували метохроматичний барвник (2% водний розчин толуїдинового синього), який наносили на 5 хвилин у вигляді аплікації на уражену зону. Потім на кольорову зону проводили аплікацію з 3% розчину оцтової кислоти. Толуїдиновий синій зафарбовував зону пухлинного ураження в насичений синій колір, а межі переходу в здорову тканину у світло-синій колір. Оцтова кислота зафіксувала кольорове насичення тканин. Хірургічне видалення пухлини проводилося по зовнішній межі світло-синього кольору. Вдало проведено хірургічне втручання дозволяє компенсувати функції гортані та зберегти задовільну якість життя хворого.

Результати: Моніторинг хворих протягом 2-х років показав відсутність рецидиву захворювання, задовільну якість життя та високий рівень виживання пацієнтів. Для оцінки анатомічного і функціонального стану гортані після операції ми використовували візуалізацію білим світлом за допомогою відеоендоскопічної системи фірми "Pentax". Для отримання більш об'єктивної інформації досліджуємої зони на ознаки пролонгації або рецидиву пухлини також використовували 2% толуїдиновий синій.

Висновки: Таким чином, метод кольорової візуалізації є ефективним і може використовуватися у хворих на ранніх стадіях раку, особливо при змішаному і ендоефітному типу росту пухлини, а також при прихованих ознаках неопластичного процесу невизначених візуально в звичайному світлі, а також з використанням технічних засобів високої точності (мікроскопія і фібрларингоскопія).

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ТИМПАНОМЕТРІЇ ПРИ ВЕДЕННІ ДІТЕЙ ІЗ АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ І ПРИГЛУХУВАТІСТЮ

Земскова (Бельзецька) М.І. / M.Zemskova (Belzecka)

Науковий керівник: д.мед.н., професор Левицька С.А.

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет",

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(зав.каф.: д.мед.н., професор Боднар О.Б.)

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Зниження гостроти слуху має місце у 8-10% дітей із аденоїдними вегетаціями (АВ). Стійке порушення прохідності слухових труб здатне призвести до розвитку ексудативного отиту (ЕО) із необхідністю проведення додаткових діагностично-лікувальних заходів. Допоміжним методом у діагностиці ЕО є тимпанометрія, хоча тимпанограма типу "В", що визначає відсутність рухів барабанної перетинки у відповідь на акустичний сигнал, може засвідчити не тільки накопичення в барабанній порожнині ексудату, але й розвиток адгезивного процесу, малого об'єму барабанної порожнини. У таких випадках зростає ймовірність хибнопозитивних діагнозів ЕО і зайвих інвазійних втручань на середньому вусі.

Мета: Підвищення ефективності діагностики ЕО у дітей за рахунок визначення діагностичної цінності результатів тимпанометрії.

Матеріали та методи: Визначення чутливості, специфічності, відношення правдоподібності, прогностичної цінності основних симптомів ЕО проведено у 48-ми дітей із АВ II-III ступенів і приглухуватістю. За "золотий стандарт" діагностики ЕО обрані результати тимпанометрії, за результатами котрої ЕО підтверджений у 26-ти дітей, спростований – у 22-х.

Результати: Більшість клінічних ознак мали високу чутливість, але малу специфічність. Отоскопічні і тимпанометричні ознаки ЕО виявили найбільшу чутливість (92%). Діагностична специфічність тимпанометрії (18%) не давала можливості діагностувати ЕО тільки на підставі визначення акустичного імпедансу. Відсутність характерних отоскопічних ознак дозволила спростувати діагноз ЕО з ймовірністю 80%. Ефективність діагностики зростала при аналізі комбінацій клінічних критеріїв і діагностичних тестів. Так, чутливість комбінації приглухуватості, отоскопічних ознак ексудативного отиту і характерних змін тимпанометричної кривої становила 63%, специфічність – 88%.

Висновки: Результати дослідження засвідчили відсутність провідного клінічного чи інструментального тесту, достатнього для виставлення діагнозу ЕО у дітей із АВ. При діагностуванні ЕО тільки на підставі даних тимпанометрії ймовірність правильного рішення не перевищує 50%.

ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПАРАНАЗАЛЬНИМИ СИНУЇТАМИ НА ОСНОВІ ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ІНФРАЧЕРВОНОЇ ТЕРМОГРАФІЇ

О.О. Карчинський, К. Насіров

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Журавльов А.С.
Харківський національний медичний університет
Кафедра оториноларингології
(зав. каф. – д.мед.н. А.С. Журавльов)
м. Харків, Україна

Актуальність: Поява сучасних інфрачервоних (ІЧ) систем з високою роздільною здатністю і можливістю реєструвати температуру, з точністю до $0,02-0,07^{\circ}\text{C}$, дозволила виявляти мінімальні зміни температури навіть на незначних за площею об'єктах дослідження. Комп'ютерні програми, суміщені з термографією, забезпечують в реальному часі візуалізацію та обробку не тільки якісних, а й кількісних параметрів термозображення, що забезпечує детальне трактування локалізації, розмірів, характеру кордонів і структури вогнищ патології. Безсумнівно, актуальним є поглиблене вивчення змін інфрачервоного випромінювання передньої групи навколососових синусів, його кількісних та якісних характеристик з метою підвищення рівня діагностики різних патологічних станів, та попередження розвитку ускладнень.

Мета: Підвищення якості діагностики та оцінки ефективності лікування хворих з гострими навколососовими синуїтами на основі використання ДІТ.

Матеріали та методи: Обстежено 300 пацієнтів. З них група контролю – 100 чоловік, хворі гострими навколососовими синуїтами – 200 чоловік. Дані ґрунтуються на аналізі результатів обстеження пацієнтів і комплексному лікуванні хворих з гострими навколососовими синуїтами. Вік пацієнтів коливався в межах 19-91 років. Середній вік склав $45,36 \pm 18,97$ років. ДІТ проводилась усім тематичним хворим та групі контролю за допомогою термографа 3-го покоління, на базі мікроболометричної матриці форматом 384×288 елементів, з вбудованим екраном. Інформативність термограм порівнювалась з: Клінічним обстеженням ЛОР-органів, рентгенографією ППН; КТ ППН; СКТ ППН; ендоскопічним обстеженням.

Результати:

1. Встановили розподіл показників дистанційної інфрачервоної термографії навколососових синусів у практично здорових людей залежно від статі та віку.

У групі здорових осіб було виявлено:

- Проекція лобних синусів $DT = 33,9 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$;
- Проекція в / ч синусів $DT = 33,9 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$;
- Проекція орбіти та гратчастого лабіринт $DT = 34,2 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$;
- Проекція носової порожнини $DT = 33,6 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$.

При проведенні інфрачервоної термографії, у групі здорових осіб було виявлено, що температурні показники у всіх обстежуваних ділянках, вище у жінок, ніж у чоловіків на $0,9 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$;

2. Виявили зміни показників ДІТ у пацієнтів, з різною формою гострого запального процесу в ННП:

- Гострий катаральний синуїт - термоасиметрія складала $DT = 0,6 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$).
- Гострий серозний синуїт – термоасиметрія складала $DT = 0,8 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$).
- Гострий гнійний синуїт – термоасиметрія складала $DT = 1,1 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$).

3. Створили систематизовану цифрову базу термографічних даних, при гострих запальних ураженнях навколососових синусів.

4. Розробили методику проведення дистанційної інфрачервоної термографії у хворих з навколососовими синуїтами.

Висновки: ДІТ дозволить спростити та прискорити діагностику гострих запальних захворювань навколососових синусів, а також знизити матеріальні затрати на її проведення. Тому цей метод може бути з успіхом впроваджений в лікувальних закладах.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ, ВОЗМОЖНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ИНТРАНАЗАЛЬНЫМИ ГКС

Козуб А.В., Козуб К.В./ А. Kozub, K. Kozub

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Шмакова И.П.
Одесский национальный медицинский
университет

Кафедра общей практики та медицинской
реабилитации.

(зав.каф. – д.мед.н. Волошина О.Б.)
г. Одесса, Украина

Актуальность. Проблема аллергического ринита (АР), несмотря на все достижения современной иммунологии и отоларингологии, остается одной из самых распространенных, т.к. пациенты часто приходят с жалобами на приём к врачу отоларингологу, аллергологу-иммунологу, семейному врачу. Таким образом, по степени распространенности, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема аллергического ринита может считаться одной из самых актуальных.

Цель исследования — выявить распространенность симптомов риносинусита у детей с аллергическим ринитом, а также оценить эффективность монотерапии ИГКС в лечении этой группы детей.

Материалы: в амбулаторных условиях было проведено исследование 38 детей с АР в возрасте от 4 до 13 лет. Всем детям было проведено аллергологическое, клинико-лабораторное и функциональное обследование в соответствии со стандартами для верификации диагноза: сбор аллергического анамнеза, постановка кожных аллергопроб, определения общего и аллергенспецифических IgE.

Также проводилось анкетирование с оценкой субъективной выраженности клинических проявлений, оно выполнялось самим пациентом и/или его родителями, оценку проводили в баллах по шкале ВАШ.

Результати. Обстеження 38 дітей с АР дозволили виявити гострий риносинусит у 18 дітей (47,36%), аденоїдит у 13 дітей (34,21%). С риносинуситами (18 дітей) преобладало катарально-отечная форма – у 11 дітей (61,1%), гнойная – у 7 дітей (38,8%). Из числа обстежених виділена група – 5 дітей в візасте от 4 до 13 лет с персистирующим АР, среднетяжелое течение, осложненным ОРС, легкое течение. Этим пациентам проводилась монотерапия назальным спреем флутиказона (Назарел): в візасте 4-7 лет 100 мкг/сут, 8-13 лет – 200 мкг/сут. Потом результаты оценивали через 3,7 дней, 1 месяц.

Выводы. Эффективность данного лечения оценивалось по следующим показателям: нарушение носового дыхания, нарушение сна, наличие патологического отделяемого, локальные и общесоматические симптомы. Эффективность проведенной терапии оценивается как положительная динамика, начиная с 3-5 дня лечения. Вследствие восстановления функции соустьи синусов отмечалось усиленное отделяемого с носа с последующим его уменьшению к 5-7 дню. Локальные и общесоматические симптомы также исчезали к 6-7 дню.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ФРОНТИТ

Лобурець А.В. / A.Loburets

Науковий керівник: професор Безшапочний С.Б.
Кафедра оториноларингології з офтальмологією
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна
академія"
(зав. каф.: д.мед.н., професор Безшапочний С.Б.)
м. Полтава, Україна

Актуальність: Результат хірургічного лікування багато в чому залежить від обраної методики ведення післяопераційного періоду, головне призначення якої – зменшення наслідків хірургічної травми. Незважаючи на широке розмаїття лікарських препаратів для місцевого і системного застосування, питання фармакотерапії оперованого синуса донині залишається відкритим.

Метою дослідження було вивчити клінічну ефективність місцевого застосування препаратів на основі гіалуронової кислоти в комплексному лікуванні хворих на хронічний фронтит.

Метаріали і методи: Для досягнення поставленої мети, було проведено клінічні та лабораторні дослідження 30 хворих, госпіталізованих для виконання планового хірургічного втручання з приводу хронічного фронтиту. Пацієнти були поділені на 2 групи за принципом введення післяопераційного періоду: пацієнтам 1-ї групи (n=15), окрім традиційної терапії, місцево застосовувались препарати на основі гіалуронату натрію; до 2-ї групи (n=15) увійшли пацієнти, які в післяопераційному періоді отримували традиційну терапію. Традиційна терапія включала туалет порожнини носа, використання топічних деконгестантів коротким курсом, зрошення порожнини носа водно-сольовими розчинами. Методика використання

препаратів на основі гіалуронату натрію, що проводилась пацієнтам 1-ї групи, включала інтраопераційне та на 5-у добу післяопераційного періоду введення препарату Девіскар за допомогою катетера через сформоване штучне співустя; починаючи з 2-ї доби після операції – зрошення слизової оболонки порожнини носа 0,1% розчином гіалуронату натрію двічі на добу. Для оцінки стану запально-відновних процесів в лобній пазусі в змивах, отриманих при промиванні фізіологічним розчином натрію хлориду лобної пазухи інтраопераційно і на 5-й добу після операції, вивчалися такі показники: протеїназно-інгібіторний потенціал, оксидативний стрес і вміст гекусонових кислот.

Результати: Препарати на основі гіалуронату натрію сприяють пригніченню оксидативного стресу, про що свідчить вірогідне зменшення в змивах лобної пазухи хворих з хронічним фронтитом вмісту ТБК-реактантів, ОМБ та МСМ на тлі зростання активності каталази і загальної антитриптичної активності в порівнянні з показниками, отриманими у пацієнтів, які отримували традиційну терапію.

Висновки: На підставі результатів проведених досліджень можна рекомендувати застосування медичного гелю на основі гіалуронату натрію для фармакотерапії інтраопераційно і в післяопераційному періоді пацієнтам, які перенесли ринохірургічні втручання, в якості ефективного протизапального і ранозагоюючого засобу для місцевого застосування.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С GLOBUS HYSTERICUS

Мусихина К.П. / K.Musihina

Научный руководитель: к.м.н., доцент Дихтярук А.В.
Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца
Кафедра оториноларингологии
(зав.каф. д.м.н., проф. Ю.В. Деева)
г.Киев, Украина

Актуальность. Globus hystericus (ощущение комка в горле)-обозначения психогенного синдрома, часто сопутствующего конверсионному расстройству, при котором иллюзорный комок может действительно мешать глотанию. Исторически изучение проблемы "комка в горле" началось в рамках изучения проблемы истерии. Однако вскоре стало понятно, что психиатрическими причинами обусловлена только часть случаев заболевания и поэтому требуется комплексное системное обследование пациента. По данным мировой литературы около 45% людей в течение жизни испытывают, в той или иной степени, ощущение комка в горле, что составляет 4% от всех обращений к оториноларингологу. Данная патология встречается преимущественно у людей среднего возраста, чаще у женщин, что в свою очередь может приводить к частичной утрате работоспособности.

Цель: разработка алгоритма диагностики для дифференциации данной патологии используя современные

методи психологического тестирования для классификации акцентуации личности.

Матеріали и методи. Статистическая обработка данных историй болезни, катamnестический анализ с использованием классификации акцентуации личности. Обзор современных методов психологического тестирования.

Результаты. Согласно мнению большинства авторов, первым этапом диагностики является сбор анамнестических данных, с обязательным выделением группы риска, используя современную классификацию акцентуации на личности. При условии выявления у больного наличие психического заболевания, вызывающего симптоматику со стороны горла - лечение будет соответствовать протоколу лечения психического заболевания.

При отсутствии подозрения на психическое расстройство пациента, а также исключение его из группы риска - необходимо последовательно исключить следующую органическую патологию: Новообразований ЛОР-органов, а так же болезней горла (хронических фарингит и ларингит), болезней пищеварительной системы (эзофагита, нарушения его перистальтики), заболеваний щитовидной железы, патологий шейного отдела позвоночника.

В случае выявления органической патологии, лечение будет направлено на основное заболевание. Однако, дополнительно показано назначение вегетотропных средств, препаратов кальция, витамина D2.

Выводы. У больных ГН с целью исключения нарушений психогенного характера, а также выявления группы риска данной патологии, необходимо проведение тестов с использованием классификации акцентуации на личности. При отсутствии нарушений психогенного характера, необходимо последовательно исключить органическую патологию ЛОР-органов, пищеварительного тракта и позвоночника с использованием патогенетично-направленного лечения.

ЗАСТОСУВАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКУ "СПРАВОЧНИК ВРАЧА" СТУДЕНТАМИ- МЕДИКАМИ ТА ЛІКАРЯМИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Павлишин В.О. / V.Pavlyshyn

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра оториноларингології

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Дєєва Ю.В.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Сьогодні важко кожному уявити своє життя без телефонів, комп'ютерів, планшетів, які мають у своєму розпорядженні велику кількість додатків, а саме "Справочник врача", який є професійною медичною інформаційно-довідковою системою, яка включає в себе медичну енциклопедію, медичний калькулятор, довідник ліків та захворювань, формуляр лікарських засобів, МКХ-10, ШМД, МЕС, ТНМ, коди хірургічних операцій, захворювання та їх лікування, новини медицини, аналізи та ба-

гато іншої цінної медичної інформації. Програма розрахована як на професіоналів – лікарів, фармацевтів, студентів медичних ВУЗів, – так і на широке коло користувачів.

Мета: Визначити швидкість та повноту знаходження інформації щодо взаємодії медичних препаратів за допомогою медичного додатку "Справочник врача".

Матеріали та методи: Групу студентів та лікарів з 45 осіб поділили порівну на 3 підгрупи. Перша підгрупа користувалася додатком "Справочник врача", друга - користувалася підручниками, третя - нічим не користувалася.

Результати: При аналізі студентами та лікарями препаратів: фуросемід, кетолонг, L-лізину есцинат та цефалоспорици (цефтазидим, цефепим) макроліди (klarитроміцин), метронідазол, їх взаємодія і наслідки. Після пошуку виявили наступні результати - фуросемід: підвищує концентрацію і ризик розвитку нефро- і ототоксичної дії цефалоспорицив, (Цефтазидим, цефепим), підвищується нефротоксична дія для кеторолаку внаслідок конкурентного ниркового виведення. Макроліди, інгібуючи печінкові ферменти монооксигеназної системи, підвищують ризик розвитку небезпечних для життя побічних ефектів метилпреднізолону. Зв'язування есцину з білками плазми утруднюється при одночасному застосуванні антибіотиків цефалоспоринового ряду, що може підвищувати концентрацію вільного есцину в крові з ризиком розвитку побічних ефектів останнього. У першій підгрупі інформація була знайдена в повній мірі в середньому через 6 хв, у другій підгрупі через 17 хв, у третій через 2 хв, але інформація була не повною або відсутня.

Висновки: На основі дослідження було виявлено, що застосування медичного додатку "Справочник врача" дає можливість якісно, повно і швидко виконувати поставлені завдання, попередити виникнення небажаних перекресних реакцій при призначенні препаратів.

МІНІІНВАЗИВНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ КІСТОЗНИХ ЛІМФАТИЧНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВИ І ШИЇ У ДІТЕЙ

Романюк А.В. / A. Romaniuk

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Бензар І.М.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра дитячої хірургії

(зав. каф.: д.мед.н., професор Левицький А.Ф.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Хірургічне видалення кістозних лімфатичних мальформацій (ЛІМ) складних анатомічних локалізацій супроводжується високим ризиком рецидивів і ускладнень, тому актуальним є впровадження альтернативних способів лікування.

Мета: Визначити ефективність локального склерозуючого лікування кістозних ЛІМ голови і шиї у дітей, виходячи з структури мальформацій – розміру кіст, що їх утворюють та попередніх втручань.

Матеріали та методи: У дослідження включено 62 дитини з ЛІМ голови і шиї у дітей віком від 6 місяців до

14 років, яким проведено склеротерапію ЛМ в "ОХМАТ-ДИТ" протягом 2011 – 2015 років. Відповідно до поставленої задачі виділено три клінічних групи пацієнтів: діти з макрокістозними ЛМ (об'єм кіст перевищував 2 мл), мікрокістозними (утвореними кістами об'ємом менше 2 мл) та змішані, у яких мікрокістозний компонент перевищував 50%. Результат лікування оцінювали на основі зменшення об'єму ЛМ через 6 місяців після лікування.

Результати: У 55 пацієнтів склеротерапія проведена як первинне лікування, у 7 дітей попередньо виконувались хірургічні втручання. Макрокістозні ЛМ діагностовано у 29 (52,7%), мікрокістозні – у 5 (9,1%) і змішані – у 21 (38,2%) випадків. Найкращі результати отримано у пацієнтів з макрокістозними ЛМ: відмінний результат у 27 (93,1%) та добрий – у 2-х (6,9%). При змішаних ЛМ відмінного результату досягнуто у 7 (33,3%), добрий – в 11 (52,4%), задовільний – у 3 (14,3%). При мікрокістозних ЛМ відмінного результату отримано не було, добрий результат в 1 (20%), задовільний – в 3 (60%) та незадовільний результат в 1 (20%) випадків. У 7 пацієнтів з рецидивними ЛМ в ділянці голови і шиї відмінного результату досягнуто в 1 (14,3%), доброго – у 2 (28,6%), задовільного – у 4 (57,1%) випадків. Ускладнень від склеротерапії не було. У пацієнтів з рецидивами після хірургічного видалення ЛМ діагностовано ускладнення: травма нерва – лицевого (n=2), діафрагмального (n=1), келоїдні деформуючі рубці (n=2).

Висновки: Склеротерапія є ефективною і безпечною для лікування ЛМ голови і шиї у дітей, результат лікування визначається об'ємом кіст, що утворюють ЛМ: найкращого результату отримано при лікуванні макрокістозних ЛМ. Попередні хірургічні втручання знижують ефективність лікування і підвищують небезпеку ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ УНАСЛІДОК МЕНІНГІТУ

Усова О.М. / O.Usova

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Ламза Н.В.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ
України"

Кафедра оториноларингології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Березнюк В.В.)

м. Дніпро, Україна

Актуальність: Менінгіт є однією з причин виникнення набуті глухоти як у дітей, так і у дорослих, а проліферативні процеси у внутрішньому вусі унаслідок запалення можуть привести до облітерації завитки та певних труднощів під час операції та подальшого налаштування мовленнєвого процесора. Нині з метою підвищення ефективності даної операції у таких пацієнтів використовують імпланти з розщепленим електродом, який можна ввести у частково прохідний просвіт завитки.

Мета: Визначити особливості операції кохлеарної імплантації та подальші її наслідки у пацієнтів із порушеннями слуху унаслідок перенесеного менінгіту.

Метаріали та методи: У дослідженні використано історії хвороби 5 пацієнтів у віці від 3 до 34 років із облітерацією завитки унаслідок менінгіту, яким було виконано кохлеарну імплантацію через 5-6 місяців після перенесеного захворювання за допомогою імплантів із Split-електродом фірми Medel у відділенні мікрохірургії вуха ОКЛ ім. І.І. Мечникова м. Дніпра.

Результати: У ході дослідження було встановлено, що застосування Split-електродів для імплантації облітерованої унаслідок перенесеного запального процесу завитки є доцільним, оскільки дозволяє стимулювати максимальну кількість доступних волоскових клітин, проте у 2 із 5 прооперованих під час подальших етапів налаштування було встановлено порушення функції на частині електродів, що можна розцінювати як прогресування проліферативних процесів у внутрішньому вусі.

Висновки: Отже, перенесений менінгіт може стати причиною розростання сполучної тканини у порожнині внутрішнього вуха та привести до її облітерації, що може викликати певні труднощі під час операції кохлеарної імплантації та неможливості ввести класичний електрод у непрохідну завитку, тому у таких випадках використовують розщеплений електрод, який можна ввести на максимально доступну ділянку, проте цей процес є прогресуючим, тому результати кожного окремого випадку кохлеарної імплантації неможливо спрогнозувати. При триваючих проліферативних процесах рекомендовано проводити повторне налаштування мовленнєвого процесора.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР
СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ
ВИЛИЦЕВОГО КОМПЛЕКСУ**

Борисова Є. С. / Y. Borysova, Сівак Я.І. / Y.Sivak

Науковий керівник: асистент Єфисько Н.А.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії*

*(зав. каф. член-кор. НАМН України, д.мед.н.,
професор Маланчук В.О.)*

м. Київ, Україна.

Актуальність: Кістки середньої зони мають переважно вертикальний тип будови трабекул губчатої речовини і контрфорси, які чергуються з місцями слабого опору – слъозною кісткою, очною пластинкою решітчастої кістки, стінками верхньощелепної пазухи і пластинкою крилоподібного паростка основної кістки. Структурна будова кісток середньої зони забезпечує їх стійкість до навантаження, зокрема при виконанні функції жування. Коли механічний вплив перевершує міцність кісток, виникають їх переломи.

Мета: Проаналізувати за даними літератури анатомічні особливості верхньої щелепи, що впливають на локалізацію та вид її перелому.

Матеріали та методи. Аналіз сучасної літератури.

Результати: Для доліхоморфної статури характерний довгий та вузький скелет носа, високі альвеолярні паростки, зуби, подовжені хоани, сошник, високі та вузькі верхньощелепні пазухи. При брахіоцефалічній формі черепа переважають поперекові розміри та властиві менша висота передньої і підкроневої поверхні тіла верхньої щелепи. Ю.А. Климовець верхньощелепні пазухи систематизував на три групи: гіперпневматизовані (більш 18см³) мають бухти, характеризуються тонкими стінками та розвинутим горбом верхньої щелепи та частіше зустрічаються у доліхоцефалів, середньо пневматизовані (від 11 до 18см³) і гіпопневматизовані (4,0 до 11,0см³), які зустрічаються у брахіцефалів. Зміщення вилицевої кістки, наявність бухт, що значно зменшують міцність верхньої щелепи, приводять до перелому стінок синуса при травмах вилицевої кістки. Невраховані пошкодження повітряноносних порожнин носа можуть призводити до виникнення вогнищ запалення, котрі погіршують загальний стан, і можуть призводити до несприятливого перебігу післяопераційного періоду, зниження якості життя хворого.

Висновки: Ступінь зміщення уламків при переломах вилицевого комплексу, пов'язаний з характером травмуючого фактора і з особливостями структури кісткової тка-

нини та ступенем пневматизації верхньощелепного синуса, що узгоджується по даним літератури. Тому у суб'єктів з незначною товщиною кісткової тканини і добре пневматизованими верхньощелепними синусами слід очікувати більш виражене зміщення уламків, ніж у суб'єктів з масивними кістками вилицевого комплексу і верхньощелепними синусами малої пневматизації. Таким чином, анатомічна будова з одного боку забезпечує інтимне з'єднання кісток середньої зони обличчя, з іншого – являється фактором, що обумовлює локалізацію та вид перелому.

**ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ
ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ НА ЗАГОЄННЯ
ЛУНОК ВИДАЛЕНИХ НАПІВРЕТЕНОВАНИХ ЗУБІВ
ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ПЕРИКОРОНІТАХ**

Даліщук А.І., Поліщук В.С./ Dalishchuk A.I., Polischuk V.S.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Поліщук С.С.

*Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії*

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Шувалов С.М.)

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Лікування напівретинованих зубів, а також перикоронітів на сьогоднішній день являє собою складну і актуальну проблему хірургічної стоматології та ортодонтії. Науковцями та практикуючими лікарями постійно проводяться пошуки ефективних методів хірургічного видалення напівретинованих та дистопованих зубів, а також догляд за лункою в післяопераційному періоді і її захист від шкідливого впливу ротової рідини і мікрофлори порожнини рота. Доведено, що у пацієнтів із супутніми захворюваннями внутрішніх органів та систем перебіг загоєння лунок більш ускладнений.

Мета: Дослідити вплив порушення функції гепатобіліарної системи на терміни епітелізації лунок напівретинованих зубів при їх видаленнях та кількість виникнення ускладнень.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 43 пацієнтів віком від 25 до 40 років з гострим гнійним перикоронітом в ділянці 38(48) зубів, яким була проведена операція “Перикоронаротомія та хірургічне видалення 38(48) зубів”. В процесі роботи хворі було розділено на 2 групи: I – контрольна (без супутньої патології), II – пацієнти з порушеннями функції гепатобіліарного тракту, в яких при біохімічному дослідженні виявлено підвищення вмісту АЛТ, АСТ, фракцій білірубину та загального білка в крові. Для оцінки впливу супутньої патології визначали терміни епітелізації лунок видалених 38(48) зубів, а також

кількість альвеолітів, які виникали в післяопераційному періоді.

Результати: В результаті дослідження виявлено 32 пацієнтів (74,4%) в яких не було зареєстровано супутньої патології та 11 пацієнтів (25,6%) із порушенням функції гепатобіліарного тракту. У пацієнтів I групи середній термін епітелізації лунок видалених зубів склав $24 \pm 2,1$ днів і було діагностовано 4 випадки (12,5%) альвеоліту. На противагу даним першої групи терміни епітелізації лунок видалених зубів у пацієнтів II групи були триваліші ніж у першій та склав $29 \pm 3,6$, а кількість діагностованих альвеолітів склало 4 клінічних випадки (36,4%).

Висновок. При наявності порушенні функції гепатобіліарного тракту збільшується тривалість епітелізації лунок видалених напівретинуваних зубів в 1,2 рази та при цьому збільшується кількість виникнення альвеолітів в 2,9 рази, що дозволяє стверджувати про негативний вплив дисфункції гепатобіліарного тракту на загоєння лунок видалених зубів.

РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ПЕРЕД ОПЕРАЦІЄЮ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА ТА ДОБОВА ПОТРЕБА В ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИХ ПРЕПАРАТАХ ПРОТЯГОМ РАНЬОГО ПОСТОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

Т. Гаєрилова / Т. Havrylova

Науковий керівник: к.мед.н, доц. Єфисько В.М.

Кафедра хірургічної стоматології

та щелепно-лицевої хірургії

(зав. каф. член.-кор. НАМН України, д.мед.н.,

професор В.О. Маланчук)

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Актуальність. Одне з найпоширеніших оперативних втручань у практиці хірурга стоматолога – видалення третіх молярів. Наявна статистика говорить, що у США та Канаді, наприклад, щорічно виконується до 5 мільйонів подібних операцій. Одночасно, постопераційний біль залишається гострою проблемою, так як виникає у 50% хворих стаціонарного та 40% амбулаторного профілю відповідно. Попередніми дослідженнями підтверджений факт, що рівень особистісної тривожності та передопераційної тривоги прямопропорційно корелює із гостротою та враженістю болю. Незважаючи на це в Україна не було проведено подібних досліджень та не використовуються методики для зменшення передопераційної тривоги. Тому дане питання залишається актуальним для дослідження.

Мета. Визначити зв'язок між рівнем особистісної тривожності пацієнтів та рівнем передопераційної тривоги та вираженістю болю в постопераційному періоді.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 42 пацієнти Стоматологічної клініки НМУ імені О.О. Богомольця, яким виконувалася видалення верхніх третіх молярів. Всі учасники дослідження були ознайомлені із його ходом та надали інформовану згоду пацієнта. Для визначення рівней тривожності використовувалася українська

версія опитувалька State-Trait Anxiety Inventory, більших відчуттів – Visual analogue scale. Статистична обробка результатів виконувалася за допомогою програмного забезпечення SPSS 22 версії. Тривалість спостереження – 7 днів.

Результати. Середній вік пацієнтів склав 34,2 роки. 16 пацієнтів (38%) показали високий рівень особистісної тривожності, 26 (61,9%) – високий рівень передопераційної тривоги. Одночасно, група пацієнтів, які продемонстрували підвищення обох видів тривожності статистично достовірно скаржилися на вищий рівень болю у всьому постопераційному періоді (із 2 по 7 день) ($p < 0,05$). І відповідно потребували вищих доз знеболювальних. Статистично достовірного зв'язку у пацієнтів, котрі мали вищий рівень передопераційної тривоги без тривожної акцентуації не було знайдено.

Висновки. У результаті проведеного дослідження був встановлений позитивний зв'язок між рівнями тривожності (особистісної та передопераційної одночасно) та необхідними дозами анальгетиків в постопераційному періоді, що відповідає проведеним раніше дослідженням в інших країнах. Таким чином, використання методик для зменшення тривожності може призвести до зниження вживаних доз знеболювальних. Проте необхідні подальші дослідження в даному напрямку.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ВРОДЖЕНИМ МАНДИБУЛО-ФАЦІАЛЬНИМ ДИЗОСТОЗОМ

*Довмантович М.В./ М. Dovmantovych, Логвиненко І.П. /
I. Logvynenko, Кеян Д.М./D. Keayan*

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

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна*

Актуальність: Мандибуло-фаціальний дизостоз (МФД) – це наслідок дисплазії ембріональних елементів, що походять з зябрових дуг. Це вроджене порушення розвитку кісток черепа з одно- чи двосторонньою вухонижньощелепною дисплазією з гіпоплазією обох щелеп, аномаліями слухового аналізатора, скронево-нижньощелепного суглоба тощо. З віком ці зміни в поєднанні з ростом язика призводять до дихальної недостатності, гіпоксії, гальмування загального розвитку дитини.

Мета: презентація оперативного лікування пацієнта з МФД, яке проводилось на базі ОХМАТДИТу 26.12.2016 р.

Матеріали і методи: нами проведено обстеження пацієнта, комп'ютерне моделювання операції з використанням 3D-моделі черепа.

Результати досліджень: Пацієнт А., 2003 р.н., у матері якого в II-му триместрі вагітності був діагностований токсоплазмоз, мав скарги на асиметрію обличчя, порушення сну, голосне хрипіння та зупинки дихання уві сні. Об'єктивно: антимонголоїдний тип очей, гіпоплазія ви-

личних кісток, мікроотія. Внутрішньоротовий огляд: зміщення центральної лінії вліво на 0,5 см, перехресний прикус. Гіпоплазія нижньої щелепи (НЩ). Тактика оперативного лікування: подовження обох гілок НЩ шляхом остеотомії, переміщення фрагментів, використання автотрансплантату. Операція з піднижньощелепними доступами. Малі фрагменти з суглобовими відростками переміщені вгору на крилоподібних м'язах зліва на 18 мм, фіксовані мініпластинами з гвинтами. Новоутворена сходинка по нижньому краю гілки заміщена вільним аутогенним трансплантатом з лівого гребеня клубової кістки, фіксована до великого фрагмента пластинами з гвинтами. Справа – площинна остеотомія в ділянці кута НЩ, подовження гілки на 14 мм. Післяопераційний період без особливостей.

Висновки: Рациональна реконструктивно-відновна хірургія реабілітує пацієнта з мікрогнатією та пов'язаними з цим утрудненим диханням. За умов дефіциту кістки використання автотрансплантатів є біологічно обґрунтованим. Малий об'єм та низькі механічні властивості кістки суглобових відростків обох гілок щелепи вимагає ретельного планування операції, високої оперативної техніки її виконання та спеціального обладнання.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО РЕЗЕКЦІЇ ВІНЦЕВОГО ВІДРОСТКУ У ДІТЕЙ З АНКІЛОЗАМИ ТА ВДОА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Думенко М.В. / М. Dumenko

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Яковенко Л.М.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Анкілози (А) та вторинний деформуючий остеоартроз (ВДОА) скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) становлять 81% у структурі хірургічних стоматологічних захворювань у дітей. Ці захворювання призводять до порушення функції СНЩС та деформації відділів нижньої щелепи. Ці захворювання обов'язково супроводжуються формування шилоподібного вінцевого відростку (ВВ) який впливає на відкривання рота і є патогенним чинником що враховувати при виконанні артропластики.

Мета: Визначення показань до резекції вінцевого відростку при ВДОА та анкілозах СНЩС у дитячому віці за СКТ вимірами.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали 33 СКТ дітей віком з 6 до 14 років, що поділені на дві вікові групи: 6–10 років (І група) та 11–14 років (ІІ група). З них 14 пацієнтів з ВДОА та А СНЩС та 19 дітей без уражень СНЩС (контрольна група). Визначались наступні показники: передньо-задні розміри (S), висота (h), кут між ВВ та суглобовим відростком (б).

Результати: Отримані дані вимірів ВВ контрольної групи у І групі S складають $5,1 \pm 0,18$ мм, $h=10,33 \pm 0,49$ мм,

а б складає $81,64 \pm 1,24^\circ$. У ІІ групі S складають $6,74 \pm 0,22$ мм, $h=12,55 \pm 0,36$ мм, а б = $81,13 \pm 0,79^\circ$. Порівнюючи двобічний А з контрольною групою можна встановити збільшення S на 2,2 мм, h на 10 мм та зменшення б на 15° . У дітей з однобічним А відбувається на враженому боці збільшення SBB відповідно до здорової сторони на 0,7 мм, h – на 6,0 мм, а б зменшується на $4,5^\circ$. У дітей з двобічним ВДОА, що відповідають І групі, відносно контрольної групи відмічаються збільшення S на 1,2 мм, h – на 1,6 мм, та зменшення б на $16,6^\circ$. ІІ групу склали діти з однобічним ВДОА, які показують, що на враженому боці збільшення SBB відповідно до здорової, відбувається на 0,1 мм, h – на 3,6 мм, а б зменшення на $6,5^\circ$. Отримані дані свідчать про те, що збільшення показників розмірів можуть впливати на функцію нижньої щелепи а саме відкривання рота що є показником до хірургічного втручання на ньому.

Висновки: Враховуючи отримані дані що свідчать про збільшення розмірів ВВ за вимірами є показанням до резекції вінцевого відростку при виконанні артропластики.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИТЯЧИХ ГЕМАНГІОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Герасимчук В. О. / V. Gerasimchuck

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.,
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
(зав. каф.: д.мед.н., професор Л.М.Яковенко)
м. Київ, Україна,*

Актуальність: Дитяча гемангіома (ДГ) з локалізацією в щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) у дітей зустрічається в 60–80% випадків (M. Wassef, 2006; Кисельова Н.В., 2016). Вони супроводжуються розвитком тяжких косметичних та функціональних порушень у період активного росту (Leaute-Labreze С., 2008; O. Enjorlas, 2010). Лікування ДГ при активному рості передбачає застосування неселективних Я-адреноблокаторів (анаприліну), побічними діями яких є: брадикардія, АВ блокада, аритмії, зниження артеріального тиску (АТ), бронхоспазм, гіпоглікемія, що призводить до розвитку ускладнень при лікуванні дитячих гемангіом (Admani S., 2014; I.Fernandez-Pineda, 2016).

Мета: Профілактика ускладнень при лікуванні ДГ в ЩЛД у дітей із застосуванням анаприліну за показниками варіабельності серцевого ритму.

Матеріали та методи: Досліджено 15 дітей з ДГ обличчя у віці від 2 місяців до 1,5 років, яким було застосовано анаприлін в дозуванні 2 мг/кг тричі на добу, протягом 6 міс. – 9 міс. Контроль побічних дій препарату та корекція дози проводилась за даними ЧСС, АТ, холтерівського моніторингу.

Результати: Анаприлін отримали 15 пацієнтів із ДГ. До початку та протягом лікування проводився контроль: ЧСС, АТ, ЕКГ, холтерівський моніторинг – при збільшенні дозування препарату. З побічних ефектів спостерігали

коливання зниження АТ – систолічний $98 \pm 2,48$ мм рт. ст., діастолічний $59,22 \pm 3,84$ мм рт. ст.; ЧСС до початку лікування становила $141,56 \pm 2,44$ уд/хв, під час терапії знизилась до $121,78 \pm 2,83$ уд/хв ($p < 0,05$). Холтерівський моніторинг виконували кожного місяця, фіксовано кореляцію показників варіабельності серцевого ритму SDNN, RMSSD, pNN50. Епізодично, в нічний час, у 4 дітей реєструвалась синоатріальна блокада II ступеня I типу, як до, так і під час лікування, у 2 – під час терапії. Моніторинг показників варіабельності серцевого ритму та АТ допомагає попередити виникнення ускладнень під час медикаментозного лікування ДГ.

Висновки: При застосуванні анаприліну для лікування ДГ із швидким ростом для профілактики ускладнень та корекції дози препарату необхідним є проведення моніторингу за показниками ЧСС, АТ та варіабельності серцевого ритму.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ СЕРЕДНЬОЇ ДІЛЯНКИ ОБЛИЧЧЯ

*Тимошенко Н.М., Кравченко Я.С. /
Timoshchenko N., Kravchenko Ya.*

Науковий керівник: д.мед.н. Астапенко О.О.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав.кафедри – д.мед.н., проф. В.О. Маланчук)
м. Київ, Україна,*

Актуальність: Переломи середньої ділянки обличчя (СДО) займають третє місце по частоті серед усіх переломів щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД).

Метою нашої роботи є порівняння результатів хірургічного лікування СДО з використанням різних фіксаторів для остеосинтезу.

Матеріали та методи: Групу спостереження становили 38 постраждалих із переломами СДО, яким після клінічного та рентгенологічного обстеження проводили хірургічне лікування переломів із використанням різних видів фіксаторів.

Результати: Серед досліджуваних пацієнтів із приводу переломів верхньої щелепи (ВЩ) різних термінів давності ми спостерігали 34 (89,5%) особи, 4 (10,5%) пацієнта мали вторинне недорозвинення СДО і потребували хірургічного лікування. З них 35 (91,7%) були чоловіки, 3 (8,3%) – жінки. Так, 19 (63,8 %) пацієнтів мали перелом ВЩ за Ле Фор I, II, 14 (33,3%) хворих – локальний перелом ВЩ у ділянці носо-лобного контрфорса, 1 (2,8%) пацієнт мав посттравматичну деформацію середньої ділянки обличчя за Ле Фор III і потребував складної реконструктивної операції.

Після комплексного обстеження пацієнтів планували хірургічне лікування згідно сучасних протоколів. У пацієнтів із переломами ВЩ використовували, як правило, внутрішньоротовий доступ. Після репозиції уламків ВЩ проводили остеосинтез фрагментів у ділянці вилич-

но-альвеолярного гребня, лобно-носового контрфорса, проводили ревізію гайморової порожнини, рани зашивали. У пацієнтів із деформаціями ВЩ та СДО через необхідні доступи (екстра-, інтраоральні, транскон'юнктивальні тощо) проводили остеотомію в запланованих локусах (вибір локусів остеосинтезу залежав від клініко-рентгенологічної ситуації та корегувався під час операції), при необхідності видаляли кістковий регенерат (у випадках посттравматичних деформацій), встановлювали кісткові фрагменти в правильному положенні, проводили остеосинтез, рани зашивали. Вибір фіксаторів для остеосинтезу (полімерні або титанові) залежав від архітекtonіки кісткової поверхні, наявності дефекту в ділянці остеосинтезу, сил та вектору навантаження, що присутні в ділянці остеосинтезу, необхідності відновлення контрфорсів. При потребі додатково іммобілізацію щелеп у післяопераційному періоді проводили працovidною пов'язкою.

В основній групі ми виконували остеосинтез із використанням біодеградуєчих полімерних фіксаторів ЕПУ–ГАП–ЛЕВ у 18 (47,4 %) пацієнтів. У контрольній групі – титановими пластинами та гвинтами зарубіжних виробників у 20 (52,6%) пацієнтів. У післяопераційному періоді всім хворим призначався стандартний курс антибактеріальної протизапальної терапії.

Слід відзначити, що в основній групі задовільні результати лікування отримано в 100% випадків: явища післяопераційного набряку зникали на 4-5 день після оперативного втручання. Пальпаторно рухомості кісткових фрагментів впродовж всього раннього післяопераційного періоду не відзначалося. Рентгенологічний контроль положення кісткових фрагментів після остеосинтезу, який проводився на 4-7 добу та через 30 днів після операції, свідчив про коректне положення кісткових фрагментів. Консолідація фрагментів кістки відбулася вчасно, без ускладнень.

У контрольній групі хворих задовільний результат було отримано також у 100 % випадків. Явища післяопераційного набряку тканин зникали на 5-6 добу. Пальпаторно рухомості кісткових фрагментів впродовж всього раннього післяопераційного періоду не відзначалося. Рентгенологічний контроль положення кісткових фрагментів після остеосинтезу, який проводився на 4-7 добу та через 30 днів після операції, свідчив про правильне положення виличної кістки. В ранньому післяопераційному періоді запальних ускладнень не було. Але 7 пацієнтів відмічали холододу реакцію в ділянці остеосинтезу в зимовий період року, з них 3 пацієнта побажали видалити фіксатори. У 2 пацієнтів відзначалась в'язка запальна реакція на стороннє тіло з утворенням норичь і грануляцій, яка носила хронічний характер. Призначений курс антибактеріальної протизапальної терапії у цих пацієнтів був неефективним, фіксатори довелося видалити.

Висновки: Позитивні результати власних клінічних досліджень у ранні та віддалені терміни свідчили про ефективність і перспективність застосування полімерних (в тому числі ЕПУ–ГАП–ЛЕВ) мініпластин у хірургічному лікуванні переломів СДО зі зміщенням. У всіх пацієнтів, яким використовували полімерні фіксатори, завдяки пра-

вильному плануванню лікування, вдалося отримати повна реабілітацію.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТЕРМІНІВ ВІДНОВЛЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ДІЛЯНЦІ ОРОАНТРАЛЬНОГО СПОЛУЧЕННЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЙОГО УСУНЕННЯ

Крупич М.О., Жильчук Д.Р / M. Krupich, D. Zhylchuk

Науковий керівник: к.м.н., асистент Кеян Д.М

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф. – член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор В.А. Маланчук)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Видалення молярів на верхній щелепі у 5-7% випадків може ускладнитись утворенням ороантрального сполучення (ОАС). Найчастіше для закриття ОАС використовується слизово-окісний клапот, узятий з присінка ротової порожнини, що забезпечує створення стабільного бар'єру між верхньощелепним синусом (ВЩС) та порожниною рота. Але основним недоліком такого способу є відсутність відновлення об'єму і структури альвеолярного відростка верхньої щелепи, що утруднює в майбутньому ортопедичне лікування. Для заміщення дефекту використовують ало- та аутотрансплантати. Використання алотрансплантатів є необґрунтованим – зважаючи на запальні зміни стінок дефекту та верхньощелепної пазухи, існує висока вірогідність відторгнення трансплантата. Метод з використанням аутотрансплантата є травматичним, що обмежує його використання.

Мета: Дослідити ефективність застосування методики закриття ОАС з використанням вільного кісткового ауто-трансплантата з передньої стінки ВЩС і аутоплазми крові збагаченої тромбоцитами і фібрином у порівнянні з класичними методами.

Матеріали та методи: Нами було прооперовано 30 пацієнтів, 15 з яких становили контрольну групу, в якій ОАС закривалось слизово-окісним клаптом взятим з присінка ротової порожнини. Інші 15 пацієнтів були прооперовані з використанням вільного кісткового ауто-трансплантата з передньої стінки ВЩС і аутоплазми крові збагаченої тромбоцитами і фібрином.

Результати: Рентгенологічне дослідження у післяопераційному періоді показало: атрофія альвеолярного відростка в області раніше функціонуючого ОАС спостерігалась як в основній, так і контрольній групі, однак рівень атрофії відрізнявся в двох групах. Так, у основній групі рівень атрофії був на 15% менше ніж в контрольній групі.

Висновки: Таким чином, використання вільного кісткового ауто-трансплантата з передньої стінки ВЩС і аутоплазми крові збагаченої тромбоцитами і фібрином, дозволяє зменшити відсоток атрофії кісткової тканини в ділянці ОАС та відновити об'єм і структуру альвеолярного відростка, що дає підставу для його застосування.

ТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, ПОЄДНАНИЙ З ПЕРЕЛОМОМ БУГРА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Лябах Д.О. / D. Liabakh

Науковий керівник: асистент Єфисько Н.А.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф. член-кор. НАМН України,
д.мед.н., професор Маланчук В.О.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Серед актуальних питань в щелепно-лицевій хірургії особливе місце належить проблемі розпізнавання поєднаних травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. Це принципово важливе питання для призначення правильного лікування, профілактики ускладнень.

Мета: На клінічному прикладі показати можливість поєднаної травми нижньої та верхньої щелепи, а саме травматичного перелому суглобового паростку з переломом горба верхньої щелепи. Це обумовлено недостатністю освітлення даного питання в літературі.

Матеріали та методи: Результати базувалися на підставі збору анамнезу, огляду, об'єктивного обстеження хворого, проведення рентгенографії нижньої щелепи в прямій проекції та комп'ютерної томограми кісток черепа.

Результати: Нами був обстежений хворий Ю., 1983 р.н., який поступив в щелепно-лицеве відділення в порядку швидкої допомоги та було встановлено діагноз: травматичний двосторонній перелом нижньої щелепи в ділянці лівого суглобового паростку та тіла нижньої щелепи між 45,46 зубами. Діагноз встановлено згідно клінічних даних та підтверджено рентгенологічним дослідженням. Після проведення комп'ютерної томографії кісток черепа та головного мозку (за рекомендацією невропатолога) було виявлено ще й перелом бугра верхньої щелепи зліва та лівосторонній гемо синус, це не проявлялось клінічно та не було діагностовано при госпіталізації пацієнта в стаціонар. Механізм такого перелому у літературі описаний мало. За останні роки ми знайшли 2 публікації по механізму даної травми, коли відбувається перелом бугра верхньої щелепи вінцевим відростком нижньої щелепи під час нижньо-бокового удару в нижню щелепу.

Висновки: Наше дослідження показало, що комп'ютерна томографія є необхідним методом дослідження травматичних пошкоджень кісток лица навіть в простих клінічних випадках. Такий підхід дозволить проводити лікування та профілактику ускладнень прихованих травматичних пошкоджень, підвищити якість життя хворих.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ НА ФОНІ ПОРУШЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Поліщук В.С., Даліщук А.І. / Polischuk V.S.,
Dalishchuk A.I.

Науковий керівник: зав. каф., д.мед.н.,
проф. Шувалов С.М.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії (зав. каф.: д.мед.н.,
проф. Шувалов С.М.)

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом актуальність проблеми травматизму зростає, при цьому відзначається зростання його з переходом на інвалідність та тимчасову втрату працездатності. Значну питому вагу в структурі загального травматизму займає щелепно-лицевий травматизм та його ускладнення. При виникненні ускладнень важливе місце належить супутній патології.

Мета: Дослідити вплив порушення функціонування гепатобіліарного тракту на мінеральну щільність після травматичного дефекту нижньої щелепи щурів.

Матеріали та методи: Експеримент проведений на 20 білих щурах лінії Вістар, віком – 5-6 місяців та масою 240-270 г, що були поділені на 2 групи, по 10 щурів в кожній: контрольна – здорові щурі, без пошкодження гепатобіліарної системи, для яких було проведено нанесення перфоративної нижньої щелепи; дослідна – з порушенням функції гепатобіліарного тракту шляхом перерізки загального жовчного протоку та було проведено нанесення перфоративної нижньої щелепи. Для всіх щурів проводили дослідження мінеральної щільності нижньої щелепи в ділянці дефекту за допомогою комп'ютерного томографа з програмним забезпеченням Planmeca, шляхом визначення одиниць Хаунсфілда, які є умовними одиницями вимірювання рентгенпрозорості тканин на окремих ділянках. Показники мінеральної щільності ділянки дефекту визначали на 7, 14, 30, 60 день.

Результати: У щурів контрольної групи, без патології гепатобіліарної системи на 7 день при проведенні денситометрії ділянки дефекту нижньої щелепи показники мінеральної щільності склали $33,3 \pm 2,5$ HU, що відповідало щільності кров'яного згустку по шкалі Хаунсфілда. У тварин дослідної групи, з перерізкою загального жовчного протоку щільність мала менші показники та складала $22,7 \pm 2,13$ HU. В послідовні дні дослідження, відновлення щільності тканини в ділянці дефекту мала більш позитивну динаміку у тварин без порушення цілісності загального жовчного протоку. Показники денситометрії ділянки дефекту нижньої щелепи на 14 день дорівнювали у тварин контрольної групи $253 \pm 9,7$ HU, на 30 день – $513,3 \pm 13,2$ HU, на 60 день – $931,3 \pm 9,7$ HU, а у тварин дослідної групи наступні, на 14 день – $198,6 \pm 5,1$ HU, на 30 день – $456,8 \pm 9,9$ HU, на 60 день – $826,3 \pm 14,5$ HU.

Висновки: Проведене дослідження показало, що при порушенні функції гепатобіліарної системи зменшується

динаміка відновлення мінеральної щільності ділянки кісткового дефекту на 14 добу – в 1,5 рази, 14 добу – 1, 28 рази, 30 день – 1,13 рази, 60 день – 1, 12 рази, що склало сумарно в 1,25 рази.

НОВИЙ МЕТОД ЗБІЛЬШЕННЯ ОБ'ЄМУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПАРОСТКА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Попков К.В. / Popkov K

Науковий керівник: к.мед.н. Тимошенко Н.М.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології
і щелепно-лицевої хірургії

(зав.каф. – д.мед.н., проф. Маланчук В.О.)
м. Київ, Україна,

Актуальність: Втрата зубів практично завжди супроводжується атрофією кісткової тканини щелеп, зокрема, нижньої щелепи. В результаті атрофії відбувається зменшення як висоти альвеолярного паростка нижньої щелепи, так і його ширини, що ускладнює проведення стандартних методик зубної імплантації. Усунення подібних патологічних станів можливе тільки хірургічним шляхом.

На сьогодні існує багато методик оперативних втручань, метою яких є збільшення об'єму кісткової тканини щелеп. Серед подібних операцій найбільше значення мають реконструктивні втручання, що направлені на відновлення об'єму та якісних параметрів втраченої кістки. Застосування аутоотрансплантатів, наприклад, при "сендвіч" або "вінірній" методиках пластики альвеолярного паростка, а також міжкортикальної остеотомії є такими, що найчастіше використовуються, оскільки методики нескладні в технічному виконанні. Але за даними О.І. Неробєєва та співавт. (2009) кількість невдалих післяопераційних результатів досягає до 40%. Це спонукає хірургів до пошуку нових підходів у вирішенні цієї задачі.

Тому нами був запропонований спосіб збільшення об'єму кісткової тканини альвеолярного паростка нижньої щелепи, що дозволяє збільшити об'єм атрофованого альвеолярного паростка у фронтальній ділянці нижньої щелепи.

Запропонований метод має такі переваги:

- поліпшення якості оперативного втручання за рахунок збереження цілісності кісткової тканини нижньої щелепи та збереження кровопостачання аутоотрансплантата в цій ділянці,
- за рахунок збільшення площі контакту вільного кісткового аутоотрансплантату з навколишньою кісткою, покращуються умови його приживлення та зменшуються ризики його резорбції в післяопераційному періоді,
- з'являється можливість максимально збільшити об'єм кісткової тканини.

Задача способу полягає в оптимізації лікування пацієнтів із атрофією альвеолярного паростка нижньої щелепи за рахунок збільшення його об'єму, поліпшення форми та створення більш сприятливих умов для подальшої зубної імплантації та протезування.

Спосіб здійснюють наступним чином: під місцевим потенційованим або загальним знеболенням проводять забір вільного кісткового аутогрануляту із донорської ділянки нижньої щелепи (підборідний симфіз, гілка та тіло нижньої щелепи), клубової кістки, ребра чи гомілкової кістки. Також можна використовувати кістковозаміщуючий матеріал іншого походження. Далі із 1-2 вертикальних розтинів слизової оболонки в межах плануємого аутогрануляту відшаровують м'які тканини від кістки нижче перехідної складки зі збереженням кератизованої (фіксованої) слизової оболонки на альвеолярному паростку, проводять остеотомією формування кісткового трансплантату за умови збереження на ньому прикріпленої слизової оболонки, переміщують аутогранулят у необхідне положення зі збереженням кінцевого кісткового контакту з нерухомою кісткою, після чого кістковий діастаз, який виник, заповнюють кістковозаміщуючим матеріалом та фіксують переміщений трансплантат у цьому положенні. Рану ушивають.

Критеріями ефективності лікування були відновлення анатомічних умов для зубної імплантації.

ЗАСТОСУВАННЯ БІОАКТИВНИХ КОМПОЗИТІВ ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРИРАДИКУЛЯРНИХ ДЕФЕКТІВ КІСТКИ

*Швидченко В.С. / V. Shvydchenko,
Кулеш Д.В. / D.V. Kulesh*

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

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф.: д.мед.н., професор Маланчук В.О.)*

*Інститут хімії високомолекулярних сполук
НАН України*

*Відділ полімерів медичного призначення
(зав. відділу д.б.н., с.н.с. Галатенко Н.А.)
м. Київ, Україна,*

Актуальність: На сьогодні залишається актуальним питання нехірургічного та хірургічного лікування перирадикулярних дефектів кістки, дослідження процесу регенерації кісткових дефектів та його оптимізації. Дискусійними залишаються питання непередбачуваного впливу на умови та перебіг репаративного остеогенезу заміщуючих кістку матеріалів та/або інтерпонентів (мембран); біологічної невідповідності термінів застосування таких матеріалів і фаз репаративного остеогенезу; обмеженої стабільності синтетичних кальційапатитів при біомеханічному навантаженні; повторного оперативного втручання з метою видалення матеріалів, що не підлягають біодеградації (Lindhe A. et al., 2007; Вовк Ю.В., 2009; Маланчук В.О., 2011). Альтернативними матеріалами, що мають вплив на репаративну регенерацію тканин, є біодеградуєчі полімерні композиції з можливістю пролонгованого вивіль-

нення лікарських засобів (Галатенко Н.А., Рожнова Р.А., 2013).

Мета: Обґрунтувати можливість застосування біоактивних композитів пролонгованої дії для хірургічного лікування перирадикулярних дефектів кістки.

Матеріали та методи: На базі Інституту хімії високомолекулярних сполук НАН України отриманий композиційний матеріал на основі сітчастого поліуретану – "Клей медичний" (ТУ У 21.2-05417041-024:2013), який має здатність розсмоктуватися, а також полімеризуватися в дефектній порожнині, приймаючи її форму та утворюючи адгезійний зв'язок на межі розподілу полімер – кістка – м'які тканини. Вихідні компоненти "Клей медичний":

1. Клейова основа – олігоефіруретандізоціанат (ІФ);
2. Прискорювач полімеризації –

- 2,4,6-трис(диметиламінометил)фенол;
3. Наповнювач – фолієва кислота – порошок жовтого або жовто-помаранчевого кольору. Його біосумісність обумовлена близькістю хімічного складу уретанової групи – СО-NH – поліуретану до пептидної групи білків. Процес біодеструкції відбувається в результаті поєднання неферментативного гідролізу та клітинної резорбції полімеру двома основними групами клітин: макрофагами, які фагоцитують мікрочастинки полімеру та гігантськими клітинами чужорідних тіл, які проникають в імплантат за рахунок лізису та поділу його на фрагменти. Продукти біодеструкції, як показав радіоізотопний аналіз, поступово виводяться з організму через сечовидільну систему та шлунково-кишковий тракт без накопичення в печінці й нирках (Ліпагова Т.Е., Пхакадзе Г.А., 1977).

Експериментальні дослідження на білих щурах показали, що регенерація кістки проходить як від країв кісткового дефекту, так і за рахунок трансформації сполучної тканини, яка інтенсивно проростає в пори полімерної композиції (розмір пор – від 200 мкм) (Галатенко Н.А., Рожнова Р.А., Лебедев Є.В., 1997). Мікропориста структура композиції створює максимально розвинуту поверхню та велику площу контакту з тканинами організму, сприяє стабільності та поступовому проникненню новоутворених тканин вглиб по мірі біодеградації матеріалу, що якісно покращує умови репаративної регенерації тканин. Середня тривалість заміщення полімерної композиції кісткою за попередніми гістологічними дослідженнями відбувається протягом 6-8 місяців (Галатенко Н.А., Кулеш Д.В., Швидченко В.С., 2013).

Для клінічного застосування у випадках наявності перирадикулярного кісткового дефекту об'ємом до 2 см³ клейову основу (олігоефіруретандізоціанат), наповнювач (фолієва кислота) та прискорювач (2,4,6-трис(диметиламінометил)фенол) послідовно додають у стерильний шприц у вище вказаному порядку, де проводять змішування. Далі за допомогою канюлі "Клей медичний" вводять у попередньо осушений кістковий дефект, щільно притискаючи тканини. Клей наносять після проведення всіх необхідних хірургічних маніпуляцій, використовуючи сучасні зубозберігаючі методики (Маланчук В.О., 2011). Час первинного з'єднання клею і тканин повинен становити не менше 5 хвилин, після чого проводять ушивання операційної рани.

Висновки: Враховуючи пролонговану біологічну дію, експериментально підтверджену біосумісність, поступову біодеструкцію та виражені адгезійні властивості, "Клей медичний" може застосовуватись в клінічній практиці з метою хірургічного лікування перирадикулярних дефектів кістки. Зазначений матеріал потребує подальших клінічних, рентгенологічних, лабораторних та статистичних досліджень.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ТА ЕПІТЕЛІЗАЦІЇ ЛУНКИ ПІСЛЯ ЕКСТРАКЦІЇ ЗУБА

Жильчук Д.Р./Крупич М.О. / D.Zhylchuk, M.Krupich

Науковий керівник: к.м.н., асистент Кеян Д.М

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
(зав. каф.: член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор В.А. Маланчук)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Екстракція зубів складає 82,7-90,3% від усіх амбулаторних хірургічних операцій. Тривале загоєння пост екстракційної рани завжди супроводжується процесами атрофії кісткової тканини альвеолярного відростка (далі АВ), що змушує шукати нові способи

прискорення термінів епітелізації з одночасним відновленням об'єму АВ.

Мета: Провести порівняльний аналіз заповнення лунки зуба різними біосумісними матеріалами для відновлення об'єму кісткової тканини та прискорення термінів епітелізації лунки після видалення зуба.

Матеріали та методи: Було прооперовано 15 пацієнтів, що були розділені на 3 групи. В першій групі порівняння (6 пацієнтів) для заповнення лунки застосовувалась аутоплазма крові збагачена тромбоцитами та фібрином. У другій групі (3 пацієнта) – кістковий морфогенетичний білок. У контрольній групі (6 пацієнтів) лунка була заповнена кров'яним згустком. Обстеження проводились на 3,7,14,30 дні та через 3 місяці після оперативного втручання.

Результати: У всіх 3 групах у післяопераційному періоді ми спостерігали процес повної епітелізації лунки протягом 7-14 днів, що відповідає нормальним термінам загоєння рани, однак у першій групі спостерігалась повна епітелізація лунки на 7-8 день, швидше ніж у групах порівняння. Протягом 3 місяців ми спостерігали заміщення лунок зубів кістковою тканиною різної щільності у всіх хворих, однак вона була різною у порівнянні з навколишньою кістковою тканиною у всіх групах.

Висновки: Кожен із запропонованих методів заповнення лунки має свої переваги і свої недоліки, це дає привід для розробки комбінованих методів, що дозволять одночасно прискорити терміни епітелізації та стимулювати репаративний остеогенез лунки.

Секція

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ / OPHTHALMOLOGY

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВИПАДКІВ ДИРОФІЛЯРІОЗУ ОРГАНА ЗОРУ

Борисевич О.М. / O. Borysevych

Науковий керівник: асистент Чурюмов Д.С.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра офтальмології
(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: З початку 21-го сторіччя в Україні відмічено значне збільшення кількості пацієнтів з ураженням очей викликаних філяріями. До філяріозів відносять захворювання, чинниками яких є нематоди сімейства filariidae, зараження якими відбувається трансмісивно. В більшості випадків захворювання дирофіляріозом у людей обумовлено зараженням *Dirofilaria immitis* та *Dirofilaria immitis*, які паразитують у тварин і можуть вражати людину. Шляхом ураження є потрапляння личинок при укусі інфікованим комаром родів *Aedes*, *Anopheles*, *Culex*. Найчастіше локалізацію гельмінта відмічають в шкірі повік та кон'юнктиві – біля 46% всіх описаних випадків.

Мета: Представити дані спостережень, результати діагностики та лікування хворих на дирофіляріоз органа зору.

Матеріали та методи: Проведено обстеження та лікування пацієнтів з діагнозом філяріоз та з підозрою на філяріоз, які звертались по лікарську допомогу на пункт невідкладної очної допомоги, в поліклінічне та стаціонарне офтальмологічне відділення Олександрівської клінічної лікарні міста Києва. В усіх випадках проводилась реєстрація даних у спеціальному журналі та екстрене повідомлення до районної СЕС за місцем проживання.

Результати: Всього за 2016 рік обстежено та проліковано 5 пацієнтів з діагнозом філяріоз, який був підтверджений клінічними та морфологічними дослідженнями гельмінтів, а також проводилось обстеження, спостереження та лікування 12 пацієнтів з підозрою на філяріоз. У хворих діагноз встановлювався на специфічній клінічній картині: скарги на відчуття сторонніх локальних рухів, що мігрували під шкірою в різних ділянках голови, в анамнезі – укуси комарів, поява локального або поширеного набряку повік та кон'юнктиви з наявністю сторонніх утворень, що рухались під шкірою або кон'юнктивною і відчувались при пальпації. Хірургічне втручання всім цим хворим

проводили в екстреному порядку. Видалення гельмінтів проводили під місцевою анестезією в умовах операційної. Всі видалені гельмінти були досліджені морфологічно і являли собою ниткоподібні екземпляри білого кольору з поперечною смугастістю і загостреними кінцями, товщиною 0,6-1,1 мм і довжиною від 5 до 19 см. В усіх випадках при паразитологічному дослідженні ідентифіковано *Dirofilaria repens*.

Висновки: Ураження органу зору дирофіляріями є небезпечною патологією, яка потребує лікарської настороженості та відповідного діагностично-лікувального алгоритму. Прояви філяріозу, як правило, гострі і потребують невідкладного втручання – видалення гельмінта.

ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ "НІМОГО" СИНУСА

Габаль Р.І., Яременко М. В. / R. Habal, M. Yaremenko

Науковий керівник: д.мед.н., професор

Науменко О.М., д.мед.н., професор Скрипник Р.Л.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології /

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.,

д.мед.н. професор Вітовська О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Синдром "німого" синуса (СНС) – це прогресуюча безболісна інволюція верхньощелепної пазухи внаслідок оклюзії остеомаєтального комплексу з розвитком енофтальму. Незважаючи на те, що дане захворювання відноситься до отоларингологічної патології, в ряді випадків першими є прояви збоку органу зору. СНС є досить рідкісним синдромокомплексом. Своєчасне розпізнавання симптомів буде сприяти ранній діагностиці та лікуванню даного захворювання, покращення якості життя даній категорії хворих.

Мета: Вивчення офтальмологічних проявів синдрому "німого" синуса.

Матеріали та методи: Під нашим наглядом спостерігались 2 пацієнтки (жінки віком 25 та 32 років) з даним синдромом.

Їм було проведено традиційне офтальмологічне обстеження, огляд отоларинголога.

Результати: При дослідженні анамнезу: перші скарги на асиметрію обличчя в ділянці очей, "опущення та западання" ока, дискомфорт в ділянці орбіти, зміни носили односторонній характер. Гострота зору була Vis 1,0, очні яблука спокійні, передній та задній відділи ока без особливостей. При лор-огляді було виявлено викривлення носової перегородки, при ендоскопічному дослідженні спостерігалось розширення середнього носового ходу. Проведене КТ обстеження показало: тотальне затемнення верхньощелепної пазухи, ретракція латеральної стінки пазухи та нижньої стінки орбіти, ретракція медіальної стінки пазухи з різним ступенем розширення середнього носового ходу, виражене стоншення стінок верхньощелепної пазухи, збільшення іпсилатеральної орбіти.

Висновки: В клінічних випадках, при яких відмічаються зміни положення очного яблука, асиметрія обличчя, необхідною є консультація ЛОР-спеціаліста для встановлення діагнозу та проведення ендоскопічного лікування.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА ПРИ БИОМИКРОСКОПИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНОГО СИНДРОМА

Древетняк Я.В. / J. Drevetnjak

Научный руководитель: д.мед.н.,

доцент Жабоедов Д.Г.

Национальный медицинский университет

имени А.А. Богомольца

Кафедра офтальмологии

(зав. каф.: д.мед.н., профессор Витовская О.П.)

г. Киев, Украина

Актуальность. Псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) – одна из причин интраоперационных осложнений у больных при экстракции катаракты и факоэмульсификации. Осложнения возникают в связи с изменением капсулы хрусталика, деструктивным нарушением цинновых связей и передней гиалоидной мембраны стекловидного тела. Наличие псевдоэксфолиативного материала (ПЭМ) на разных внутренних структурах передней камеры (ПК) является доказательным признаком ПЭС. Диагностика ПЭС-биомикроскопическое исследование (БМИ) поверхности передней капсулы хрусталика для выявления ПЭМ, но в начальной стадии отложения плохо заметны и обнаружат их затруднительно.

Цель. Исследование использования поляризованного света при БМИ для ранней диагностики ПЭС.

Материалы и методы. Обследовано 112(100%) пациентов с катарактой: 63 женщины (56,25%), 49 мужчин (43,75%). Количество пациентов с ПЭС–40 (35,71%): 16 мужчин (14,28%) и 24 женщины (21,42%). Средний возраст пациентов с ПЭС: мужской 75,8±6,7, женский 77,4±5,8, без ПЭС: 68,2±12,7 и 71,8±11,2 соответственно. Наличие ПЭС было установлено с помощью БМИ. Больным без ПЭС было проведено БМИ структур ПК глаза в поляризованном свете. Источник освещения – лампа биомикроскопа с поляризационным фильтром–поляризатором, а осмотр проведен через микроскоп с вторым поляризационным фильтром (анализатором). В глаз больного направляется пучок поляризованного света и перемещается по структурам ПК глаза. Если при перемещении пучка замечаются мелкие блики на фоне передней капсулы хрусталика, то, вращая поляризатор для изменения тени и света можно детальной рассмотреть причину генерации этих феноменов. Таким образом можно выявить отложения ПЭМ.

Результаты. Доля заболеваемости катарактой в сочетании с ПЭС растет соответственно возрасту пациентов. При проведении БМИ с поляризованным светом ПЭМ выделялись контрастно и ярче не только на передней капсуле хрусталика, но и на эндотелии роговицы, трабекулах радужки, пигментной кайме зрачка и во влаге передней

камери. Удалось до операції діагностувати наявність ПЕМ у 11 пацієнтів (9,8%) ($p=0.03$), хоча при обстеженні без поляризації отложений не було виявлено.

Висновки. БМІ з поляризованим світлом краще візуалізують ПЕМ-отложения, які виявлені не тільки на передній капсулі хрусталика, але й на інших структурах ПК ока (трабекула радужки, пігментна кайма зрачка, ендотелій роговиці). Дослідження ока в поляризованому світлі дозволить частіше виявити наявність ПЭС, що говорить про цільовість використання додаткових заходів обережності при наступних операціях факоемулсифікації.

ЛІКУВАННЯ РЕФРАКТЕРНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ КЕРАТИТІВ ВНАСЛІДОК ТРАВМИ МЕТОДОМ ФОТОПОЛІМЕРИЗАЦІЇ КОЛАГЕНУ РОГІВКИ

*Ковальов І.А., Абу Немер С. Д. /
I. Kovalov, S. Abu Nemer*

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

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра офтальмології
Медичний центр "АЙЛАЗ"*

*(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Незважаючи на значні успіхи сучасної протинфекційної фармакоterapiї, частота виникнення кератитів, що призводять до значного зниження зорових функцій та втрати зору залишається високою.

Нашу увагу привернула методика фотополімеризації рогівки за допомогою рибофлавіну та ультрафіолету для лікування кератоконусу та ятрогенних ектазій рогівки. Беручи до уваги відомі бактерицидні властивості ультрафіолету та вільного кисню (O_2), деякі автори (Hans Peter Iseli; Michael Thiel, Theo Seiler) рекомендують її проведення з метою санації рогівки та можливого шляху подолання тяжких роговкових інфекцій.

Мета: Вивчення ефективності методики фотополімеризації рогівки в лікуванні інфекційних кератитів.

Матеріали та методи: Група пацієнтів налічувала 16 пацієнтів (16 очей), у віці від 24 до 66 років. При цьому у більшості пацієнтів, протягом останніх 6 місяців відмічали рецидивуючий характер перебігу кератиту. Термін спостереження коливався від 1 до 6 місяців.

Методика фотополімеризації рогівки проводилася за стандартною методикою і складалася з наступних етапів:

1. Деепітелізація рогівки в зоні 8,5 мм, взяття матеріалу для бакпосіву, цитоскопії та ПЛР.
2. Насичення рогівки 0,1% розчином рибофлавіну – 15 – 20 крапель (1 крапля кожну хвилину).
3. Контроль насичення рогівки рибофлавіном (за наявністю рибофлавіна в передній камері ока).
4. Пахіметрія.
5. Опромінювання рогівки ультрафіолетом (довжина хвилі 362 нм) протягом 5 хвилин за допомогою модифікованої лампи Зайлера SCL-360.
6. Бандажна м'яка контактна лінза.

Всі пацієнти в післяопераційному періоді по закінченню епітелізації отримували супутню фармакоterapiю.

Результати: В групі пролікованих пацієнтів з використанням методики фотополімеризації рогівки повна епітелізація рогівки констатувалась в середньому на 5 добу спостереження. У всіх випадках під час динамічного спостереження на тлі значного зменшення роговкового синдрому було зафіксовано поступове зменшення набряку рогівки, підвищення її прозорості, зменшення розмірів інфільтратів, запускання новоутворених судин рогівки, та, як наслідок, покращення гостроти зору. Протягом всього терміну спостереження у жодного пацієнта не було зафіксовано рецидиву хвороби.

Висновки: Підтверджена безпека методики. Процедура фотополімеризації рогівки може розглядатись як доповнення в комплексній терапії інфекційних кератитів. Передбачається подальше спостереження з метою аналізу віддалених результатів використання даної методики.

ПСЕВДОТУМОΡ ОРБИТИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Лейченко Ю.В., Тихончук Н.А. /
Y. Leichenko, N. Tykhonchuk*

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

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра офтальмології

*(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Псевдотумор орбіти – ідіопатичне неспецифічне запалення м'якої тканинних структур орбіти. На долю псевдотумора орбіти припадає від 1,2 до 23,27% усієї орбітальної патології. Етіопатогенез захворювання до кінця невстановлений. Псевдотумор зазвичай розвивається у 30-50-річному віці. Клінічна картина його різноманітна і часто нагадує злоякісне новоутворення або флегмону орбіти, що потребує детальної сучасної діагностики.

Мета: На прикладі клінічного випадку провести диференційну діагностику псевдотумору орбіти.

Матеріали та методи: Проаналізовано історію хвороби пацієнтки О., 61 р., яка поступила в офтальмологічне відділення клінічної лікарні №9 м. Києва 31.01.2017 року по швидкій допомозі з діагнозом флегмона лівої орбіти. Хвора скаржилася на двоїння, набряк, почервоніння повік, неможливість відкрити ліве око, сльозотечу, зміщення лівого ока назовні. Зі слів хворої, набряк та почервоніння повік лівого ока з'явилися 2 місяці тому. Лікувалася самостійно – капала антибактеріальні краплі. 2 дні тому стан лівого ока погіршився, з'явилися вищенаведені скарги.

Результати: При надходженні гострота зору: праве око (ОД) 1,0; ліве око (ОС) 1,0. Об'єктивно: ОС – помірна гіперемія та щільний набряк повік, очна щілина закрита, самостійно відкрити око не може. Пальпація повік безболісна. Репозиція обмежена. Очне яблуко зміщене назовні, кут косоокості 20є; рухи очного яблука обмежені догори,

донизу та доносу, кон'юнктива повік не змінена, кон'юнктивальна ін'єкція судин очного яблука, рогівка прозора, райдужна оболонка без змін, зіниця середньої ширини, правильної форми, на світло реагує, факосклероз, на очному дні: ДЗН блідо-рожевий, межі чіткі, в макулі без особливостей, артерії дещо звужені. Для уточнення діагнозу хворій проведено рентгенографію лівої орбіти, додаткових пазух носа – без патологічних змін. Призначені консультації отоларинголога, невропатолога, стоматолога, терапевта; загальний аналіз крові, сечі, аналіз крові на цукор, ревмопроби – в межах вікової норми. Для уточнення діагнозу та диференційної діагностики між запальними захворюваннями та пухлинами орбіти призначена МРТ орбіт. На МРТ орбіт було виявлено: МР – ознаки запальних змін ретробульбарної жирової клітковини, медіального прямого м'яза (міозит) лівого ока. МР – семіотика змін найбільш характерна для псевдотумора (Orbital pseudotumour). Призначена протизапальна терапія – як місцева, так і загальна. Стан хворої покращився. Хвора продовжує призначене лікування.

Висновки: Аналіз історії хвороби пацієнтки з псевдотумором орбіти виявив високу інформативність МРТ в диференційній діагностиці псевдотумору орбіти, що допомогло поставити правильний діагноз і призначити лікування.

ДОЦІЛЬНІСТЬ РЕВІЗІЇ ТА МАНУАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ОСТ ЗОРОВОГО НЕРВУ

*Ляпунова В.О., Завальна Я.В., Христюлова В.В. /
V. Lyapunova, Y. Zavalna, V. Khrystulubova*

Науковий керівник: асистент Саксонов С.Г.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О. П.)

Офтальмологічний центр КНП

"КДЦ" Печерського району м. Києва

м. Київ, Україна

Актуальність: Оптична когерентна томографія (ОСТ) сучасний та інформативний метод дослідження патології ока, зокрема зорового нерву при нейропатії різного генезу. В той же час особливості конкретних ОСТ-приладів, фіксації погляду, будови обличчя, прозорості оптичних середовищ пацієнта не дозволяють гарантовано у кожному випадку забезпечувати виконання усіх рекомендованих виробниками параметрів проведення дослідження, що може впливати на їх Результати. Зважаючи на можливість помилок при проведенні ОСТ в автоматичному режимі, виробники закладають можливість мануальної корекції результатів. Це вимагає додаткових витрат часу, та більш високої кваліфікації оператора ОСТ, і має бути обґрунтовано з медичної точки зору.

Мета: з'ясувати доцільність ревізії та мануальної корекції результатів ОСТ зорового нерву в умовах норми.

Матеріали та методи: За допомогою ОСТ "Revo" (Optopol) було обстежено 5 здорових добровольців (10 очей), віком від 19 до 24 років, без аномалій рефракції.

Проведено 100 автоматизованих досліджень (10 досліджень поспіль для кожного ока). Аналізувалися: стандартні інтегровані протоколи дослідження зорового нерву; параметри: площа екскавації, нейроретинального обідка, співвідношення диск/екскавація. Суттєвими вважалися відхилення +/- 10% від середнього значення для даного пацієнта. Мануальна корекція результатів проводилась у випадках хибного визначення: розмірів та меж ДЗН, товщини нейроепітелію, меж екскавації. Статистичні дані оброблялися з використанням критерія Фішера ($p < 0.01$). Порівнювалось 2 групи з корекцією і без корекції. У першому випадку з корекцією не було відхилення; без корекції 37 (26 + 11). Якщо не зважати на показник відхилення, то друга група з якою порівнювали з корекцією не було відхилень у 100 дослідженнях, без неї 63.

Результати: суттєві відхилення, виявлені у 26% випадках (26 досліджень, 10 очей). В 11% випадках (11 досліджень 5 очей) індикатори інтегрованого стандартного протоколу вказували на наявність патологічних змін зорового нерву. Після мануальної корекції, в 100% випадків показники наближались до середніх для даного пацієнта (відхилення не перевищувало 5%, індикатори поверталися до нормальних значень).

Висновки: виконання ревізії результатів ОСТ, та корекція результатів є обґрунтованою з медичної точки зору, оскільки дозволяють зменшити кількість вірогідності хибних результатів ОСТ зорового нерву у здорової людини. Виконання ОСТ в автоматичному режимі у здорових людей, можуть суттєво впливати на результати дослідження зорового нерву, та призводити до хибних висновків про наявність та перебіг захворювань, які супроводжуються оптичною нейропатією. Для нівелювання можливих помилок, необхідно проводити ревізію, та за необхідністю – корекцію результатів дослідження. Причини та суттєвість окремих відхилень, як і результати даного дослідження, потребують подальшого вивчення. Не можна виключити необхідність проведення аналогічних досліджень для кожного виду ОСТ-приладів окремо.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНОЇ ТРАВМИ КІСТОК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА З КОНТУЗИЄЮ ОКА ТА СИНДРОМОМ "ВЕРХІВКИ ОРБИТИ"

*Павленко Д.О., Горобей М. П., Розумій Н. М., Чміль Г.О. /
D. Pavlenko, M. Horobey, N. Rozumiy, H. Chmil*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор
Вітовська О.П.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: У світі внаслідок травм органа зору налічується 1,6 млн сліпих людей, 2,3 млн мають двостороннє зниження зору, а 19 млн – односторонню втрату зору.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок поєднаної травми кісток лицевого черепа з контузією ока та синдромом "верхівки орбіти".

Матеріали та методи: В якості клінічного випадку представлені результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень пацієнтки О., 40 років, яка 11.01.17 звернулася за допомогою до офтальмологічного відділення у зв'язку з кримінальною травмою обличчя в ділянці правого ока.

Результати: Зі слів пацієнтки, 10.01.17 о 15:00 отримала удар кулаком в обличчя в ділянці правої орбіти. Загальний стан відносно задовільний, скаржиться на різке зниження зору на праве око після травми. Об'єктивно: VOD=1/7° proectio lucis incerta, VOS=1,0. Праве око: очна щілина різко звужена внаслідок напруженої гематоми повік; рухомість ока обмежена у всіх напрямках за рахунок набряку; значний субкон'юнктивальний крововилив з вираженим хемозом кон'юнктиви склери, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, травматичний мідріаз. На очному дні диск зорового нерву з вираженим перипапілярним набряком, в центральних відділах набряк сітківки, вени дещо розширені, звиті. На оптико-когерентній томограмі макулярний профіль правильний, товщина сітківки дещо підвищена, збільшення товщини волокон зорового нерва. На мультиспіральній комп'ютерній томограмі ознаки уламчатих переломів решітчастого лабіринту, латеральної, медіальної та нижньої стінки очниці з гематосинусом в придаткових пазухах; до преаудальної частини зорового нерву прилягає маленький кістковий уламок розмірами 2x1,7 мм. Проконсультована кардіологом, неврологом та оториноларингологом.

Пацієнтка проходила лікування в стаціонарі офтальмологічного відділення з 12.01.17 до 27.01.17, і на момент виписки VOD=0,2-0,3, VOS=1,0. Об'єктивно: конфігурація очної щілини нормальна, очне яблуко спокійне. Субкон'юнктивальний крововилив в стадії розсмоктування. Заломлюючі середовища прозорі. На очному дні ДЗН дещо блідуватий з частковим перипапілярним набряком. Виписана під нагляд офтальмолога за місцем проживання, рекомендовано дипроспан 1,0 мл парабульбарно через 1 тиждень, повторна консультація оториноларинголога, щелепно-лицевого хірурга, повторна МСКТ правої орбіти через 1 місяць.

Висновки: Клінічний випадок показує, що важкі поєднані травми лицевого черепа потребують застосування сучасних методів діагностики та міждисциплінарного підходу в їх лікуванні.

МІОЗИТ ЕКСТРАОКУЛЯРНИХ М'ЯЗІВ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Середа С.О. / S. Sereda

*Наукові керівники: к.мед.н., доцент
Скрипниченко І.Д.*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра офтальмології
(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Орбітальний міозит – рідкісне захворювання, що характеризується запаленням одного або

декількох екстраокулярних м'язів. Вперше захворювання описано в 1903 році J. E. Gleason і, до сьогодні, точної етіології не встановлено, але виділяють аутоімунні, ендокринні, інфекційні, алергічні механізми ураження. Клінічна картина залежить від кількості уражених м'язів та характеризується відчуттям дискомфорту та болем при русі очних яблук, обмеженням їх руху, диплопією, екзофтальмом та кон'юнктивальною ін'єкцією, що виникає, частіше, з боку ураженого м'язу. Запальна інфільтрація уражених очних м'язів може поширюватися на ретробульбарну клітковину, судини, нервові закінчення, що утруднює встановлення вірного діагнозу та часто помилково розцінюється, як флегмона орбітальної клітковини.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок ранньої діагностики і своєчасно призначеного лікування міозиту орбіти на клінічному прикладі.

Матеріали та методи: Ми дослідили клінічний випадок захворювання на міозит екстраокулярних м'язів. Пацієнт Б., 37 р. госпіталізований по швидкій допомозі 20.01.2017 р. в офтальмологічне відділення КЛ №9 м. Києва зі скаргами на болі при рухах правого ока, набряк, почервоніння повік, почервоніння, збільшення правого ока, головний біль, підвищення температури тіла. Захворів гостро. Захворювання пов'язує з перенесеною напередодні ГРВІ. Діагноз при надходженні: флегмона правої орбіти.

Результати: При першому огляді: гострота зору правого ока (OD) 1,0; лівого ока (OS) 1,0. Об'єктивно: OD – відмічається набряк та гіперемія повік, очна щілина звужена, екзофтальм (19 мм), обмеження рухів очного яблука догори, рухи очного яблука супроводжується болем, кон'юнктивальна ін'єкція судин очного яблука, оптичні середовища прозорі, зіниця кругла, правильної форми, реагує на світло, на очному дні – ДЗН блідо-рожевий з чіткими межами, судини сітківки не змінені. На RO – графії орбіт не було виявлено патологічних змін. На КТ орбіт виявлено ознаки потовщення медіального прямого м'яза до 9 мм правої орбіти, набряк м'язів тканин нижньої повіки правого ока, рекомендовано МРТ орбіт. На МРТ орбіт: ознаки запальних змін медіального прямого м'яза правого ока (потовщення до 9 мм, структура однорідна). Постін'єкційні зміни в області правої нижньої повіки. На основі отриманих даних встановлено діагноз: міозит медіального м'яза правої орбіти. Хворому призначено протизапальну терапію, як місцеву так і системну. На 7 день стаціонарного лікування стан пацієнта покращився, при огляді: гострота зору обох очей 1,0; набряку, гіперемії повік немає, рух очних яблук без болісний, необмежений, екзофтальм відсутній, очне яблуко спокійне. Рекомендовано продовжувати місцеве лікування кортикостероїдами та нестероїдними протизапальними препаратами під наглядом офтальмолога в поліклініці за місцем проживання.

Висновки: Представлений нами клінічний випадок демонструє складність діагностики міозиту екстраокулярних м'язів, що потребує застосування сучасних променевих методів дослідження. Від своєчасно поставленого правильного діагнозу залежить тривалість та ефективність лікування захворювання.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КЕТОРОЛАКУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ НА КАТАРАКТУ

Тарабань І. Б. / I. Taraban

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гребень Н.К.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Після проведення хірургічного втручання з приводу катаракти та інших офтальмологічних операцій на передній камері ока у хворих застосовують знеболюючу, протизапальну, регенеруючу терапію. З цією метою використання нестероїдних протизапальних засобів, які поєднують в собі декілька з цих властивостей є доцільним та обґрунтованим, саме у офтальмологічних хворих в післяопераційному періоді. Очні краплі кеторолаку (препарат "Медролгін"), який пригнічує біосинтез простагландинів, при місцевому застосуванні знижує рівень простагландинів E2 у водянистій волозі ока та блокуючи синтез ПГ- E2 і ПГ- E2a, в поєднанні з прямою антибрадікініновою дією, перешкоджає прояві альдегенного ефекту.

Мета: Вивчити доцільність та ефективність застосування кеторолаку в післяопераційному періоді у пацієнтів з катарактою.

Матеріали та методи: Проведено обстеження 33 офтальмологічних хворих, які були прооперовані з приводу катаракти, які поділили на 2 клінічні групи: I група – 19 пацієнтів (додатково до схеми лікування було призначено очні краплі кеторолак ("Медролгін") по 1 краплині 3 рази на добу); II група – 14 пацієнтів (даний препарат не призначався). Всім пацієнтам проводилось повне офтальмологічне обстеження: візометрія, рефрактометрія, периметрія, тонометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія. В місцевому лікуванні застосовували: антибіотики, дексаметазон, корнерегель, солкосерилове желе, слезозамінники.

За даними візометрії гострота зору після операції, в середньому складала в I групі $0,62 \pm 0,05$, в II групі $0,58 \pm 0,05$. Середній ВОТ на момент дослідження в I групі складав 17,2 мм рт.ст., а в II групі 16,8 мм рт.ст.

Результати: При біомікроскопії на I добу після операції ми спостерігали наступні клінічні симптоми: гіперемію та ін'єкцію ока в I групі – у 26,3% (5 очей), у II групі – 35,7% (5 очей), симптоми подразнення рогівки в I групі – у 21% (4 ока), у II групі – 21,4% (3 ока), набряк рогівки в I групі – в 10,5% (2 ока), в II групі – 7,1% (1 око). На 2-3 добу після проведення факоемulsифікації катаракти та лікування спостерігали: симптоми подразнення рогівки в I групі – в 5,2% (1 око), у II групі – 14,3% (2 ока), набряк рогівки в I групі – в 5,2% (1 око), в II групі – 7,1% (1 око). Значні зміни ВОТ у пацієнтів I та II груп не відмічалось. Середні показники гостроти зору у хворих I групи складали: $0,82 \pm 0,05$ ($P = 0,05$); у пацієнтів II групи – $0,79 \pm 0,08$ ($P = 0,05$).

Висновки: Після проведення оперативного втручання з приводу катаракти (методом факоемulsифікації) застосування препарату кеторолаку в місцевій терапії є доцільним та ефективним. Поєднання протизапальних та кератопротекторних властивостей кеторолаку дозволяє зменшити симптоми подразнення, набряку рогівки та зменшити протизапальні прояви у офтальмологічних хворих після операцій на передньому відрізку ока, а також поширити покази до застосування препарату при інших видах втручань для протекції рогівки.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИННОЇ ОБОЛОНКИ ОКА ПРИ ОДОНТОГЕННІЙ ІНФЕКЦІЇ

Федоренко О.П., Ангел Л.О. / O. Fedorenko, L. Angel

Науковий керівник: к.мед.н, доцент

Скрипниченко І.Д.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Увєти зустрічаються у 5-15% випадків патології ока і у 15-35% стають причиною погіршення зору і сліпоти, що свідчить про соціальну і економічну значущість даної патології. Найбільш поширеною формою увєтів є іридоцикліт (37-62%). Однією із причин розвитку іридоцикліту може бути одонтогенна інфекція, що обумовлено тісним зв'язком кровоносною та лімфатичною систем ока і зубів.

Мета: Оцінити розвиток гострих іридоциклітів у хворих з одонтогенною інфекцією на клінічному прикладі.

Матеріали та методи: Було проаналізовано дані історій хвороб офтальмологічних хворих на гострий іридоцикліт, що перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні КЛ № 9 м. Києва за період жовтень 2016 р. – січень 2017 р. Виявлено 13 хворих (13 очей) на гострий іридоцикліт віком від 20 до 51 року. Серед них – 11 чоловіків, 2 жінок.

Результати: У 9 із 13 хворих на іридоцикліт було виявлено патологію органів ротової порожнини, зокрема: генералізований парадонтит хронічного перебігу, хронічний періодонтит і гінгівіт; множинний глибокий карієс. Ми дослідили клінічний випадок захворювання на гострий іридоцикліт у хворого Т., 51 р., який поступив в офтальмологічне відділення КЛ № 9 м. Києва 31.01.2017 р. по швидкій допомозі. Захворів гостро. Захворювання ні з чим не пов'язує. Скаржить на біль в правому оці, який посилюється вночі, почервоніння, зниження зору правого ока. Гострота зору правого ока (OD) 0,1 не коригує, лівого ока (OS) 1,0. Об'єктивно: OD – очна щілина звужена через набряк повік. Кон'юнктива повік гіперемована, набрякла, змішана ін'єкція судин очного яблука, цилиарна болючість. На ендотелії рогівки преципітати. Волога передньої камери опалесціє. Малюнок райдужної оболонки стушований. Зіниця – медикаментозний мідріаз, задні синехії на 2, 4 та 6 годинах. Глибше розташовані відділи ока без патологічних змін. Хворому призначено

рентгенографію ОГП та додаткових пазух носа, ревмопроби, ЗАК, ЗАС, аналіз крові на цукор, консультація стоматолога, ЛОР-а, терапевта. ЛОР-патології і патології терапевтичного профілю не виявлено. Заключення стоматолога: генералізований парадонтит I-II ступеня, хронічний перебіг, катаральна форма. Хворому призначено лікування згідно стандартів протоколу. За рекомендацією стоматолога було видалено корені зубів. На 5 день стаціонарного лікування: гострота зору OD з діафрагмою 3 мм 0,8; зберігається незначна змішана ін'єкція судин очного яблука, циліарної болісності немає, преципітати на ендотелії рогівки розсмокталися, волога передньої камери прозора, малюнок райдужної оболонки чіткий, зіниця правильної форми, медикаментозний мідріаз.

Висновки: Таким чином, гострі іридоцикліти можуть виникати у хворих на одонтогенну інфекцію. Такі хворі потребують не тільки лікування основного захворювання – іридоцикліту, але і санації вогнища одонтогенної інфекції для запобігання в подальшому розвитку хронічного перебігу захворювання та тяжких наслідків.

УРАЖЕННЯ СІТКІВКИ ОКА ВНАСЛІДОК ЗАРАЖЕННЯ ТОКСОКАРОЗОМ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Шульга І.В. / I. Shulha

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

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра офтальмології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Вітовська О.П.)
м. Київ, Україна

Актуальність: Токсокароз – це інфекційне захворювання, яке виникає внаслідок персистенції та міграції личинок *Toxosara canis* та *Toxosara cati*, які паразитують в організмі кішок та собак. Клінічно захворювання може мати вогнищевий характер, що проявляється ознаками патології очей у вигляді кератокон'юнктивіта, кератита, неврита зорового нерва, нейроретиніта відшарування сітківки, переднього і заднього увеїта, катаракти чи вторинної глаукоми. Найчастіше токсакароз уражає одне око.

Мета: Оцінити роль профілактики та вчасної діагностики, які є запорукою попередження тяжких ускладнень токсакарозу ока.

Матеріали та методи: Нами було досліджено клінічний випадок токсакарозу правого ока. Хворий, 37 років, 29.04.2016 року звернувся зі скаргами на зниження зору на правому оці. Хворим себе вважає з 2014 року, коли вперше відмітив субфебрилітет, кашель, головний біль і незначний зоровий дискомфорт. Хворий не звернувся до офтальмолога. Звернувся до офтальмолога лише на початку 2016 року, коли помітив значне погіршення зору на правому оці. Хворому проводилось наступне обстеження: тонометрія, візометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, статична периметрія, викликані зорові потенціали, електроретинографія, оптична когерентна томографія, МРТ головного мозку, флюорографія легень.

Результати: Об'єктивно: стан хворого задовільний, гострота зору правого ока 0,4 н/к, лівого ока – 1.0. Тонometrія правого ока – 16 мм рт.ст., лівого – 19 мм рт.ст. При обстеженні поля зору патології не виявлено. При нейрофізіологічному обстеженні очей виявлено функціональні зміни в макулярній ділянці, переважно дисфункція колбочкового апарату та дисфункція третього нейрону сітківки правого ока. При оптичній когерентній томографії виявлено витончення ретинального профілю на правому оці.

При МТР дослідженні головного мозку даних об'ємного або ж вогнищевого ураження головного мозку не виявлено. Флюорографія легень без патології. Передній відрізок очей та оптичне середовище без патології. При огляді очного дна: ДЗН – рожевий, контури чіткі, співвідношення артерій до вен 1:3, артерії рівномірно значно звужені, вени розширені. В макулярній ділянці визначались мілкі вогнища з вираженою пігментацією та депігментацією. На периферії сітківки патології не виявлено.

За допомогою серологічного дослідження було виявлено причину захворювання – токсакароз.

Висновки: Вчасна профілактика та діагностика токсакарозу з боку органа зору є запорукою уникнення тяжких ускладнень з боку органа зору, зокрема сітківки ока, що призводить до втрати її функції.

**ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ,
КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ»**

22.03.2017 р., м. КИЇВ

УДК 616.43

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ МЕТФОРМІНОМ НА РІВЕНЬ РЕЗИСТИНУ ТА ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ ІЗ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**EFFECT OF METFORMIN TREATMENT ON THE LEPTIN AND RESISTIN LEVELS IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES***Пилипович Наталія Ігорівна**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького**Кафедра ендокринології та клінічної фармакології
(к.мед.н., доцент Урбанович А.М.)*

Актуальність. За сучасними даними, жирова тканина бере активну участь в метаболічних процесах та продукує гормони – лептин, резистин та ін. Ці речовини відіграють певну роль у патогенезі метаболічного синдрому, що провокує розвиток ЦД 2 типу. Існує припущення, що деякі цукрознижувальні препарати володіють здатністю впливати на рівень адипоцитокінів. Оскільки метформін, згідно з рекомендаціями, є препаратом першої лінії і широко використовується для лікування ЦД 2 типу, доцільним є вивчення його впливу на вміст деяких гормонів жирової тканини, а саме резистину та лептину.

Мета. Вивчення впливу метформіну на рівень адипоцитокінів резистину та лептину.

Матеріали та методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 38 пацієнтів (18Ж/20Ч, вік: 50,79±1,12 років) та визначено рівні лептину та резистину до лікування, а також через 12 місяців терапії. Після обстеження та підтвердження діагнозу, за відсутності протипоказів та непереносимості препарату, пацієнти приймали метформін (Глюкофаж) протягом 12 місяців у добовій дозі від 1000 мг до 2500 мг. Інших цукрознижувальних препаратів не приймали. Діагноз ЦД 2 типу визначали згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ. Забір крові для аналізу здійснювали натщесерце, після 12 годин голодування. Рівень резистину в крові визначали імуноферментним методом ("ELISA") за допомогою набору реактивів фірми "Bio Vendor" (Німеччина), а рівень лептину – за допомогою наборів реактивів фірми "DRG" (Німеччина) у клінічній лабораторії Львівського обласного ендокринологічного диспансеру.

Результати. Через 12 місяців лікування метформіном у пацієнтів виявлено достовірне зниження ІМТ (35,84±0,94 vs. 34,11±0,96 кг/м², p=0,0039) та коефіцієнту талія/стегно (0,99±0,02 vs. 0,95±0,01 см, p=0,021), рівнів лептину (23,63±5,29 vs. 16,72±4,20 нг/мл, p=0,0014) та резистину (2,53±0,20 vs. 2,04±0,22 нг/мл, p=0,0138).

Висновки. Відзначено достовірне зниження рівнів лептину та резистину у сироватці крові хворих на ЦД 2 типу. Це свідчить про те, що метформін може володіти додатковими властивостями, які сприяють зниженню лептинорезистентності та гіперінсулінемії. А також регуляторними ефектами щодо секреції адипоцитокінів та

адипокін-опосередкованим впливом на зниження ваги тіла пацієнтів. Можна зробити висновок, що компенсація вуглеводного обміну на фоні терапії метформіном відбувається не тільки завдяки прямому впливу на покращення поглинання глюкози периферичними тканинами, а й за рахунок змін вмісту гормонів жирової тканини.

УДК 616.379-008.64-092.9:616-018.2:612.017.1

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ МЕХАНІЗМІВ ЗА УМОВ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ**MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF ANTIINFLAMMATORY MECHANISMS PROVIDE UNDER HYPERGLYCEMIA***Д.А. Рижко, А.С. Дегтярьова, І.М. Рижко, М.А.Тумасова**Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини НМУ імені О.О.Богомольця
(д.мед.н., проф. Л.В.Напрус)*

Вступ. Структурні зміни кісткового мозку під впливом стійкої гіперглікемії залишаються недостатньо вивченими. Процеси проліферації та диференціювання клітин крові визначають особливості локальних імунних реакцій та ефективність загальних протизапальних механізмів.

Мета дослідження. Вивчити зміни клітинного складу кісткового мозку щурів у співставленні зі станом периферичної крові та фагоцитарною активністю нейтрофілів за умов розвитку гіперглікемії.

Матеріали та методи. Модель ЦД 1 типу відтворювали на дорослих білих безпорідних щурах шляхом одноразового інтраперітоніального введення стрептозотоцину в дозі 50 мг/кг. Вимірювання рівня глюкози крові проводили зі змішаної крові після виведення з експерименту на 3, 7, 14 та 21 добу. Гемограму виконували на автоматичному аналізаторі MicroCC- 20 Plus. Підрахунок мієлограми в мазках кісткового мозку (КМ) та оцінку фагоцитарної активності нейтрофілів (ФАН) проводили в групі інтактних тварин (n=6) та щурів з ЦД 1 типу (n=6). Статистичну значущість відмінностей середніх величин груп порівнянь оцінювали за t-критерієм Стьюдента.

Результати. Показник WBC периферичної крові в контрольній групі щурів складав 7,17±0,07*10⁹/л. Введення стрептозотоцину викликало різке (в 3,5 рази) статистично достовірне (p<0,05) зменшення лейкоцитів на 3-7 добу до 2,1±0,09-2,2±0,07*10⁹/л. На 14-21 добу виявили тенденцію до достовірного підвищення (p<0,05) лейкоцитів 3,63±0,14-4,33±0,05*10⁹/л, але їх кількість залишалася в 2 рази меншою, порівняно з контролем. Така динаміка визначалася різким зменшенням гранулоцитів (GRA) і підвищенням (MID) клітин до яких відносять моноцити, базофіли та еозинофіли. Так показник GRA з 32,2±0,38% в контрольній групі зменшувався на 3 добу до 26,48±0,16%, а на 7 і 14 складав 4,57±0,46% та 3,92±0,2% відповідно, на 21 добу підвищувався до 28,67±0,67%. В той

же час МІД з $4,5 \pm 0,08\%$ в контролі підвищувався на 3 добу в 5 разів ($p \leq 0,05$) до $21,92 \pm 0,06\%$, на 7 і 14 складав $13,27 \pm 0,07\%$ і $13,17 \pm 0,36\%$ відповідно і на 21 добу підвищувався до $32 \pm 1,1\%$. Зменшення кількості гранулоцитів обернено співвідносилось із їх фагоцитарною активністю. На 3 добу гіперглікемії ФАН знижувалася із $77 \pm 0,58\%$ в контрольній групі до $60,5 \pm 0,43\%$, на 7 добу максимально підвищувалася до $88,92 \pm 0,37\%$ і знову знижувалися до $73,5 \pm 0,43\%$ на 21 добу. В кістковому мозку ми виявили активацію дозрівання нейтрофілів і підвищення сегментоядерних клітин з $20,58 \pm 0,45\%$ в контролі до $31,4 \pm 0,88\%$ на 3 добу, $34,8 \pm 0,32\%$ на 7 добу, яке потім зменшило інтенсивність на 14-21 добу до $27,46 \pm 1,02\%$ та $27,16 \pm 1,26\%$ відповідно. На тлі цих змін ми виявили зменшення паличкоядерних клітин в 2 рази відносно контролю протягом всього терміну спостереження.

Висновок. Динаміка показників периферичної крові та КМ за умов розвитку гіперглікемії відображає активацію механізмів відповіді на запалення небактеріальної етіології, реактивні зміни у відповідь на некроз панкреатитів, загальний токсичний стан на тлі дефіциту енергії АТФ.

УДК 616.43

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

OPTIMIZATION OF COMBINATION THERAPY IN THE PATIENTS WITH HYPERTENSION AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Сухомлин М.П.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(доц., к.мед.н Немцова В.Д.)*

Актуальність. В наш час велике значення і увагу надається впливу гіпотензивної терапії на метаболічні процеси. Це, перш за все, пов'язано з тим, що цукровий діабет найбільш часто супроводжує артеріальну гіпертензію, значно збільшуючи число серцево-судинних ускладнень і смертність.

Мета роботи. Вивчення впливу різних схем комбінованої терапії (олмесартан + амлодипін і олмесартан + гідрохлортиазид) на стан вуглеводного, ліпідного обміну у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2Т), а також оцінити органопротективні властивості обраних комбінацій.

Матеріали та методи. У дослідження включено 117 пацієнтів (66 чоловіків і 51 жінка) у віці $58,0 \pm 5,6$ років з ГХ II стадії в поєднанні з ЦД2Т. Всі досліджувані були поділені на 2 групи: 1 група – хворі, які приймали олмесартан + гідрохлортиазид ($n=56$), 2 група – хворі, які приймали олмесартан + амлодипін ($n=61$). Схема обстеження включала клініко-антропометричні дані, ехокардіографічне дослід-

ження, дослідження концентрації глюкози, рівня загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів, холестерина ліпопротеїдів високої щільності, концентрацію інсуліну в сироватці крові, наявність мікроальбумінурії (МАУ) в ранковій сечі. Період спостереження склав 12 місяців.

Результати. Використані стратегії лікування дозволили стійко контролювати артеріальний тиск на цільових рівнях у 81% пацієнтів. Обидві схеми комбінованої терапії не сприяли погіршенню вуглеводного і ліпідного обміну. В кінці 12 місяців лікування у більшості пацієнтів спостерігалось зниження рівня ЗХС, більш виражене в 2 групі (1 гр. – до лікування $6,11 \pm 1,2$ ммоль/л, після – $5,64 \pm 0,18$ ммоль/л, $p > 0,05$; 2 гр. до лікування – $6,18 \pm 0,9$ ммоль/л, після – $5,04 \pm 0,23$ ммоль/л, $p < 0,05$), мало місце статистично значуще зниження рівня ТГ та підвищення концентрації ХС ЛПВЩ в обох групах ($p < 0,05$). Відсутність негативного впливу на рівень глюкози спостерігалась незалежно від схеми гіпотензивної терапії, що підтверджує численні дані про безпеку застосування невеликих доз (12,5 мг) гідрохлортиазиду у даній категорії хворих. У 46% хворих 1 групи і 68% хворих 2 групи к 12 місяцям терапії було виявлено недостовірне покращення стану вуглеводного обміну, концентрація інсуліну знижувалась, але не досягала референтних значень. Через 12 місяців терапії рівні МАУ у більшості значно знизилися, рівня нормоальбумінурії в 1 групі досягли 23 пацієнта (47,1%), в 2 групі – 49 пацієнта (80,3%).

Висновок. Застосовувані схеми комбінованої терапії надають достатній гіпотензивний ефект, при цьому не погіршуючи вуглеводний і ліпідний обміни. Показано, що у хворих на ГХ в поєднанні з ЦД2Т терапевтична стратегія олмесартан + амлодипін демонструє більш виражений нефропротективний ефект, що проявляється в зменшенні МАУ і має велике значення для лікування та профілактики діабетичної нефропатії.

Таким чином, на даний час при виборі раціональної фармакотерапії ГХ лікар повинен ставити собі за мету не тільки в необхідній мірі знизити артеріальний тиск, а й враховувати здатність тих чи інших препаратів знижувати серцево-судинний ризик і запобігати розвитку серцево-судинних ускладнень, особливо при наявності коморбідної патології.

УДК 616.1

**ВПЛИВ ТЕРАПІЇ АНТАГОНІСТІВ
МІНЕРАЛОКОРТИКОЇДНИХ РЕЦЕПТОРІВ
НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ
МІОКАРДА У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ
СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

**INFLUENCE OF MINERALOCORTICOID
RECEPTORS ANTAGONISTS THERAPY
ON STRUCTURAL AND FUNCTIONAL
MYOCARDIUM PARAMETERS IN THE PATIENTS
WITH CHRONIC HEART FAILURE**

Терещенко С.С.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(доц. І.А.Ільченко)*

Мета. Оцінити динаміку ехокардіографічних (ЕхоКГ) показників у хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) під впливом терапії верошпироном і еплереноном.

Матеріали і методи. Обстежено 38 хворих (з них 17 жінок) з ХСН II-III функціонального класу за NYHA, вік $52,9 \pm 4,3$ року. Хворим на фоні стандартного лікування (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, бета-адреноблокатори, статини, дезагреганти) призначалися антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМКР) в індивідуально підібраних титрованих дозах. Залежно від АМКР були виділені 2 групи: 1-я (18 хворих) отримували верошпирон (середня добова доза – $38,8 \pm 4,2$ мг); 2-я група (20 хворих) отримували еплеренон (середня добова доза – $35,5 \pm 2,5$ мг). Оцінювалася динаміка показників трансторакальної ЕхоКГ в М- і В- режимах початково і через 3 місяці лікування: кінцево-діастолічний (КДР), кінцево-систолічний розміри (КСР) лівого шлуночка (ЛШ), товщина задньої стінки ЛШ і міжшлуночкової перегородки (ТЗСЛЖ і ТМЖП), розмір лівого передсердя (ЛП), кінцево-діастолічний і кінцево-систолічний об'єми (КДО і КСО) ЛШ, фракція викиду (ФВ).

Результати. Через 3 місяці лікування хворих з ХСН відзначалася позитивна динаміка клінічних симптомів і структурно-функціональних показників міокарда в обох групах хворих. У хворих 1 групи виявлено зменшення розмірів ЛП ($p > 0,05$), зниження КДР, КСР на 10,8% і 14,6% відповідно ($p < 0,05$), зменшення КДО і КСО на 4,7% і 13,5% відповідно ($p < 0,05$). Також відзначено зменшення ТМЖП і ТЗСЛЖ, і збільшення ФВ, однак динаміка даних показників до і після лікування була недостовірною ($p > 0,05$). У хворих 2 групи відзначалося зниження КДР, КСР на 11,6% і 15,9% відповідно ($p < 0,05$), зменшення КДО і КСО на 7,5% і 13,8% відповідно ($p < 0,05$), а також зменшення ТМЖП і ТЗСЛЖ, і збільшення ФВ, однак зміни даних показників були недостовірними ($p > 0,05$). Динаміка структурно-функціональних показників міокарда при використанні АМКР у хворих з ХСН була трохи вищою при призначенні еплеренону в 2 групі, проте достовірної різниці між ЕхоКГ показниками у хворих 1 і 2 груп виявлено не було.

Висновки: У хворих з ХСН під впливом терапії з використанням АМКР – верошпирона і еплеренону відзначалося поліпшення структурно-функціональних показників ЛШ, Динаміка яких була трохи вищою у хворих, які приймали еплеренон. Застосування АМКР в комплексному лікуванні хворих з ХСН сприяє сприятливому перебігу захворювання та покращує якість життя пацієнтів.

УДК 615.036.8

**ЛІПІДМОДИФІКУЮЧИЙ ЕФЕКТ СТАТИНІВ
ТА ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ**

**LIPID-MODIFYING EFFECT OF STATINES
AND HEPATOPROTECTORS**

Черченко К.Д., Потаскалова В.С.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра клінічної фармакології
та клінічної фармації (доц. Потаскалова В.С.)*

Вступ. Надлишкова вага на теперішній день є фактором ризику розвитку таких захворювань, як артеріальна гіпертензія та цукровий діабет. Відкладання ліпідів у тканинах організму може призводити до жирового переродження органів, найчастіше – печінки.

Мета і завдання. Дослідити та проаналізувати ліпідомодифікуючий ефект статинів та гепатопротекторів у пацієнтів з надлишковою масою тіла.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано медичну документацію та дані клінічного спостереження 104 пацієнтів, які протягом року проходили стаціонарне лікування у терапевтичному відділенні, всі пацієнти були розподілені на дві групи. I групу ($n=30$) склали пацієнти, які приймали статини не менше 12 місяців, II групу ($n=74$) – пацієнти, які приймали гепатопротекторні препарати з ліпідомодифікуючими властивостями впродовж року та довше. Всі хворі мали високі вихідні рівні загального холестерину (ХС) та β -ліпопротеїдів низької щільності (вЛПНЩ) та індекс маси тіла (ІМТ) > 25 .

Пацієнтам проведено дослідження: білірубін загальний, АСТ, АЛТ, ХС, вЛПНЩ, тригліцериди (ТГ) та ультразвукове дослідження (УЗД) печінки.

Отримані результати. За результатами УЗД, стеатоз печінки спостерігався серед 42,4% пацієнтів I групи та 55,4% – II групи; гепатомегалія – у 3% та 17,6% відповідно.

Рівень ХС у пацієнтів I групі складав $6,1 \pm 1,6$ ммоль/л, II групи – $6,4 \pm 0,9$ ммоль/л; $P < 0,05$. вЛПНЩ та ТГ серед пацієнтів I та II груп мали суттєві відмінності (відповідно $6,4 \pm 1,6$ г/л проти $7,0 \pm 1,5$ г/л; та $2,13 \pm 1,2$ ммоль/л проти $3,1 \pm 1,6$ ммоль/л; $P < 0,05$).

Рівні білірубину та трансаміназ вірогідно не вирізнялись у всіх обстежених та були в межах референтних значень.

Висновки. Гіполіпідемічний ефект від гепатопротекторів недостатній. При терапії статинами – деякі результа-

ти вище референтних значень. При високих значеннях ХС та ТГ слід одразу призначати комбіновану терапію статинами із фенофібратом.

При тривалому лікуванні статинами не виявлено підвищення рівнів трансаміназ та білірубину, що надає можливість вчасно корегувати дози препаратів.

Слід звертати увагу пацієнтів на дієту із обмеженням кількості трансжирів та вуглеводів.

УДК 615.035.1

ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

PHARMACOGENETIC ASPECTS OF HYPERTENSION TREATMENT

Черченко К.Д., Потаскалова В.С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації (доц. Потаскалова В. С.)

Вступ. Із появою генетичної діагностики з'явилася можливість терапії пацієнтів за принципами персоналізованого, або фармакогенетичного лікування. Це передбачає призначення препаратів, які діятимуть саме на ті ланки патогенезу, які зумовлені поліморфізмом того чи іншого гена та підвищує ефективність лікування.

Мета. Виявлення генетичного поліморфізму у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та надлишковою вагою з метою корекції антигіпертензивного лікування.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 40 осіб із метаболічним синдромом. Усі пацієнти мали індекс маси тіла (ІМТ) > 25 та приймали антигіпертензивну терапію більш ніж 6 місяців. Рівень систолічного АТ > 140 мм. рт.ст. мали 70% обстежених. Було проведено генетичний аналіз на наявність поліморфізму генів AGTR1 (пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку гіпертонії і серцево-судинного ризику); NOS3 (кодує білок, який бере участь в регуляції артеріального тиску та відповідає за синтез оксиду азоту); PPARGу (активується проліфератором пероксидом та при наявності поліморфізму гену знижується ризик розвитку цукрового діабету 2 типу, але даний ефект зникає при підвищеному ІМТ), а також визначення рівню глікемії натще.

Результати досліджень. Поліморфізм генів спостерігався у 73% обстежених. Поліморфізм лише гену AGTR1 зустрічався у 10,8% обстежених; гену NOS3 – у 16,2% та гену PPARGу – у 16,2%; одразу декількох генів – у 29,7% пацієнтів (p<0,05). Серед пацієнтів з виявленим поліморфізмом досліджених генів фармакогенетичну терапію приймали лише 22%. Зокрема, серед тих, хто має поліморфізм за геном AGTR1, фармакогенетичну терапію (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) або блокатори ангіотензинових рецепторів) приймали 50%. Серед пацієнтів з поліморфізмом NOS3, анти-

гіпертензивні препарати із вираженою антиоксидантною здатністю (блокатори в-адренорецепторів) приймали 16,6%; серед пацієнтів з поліморфізмом обидвох генів, відсоток комбінованої фармакогенетичної терапії становить 27,3% (p<0,05).

У пацієнтів, які регулярно приймали фармакогенетичну терапію, спостерігається досягнення цільових рівнів артеріального тиску. Серед обстежених із поліморфізмом PPARGу гіперглікемія натще виявлена у 28,5% випадків.

Висновки. Призначення антигіпертензивних препаратів згідно генетичних особливостей пацієнта значно підвищує їх ефективність. Для пацієнтів з поліморфізмом гену AGTR1 препаратами вибору є іАПФ або блокатори ангіотензинових рецепторів; NOS3 – блокатори β-адренорецепторів. Пацієнтам, у яких виявлено поліморфізм гену PPARGу, рекомендовано слідкувати за рівнем цукру в крові та дотримуватись дієти із обмеженням вуглеводів, а також зниження маси тіла.

У випадку відсутності ефекту фармакогенетичної терапії, рекомендовано звернути увагу на прихильність пацієнта до лікування та за потреби – збільшення дози препарату.

УДК 615.065

РОЗВИТОК ЯТРОГЕННОГО СИНДРОМУ ІЦЕНКО-КУШИНГА

DEVELOPMENT OF IATROGENIC CUSHING SYNDROME

Черченко К. Д., Потаскалова В.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації (доц. Потаскалова В.С.)

Вступ. Зберігається тенденція до необґрунтованого призначення глюкокортикостероїдних препаратів (ГКС) та тривалих термінів лікування ними, що може призвести до гормональних порушень, зокрема розвитку синдрому Іценко-Кушинга.

Мета і завдання. Проаналізувати клінічний випадок розвитку ятрогенного синдрому Іценко-Кушинга внаслідок вживання ГКС.

Матеріали і методи. До терапевтичного відділення поступила пацієнтка С., 52 роки, зі скаргами на набряк обличчя, шиї, кінцівок, біль в суглобах кінцівок. Симптоми спостерігаються протягом 6 тижнів. Відомо, що 3,5 місяці тому пацієнтка лікувалась з приводу патології плечового суглобу препаратом "Флостерон" (бетаметазон). Лікування бетаметазоном проводили впродовж 4 тижнів, хворій введено 6 ампул препарату в/м. 1,5 місяці тому з'явився набряк обличчя та шиї, з приводу чого застосували в/м дексаметазон, але стан хворої не покращився. Поступово набряки збільшувались.

Хворій встановлено попередній діагноз “Недиференційований колагеноз. Артеріальна гіпертензія. СН І ст.”, для виключення проявів паранеопластичного процесу та гіперальдостеронізму було призначено визначення рівню альдостерону крові та загальноклінічні методи обстеження.

Результати. За даними досліджень, у хворой виявлено прищвидшення ШОЕ. За ФГДС: рефлюкс-езофагіт, рефлюкс-гастрит, дуоденіт. За ФКС: хронічний коліт, атонія товстої кишки. Консультативний висновок ревматолога: синдром Іценко-Кушинга після введення гормональних препаратів; ендокринолога: дифузний зоб І ст.

Хворій проведено інфузійну дезінтоксикаційну терапію реосорбілактом, антигіпертензивну терапію інгібіторами АПФ та сечогінну терапію спіронолактоном, на фоні чого спостерігалось значне покращення стану. Пацієнтку було виписано із діагнозом: “Артеріальна гіпертензія. СН І ст. Синдром Іценко-Кушинга після введення гормональних препаратів” у задовільному стані, зменшення набрякового синдрому, рекомендоване прийом спіронолактону та інгібіторів АПФ в амбулаторних умовах, спостереження ендокринолога та кардіолога.

Висновки. Застосування ГКС може призвести до порушень гормонального статусу пацієнта та розвитку кушингоїдного синдрому, навіть за умови нетривалого застосування. Застосування дексаметазону не рекомендоване через малий термін після застосування пролонгованих глюкокортикостероїдів.

УДК 618.11/16-002.2-085-036.838

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

REHABILITATION TREATMENT OF CHRONIC PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

А.О. Чехунова, Н.О. Пашкова, Н.В. Ярош

*Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №1
(професор М.О. Щербина)*

Вступ. Сучасне перебіг запальних захворювань органів малого таза (ЗЗОМТ) характеризується тенденцією до генералізації і хронізації, які сприяють залученню в патологічний процес імунної, ендокринної систем. У структурі гінекологічних захворювань запальні процеси жіночих статевих органів займають перше місце, складаючи 60-65% всієї гінекологічної патології.

Несвоєчасні і неадекватні діагностика і лікування ЗЗОМТ провокує розвиток багатьох ускладнень, серед яких порушення оваріально-менструального циклу, безпліддя, спайковий процес в малому тазі.

На цьому тлі актуальність набуває профілактика рецидивів загострення хронічного сальпінгофориту, що дозволяє знизити ризик прогресування захворювання

і розвиток ускладнень. Серед методів реабілітації після перенесеного загострення хронічного сальпінгофориту важлива роль відводиться застосуванню протеолітичних ферментів в комбінації з антиоксидантами.

Мета дослідження. Оцінити роль імуномодуючого препарату в комплексі реабілітаційних заходів після перенесеного загострення хронічного сальпінгофориту.

Матеріали та методи. Проведено обстеження та лікування 28 жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу хронічного сальпінгофориту. Для визначення ролі імуномодуючих препаратів в комплексі реабілітаційних заходів після загострення хронічного сальпінгофориту пацієнтки були розділені на дві групи. Пацієнткам першої групи (n = 18) призначали азоксімера бромід вагінально один раз на добу по одному супозиторію через два дні курсом №20 введенень. Пацієнтки другої групи (n = 10) не отримували імуномодуючих препаратів.

Клінічну ефективність оцінювали за частотою загострень сальпінгофорита, впливу на менструальний цикл, репродуктивну функцію і станом фолікулярного апарату.

Результати. Через шість місяців спостереження симптоми дисменореї збереглися у 2 (7,15%) пацієнток першої групи, однак їх інтенсивність значно зменшилася, в другій групі дисменорея мала місце у 5 (19,6%) жінок. Частота рецидивів загострення хронічного сальпінгофориту знижувалася і становила в першій групі 2,39% проти 9,75% у другій групі (p < 0,05). У жінок першої групи через шість місяців була відсутня така патологія як функціональні кісти яєчників, у другій групі вона відзначалася у 32,6% жінок (p < 0,05).

Висновки. Таким чином, застосування азоксімера броміду в комплексі реабілітаційних заходів у хворих з хронічним сальпінгофоритом дозволяє знизити частоту рецидивів, зменшити вираженість симптомів дисменореї.

УДК 616-035.1

ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ СТАТИНІВ ТА УРСОДЕЗОКСІХОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ.

EXPEDIENCY OF STATINS AND URSODEOXYCHOLIC ACID PRESCRIPTION IN THE TREATMENT OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Ложко Н.В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(к.мед.н., доцент Немцова В.Д.)*

Актуальність. Останні роки спостерігається підвищена цікавість до проблеми неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), яка пов'язана з порушеннями ліпідного та вуглеводного обмінів, обумовлених інсулінорезистентністю. НАЖХП виявляють у 70% пацієнтів з надлишко-

вою вагою і у 30% з нормальною. Поряд з цим увагу привертають особливості метаболізму та вплив на печінку порушеного обміну жовчних кислот у пацієнтів з НАЖХП.

Мета роботи. Обґрунтувати доцільність призначення статинів та урсодезоксіхолієвої кислоти (УДХК) при лікуванні НАЖХП.

Матеріали та методи. В роботу включено 72 пацієнта з НАЖХП в віці 20-60 років (середній вік склав 42+6,4 років) та при наявності дисліпідемії: рівень загального холестерину (ЗХС) > 5,0 ммоль/л, тригліцериди (ТГ) > 2,0 ммоль/л та/чи холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) < 1,0 ммоль/л. Всім хворим було проведено клініко-лабораторне обстеження, яке включало біохімічні показники, які оцінюють функціональний стан печінки (АЛТ, АСТ, ГГТП), ліпідний обмін. Пацієнти з НАЖХП були поділені на дві групи в залежності від виду терапії. Пацієнти першої групи (n=34) отримували аторвастатин у дозі 20 мг/добу протягом 6 місяців. Пацієнти другої групи (n=38) отримували комбіновану терапію – аторвастатин 20 мг/добу та УДХК в дозі 15мг/кг протягом 6 місяців.

Результати. В ході аналізу результатів дослідження було виявлено, що в першій групі рівень ЗХС знизився на 22,9%, в основному за рахунок зниження рівня ЛПНЩ на 26,1% та рівня ТГ на 33,8% від вихідних значень, що не супроводжувалось суттєвими змінами з боку функціонального стану печінки. У пацієнтів другої групи було виявлено зниження рівня ЗХС на 28,05%, ТГ на 52% та ХС ЛПНЩ на 22,2% від вихідних значень, а також тенденцію до підвищення рівня ХС ЛПВЩ на 24,5%. Також у другій групі спостерігалось достовірне зниження активності АЛТ, АСТ, ГГТП, що свідчить про нормалізацію функціонального стану печінки у пацієнтів з НАЖХП.

Висновки. Враховуючи результати дослідження, необхідно зробити акцент на тому, що комбінована терапія статинами та УДХК у пацієнтів з НАЖХП може розглядатися як перспективний та найбільш оптимальний напрям лікування, що забезпечить не тільки покращення показників ліпідного та вуглеводного обмінів, а й функціонального стану печінки.

УДК 615.036.2

ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ СТУДЕНТАМИ І ЛІКАРЯМИ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

М. О. Марчук

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра клінічної фармакології та клінічної
фармації (ас. О. П. Ткаченко)*

Вступ. Мобільні додатки поступово ввійшли в буденне життя кожної людини і приносять багато користі при користуванні ними. Дуже багато студентів і лікарів помітили, що деякі мобільні додатки можуть допомогти у призна-

ченні курсу лікування індивідуально для кожного пацієнта, враховуючи його анамнез, дані об'єктивного і додаткових методів обстеження. При цьому надається дозування і курс прийому лікарських засобів, аналоги препаратів і їх ціна, наявність в аптеках. Проте якщо запропонований курс лікування не надасть необхідного терапевтичного ефекту, мобільний додаток може презентувати інший ефективний варіант. Такі мобільні програми можуть значно полегшити роботу лікаря і допомогти студентам у навчанні і практиці. Також існують просто довідники медичних препаратів з інструкціями, показаннями, дозуванням і протипоказаннями.

Зараз електроніка є невід'ємною частиною нашого життя, тому питання мобільних додатків є дуже актуальним.

Мета дослідження. Вивчити ефективність і доцільність використання студентами і лікарями мобільних додатків у лікуванні пацієнтів терапевтичного та хірургічного профілю.

Матеріали та методи. Під наглядом було 40 людей – 20 студентів і 20 лікарів (10 хірургічного і 10 терапевтичного профілю) у місті Києві. З них – 16 жінок і 24 чоловіка. Середній вік становив 28 років. Половині від усіх 40 людей було запропоновано використовувати у навчанні і роботі мобільні додатки з “Play Market” (категорія “Медицина”). Найчастіше використовувались медичні калькулятори і медичні довідники (лабораторних аналізів, захворювань і лікарських засобів). Через 3 тижні було зібрано результати дослідження.

Результати. Із 40 людей 37 чоловік (92,5%), з них 20 студентів (50%) і 17 лікарів (42,5%), вважають мобільні додатки корисними у роботі в якості зручного джерела інформації для оцінки стану хворого, вивчення його захворювання і вибору підходящих препаратів для лікування. При цьому пошук необхідної інформації займав набагато менше часу ніж до дослідження, а склад, показання, протипоказання, побічні реакції, дозування і спосіб прийому лікарських засобів були завжди при собі. За допомогою мобільних додатків, які показували наявність і ціну медичних препаратів в аптеках Києва, було набагато легше підібрати лікарський засіб чи його аналог індивідуально для кожного пацієнта, що позитивно впливало на хід лікування. Особливо позитивно відзивалися студенти, яким в якості навчального матеріалу мобільні додатки були дуже корисними і зручними у використанні. Проте 3 людям (7,5%), з них 3 – лікарі старше 30 років, використання мобільних додатків у лікуванні пацієнтів було незручним, непотрібним і малоефективним. Їм було зручніше використовувати свої знання і власне знайдену інформацію з інших джерел.

Висновки. В ході дослідження було виявлено, що використання мобільних додатків студентами і лікарями в призначенні лікування хворих і оцінці даних контролю лабораторних показників хворих терапевтичного та хірургічного профілю є зручним і доволі ефективним. Особливо доцільним було використання мобільних додатків студентами в якості джерел навчального матеріалу, зручних у користуванні. Зважаючи на те, що деякі лікарі не хочуть використовувати програми для мобільних телефонів у своїй роботі, доцільно використовувати їх за потреби і бажання.

УДК:616.36-003.327-071

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

EARLY DIAGNOSIS OF FIBROSIS IN NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

Кузьміна В. В.

Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(д.мед.н., проф. Боброннікова Л. Р.)

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖБП) спричиняє розвиток стеатозу печінки з запаленням і подальшим розвитком фіброзу. У зв'язку з цим рання діагностика фіброзу печінки сприяє доцільному підбору і своєчасному призначенню терапії.

Мета. Виявлення фіброзу печінки у пацієнтів з НАЖБП для удосконалення ранньої діагностики даної патології.

Матеріали та методи. 45 пацієнтів (17 чоловіків і 28 жінок) з НАЖБП. Середній вік пацієнтів склав $52,5 \pm 2,1$ років. Пацієнти розділені на 2 групи: 1-а група – з неалкогольним стеатозом (НАСЗ) і 2-а група – з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). Проводили тест ФіброМакс, який включає 5 біохімічних показників сироватки крові: альфа 2-макроглобулін, аланінову амінотрансферазу (АлАТ), аспарагінову амінотрансферазу (АсАТ), вміст тригліцеридів (ТАГ) і загального холестерину (ЗХС) в сироватці крові. Проводилась фіброеластографія апаратом Fibroscan 502 TOUCH (Echosens, Франція). Отримані кількісні показники оцінювали за системою METAVIR.

Результати. У пацієнтів 2-ї групи відзначалося достовірне підвищення АлАТ в 2,5 рази у 63,2% пацієнтів і АсАТ в 2,3 рази у 47,3% ($p < 0,05$), тоді як ці показники у пацієнтів з НАСЗ були підвищені в 1,8 рази у 37,5% і в 1,6 рази у 28,1% відповідно ($p < 0,05$). Порушення ліпідного спектру крові характеризувалися зростанням в сироватці крові рівня ЗХС в 1,4 рази у 46,8% пацієнтів з НАСГ ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів з НАСЗ переважала гіпертригліцеридемія, рівень ТАГ підвищений в 2,1 рази у 61,9% пацієнтів ($p < 0,05$). При оцінці результатів проведених тестів середні показники фіброзу в 1-й групі пацієнтів склали $0,19 \pm 0,02$, показник активності некрозапального процесу $0,16 \pm 0,03$ що відповідало відсутності фіброзу (F0) і гістологічній активності (A0). У 26% пацієнтів 2-ї групи показники фіброзоутворення знаходилися в межах $0,32 \pm 0,05$, що відповідало (F1) портальному фіброзу без утворення септ і мінімальній гістологічній активності (A1) $0,34 \pm 0,04$ ($p < 0,05$); у 17% показники портального фіброзу з наявністю поодиноких септ були в межах $0,58 \pm 0,07$ (F2) і помірною активністю $0,54 \pm 0,04$ (A2) ($p < 0,05$) і у 8,1% пацієнтів $0,69 \pm 0,07$ (F3) фіброз множинних портоцентральных септ без цирозу і високою гістологічною активністю (A3) $0,82 \pm 0,09$ ($p < 0,05$). Встановлено кореляційний зв'язок між ступенем активності запалення і ступенем фіброзу в печінці ($r = 0,54$; $p < 0,05$). При проведенні фіброеластографії у пацієнтів 1-ї групи щільність парен-

хіми печінки склала $5,2 \pm 0,6$ кПа що відповідає відсутності фіброзу (F0). У пацієнтів 2-ї групи щільність паренхіми печінки склала у 26% $5,9 \pm 1,3$ кПа (F1) ($p < 0,05$) – портальний фіброз без утворення септ, у 17% $7,3 \pm 2,2$ кПа (F2) ($p < 0,05$) – портальний фіброз з поодинокими септами і у 8,1% $9,6 \pm 2,9$ кПа (F3) ($p < 0,05$) – фіброз множинних портоцентральных септ без цирозу.

Висновки. Перебіг НАЖБП супроводжувався прогресуванням запалення, стеатозом і фіброзом печінки. Порушення ліпідного спектру крові характеризувалися переважанням гіперліпідемії при НАСЗ і гіперхолестеринемії при НАСГ. Фіброзоутворення переважало у пацієнтів з НАСГ, коли у пацієнтів з НАСЗ воно було відсутнє. Використання тестів ФіброМакс і фіброеластографії дозволило вдосконалити і доповнити діагностичні критерії фіброзоутворення печінкової тканини.

УДК 616.15-008.1:612.111.7

МЕТОДИКА ОБЧИСЛЕННЯ ІНДЕКСУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ТРОМБОЦИТІВ

METHOD OF THE PLATELETS FUNCTIONAL ACTIVITY INDEX CALCULATION

Черновол Н.П., Черновол П.А.

Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини НМУ імені О.О. Богомольця
(д.мед.н., проф. Л.В.Натрус)

Вступ. Оцінка функціональної активності тромбоцитів при виконанні агрегатограми за допомогою аналізатора агрегації тромбоцитів РМ-2110 ("СОЛАР", Беларусь) надає можливість оцінювати ступінь агрегації, (%) (СТА) – максимальний рівень відносного світлопропускання плазми після внесення індуктора агрегації; час агрегації, (хв., сек.) – час, відповідний максимальному ступеню агрегації, швидкість агрегації, (%/хв) (ШВА) – зміна відносного світлопропускання плазми після внесення індуктора агрегації.

Ми вважаємо, що для оцінки функціональних властивостей тромбоцитів доцільно враховувати особливості їх агрегації, механізми і типи активації рецепторів, завдяки яким настає агрегація тромбоцитів, параметри міцності створеного згустку і його дезагрегації. Для цього параметрів обчислених програмою СОЛАР, яка супроводжує недостатньо.

Мета дослідження. Розробити алгоритм розрахунку сумарного індексу функціональної активності тромбоцитів (ІФАТ) для стандартизації дослідження агрегатограми в клініці.

Результати. По-перше, ми використовували відношення отриманих параметрів агрегації пацієнта, до їх середніх значень в пулі здорових донорів (не менш 20), що є більш об'єктивним, тому що нівелює суб'єктивний вплив оператора, приладу, умов виконань аналізу і т.д. Індекс ступеня агрегації (ІСТА) – відношення ступеня агрегації – тромбоцитів пацієнта до середнього значення ступеня аг-

регації тромбоцитів визначеному в пулі здорових донорів. Індекс середньої швидкості агрегації (ШША)- відношення швидкості агрегації тромбоцитів пацієнта до середнього значення швидкості агрегації тромбоцитів визначеному в пулі здорових донорів.

По-друге, ми враховували ступінь і швидкість дезагрегації. Ступінь дезагрегації – різниця між максимумом агрегаційної кривої та найбільш низькою точкою на кривій після цього максимуму. Швидкість дезагрегації – обчислюється як відношення ступеню дезагрегації до часу за яке вона відбувалася. Відношення ступеню агрегації до дезагрегації (СТА/Д) надає можливість оцінити активність створення агрегантів та їх міцність. По відношенню швидкості агрегації до дезагрегації (ВШША/Д) ми можемо оцінити функціональні властивості тромбоцитів за швидкістю агрегації та дезагрегації.

Індекс функціональної активності тромбоцитів – ІФАТ, розраховували як середнє арифметичне чотирьох перерахованих вище індексів (ІСТА і ШША, СТА/Д і ВШША/Д).

Висновок. Використання розрахункової величини дозволяє стандартизувати дослідження. Такий підхід може бути використаним в клініці для дослідження стану пацієнта в динаміці та проведення оцінки ефективності антиагрегаційної терапії.

УДК 615.03

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОКАЗНИКІВ АДІПОКІНІВ ТА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

THE PECULIARITIES OF THE METABOLIC DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 DEPENDING ON THE LEVEL OF ADIPOKINES AND BODY MASS INDEX

Аль-Травнех О.В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(проф. Боброннікова Л. Р.)*

Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, є компонентами метаболічного синдрому, тому часто протікають на фоні підвищеної маси тіла чи ожиріння. Останнім часом адипокіни розглядаються, як провідні ланки у патогенезі розвитку поєднаних АГ та ЦД 2 типу. Тому вивчення впливу оментину та вісфатину на розвиток метаболічних порушень, є актуальною проблемою сучасної медицини.

Мета. Оцінити вплив показників адипокінів (оментину, вісфатину) на розвиток метаболічних порушень у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу у залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали і методи. Обстежено 56 пацієнтів з АГ і ЦД 2 типу, середній вік склав $55,4 \pm 5,2$ року (27 чоловіків та 29

жінок). Пацієнти були розділені на групи: 1-а група (n=22) з АГ без ЦД 2 типу; 2-а група (n=24) пацієнти з АГ і ЦД 2 типу. Контрольна група (n = 20) була порівняна за віком та статтю.

Досліджували показники оментину та вісфатину у сироватці крові. Визначали рівні глюкози крові натще (ГКН), глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), показники інсуліну та індекс інсулінорезистентності (НОМА-IR). Також проводили визначення ліпідного обміну: вміст загального холестерину (ОХ) в сироватці крові, ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ).

Результати. Більшість пацієнтів з ізольованим та поєднаним перебігом захворювання (65,1% і 54,6% відповідно) були з ІМТ в межах 30-34,9 кг/м²

Концентрація рівню оментину в сироватці крові була достовірно нижче у 1,5 рази в порівнянні з пацієнтами з АГ (р < 0,001). Виявлені негативні зв'язки між рівнем оментину та ІМТ (r = -0,44; р < 0,01), обсягом талії (ОТ) (r = -0,38; р < 0,01), рівнем тригліцеридів (ТГ) (r = -0,52; р < 0,001), а позитивний зв'язок з ХСЛПВЩ (r = 0,52; р < 0,001). Встановлений зворотній кореляційний зв'язок між рівнем оментину та показниками інсуліну (r = -0,42; р < 0,05), ГКН (r = -0,46; р < 0,05), НОМА- IR (r = -0,44; р < 0,001).

В обох групах спостерігалось статистично значуще підвищення рівня вісфатину в сироватці крові у порівнянні з контрольною групою (р < 0,05). Найбільше збільшення показника у 2,1 рази (р < 0,001), спостерігалось при поєднанні АГ і ЦД 2 типу. Встановлений позитивний кореляційний зв'язок вісфатину з ІМТ (r = 0,48; р < 0,001), ОТ (r = 0,52; р < 0,001), рівнем ГКН (r = 0,46; р < 0,001), рівнем ТГ (r = 0,52; р < 0,001), показниками інсуліну (r = 0,46; р < 0,001) та НОМА- IR (r = 0,48; р < 0,001).

Висновки. Доведено зв'язок між дисбалансом показників адипокінів і прогресуванням метаболічних порушень у пацієнтів з поєднаним перебігом АГ і ЦД 2 типу. Зниження рівня оментину та підвищення показників вісфатину можна розглядати як прогностично несприятливий фактор перебігу АГ поєднаної з ЦД 2 типу.

УДК 616.1

РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ЗМІНИ ТРОМБОЦИТАРНО-СУДИННОМУ ГЕМОСТАЗІ

THE ROLE OF METABOLIC DISORDERS IN ARTERIAL HYPERTENSION IN THE CHANGE IN THROMBOCYTE-VASCULAR HEMOSTASIS

Авазова А. Е., Галдава М. Г.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(проф. Боброннікова Л. Р.)*

Коморбідність артеріальної гіпертонії (АГ) і ожиріння є провідною проблемою сучасної медицини, що пов'я-

зано з підвищеним ризиком передчасної смертності, ранньої інвалідації і збільшенням частоти серцево-судинних ускладнень.

Мета роботи. Оцінити зміну тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу в залежності від наявності і відсутності інсулінорезистентності (ІР) у жінок з АГ.

Матеріал і методи. Обстежено 60 жінок з АГ та ожирінням без супутньої патології: 1-а група – 20 хворих з АГ II та III стадії без ІР; 2-а група – 32 жінки з АГ та ІР, 3-я група – група порівняння складалася з 8 жінок з АГ та цукровим діабетом типу 2. За два тижні до дослідження виключався прийом медикаментів, що впливають на показники гемостазу. Для дослідження агрегації тромбоцитів був застосований фотометричний метод Борну і метод, заснований на аналізі флуктуації свічок. Фактор Віллебранда (ФВ) обчислювали за часом аглютинації тромбоцитів в суміші з ристоміцином. ІР оцінювалася за індексом НОМА.

Результати дослідження. Оцінка індексу маси тіла (ІМТ) і відношення окружності талії до окружності стегон показала, що в першій, другій і третій групах значення були достовірно вище, ніж у групі контролю. Встановлено також, що пацієнти з гіпертригліцеридемією та ІР мали вищі рівні артеріального тиску. При визначенні показників плазменно-коагуляційного гемостазу було виявлено збільшення вмісту фібриногену на 18%, а також збільшення протромбінового індексу у хворих на АГ. Було виявлено достовірне збільшення всіх показників агрегації порівняно з контрольною групою, а ступінь спонтанної агрегації була вище в 2,5 рази порівняно з контролем і в 1,75 рази порівняно з групою АГ без ІР. У хворих АГ і ІР достовірно збільшилися ступінь і швидкість агрегації порівняно з хворими без ІР. При АГ з ІР відзначалося підвищення ступеня агрегації на 17%, швидкості агрегації на 15% у порівнянні з групою хворих на АГ без ІР. При агрегації тромбоцитів, індукованих ристоміцином, ступінь агрегації підвищувалася на 20%. В групі хворих на АГ без ІР рівень ФВ був вище контрольних величин на 15%, а у хворих на АГ з ІР – на 28%.

Висновки. У хворих на АГ виявлено взаємозв'язок вісцерального ожиріння, обтяженої спадковості по цукровому діабету та ступеня вираженості ІР. ІР і гіпертригліцеридемія у жінок з метаболічними порушеннями викликають порушення спонтанної та індукованої АДФ агрегації тромбоцитів. У жінок з АГ, ожирінням, ІР і дислипидемією збільшується ймовірність ушкодження ендотелію, що підтверджується збільшенням рівня ФВ, а також агрегації тромбоцитів, індукованої ристоміцином.

УДК 617-089.844

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ

CLINICAL AND PHARMACOLOGICAL RATIONALE FOR THE USE OF ERYTHROPOIETIN IN URGENT SURGERY

Антипенко М.В.

Науковий керівник:

Запорізький державний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології

(к.мед.н.А.В. Саржевська, к.мед.н.О.О. Свинто-зельський)

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

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

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

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

Висновки. 1. Застосування рекомбінантного еритропоетину призводить до більш швидкого одужання після

оперативного втручання у хворих з тромбоемболією стегново-підколінного сегменту та з анемією I ступеню.

2. У пацієнтів, яким вводився рЕПО, відзначалися вірогідні зміни проліферації ретикулоцитів та збільшення рівня гемоглобіну.

3. Проведені дослідження показали, що терапія еритропоетином зменшує потребу в трансфузії донорської крові.

УДК: 616.379-008.65-08

ІНСУЛІН ГЛАРГІН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

INSULIN GLARGINE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Гель Б.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра ендокринології та клінічної фармакології (доц. О.В. Сафонова)

Цукровий діабет (ЦД) – суттєва медична проблема світового значення. Кількість хворих на ЦД кожні 10 років подвоюється і за прогнозами Міжнародної діабетичної федерації в 2040 році сягне 642 млн., 85% з них страждає на ЦД 2 типу. Причиною ЦД 2 типу є інсулінорезистентність в поєднанні з поступовим згасанням функції β -клітин підшлункової залози, що веде до хронічної гіперглікемії, розвитку хронічних судинних ускладнень та необхідності призначення інсуліну.

Мета дослідження. Порівняти вплив інсулінів гларгін 100 Од/мл та гларгін 300 Од/мл на показники вуглеводного обміну у хворих з ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Спостереження проводили протягом 3 місяців з визначенням глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) на початку та в кінці дослідження, в також показників глікемічного профілю протягом всього періоду дослідження з метою виявлення випадків гіпоглікемії. В групу обстеження ввійшли 15 хворих з ЦД 2 типу, які отримували інсулін гларгін 100 Од/мл (8 хворих) та Інсулін 300 Од/мл (7 хворих) в середній добовій дозі 0,4 Од/кг в комбінації з пероральними цукрознижувальними засобами, доза яких протягом періоду спостереження не змінювалась.

Результати дослідження. Результати дослідження показали, що частота виникнення підтверджених випадків гіпоглікемії протягом доби була нижчою на 12% ($p < 0,05$) у пацієнтів, які отримували препарат гларгін 300 Од/мл, у порівнянні з пацієнтами, які отримували інсулін гларгін 100 Од/мл. Цей ефект стабільно спостерігався незалежно від віку, статі, індексу маси тіла, тривалості захворювання ЦД. На початку дослідження середній рівень HbA_{1c} у всіх пацієнтів становив 7,8% ($p < 0,05$), на виході дослідження – 6,8% ($p < 0,05$) в групі застосування інсуліну гларгін 100 Од/мл і 6,6% ($p < 0,05$) в групі застосування інсуліну гларгін

300 Од/мл. Також в ході дослідження підтверджено, що введення інсуліну гларгін 300 Од/мл в інтервалі до 3 годин до або після звичайного часу введення препарату суттєво не впливає на показники глікемії на відміну від інсуліну гларгін 100 Од/мл, який необхідно вводити в один і той же час доби.

Висновки. Використання інсуліну гларгін 300 Од/мл для лікування хворих на ЦД 2 типу має ряд переваг перед використанням інсуліну гларгін 100 Од/мл: має більш стабільний і тривалий ефект та низьку індивідуальну та добову варіабельність глікемії. Це дозволяє досягнути компенсації та ефективного глікемічного контролю протягом доби за умови меншого ризику гіпоглікемії при більш гнучкому графіку введення інсуліну, що в дозволить покращити якість життя пацієнтів, а також зменшити рівень інвалідації та смертності внаслідок діабетичних ускладнень.

УДК 616.379-008.64-092.9:616.5-091.8

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ЩУРІВ ЗА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

PATHOLOGICAL CHANGES IN THE SKIN OF THE EXPERIMENTAL DIABETES RATS

Дегтярьова І.Е., Рижко Д.А., Дегтярьова А.С., Тумасова М.А.

Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини НМУ імені О.О.Богомольця (д.мед.н., проф. Н.А.Колесова)

Вступ. Актуальність патоморфологічних досліджень сполучної тканини дерми за експериментального цукрового діабету обумовлена частим розвитком патологічних процесів в шкірі, які викликані змінами метаболізму, зниженням імунітету, мікроангіопатіями та ін. Зі структурними змінами в шкірі за ЦД пов'язують особливості гоєння ран, їх хронізацію, що є важливим при розробці раціональних схем лікування.

Мета дослідження. Вивчити патоморфологічні зміни сполучної тканини дерми щурів з ЦД 1 типу.

Матеріали та методи. Модель експериментального стрептозотоцинового ЦД 1 типу на білих безпородних щурах відтворювали шляхом одноразового підшкірного введення стрептозотоцину (STZ) інтраперитоніально одноразово у дозі 50 мг/кг. На 21 добу спостережень виявили стійку гіперглікемію крові на рівні $24 \pm 0,8$ ммоль/л. Щурів виводили з експерименту високою дозою тіопенталу.

Для патоморфологічних та гістохімічних досліджень забирали клапти шкіри з бокової ділянки тулуба. Матеріал фіксували, в 10% нейтральному формаліні, проводили через батарею спиртів висхідної концентрації і заливали в віск-парафін. На санному мікромомі виготовляли серійні парафінові зрізи (7мкм), які фарбували гематоксиліном і еозином та Ван Гізон. Гістохімічне вивчення активності

оксидоредуктаз проводили на криостатних зрізах (10мкм): активність сукцинатдегідрогенази (СДГ) – за Нахласом та співавт., лактатдегідрогенази (ЛДГ) – за Гесс, Скарпеллі і Пірс, НАД-Н та НАДФ-Н ДГ – за Фарбером.

Результати. Встановлено, що в структурах епідермісу та дерми за відтворення ЦД розвивається тенденція до зниження активності ферментів тканинного дихання (СДГ), гліколізу (ЛДГ) та термінального окиснення (НАД-Н ДГ, НАДФ-Н ДГ). Найбільш виражене зниження активності ферментів виявлено в клітинах базального шару епідермісу. Серед клітин сосочкового та сітчастого шарів дерми за ЦД більше страждають фіброласти, особливо за рахунок зниження активності ЛДГ до $2,0 \pm 0,02$ од. активності проти $2,3 \pm 0,02$ од. активності в контролі. Встановлені зміни енергетичного обміну в шкірі за умов ЦД розвиваються паралельно зі спазмом артерій дерми і корелюють з їх помірними структурними змінами. Так, мікроскопічні дослідження показали тенденцію до збільшення ступеня ороговіння епідермісу та незначні дистрофічні зміни клітин гермінативного шару епідермісу. В сосочковому і сітчастому шарах дерми просліджується тенденція до зменшення кількості фіброblastів та інших сполучнотканинних клітин, а також відбувається помірне потовщення колагенових волокон. Придатки шкіри (волосяні цибулини) без вагомих патологічних змін.

Висновок. Розвиток патологічних процесів в шкірі за моделювання ЦД пов'язаний зі зниженням рівня енергетичного обміну і порушенням трофіки, розвитком помірних дистрофічних змін епідермісу та клітин дерми.

УДК 616.379-008.64-092.9:577.115.3

ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИРНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ ТКАНИН ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ

CHARACTERISTICS OF TISSUE FATTY ACID AT VARIOUS EXPERIMENTAL MODELS OF DIABETES MELLITUS TYPE 1

Дегтярєва І.Е., Черновол Н.П.

Науково-дослідний інститут експериментальної та клінічної медицини НМУ імені О.О.Богомольця (к.т.н, провідний н/сп Брюзгіна Т.С.)

Вступ. Для експериментального моделювання гіперглікемії використовують алоксан та стрептозотозин. Ушкодження в-клітин цими сполуками викликає зниження синтезу і секреції в кров інсуліну, в результаті чого у тварин розвиваються гіперглікемія і діабетичний синдром, аналогічний інсулінозалежному цукровому діабету 1 типу. Одним із методологічних підходів оцінки ступеню і розвитку пошкодження тканин життєвоважливих органів, в тому числі при ЦД, є вивчення їх жирнокислотного складу.

Мета дослідження. Вивчення зміни жирнокислотного складу ліпідів кардіоміоцитів та гепатоцитів у щурів з

ЦД 1 типу, створеним за різними моделями: алоксановою (Allox) та стрептозотозиновою (STZ).

Матеріали і методи. В експерименті на білих щурах створювали моделі ЦД 1 типу шляхом одноразового введення стрептозотозину (50 мг/кг) та алоксану моногідрату в дозі 130 мг/кг. У більшості експериментальних тварин їх введення викликало стійку гіперглікемію ($20-34$ ммоль/л). Дослідження вмісту 9 найінформативніших жирних кислот (ЖК) у складі гомогенату міокарду та печінки проводили методом газорідинної хроматографії в лабораторії експериментальних досліджень НДІ ЕКМ НМУ імені О.О. Богомольця. Статистичну значущість відмінностей середніх величин груп порівнянь оцінювали за t-критерієм Стьюдента.

Результати. При Allox моделі у відмінності від STZ ми виявили в гепатоцитах достовірне ($p < 0,05$) в 2 рази зменшення долі пальмітинової ЖК до $9,5 \pm 0,5\%$ відносно показників контрольної групи $18,6 \pm 1,0\%$ і стеаринової ЖК до $5,5 \pm 0,6\%$ відносно контролю $11,1 \pm 1,0\%$. Поряд з цим спостерігали зростання в 12 разів вмісту міристинової ЖК та пентадеканової ЖК з $0,1 \pm 0,05\%$ в контролі до $1,2 \pm 0,1\%$ у щурів з Allox моделлю ЦД. Серед ненасичених ЖК в печінці виявили достовірне ($p < 0,05$) в 2 рази зростання олеїнової ЖК з $14,8 \pm 1,5\%$ до $34,2 \pm 1,6\%$, і достовірне ($p < 0,05$) в 1,5 рази зменшення арахідонової ЖК з $30,1 \pm 1,5\%$ в контролі до $19,6 \pm 1,0\%$ у щурів з ЦД.

В міокарді щурів з Allox моделлю ЦД виявили достовірне ($p < 0,05$) в 2 рази зростання олеїнової ЖК з $15,1 \pm 0,7\%$ в контролі до $33,1 \pm 1,5\%$, і зменшення в 1,3 рази лінолевої ЖК з $28,8 \pm 1,0\%$ в контролі до $21,8 \pm 2,0\%$. У щурів із STZ моделлю навпаки підвищувався вміст лінолевої до $34,9 \pm 1,0\%$, що складало достовірну ($p < 0,05$) різницю із контролем та Allox моделлю.

Вважаємо, розбіжність даних обумовлена різними патогенетичними механізмами дії препаратів на тканини, які стають мішенями ушкодження.

Висновок. Allox модель ЦД 1 типу відзеркалює агресивну дію високоактивних радикалів і може успішно використовуватися для вивчення механізмів оксидативного стресу, який обов'язково виникає за умов гіперглікемії. Розвиток STZ моделі ЦД відображає менш трагічні наслідки ушкодження клітин і таке моделювання доцільно використовувати при вивченні порушень тканин та органів, які виникають при тривалій та стійкій гіперглікемії.

УДК 616.832-004:615.27

НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ NEUROPROTECTION IN MULTIPLE SCLEROSIS

Длябога Л.С.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

Кафедра фармакології і клінічної фармакології (к.м.д.Коваленко О. Ю.)

Актуальність. За останніми статистичними показниками в Україні зареєстровано серед дорослого населення

20 674 хворих на розсіяний склероз (РС). Хронічне прогресуюче ураження переважно осіб молодого і середнього віку, рання інвалідизація зумовлюють медичну і соціальну значимість проблеми. Відомості про етіологію та патогенез захворювання на даному етапі щоденно поповнюються, тому неможливість застосування етіотропної терапії надає значимості симптоматичному та патогенетичному лікуванню, одним з напрямків якого є нейропротекція.

Мета. Провести теоретичне обґрунтування основних напрямків стратегії нейропротекції при РС згідно сучасних уявлень про етіологію та патогенез.

Результати. В основі патогенезу РС виділяють, такі головні процеси, як запалення та нейродегенерацію, що проявляється дифузним пошкодженням аксонів та апоптозом нейронів. Основними механізмами, що призводять до загибелі нервових клітин при РС є ексайтотоксичність, оксидативний стрес, мітохондріальна дисфункція, гіперекспресія ранніх генів, дефіцит нейротрофічних факторів, що ініціюють нейроапоптоз. При будь-якій з клінічних форм РС виявляються перераховані механізми, тому в якості основних напрямків нейропротекції обговорюються наступні: протидія глутаматній ексайтотоксичності і вільнорадикальному окисленню – застосування оборотних блокаторів NMDA- рецепторів і антиоксидантів, гальмування апоптозу нейронів і олігодендроцитів (ОДЦ) – використання інгібіторів каспаз, трофічних факторів, інгібування запалення – призначення протизапальних препаратів. Підвищена чутливість нейронів ГМ при РС до оксидативного стресу може бути наслідком низького вмісту ферментів антиоксидантного захисту, високого рівня поліненасичених жирних кислот, іонів двовалентного заліза, що вивільняються при пошкодженні клітин. Це є передумовою для цілеспрямованого використання ліпотропних і антиоксидантних препаратів в комплексному лікуванні: токоферолі і каротиноїді, які інактивують атомарний кисень; супероксиддисмутазу (каталізує перетворення атомарного кисню в молекулярний); каталазу, глутатіон, церулоплазмін (природні антиоксиданти), лазароїди, хелати заліза (зменшують продукцію монооксиду азоту й пероксинітриду), фенілтретбутилнітрон (зв'язує вільні радикали), мексидол, який гальмує перекисне окислення ліпідів, нормалізує рецепторну і транспортну функцію клітинної мембрани нейронів; цитофлавін, що відновлює активність ферментів антиоксидантного захисту.

Нейротрофічні фактори – сімейство білків, необхідних для розвитку ЦНС. Вони підтримують виживання нейронів, зростання аксонів і дендритів, впливають на проліферацію і диференціювання ОДГ, сприяють мієлінізації та ремієлінізації, регулюють експресію нейромедіаторів і вираженість апоптозу. В даний час єдиним препаратом, що складається зі збалансованої за складом суміші активних фрагментів нейротрофічних факторів, є церебралізін.

Як протизапальний та імуномодулюючий засіб широко застосовується РС трентал, який покращує реологічні властивості крові, пригнічує тромбоутворення та нормалізує мікроциркуляцію і знижує рівень ФНП-α.

Висновок. Проведений аналіз дозволяє визначити доцільність нейропротекції як одного з перспективних напрямків в лікуванні РС.

УДК: 615.03:613.2

ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ПРОДУКТАМИ ХАРЧУВАННЯ

INTERACTION OF MEDICINAL PREPARATIONS WITH FOOD

Дольник М.Ю.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

Кафедра фармакології і клінічної фармакології
(к.мед.н., доцент Коваленко О.Ю.)

Вступ. Сьогодні існує проблема нераціонального вживання лікарських засобів, у тому числі з продуктами харчування. Відомо, що взаємодія лікарських речовин при пероральному прийомі з різними інгредієнтами їжі може надати істотний вплив не лише на розвиток фармакологічного ефекту, але й впливає на виникнення ускладнень фармакотерапії, – з одного боку, та тривалий прийом ліків може сприяти розвитку порушень функцій травної системи, – з іншого.

Мета роботи. Провести аналіз даних можливого впливу нераціонального прийому ліків та харчових продуктів на якість лікування пацієнта.

Матеріали та методи. Були проаналізовані дані літератури щодо впливу продуктів харчування на ефективність застосування лікарських засобів.

Результати. Отримані дані показали, що рідкі лікарські форми менш схильні до впливу їжі, оскільки можуть відносно вільно переміщатися з шлунку в кишечник, минувши харчовий клубок. Тверді лікарські форми при спільному прийомі з їжею можуть довготривало затримуватися в порожнині шлунку, що порушує всмоктування діючих речовин. Для твердих лікарських форм ступінь взаємодії з їжею залежить від величини часток, наповнювачів, матеріалу покриття. Найменш схильні до впливу їжі препарати, отримані на основі мікрогранул і частки з плівковим покриттям. Особливо чутливі до продуктів пігулки з кишковорозчинним покриттям. Дослідження показали, що ряд харчових продуктів містить фармакологічно активні речовини, які можуть вплинути на фармакодинаміку лікарських засобів. Деякі овочі (білокачанна капуста, редька), наприклад, містять речовину прогватрин, що чинить антитиреоїдну дію. Це може підсилити терапевтичний ефект антитиреоїдних препаратів. Наші спостереження та проведені анкетування показали, що більшість пацієнтів нераціонально вживають ліки з їжею: не завжди дотримуються правил прийому ліків (згідно інструкції), відносно часто порушують рекомендації лікаря – запивають ліки кавою, фруктовими соками, молоком тощо.

Висновки. Таким чином, отримані результати показали необхідність більш широкого інформування пацієнтів про необхідність правильного комбінування прийому ліків із продуктами харчування.

УДК 616.12 – 008.331.1 – 06: 616.379 – 008.64] – 056.7 – 008.9 – 092: 612.13

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО
ПРИЗНАЧЕННЯ ІАПФ І САРТАНІВ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНЕТИЧНОГО
ПОЛІМОРФІЗМУ AGTR1**

**COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENTIAL
APPOINTMENT OF ACE INHIBITORS
AND SARTANS DEPENDING ON GENETIC
POLYMORPHISM AGTR1 GENE**

Журба Є. П.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(доктор медичних наук, доцент А.С. Шалімова)*

Гіпертонічна хвороба (ГХ) являє собою одну із найактуальніших проблем медицини. При відсутності належного лікування ГХ виникає високий ризик розвитку ускладнень (інфаркт міокарда, серцева недостатність, інсульт головного мозку). Особливістю перебігу ГХ є велика частота розвитку коморбідності. У 60% пацієнтів супутньою патологією є цукровий діабет (ЦД) 2 типу, що ще більше ускладнює перебіг захворювання. Тому вибір правильної тактики введення даних хворих дозволить значно знизити ризик розвитку ускладнень у майбутньому та поліпшити якість їх життя.

Мета роботи. Була оцінка ефективності призначення пацієнтам з ГХ і ЦД 2т різних алгоритмів терапії в залежності від поліморфізму гена рецепторів ангіотензину II типу 1 (AGTR1), який бере участь в розвитку зазначеної коморбідної патології.

Матеріали та методи. Були проаналізовані результати лікування 151 пацієнтів з діагнозом: ГХ II стадія, 2 ступеня; ЦД 2т середньої важкості в стадії субкомпенсації. Середній вік хворих склав 52 роки. Пацієнти були поділені на дві групи в залежності від генотипу AGTR1: 97 пацієнтів з А/А генотипом і 54 пацієнта з А/С + С/С генотипом. У кожній із зазначених груп застосовувалося 2 варіанти лікування (раміприл у комбінації з індапамідом в комплексній терапії та телмісартан у комбінації з індапамідом).

Результати. Відзначено, що у пацієнтів з А/С + С/С генотипом AGTR1 телмісартан порівняно з раміприлом більшою мірою впливав на динаміку артеріального тиску (АТ). Призначення телмісартану дозволило достовірно ($p < 0,001$) знизити показники до більш цільових показників та утримувати на такому рівні протягом усього періоду лікування, коли при використуванні інгібітору АПФ у 12 пацієнтів було необхідним додаткове призначення лерканидіпіну із-за неефективності початкової терапії. При генотипі А/А гена AGTR1 була відсутня достовірна різниця ($p > 0,05$) в ефективності призначення раміприлу і телмісартану.

Висновки. Таким чином, встановлено, що ефективність антигіпертензивної терапії залежить, зокрема, від генетичного поліморфізму генів, що беруть участь у розвитку ГХ, тому для зниження кардіоваскулярного ризику необхідно враховувати фармакогенетичну складову терапії.

УДК 616.98:578.828 ВІЛ:615.277.015.8

**ПРОБЛЕМА СТІЙКОСТІ ВІЛ
ДО АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
HIV RESISTANCE TO ANTIRETROVIRAL
DRUGS ISSUES**

Ілюха С.Е., Кругляк В.А., Шалімова А.С.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
(доц. д.м.н. Шалімова А.С.)*

Високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ) на сьогоднішній день є стандартом лікування інфекції, викликаній вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Резистентність може виникнути як до початку антиретровірусної терапії (АРТ) внаслідок випадкових мутацій, так і після призначення АРТ, яка сприятиме розвитку резистентності, внаслідок селекції нових штамів. Використання ВААРТ знижує ризик розвитку резистентності в порівнянні з моно- і дітерапією. Однак резистентність все ще залишається побічним ефектом тривалої АРТ.

Види резистентності: розрізняють резистентність первинну і вторинну. Первинна – резистентність ще до початку АРТ, може виникнути, як результат гетерогенності ВІЛ, так і передачі резистентного штаму від іншого інфікованого. Вторинна – внаслідок розвитку мутацій в геномі вірусу при застосуванні АРТ. Також виділяється фенотипова, генотипова і клінічна резистентність. Фенотипова – здатність ВІЛ реплікуватись в присутності АРВ-препаратів. Генотипова – наявність мутацій в геномі, що призводять до зниження чутливості до АРТ-препаратів. Клінічна – це недостатній клінічний відповідь, незважаючи на прийом АРТ-препаратів, включає клінічну неефективність в силу різних причин – фенотипова резистентність, низька комплаєнтність пацієнта.

Основні фактори, що впливають на розвиток резистентності ВІЛ, відповідно до списку Всесвітньої організації охорони здоров'я: 1) лікування менш ніж 3 препаратами; 2) некоректний вибір препарату; 3) перерва в лікуванні; 4) продовження використання неефективної терапії

Роль резистентності: пацієнти з мультирезистентністю знаходяться в групі високого ризику смерті і незадовільного імунологічного та вірусологічного статусу в порівнянні з іншими ВІЛ-інфікованими. Внаслідок неконтрольованої реплікації резистентних штамів ВІЛ, швидко розвивається синдром набутого імунодефіциту (СНІД). Також високий ризик поширення даних штамів серед іншої популяції.

На сьогоднішній день існують лабораторні методи визначення стійкості ВІЛ до АРТ-препаратів: фенотиповий метод – кількісно визначає чутливість штаму ВІЛ до АРТ-препаратів. Генотипний метод дозволяє виявити заміни в нуклеотидних послідовностях генома вірусу в порівнянні з референс-штамом. Метод віртуального фенотипування, при цьому методі мутації, виявлені у певного хворого, порівнюють з біоінформаційною базою даних зразків ВІЛ, для яких вже відомий і генотип, і фенотип.

Клінічні критерії стійкості вірусу до АРТ – підвищення вірусного навантаження, зниження CD4-клітин або приєднання опортуністичних інфекцій або ВІЛ-асоційованих ускладнень.

Висновки. Необхідно застосування комплексного підходу до лікування ВІЛ інфекції з використанням ВААРТ. Важливо розуміння механізмів розвитку резистентності та її запобігання. При можливості слід застосувати одну з методик для визначення стійкості ВІЛ до АРТ-препаратів з метою підвищення ефективності лікування пацієнтів.

UDC: 616.7-071.4:615.211

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

FEATURES OF THE TREATMENT OF THE PAIN SYNDROME OF OSTEOARTHRITIS IN THE ELDERLY

Кириченко В.Д.

State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"

Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology

(Ph. D., assoc. prof. O.Y. Kovalenko)

Introduction. Osteoarthritis is a disease that covers a significant part of the population. The prevalence of osteoarthritis has increased up to 80% of all rheumatic diseases in the elderly. Major reasons are the reduction of physical activity of the significant part of the population, the violation of the recovery of the cartilage tissue. The pain syndrome plays a leading role. The reduction of lifespan is caused by the pain intensity.

The aim of the study was to analyze the data of the possible impact of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) on an increased risk of the development of side effects in elderly patients, suffering from the pain syndrome of osteoarthritis.

Materials and methods. The analysis and generalization of literature data about NSAIDs intake in the treatment of the pain syndrome of osteoarthritis in elderly patients.

Results. The treatment of osteoarthritis has its features in elderly patients because of comorbidities. One uses analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, cartilage protectors among medicaments. Glucocorticoids show high efficiency when they are applied locally. Taking into account the leading role of pain, one uses NSAIDs more often. However, the long-term medicament administration taken by elderly patients, along with the polymorbidity lead to side effects – gastropathy, nephropathy. Our observations showed that rational pharmacotherapy, which takes into account interaction of drugs, may reduce side effects.

Conclusions. It is required that one should have an individualized approach to elderly patients, paying attention

to features of the drug interaction of medicaments, so as to prevent side effects, when it comes to the long-term medicament administration.

УДК 616-009.16

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОКОЛІНА ДЛЯ РАНЬОГО ВІДНОВЛЕННЯ НЕРВОВИХ КЛІТИН У ДІТЕЙ ДО 1 РОКУ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

APPLICATION OF CYTOSOLINE FOR EARLY RESTORATION OF NERVOUS CELLS OF CHILDREN BEFORE 1 YEAR OLD WITH HYPOXICALLY-ISCHEMIC DAMAGE TO THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

М.О. Кириченко, І.О. Афанасьєва

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

(д. мед. н., проф. М.В. Хайтович)

Мета. Оцінка ефективності застосування цитоколіна для раннього відновлення нервових клітин при лікуванні гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи (ГІУ ЦНС) у дітей до 1 року життя.

Матеріали і методи. Обстеження проводилося на базі поліклінічного відділення ДКЛ №6 Шевченківського району м. Києва. Випадковим методом відібрані історії розвитку 30 (17 хлопчиків і 13 дівчаток) дітей з ГІУ ЦНС. Комплекс обстеження дітей включав збір анамнезу, скарги батьків, обстеження неврологом, нейросонографію.

Результати. Діагноз ГІУ ЦНС у 28 дітей (93,3%) був виставлений у віці до 3 міс., у решти дітей – до 1 року. Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (ПНРЗ) спостерігався в 53,3% (16) випадків, синдром ліквородинамічних порушень (ЛДП) у 26,7% (8) дітей, у 3-х дітей зазначалося прогресування і формування гіпертензійно-гідроцефалічного синдрому. Синдром вегетативних порушень у 10% (3) і синдром рухових порушень також відзначався у 10% обстежених. Для лікування 40% дітей був обраний ноотропний препарат цитоколін, який має мембраностабілізуючу дію. Лікування проводилося протягом 1,5 міс. в дозуванні, що відповідає віку. Препарат добре переносився, побічних ефектів не спостерігалося. При повторному обстеженні після призначення препарату відзначалося зменшення неврологічної симптоматики: зникнення тремору підборіддя, мраморності шкірних покривів, відрижки і неспокою.

Висновки. За результатами дослідження, цитоколін є ефективним препаратом для раннього відновлення нервових клітин у дітей з перинатальним ГІУ ЦНС.

**КВІТНЕВА
СТУДЕНТСЬКА НАУКОВА СЕСІЯ**

3 квітня – 6 червня 2017 р.

**АКТИВНІСТЬ МОНОНУКЛЕАРНИХ ФАГОЦИТІВ
ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ В РАНЬОМУ
ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО
НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Сусак Я.М., Дирда О.О., Опальчук К.Т.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

Актуальність проблеми: Гострий некротичний панкреатит(ГНП) одна з найбільш актуальних проблем сьогоденної хірургії. До причин, які призводять до летальних випадків, належать: ендотоксичний шок, сепсис, гнійні ускладнення. У патогенезі цього захворювання наявна запальна активація клітин імунної системи, особливо фагоцитів. Це сприяє погіршенню процесів організму. Для покращення лікування ГНП використовують новітні методи діагностики та профілактики інфекційних ускладнень та сепсису.

Мета роботи: Оцінка функціонального стану мононуклеарних фагоцитів периферичної крові у хворих на ГНП з сформованим інфільтратом заочеревинного простору з метою прогнозування інфекційних ускладнень на ранніх етапах захворювання.

Матеріали і методи: Під час дослідження дослідження було обстежено 70(100%) хворих на ГНП із сформованим інфільтратом заочеревинного простору: 58 (82,8%) чоловіків і 12 (17,1%) жінок. На 5-7 добу захворювання у цих хворих оцінювали функціональний резерв мононуклеарних фагоцитів периферичної крові за показниками спонтанної і стимульованої фагоцитарної активності моноцитів та продукції ними реактивних форм кисню, що оцінювали за допомогою методу проточної цитофлуориметрії. Показник функціонального резерву визначали за формулою: $100 - S \cdot 100/V$, де S — функціональний показник після стимуляції форболмєристацетатом (ФМА) *in vitro*; V — базальний (нестимульований) функціональний показник.

Результати: Найвний функціональний резерв мононуклеарних фагоцитів виявили у 61 (87,1 %) пацієнта на ГНП. У 60 (98,4%) з цих пацієнтів інфекційних ускладнень не спостерігали. У одного розвинулися інфекційні ускладнення. Відсутність функціонального резерву ендочитарної активності мононуклеарних фагоцитів порівняно з аналогічними показниками пацієнтів, у котрих інфекційних ускладнень не спостерігали, виявлено у 9 (12,9%) хворих. У цих хворих розвинулися інфекційні ускладнення.

Висновок: Результати даного дослідження дають можливість розглядати показники функціональної ак-

тивності циркулюючих моноцитів як маркер прогнозування перебігу ГНП.

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОЛІВКИ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНОГО
МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ.**

Буряк Н.А.

*Науковий керівник: д.м.н., проф. Шепетько Є.М.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра хірургії № 3*

Вступ: Рак голівки підшлункової залози (РГПЖ) є важко захворюванням, яке важко піддається діагностуванню. На ранніх стадіях розвитку пухлини єдиним методом радикального лікування хворих є панкреатодуоденальна резекція (ПДР).

Мета: Вивчити особливості застосування ПДР при РГПЖ, ускладненому механічною жовтяницею.

Матеріали і методи: Аналізу піддано 14 пацієнтів, яким виконана ПДР із приводу РГПЖ. Чоловіків було 10 (71,5%), жінок – 4 (28,5%). Середній вік пацієнтів склав $48,8 \pm 2$. Стадійність пухлинного процесу: ПА ст. – 2 (14,3%), ПВ ст. – 7 (50%), ПІІ ст. – 5 (35,7%).

Результати: Основними клінічними симптомами у пацієнтів з пухлинами голівки підшлункової залози і периапулярної зони – жовтяниця – 8 (57,1%), біль у верхньому відділі черевної порожнини – 13 (92,8%), слабкість – 10 (71,4%), зниження маси тіла – 9 (64,3%). Технологія виконання операцій ПДР передбачає 3 основні етапи: мобілізація, резекційний етап і реконструктивний етап. У ході реконструктивного етапу операції панкреатосюноанастомоз (ПЕА, 10 або 71,4%) формувалася в 2,5 рази частіше, ніж панкреатогастроанастомоз (ПГА, 4 або 28,6%) ($p=0,0255$; $XI=4,993$). ПДР за Виплом-Шалімовим виконана у 5 (35,7%) пацієнтів, модифікована ПДР зі збереженням воротаря за Траверсо і ПГА – 4 (28,6%)(Пат. UA № 21098, 2007 р.), за Маллегі – 4 (28,6%), на двох тонкокишковий петлях з формуванням резервуарного апаратного ПСА (Пат. UA № 105534, 2016 р.) - 1 (7,1%). ПДР за Виплом-Шалімовим і за Маллегі з ПЕА (9 або 64,3%) застосовувалися в 2,2 рази частіше, ніж із збереженням воротаря за Траверсо з ПГА (4 або 28,6%), ($p = 0,0629$, $XI = 3,459$), і в 9 разів частіше, ніж на двох тонко-кишкових петлях з формуванням резервуарного апаратного ПЕА (1 або 7,1%), ($p = 0,0019$, $XI = 9,621$). Недоліком методу ПДР за Виплом-Шалімовим є відносно висока частота неспроможності швів ПСА (15-20%) з розвитком перитоніту. Розроблені модифіковані ПДР (Пат. UA № 21098, 2007р.; Пат. UA № 105534, 2016 р.) усувають недоліки інших

способів, де зберігається високий ризик недостатності швів ПГА і ПЕА, підтікання панкреатичного вмісту між швами анастомозу при недостатньо чіткому укріпті ГПЖ стінкою шлунка чи тонкої кишки. Загальна летальність склала 21,4% (померло 3). Причини летальних результатів: ракова інтоксикація – 2 (66,6%), недостатність швів панкреатодигестивного анастомозу – 1 (33,3%).

Висновки. 1. Радикальна операція ПДР здійснюється у обмеженій кількості хворих (10%), серед яких ПЕА застосовується в 2,5 рази частіше, ніж ПГА.

2. Доцільне виконання розроблених функціонально вигідних операцій ПДР, що знижують кількість післяопераційних ускладнень і післяопераційну летальність.

ВПЛИВ ІНТРАТУМОРАЛЬНОЇ ЕКСПРЕСІЇ hENT1 НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Мазур В. І., Дяченко К. Л.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Земсков С. В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра загальної хірургії №1

Актуальність: Рак підшлункової залози є одним з найпоширеніших у структурі онкологічної смертності. В світі відсоток хворих, що не доживає одного року з моменту діагностики раку підшлункової залози, складає 90-95%.

Мета: встановлення взаємозв'язку між інтратуморальною експресією hENT1 та ефективністю схеми гемцитабін + тегафур в ад'ювантному режимі у хворих на рак підшлункової залози. Дослідження проведено в Київському центрі хірургії печінки, підшлункової залози і жовчних проток імені В.С. Земскова. З 2012 по 2016

рр. в Центрі було виконано 118 резекцій з приводу раку підшлункової залози.

Матеріали і методи: До дослідження залучено 62 пацієнти. Схема ад'ювантної терапії складалася з 6 чотирьохтижневих циклів. Кожний цикл включав гемцитабін внутрішньовенно в 1; 8-й та 15-й день із розрахунку 1000 мг/м², тегафур перорально по 400 мг 2 рази на добу протягом 21 дня + 7 днів перерви. Імуногістохімічне дослідження для маркера hENT1 проводили у відділі патологічної анатомії Національного інституту раку Міністерства охорони здоров'я України за допомогою поліклонального анти-hENT1 антитіла кролячого походження. За результатами імуногістохімічної реакції експресію визначали як відсутню (0), слабку (1+) – забарвлення менш інтенсивне, ніж при позитивному контролі, помірну (2+) – забарвлення ідентичне позитивному контролю, та високу (3+) – забарвлення інтенсивніше, ніж у позитивному контролі. Низькою експресією hENT1 вважали забарвлення менше як у 50% пухлинних клітин з інтенсивністю d²⁺, а високою – забарвлення 2+ більше як 50% пухлинних клітин.

Результати дослідження: Медіана загальної виживаності на момент статистичної обробки даних становила 36 та 20 місяців для хворих із високою та низькою експресією hENT1 відповідно. Також на момент статистичної обробки ще не було пацієнтів, які б досягли 5-річної виживаності. Що стосується 3-х річної виживаності, то серед хворих з високою експресією hENT1 вона становить 56%, а з низькою експресією hENT1 на цей момент – 0%.

Висновок: Таким чином, високий рівень імуногістохімії експресії hENT1 у пухлинах хворих на рак підшлункової залози можна використовувати для прогнозування відповіді на поліхіміотерапію за схемою гемцитабін + тегафур в ад'ювантному режимі.

Секція

ФІЛОСОФІЯ / PHILOSOPHY

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ДОТРИМАННЯ ПАЦІЄНТОМ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ВІД ХАРАКТЕРУ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Юртин Б.І.

Науковий керівник: ст. викл. Нечушкіна О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра філософії та соціології

Актуальність теми. Питання дотримання пацієнтом схеми лікування завжди було і залишається однією з провідних проблем медицини, оскільки навіть найефективніші препарати не будуть діяти, якщо не дотримуватись

правил їх прийому. Цей елемент в більшості випадків неможливо проконтролювати, він повністю залежить від вибору пацієнта, який може ґрунтуватися на його довірі до компетенції лікаря, типу захворювання та характеру його перебігу. Популярною дана проблема є в наукових колах. За запитом «соціальна роль хворого» на веб-сайті National Centre for Biotechnology Information (NCBI) було знайдено посилання на 16 664 тез та 56 266 статей в наукових журналах.

Мета дослідження. Вивчити вплив характеру перебігу захворювання на дотримання пацієнтом дисципліни прийому препаратів.

Матеріали та методи. Метод збору даних – стандартизоване інтерв'ю. Опитувані респонденти – пацієнти

ти, віком від 18 до 81 року, які самостійно припинили прийом лікарського препарату до закінчення призначеного курсу. Опитування проводилося в м. Києві протягом лютого 2017 року, вибірка не випадкова (N=200). Комп'ютерна обробка результатів здійснювалася за допомогою програми IBM.SPSS.statistics.

Результати. Серед респондентів частка осіб з хронічними формами захворювань становила 78% (156 осіб), гострими формами – 20,5% (41 особа), 1,5% (3 особи) не вказали форму захворювання в анкеті. Опитані за терміном самостійного припинення лікування були розподілені на 3 групи: 1 група – особи, які самостійно припинили лікування в термін менше половини, 2 група – самостійно припинили лікування в термін близько половини, 3 група – самостійно припинили лікування в термін більше половини призначеної схеми лікування. Серед респондентів з хронічними формами захворювань частка 1 групи становить 50,38%; 2 групи – 27,07%; 3 групи – 22,56%. Серед респондентів з гострими формами захворювань частка 1 групи становить 24,39%; 2 групи – 51,22%; 3 групи – 24,39%.

Висновки. Термін припинення призначеного лікарського засобу залежить від характеру перебігу захворювання ($p=0,005$). Пацієнти з хронічними захворюваннями показали схильність до більш раннього припинення дотримання призначених схем лікування.

МОДИФІКАЦІЯ ТІЛА: СУЧАСНІ УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ

Рудюк О.В.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра філософії та соціології

Актуальність. Постійне бажання підтримання власного відчуття досконалості та визнання серед інших як у реальному природному, так й у віртуальному світі спонукає людину до модифікацій, зокрема зовнішності.

Мета роботи полягає в аналізі схильності вітчизняної молоді до видозміни зовнішнього вигляду тіла та дотично до нього – внутрішнього стану.

Методи: нестандартизоване опитування, статистичний, аналітичний, порівняльний, системний.

Матеріали: відповіді 136 студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 2-6 курсів, усіх факультетів, які вдалися до модифікацій тіла.

Результати. Модифікація тіла – це цілеспрямоване втручання у більшій чи меншій мірі в організм людини та кардинальний вплив на її зовнішність як хірургічними, так і власними зусиллями з метою як естетичною, так і покращення психо-емоційно-духовно-фізичного здоров'я відповідно до внутрішнього світу людини, її запитів на власне життя. У ході аналізу та порівняння нам вдалося виокремити 2 категорії причин, що спонукають до видозміни: об'єктивні та суб'єктивні.

Нестандартизоване опитування соціальної групи студентів-медиків НМУ імені О.О. Богомольця показало, що: до поверхневих, доступних широкому загалу естетичних змін, таких як нарощування вій/волосся (67%), ін'єкційних процедур у косметологів (5%), у тому числі й збільшення губ (28%) вдавались 12% опитаних; змінювали зуби чи встановлювали вініри – 9%; змінювали форму носа/вух – 1%; робили татування/тунелі/спліт язика – 12%; планують здійснити певні модифікації у майбутньому – 27%; бояться або вважають подібні втручання небезпечними – 4%; не мають коштів на такі зміни – 5%; вдавались до хірургічних змін тіла, таких як ліпосакція, видалення ребер, збільшення грудей – 0%; не підтримують ідей з будь-якими змінами тіла – 29%.

Висновки. Стрімкий розвиток новітніх технологій, зокрема в медичній галузі, поширеність впливу ЗМІ на думку населення, науково-технічний прогрес всіляко створюють умови для модифікацій особистості. Кожна зміна приводить людину або до цілковитого задоволення собою і внутрішньої гармонії, або спонукає на подальші кроки на шляху до «ідеальної картинки». На сьогодні, основним обмежувачим фактором, що спиняє людей у своїх видозмінах, є фінансовий.

ВЗАЄМВІДНОСИНИ СТОМАТОЛОГ – ПАЦІЄНТ: ВІД СТРАХУ ДО ПОРОЗУМІННЯ

Мілещенко А.О.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра філософії та соціології

Актуальність теми. У результаті панічного страху перед лікарями та лікуванням захворювання запускаються до найтяжчих станів.

Мета: аналіз причини дентофобії; знайти шляхи вирішення проблеми.

Методи дослідження: напівстандартизоване опитування, аналітичний та моделювання.

Результати та їх обговорення. Одним з видів іатрофобії є дентофобія (страх перед лікуванням у лікаря-стоматолога). Аналіз попередніх досліджень дозволяє виокремити наступні причини страху пацієнта перед лікарем стоматологом: втрата довіри до лікаря (первинний огляд) і наступними візитами при попередньому інформаційному негативному досвіді (Р.Лік); втручання стоматолога в інтимну зону пацієнта – простір цілковитої довіри (Е.Холл); психологічний бар'єр, що виникає внаслідок невідповідності обраної моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом (О.Венгрович, І.Тимків та ін.); частота випадків тахікардії перед лікуванням у стоматолога більша у жінок та чоловіків віком до 20 років (80% та 70% відповідно), а в групі до 60 років у чоловіків частота зменшується до 25%, у жінок до 50% (Ю.Мішуніна, Н.Назарова). Проведене нами пілотне опитування (50 студентів стомат. факультету 2 курсу як потенційних специфічних пацієнтів та 50 пересічних громадян – контрольна група) показало, що: 98% рес-

пондентів схильні до дентофобії. Серед причин оптанті виділили наступні: 90% попередній власний негативний досвід; 67% страх нав'язаний ЗМІ чи досвідом інших; 10% рівень стресу (страху) зростає з часом очікування під кабінетом; 100% страх фінансових витрат; 52% невідомий спеціаліст; 78% страх ятрогенії; 10% відчуття втрати контролю над ситуацією; 80% втручання стоматолога в інтимну зону. Виокремимо наступні шляхи покращення порозуміння між стоматологом і пацієнтом: отримання студентом-медиком комунікативних навиків при вивченні соціально-гуманітарних дисциплін та відвідування наукових гуртків; участі у проектах «людяності» - волонтерство, виховні заходи, саморозвиток; робота над іміджем стоматологів у цілому та конкретного лікаря; навик маніювання між моделями взаємин «лікар – пацієнт»; для пацієнта – попередній збір інформації про клініку, лікаря, можливі процедури.

Висновки. Нами виявлено вісім основних причини дентофобії та виокремлено п'ять кроків для налагодження порозуміння у відносинах стоматолог – пацієнт.

ЕТАПИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Дитко Р.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра філософії та соціології

Актуальність. Стрімкі трансформації сучасного соціуму в різних сферах життєдіяльності характеризуються нестабільністю і мінливістю до яких людині необхідно адаптуватись. В різних вікових групах процеси адаптації відбуваються з певними особливостями.

Мета. Аналіз етапів адаптації і теоретико-емпіричне обґрунтування соціально-психологічних чинників адаптивної поведінки студентів-медиків першого курсу НМУ імені О.О. Богомольця.

Методи. Проводилася дослідницько-експериментальна робота серед студентів НМУ імені О.О. Богомольця: теоретико-методологічний аналіз; констатувальний – визначено цілі, завдання, методи емпіричного дослідження, проведено експеримент, анонімне анкетування, проаналізовано й систематизовано отримані дані; формувальний (розроблено та апробовано майстер-класи на теми – «Життєві стратегії» та «Бізнес-план», мета яких полегшити етап соціальної адаптації студентів-медиків першого курсу та покращити їх комунікативні здібності); контрольний – здійснено інтерпретацію та узагальнення отриманих даних, окреслено перспективи подальшого дослідження.

Результати. У дослідженні брали участь студенти першого курсу (224 студенти-медики, серед яких 150 жіночої статі і 74 чоловічої /67 % дівчат та 33 % юнаків/ віком від 17 до 18 років). Проводилося анонімне анкетування за власне розробленою анкетною з врахуванням методики К.Роджерса, Р.Даймонда. Виявлено, що для більшості студентів за умов первинної адаптації найважчим був процес звикання до розподілу часу

(90%); досить важким був перший місяць навчання (95%); найскладніше звикнути до великого обсягу самостійної роботи та знаходження навчально-методичної літератури; брак інформації, ізолюваність і самотність відчуває більший відсоток студентів (95%).

Емпіричне дослідження показало, що тип адаптивної поведінки студентів-медиків залежить більше від внутрішньо особистісних чинників ніж від зовнішніх. Результати свідчать, що за показниками інтегральних критеріїв соціально-психологічної адаптації серед дівчат та юнаків є певні розходження. Адаптаційні етапи з позитивними показниками подолали дівчата. Юнаки мали у першому семестрі навчання комунікативні бар'єри, що впливали на адаптаційний процес загалом і адаптивну поведінку зокрема.

Висновки. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми і може бути продовжено в напрямку вивчення елементів соціокультурної адаптації та формування стратегій адаптивної поведінки студентів-медиків в процесі їхнього професійного становлення як майбутніх лікарів України.

ЗАЛЕЖНОСТІ ЛЮДИНИ ВІД ІНШОЇ ЛЮДИНИ: ПОТРЕБА ЧИ ХВОРОБА

Кречко Я.В.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра філософії та соціології

Актуальність. Перебуваючи більшу частину свого життя у взаємодії з соціальним середовищем людина обирає для ближчих взаємин невелике комфортне оточення. У певних людях ми відчуваємо потребу більше ніж в інших, яка з часом наростає і може призводити до залежності.

Метою дослідження є аналіз залежності людини від іншої людини в контексті потреби чи хвороби.

Методи: пілотне опитування, спостереження, аналітичний та статистичний.

Матеріали: 200 анкет (125 жіночої статі та 75 чоловічої) заповнених студентами НМУ імені О.О. Богомольця.

Результати. Залежність людини від людини вивчають: філософи – природу залежності, соціологи – позицію залежної людини в соціумі, психологи – емоційний стан залежних та тих, від кого вони залежать. Ми звертали увагу на роботи: Е.Гіддекса, Л.Клевець, І.Нілліні, Т.Чепульченко, А.Шинкарьок. Те, що людина істога соціально знала ще у Давній Греції. Сьогодні загальновідомо, що для гармонійного розвитку особистості необхідне спілкування з іншими, близькі тілесні контакти, увага іншої людини її співучасть у нашому житті. Також, зрозумілим є і той факт, що подекуди потреба може посилюватись, переростати у залежність, набувати афективного характеру. З часом заглиблений зв'язок або втрата такого контакту можуть призводити до особливих станів: поганого настрою, втоми, песимізму, втрати інтересу до оточуючих, життя в цілому.

За даними анкетування встановлено, що 72% розуміють свою залежність, 7,5% не мають залежності, 12% не бажають над цим замислюватись, 8,5% вагались дати відповідь. Якщо порівнювати дані залежно від статі, то ми опитали 37,5% хлопців, серед яких мають духовну залежність 40%, економічну 20,5%, емоційну 31,5%, фізичну 35%, інтелектуальну 24%, не замислювались 11,5% і впевнені, що не мають залежності 8,5%. Та 62,5% дівчат, серед яких, мають духовну залежність 50%, економічну 50,5%, емоційну 41,5%, фізичну 18%, інтелектуальну 17%, не замислювались 10,5% і впевнені, що не мають залежності 6,5%. Респонденти назвали осіб, від яких залежні для осіб жіночої статі це батьки – 70%, кохана людина 56,6%, друзі – 33%, керівник 4% і лідер – 1,5%; для осіб чоловічої статі це: батьки – 40%, кохана людина 50%, друзі – 31,5%, керівник 8% і лідер – 0,5%.

Висновки. Як чоловіки, так і жінки мають здатність прив'язуватись до інших людей, а характеристика залежності носить найчастіше духовну та емоційну якість. Прив'язаність до іншої людини частіше виникає у дівчат, ніж у хлопців, але обидві статі однаково глибоко переживають втрату людини від якої залежать.

«ПОДВІЙНІ» ЗАЛЕЖНОСТІ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ

Бодня О.С.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра філософії та соціології

Актуальність теми. Сучасна людина буквально живе у двох світах, а саме, віртуальному та реальному. Постає закономірне питання про можливе перенесення емоційних залежностей людини з реального світу до віртуального та навпаки.

Мета роботи полягає в аналізі феномену дублювання чи «запозичення» емоційних залежностей людини в контексті співіснування віртуального та реального світів.

Методи дослідження: нестандартизоване опитування, первинне спостереження, порівняльний, аналітичний.

Отримані результати. Оскільки глобалізована людина існує в двох світах, відповідно і її залежності екстраполюються на два світи. У своєму дослідженні під емоційними залежностями ми розуміли стан надмірного фокусування людини на певній емоції, викликаній подіями віртуального чи реального життя, при якому вона не може зосереджуватись на інших поточних справах, що може сягати цілковитого ігнорування навіть фізіологічних потреб (їжа, туалет, сон).

Первинне спостереження (100 респондентів, а саме по 2 групи студентів НМУ імені О.О. Богомольця медичних факультетів молодших курсів, дорівнює 100%) та порівняльний аналіз (за виокремленими нами критеріями: відношення до об'єкта залежності, поведінка, риси залежності людини від іншого) дозволило встано-

вити наявності однакових емоційних залежностей у двох світах, які: мають риси ілюзорності та нарцисизму; поведінка характеризується гіпертрофованою свободою, зокрема й у висловлюваннях; відношення до об'єкта залежності ґрунтується на апіорній довірі через відчуття безпеки.

Нестандартизоване опитування студентів тих самих груп показало, що: 93% визнали емоційну залежність від іншої людини у фізичному світі (93% економічну забарвлену емоційно від батьків, 58% емоційну від друзів, 26% емоційну від коханих); 78% опитаних визнали наявність емоційної залежності від іншого у віртуальному світі (65% від друзів та коханих, 78% від незнайомих, а саме схвалення у вигляді «лайків», 3% від родичів).

Висновки. За умови екстраполяції отриманих результатів на людей в цілому долучених до віртуального світу, можемо говорити про наявність «подвійних» залежностей сучасної людини.

СЕДАТИВНІ ЗАСОБИ В СОЦІАЛЬНІЙ ГРУПІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Брус Ю.В.

Науковий керівник: ст.викл., к.філос.н. О.В. Романюк

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра філософії та соціології

Актуальність. Вже давно у світі спостерігається тенденція до рівномірного розподілення між чоловіками й жінками повноважень та процедур прийняття рішень. Оскільки це складний і суперечливий процес, виникає питання наявності у ньому певних особливостей, зокрема, наприклад, у використанні седативних засобів сучасною молоддю?

Мета роботи полягає в аналізі гендерних особливостей використання седативних засобів серед сучасної вітчизняної молоді: на прикладі студентів-медиків.

Методи: пошукова діяльність, нестандартизоване опитування, загальнонаукові (аналітичний, системний, структурний).

Результати. Під седативними засобами ми розуміли препарати заспокійливої, стимулюючої та балансуючої дії (застосування: підвищена збудливість, нервозність, неврози, дискомфорт у ділянці серця, дистонії органів з гладенькою мускулатурою, погіршене сну). Натомість, під гендерними особливостями – різницю чоловічого і жіночого відношення до здоров'я, частоту звернення до лікарів, доведення лікування до логічного завершення тощо.

Нами було проведено пілотне нестандартизоване опитування студентів 1-4 курсів (по 25 студентів з кожного курсу, що дорівнює 100% респондентів) Медичного факультету №3 НМУ імені О.О. Богомольця. Питання анкети складались блоками: визнання опитаними наявності стресів, перезбудження, перевтоми; обізнаність щодо сфери застосування седативних; знання та розуміння особливостей використання седативних препаратів.

Встановлено: на Медичному факультеті №3 38% респондентів визнали наявність погіршення здоров'я через збільшення стресу, втоми та збудження (відвідували лікарів, відповідно отримували показання), 18% визнали наявність характерних ознак зазначених станів (не відвідували лікаря, але на засадах власних медичних знань відповідно характеризували), 2% вагалися з відповіддю, 41% не визнали та 1% не замислювалися. 61% студентів вдаються до дії седативних засобів заспокійливої та збалансовуючої дії. При боротьбі з відміченими станами опанти надають перевагу: 84% спорту, 72% сексу, 51% завантажують себе навчанням та додатковою роботою. Так, серед студенток-медиків 19% постійно вживають седативні засоби та під час передменструального синдрому 49%, а серед студентів 3%.

Висновки. Опробований дослідницький інструментарій показав, що сфера компетенцій студенток щодо використання седативних засобів набагато ширша: частіше звернення за допомогою до професіоналів та активніше застосування допоміжних методів підтримки себе та свого організму.

ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ ЯК ШЛЯХ ДО ЯКІСНОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТА

Бурий М.

Науковий керівник: д.філос.н. І.В. Васильєва

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра філософії та соціології

Актуальність. Відомо, що для якісного засвоєння інформації необхідне як фізичне так і психо-емоційне здоров'я. Травмуючі соціальні фактори, нездоровий спосіб життя, незбалансоване харчування – все це є підґрунтям для погіршення продуктивності бідь-якої діяльності. На 2009 рік в Україні за даними МОН допомоги лікаря-психіатра потребувало 1 мільйон 171 тисяч 133 осіб, або майже 2,5% відсотка українців. Постійне відчуття смутку, невизначеності, невпевненості у власних силах знижує рівень життя людини.

Мета роботи полягає в аналізі можливості покращення якості навчання студента шляхом регулярних нормованих фізичних навантажень.

Методи: спостереження, нестандартизоване опитування, аналітичний.

Результати. Було опитано учасників двох соціальних груп: експериментальної – 1023 спортсмена та контрольної – 779 студентів НМУ імені О.О. Богомольця на предмет залежності між якістю навчання та фізичним здоров'ям людини. Встановлено, що серед спортсменів: 31,6% ніколи не мають проблем із засвоєнням та усвідомленням інформації, 18,3% легко переносять стрес при необхідності швидкого засвоєння великих масивів нової інформації, 17,7% мають показники навчання на рівень «А» та «В» (шкільна освіта та університет), 8,2% мають показники навчання на рівень «С» та «D», 13,8% додатково займаються різними видами мистецтв, утрималися від відповіді-10,5%. Результати студентів НМУ, котрі не мають регулярного фізичного навантаження: 15,5% не мають проблем із засвоєнням знань, 18,1% мають помірні ускладнення при необхідності швидкого засвоєння великих масивів нового знання, 17,8% показники навчання на рівень «А» та «В» (університет), 19,3% у середньому навчання на рівень «С» та «D», 15,1% до університету займалися різними видами мистецтв, утрималися –14,1%.

Кореляція показників може бути пояснена покращенням тону організму людини після заняття спортом, у зв'язку налагодженням балансу гормональної і нервової систем, що є наслідком пришвидшення метаболічних реакцій. У результаті покращується самопочуття, настрої, людина стає життєрадіснішою, більш впевненою у собі. Підвищується увага, здатність запам'ятовувати, аналітично обробляти інформацію, що, безперечно, має позитивний вплив на якість навчання студента.

Висновок: Таким чином, заняття спортом є хорошим методом покращення якості навчання студента.

**МОНІТОРИНГ ВИДОВОГО СПЕКТРА ЗБУДНИКІВ
ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА ЇХНЬОЇ
ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ
ПРЕПАРАТІВ**

Ісаєнко І.Т.

Науковий керівник – к.мед.наук, доц. Нікітін О.Д.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра урології

Актуальність: Інфекції сечових шляхів продовжують залишатися однією з найбільш важливих проблем сучасної медицини. Актуальність даного питання переконливо відображає перелік кількох фактів: Інфекції сечових шляхів посідають 2-е місце після респіраторних за зверненнями (7%) 30% жінок до 24 р. мають в анамнезі принаймні один епізод інфекції сечових шляхів (ІСШ) Збільшення зареєстрованих хворих з інфекцією нирок (1222,6 на 100 тис. населення) Економічний бік питання. 15 % усіх призначень антибіотиків у США припадають на хворих з інфекціями сечових шляхів. Це близько 1 мільярда доларів. Відповідним наслідком вищесказаного є розвиток антибіотикорезистентних форм мікроорганізмів в результаті нераціонального використання антимікробних засобів.

Метою дослідження є вивчення видового спектра мікроорганізмів та їхньої чутливості до антибактеріальних препаратів, задля раціонального використання в лікуванні.

Матеріали і методи. У дане дослідження входить 118 хворих, госпіталізованих в урологічні відділення Олександрівської клінічної лікарні у 2016 році. В них проводився забір сечі з подальшою ідентифікацією культури, визначенням мікробного числа та чутливості до антимікробних засобів диско-дифузним методом. Дані порівнювалися з аналогічними дослідженнями 1998 року.

Результати дослідження. При аналізі видового спектра збудників за 18-річний період достовірно підвищилася частота виявлення:

1. *Enterococcus spp.* в **7,1** разів (з 3,1% до 22,1%)
2. *Klebsiella spp.* – в **5,5** разів (з 1,5% до 8,2%)
3. *Staphylococcus spp.* – в **2,6** разів (з 5,6% до 14,4%)

Достовірно зменшилася частота виявлення таких збудників, як:

1. *Candida* в **3,7** разів (з 6,2% до 1,7%),
2. *Enterobacter spp.* – в **3,1** разів (з 18,7% до 6,1%)
3. *Proteus spp.* – в **2,4** разів (з 20,0% до 8,2%)

Окрім інформації про збудників, було отримано аналіз чутливості показових мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів. Зокрема: При аналізі динамі-

ки чутливості *E.coli*, що є домінуючим збудником видового спектра, привертає увагу висока частота резистентних штамів до ампіциліну, а також до фторхінолонів та цефалоспоринів. При цьому визначається висока чутливість до ертапенему (100%) та аміноглікозидів (амікацину 90,1%, гентаміцину 86,6%). За 18-річний моніторинг відбулися зміни в динаміці чутливості *Pseudomonas aeruginosa*. Значне зниження чутливості до цефтріаксону, офлоксацину, ципрофлоксацину, а також амікацину (85,7%), що тим не менш має найвищу чутливість серед інших препаратів. Не оминемо увагою високу чутливість до фурамагу (71,4%). **Staphylococcus spp.** Визначається статистично значущим зниженням чутливості до амікацину (на 27%), ципрофлоксацину (на 30,8%), офлоксацину (на 19,3%). Найкраща чутливість визначається до: фурамагу (96,2%), ертапенему (88,9%), левофлоксацину (88,5%).

Висновки. На основі даних можна дійти кількох обґрунтованих висновків:

Виявлена низька чутливість мікроорганізмів до дії антибактеріальних препаратів, які довгий час широко використовуються в клінічній практиці; Високу лабораторну ефективність показали препарати: фурамаг, ертапенем, левофлоксацин, амікацин.

Постійний епідеміологічний моніторинг поширеності збудників та їхньої чутливості до антибактеріальних препаратів, в основі якого лежить дане дослідження, дозволяє забезпечити високу ефективність лікування хворих з інфекції сечових шляхів та протидіяти розвитку резистентності мікроорганізмів до антибіотиків.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ І РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ
ЕКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧНОГО БЕЗПЛІДДЯ**

Цапук М.І./M.Tsapuk

Науковий керівник: кандидат мед.наук,

доцент Нікітін О.Д.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця

Кафедра урології

Актуальність. Характер змін демографічних показників в Україні диктує необхідність більш пильної уваги до факторів, що впливають на народжуваність, серед яких провідне місце займає безплідний шлюб. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці та лікуванні порушень репродуктивної функції, проблема безплідності, як і раніше, залишається однією з найважливіших у сучасній медицині.

Мета і завдання дослідження. Вивчення впливу запальних захворювань чоловічих статевих органів на безпліддя.

Матеріали та методи. Обстежено 140 чоловіків віком від 22 до 44 років з інфекцією геніталій. Були вивчені скарги пацієнта, анамнез захворювання, дані лабораторного обстеження: мікроскопічного і бактеріологічного дослідження сперми, аналізів секрету простати з вивченням нативних і фарбованих за Грамом мазків, УЗО простати.

Результати. Аналіз отриманих результатів показав, що повне клінічне одужання наступило у 91 (65,0%) чоловіка, частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Залишкові запальні явища спостерігались у 36 (25,7%) пацієнтів, які вимагали проведення додаткового лікування. У 13 (9,3%) хворих, недивлячись на відсутність даних за інфекцію геніталій, продовжувала зберігатись патоспермія. На наш погляд це може свідчити про наступне: 1) у пацієнтів з порушеннями репродуктивної функції інфекція є супутнім захворюванням; 2) можливим токсичним впливом продуктів життєдіяльності бактерій не тільки на сперматозоїди, але й на сперматогенний епітелій, що призводить до значних порушень сперматогенезу.

Висновки: Проведене дослідження показало, що комплексне лікування екскреторно-токсичного безпліддя у хворих запальними захворюваннями чоловічих статевих органів привело до повного клінічного одужання у 91 (65,0%) пацієнта. Частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Досить високий відсоток хворих, які не відмітили ефекту або вимагали проведення додаткового лікування щопотребує подальшого дослідження цієї проблеми і пошуку нових сучасних методів її вирішення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ФОРМУВАННЯ СТАТЕВОЇ ПОВЕДІНКИ

Ворон О.М.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бойко М. І.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра урології*

Актуальність. Серед чинників, що мають вплив на формування статевої поведінки є такі, що досліджені мало. Зв'язок між такими чинниками і результатами їх впливу на характер і поведінку людини зазвичай не береться до уваги, але він чітко прослідковується при глибшому дослідженні цього питання.

Мета. Доведення впливу певних чинників на формування статевої поведінки дорослої людини. Встановлені між ними зв'язки є засобом коригувальної психотерапії.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 254 осіб різних вікових і соціальних груп за створеною формою. При обробці результатів та підготовці висновків використано гіпотетико-дедуктивний, аналітичний, системний, статистичний і порівняльний методи. Опитаних людей розділено на групи, враховуючи три критерії для порівняння (стосунки у сім'ї батьків – стосунки з партнером – самовідчуття).

Результати. До першої групи належать люди, повністю задоволені за усіма показниками – 37,8% від загальної кількості опитаних; сюди не належать діти з сімей з доміаторним типом стосунків між батьками, лише 6,3% – з неповних сімей. Серед них 40,6% мали лише одного статевого партнера; 34,4% завжди відчувають оргазм; для 93,8% перший статевий досвід був обумовлений почуттям кохання. Тільки 34,4% людей мають якісь страхи, пов'язані з сексом. До другої групи – неповністю задоволені, але без серйозних проблем – 25,9%; з них 27,3% мали одного партнера; тільки 13,6% отримують оргазм завжди; аж 63,6% мають страхи. 22,7% мали неповні батьківські сім'ї, що є найбільшим показником серед груп. Люди з третьої групи мають проблеми за трьома критеріями – 11,4%; вони найбільше від усіх не бажають мати дітей – 22% опитаних (в інших групах – максимум 4,5%). Немає жодного представника, який би отримував оргазм завжди. Четверта група – люди, що мали проблеми в дитинстві, але не мають таких у дорослому житті – 21,3%; показники є схожими на такі ж для другої групи, але відсутність коханої людини лякає втричі більше – аж 38,9%, секс вони частіше розглядають як прояв любові (61% проти 31,8%), що свідчить про бажання компенсувати брак любові у дорослому віці. П'ята група – люди, які мали проблеми в дитинстві, не мають їх у стосунках із партнером, але мають низьку самооцінку – 3,6%; у них найбільша кількість страхів і найбільша схильність до сексуальних девіацій – по 66% осіб (цей показник для інших груп – 22-59%).

Висновки. Результати дослідження дають підстави стверджувати, що статева поведінка й самовідчуття людини прямо залежить від умов виховання в дитинстві.

ЛІКУВАННЯ НЕОБСТРУКТИВНОЇ АЗОСПЕРМІЇ, ОБУМОВЛЕНОЇ ГІПЕРГОНАДОТРОПНИМ ГІПОГОНАДИЗМОМ

Адамович Ю.С. / Смірнова А.В.

*Науковий керівник – к.мед.наук, доц. Нікітін О.Д.
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра урології

Актуальність Згідно з сучасними рекомендаціями стосовно тактики лікування неплодних пацієнтів з НОА, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадізмом, медикаментозна терапія у цих випадках є неефективною, тому слід застосовувати допоміжні репродуктивні технології. Існує декілька методик отримання матеріалу для проведення ICSI у неплодних чоловіків з необструктивною азооспермією, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадізмом.

Найбільш технічно доступними та вживаними у нашій країні вважаються TESE (екстракція сперматозоїдів з яєчка) та TESA (черезшкірна аспірація сперми з яєчка).

Метою даного дослідження було встановлення ефективності методики ICSI у лікуванні неплодних чо-

ловіків з гіпергонадотропним гіпогонадизмом, ускладненим НОА, із застосуванням для екстракції спермій технологій TESE, TESA, а також їх комбінації TESE+TESA.

Досліджуваних пацієнтів було розподілено на три групи:

- 1) Група TESE, n=31 пацієнт, яким для екстракції спермій з яєчка проводилась TESE.
- 2) Група TESA, n=33 пацієнти, яким для екстракції спермій з яєчка проводилась TESA.
- 3) Група TESE+TESA, n= 35 пацієнтів, яким для екстракції спермій з яєчка одночасно проводилось TESE та TESA. Загальний термін спостереження за ефективністю лікування пацієнтів даної групи складав 2 роки.

Матеріали і методи. Застосування методики TESE для екстракції спермій у 31 неплідного чоловіка із НОА, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадизмом, забезпечило вдалу екстракцію сперматозоїдів у 8 (25,8%) випадках. Із використанням методики ICSI у дружин досліджуваних успішне запліднення наступило у 5 (16,1%) випадках, вагітність – у 4 (12,9%) випадках, а народжуваність становила 9,7% (3 випадки).

Застосування методики TESA для екстракції спермій у 33 неплідних чоловіків із НОА, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадизмом, забезпечило вдалу екстракцію сперматозоїдів у 12 (36,4%) випадках. Із використанням методики ICSI у дружин досліджуваних успішне запліднення наступило у 8 (24,2%) випадках, вагітність – у 6 (18,2%) випадках, а народжуваність становила 12,1% (4 випадки). Поєднання методик TESE та TESA для екстракції спермій у 35 неплідних чоловіків із НОА, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадизмом, забезпечило вдалу екстракцію сперматозоїдів у 16 (45,7%) випадках. Із використанням методики ICSI у дружин досліджуваних успішне запліднення наступило у 12 (34,3%) випадках, вагітність – у 10 (28,5%) випадках, а народжуваність становила 20,0% (7 випадків).

Висновок. Застосування запропонованої комбінованої методики екстракції сперми TESE+TESA у неплідних чоловіків з НОА, обумовленою гіпергонадотропним гіпогонадизмом, забезпечує вищу частоту вдалої екстракції, частоту успішного запліднення яйцеклітин та народжуваність, аніж при застосуванні TESE чи TESA окремо. Також, звертає на себе увагу факт вищої ефективності у екстракції спермій методики TESA у порівнянні з TESE (вдала екстракція у 36,4% vs 25,8%, $p < 0,05$). З найбільшою вірогідністю, це можна пояснити можливістю забору матеріалу з глибших ділянок яєчка, що досягається саме за допомогою аспірації із використанням голки, яка проводиться у середній ділянці яєчка.

ВПЛИВ МАСТУРБАЦІЇ НА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ СТАТЕВИМ ЖИТТЯМ У ЖІНОК

Лобода А.В./Loboda A.V.

Науковий керівник: док.мед.наук, проф. Бойко М.І.,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця,
кафедра урології

Актуальність. За різними даними до 30% жінок не отримують оргазм. Сьогодні формальне вивчення сексуальності направлене виключно на попередження ЗПСШ та підліткової вагітності, що сприяє негативно-му сприйняттю рушійних аспектів сексуальної поведінки, в тому числі мастурбації (самозадоволення шляхом механічного подразнення ерогенних зон чи шляхом психологічного збудження). Ставлення до мастурбації двояке: ще на початку ХХст. лікарі оголосили її як ліками від істерії, так і причиною неврастенії.

Мета. Вплив заняття мастурбацією на здатність до отримання оргазму з партнером.

Матеріали. Проведено анкетування за складеним нами опитувальником з фільтраційними питаннями, яке пройшли 309 жінок. Ми провели статистичний, порівняльний та гіпотетико-дедуктивний аналіз. Так було відібрано 256 респонденток, які останній рік мали регулярне статеве життя та розділили їх на дві групи: основну склали 203 (79,3%) жінок, що практикували мастурбацію, тоді як у контрольну – 53 (20,7%) у яких такий досвід відсутній. Середній вік жінок $21 \pm 6,2$ років.

Результати. Отримані такі достовірні дані: 81,3% (165) опитаних досягають оргазм під час мастурбації, а 18,7% (38) жінок отримують лише еротичне задоволення. В основній групі 92,1% (187) опитаних досягають оргазм під час сексу, з них 40,1% (75) жінок мають його більше ніж 80% статевих актів. Тоді як у контрольній групі отримують оргазм 67,9% (36) опитаних, і лише 24,5% (13) жінок досягають його більше ніж 80% статевих актів.

Висновок. Заняття мастурбацією позитивно впливає на отримання оргазму з партнером. На основі отриманих нами даних можна припустити: практикуючі мастурбацію жінки, краще знають свої ерогенні зони, їх чутливість та реактивність, у них краще відпрацьований умовний сексуальний рефлекс, що у результаті забезпечує більшу задоволеність статевим життям.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЕПІМЕТАФІЗА ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Чекушин Д.А.

Науковий керівник: професор Кваша В.П.

Національний медичний університет

ім. О.О.Богомольця

Кафедра травматології та ортопедії.

Вступ. Проблема лікування внутрішньосуглобових переломів, невидлячись на певні позитивні тенденції, до тепер зберігають свою актуальність по відношенню до анатомо-функціональних результатів. Переломи проксимального епіметафізу великогомілкової кістки складають від 8,9% до 11% по відношенню до переломів гомілки і до 87% серед переломів в ділянці колінного суглоба. Незадовільні результати лікування переломів складають від 24,2% до 50% випадків.

Мета роботи: покращити результати лікування у пацієнтів з переломами проксимального епіметафізу великогомілкової кістки шляхом впровадження малоінвазивних технологій при оперативних втручаннях і ранньої профілактики післятравматичного деформуючого артрозу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 119 пацієнтів з переломами проксимального епіметафіза великогомілкової кістки. Пацієнтів жіночої статі було 36 (30,3%), чоловіків – 83 (69,7%), середній вік - 49 ± 3 роки. Пошкодження зв'язкового апарату колінного суглоба констатовано у 40,3% (48) пацієнтів, менісків – 73,9% (88), пошкодження судинно-нервових структур – 2,4% (2), компартмент-синдром – 5,9%. При аналізі типу перелому використовували класифікацію Schatzker, оцінку віддалених результатів – за схемою P. Rasmussen, ступінь післятравматичного артрозу – за Kellgren - Lawrence, оцінку якост життя – за «SF-36 HealthStatusSurvey».

Фіксація відламків при Schatzker 1 (17 пацієнтів, 14,9%) проводилася за допомогою спонгіозного гвинта або гвинта і спиці, відповідно при Schatzker 2 (24 пацієнти, 21,1%) – опорною пластиною по зовнішній поверхні великогомілкової кістки, Schatzker 3 (14 пацієнтів, 12,3%) – опорною пластиною або гвинтами після підняття тібіального плато і кісткової пластики, Schatzker 4 (8 пацієнтів, 7%) – опорна пластина по внутрішній поверхні великогомілкової кістки, Schatzker 5 (24 пацієнта, 21,1%) – металева пластина (пластини), АЗФ або комбінований остеосинтез, Schatzker 6 (27 пацієнтів, 23,6%) – опорна пластина, пластина з кутовою стабільністю, комбінований остеосинтез.

Результати. Диференційована тактика лікування, яка включала металоостеосинтез, артроскопічний спосіб і профілактику посттравматичного деформуючого артрозу дозволила отримати наступні результати при Schatzker 1: хороші – 94,1%, задовільні – 5,9%; відповідно Schatzker 2 – 91,7%, 8,3%; Schatzker 3 – 92,9%, 7,1%; Schatzker 4 – 87,5%, 12,5%; Schatzker 5 – 91,7%, 8,3%; Schatzker 6 – хороші – 88,9%, задовільні – 7,4%, незадовільні – 3,7%.

Висновок. Важливою складовою при оперативних втручаннях є використання артроскопічного способу, який дозволяє виключити артротомію, в повній мірі візуалізувати колінний суглоб, провести адекватний контроль репозиції і об'єднати метало остеосинтез оперативними втручаннями на м'якотканинних структурах суглоба, що в результаті дозволяє покращити результати оперативного втручання у даної категорії пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛІТУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Джунь Я.Ю., Довганюк Д.З., Чвартацька Ю.В.

Науковий керівник: асистент к.мед.н Лиходій В.В.

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця

Кафедра травматології та ортопедії.

Актуальність: Адгезивний капсуліт плечового суглоба (АК) є досить поширеним захворюванням, в середньому 2% населення страждає цією патологією. Відомо, що у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) АК зустрічається в 4-5 разів частіше (Silva MBG, Skare TL., 2012), що пов'язане з особливостями патогенезу.

Мета. Оцінити ступінь компенсації глікемії та динаміку відновлення функції плечового суглоба при застосуванні консервативного та хірургічного методів лікування у пацієнтів з АК на фоні ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Проведене наукове дослідження 56 пацієнтів з АК на фоні ЦД 2 типу. Пацієнти були розподілені на основну (n=19) та групу порівняння (n=37). В основній групі проводили хірургічне лікування (артроскопічну тотальну або селективну капсулотомию), у контрольній – консервативне лікування (дистензійна блокада з пролонгованими глюкокортико-стероїдами – бетаметазон). Групи були порівнювані за віком (група порівняння 53,8±8 років, основна — 51,4±6 років) та статтю (група порівняння чол-6, жін-31; основна — чол-2, жін - 17) p>0,05. Для визначення компенсації глікемії оцінювали рівень глікозильованого гемоглобіну до лікування та через 3 місяців після лікування, рівень фруктоз-аміну — до лікування та через 3

тижні після введення ГКС. Клінічну оцінку функції плечового суглоба проводили за шкалою Constant до лікування та через 3 та 6 місяців після лікування.

Результати. Функціональна здатність плечового суглоба до лікування в групі порівняння становила $14,5 \pm 3,6$ балів, в основній – $12,8 \pm 4,8$ балів ($p > 0,05$). Через 3 та 6 місяців після проведеного лікування показники функції плечового суглоба в групі порівняння були достовірно вищими, ніж в основній ($46,1 \pm 5,2$ проти $67,8 \pm 4,7$ балів та $71,4 \pm 3,7$ балів проти $82,6 \pm 4,1$ балів, $p < 0,05$).

Рівень глікозильованого гемоглобіну до лікування становив в групі порівняння – 7,3%, в основній групі – 7,1% ($p > 0,05$), через 3 міс після лікування в групі порівняння 8,6%, в основній – 6,8%. Рівень фруктозаміну до лікування становив в групі порівняння – 3,2 ммоль/л,

в основній групі – 3,1 ммоль/л ($p > 0,05$), через 3 тижні після лікування в групі порівняння – 3,8 ммоль/л, в основній – 2,9 ммоль/л ($p < 0,05$).

Висновок. Багаторазове застосування ГКС для лікування АК у пацієнтів з ЦД 2 типу призводить до зниження вуглеводневої толерантності, підвищення потреби в інсуліні або пероральних цукрознижуючих препаратах. Неефективність одноразового застосування дистензійної ін'єкції ГКС і збереженні больового синдрому необхідно розглянути як показ до хірургічного лікування. Застосування артроскопічної капсулотомії з тенотомією сухожилка довгої головки двохголового м'яза плеча дозволяє значно покращити функцію плечового суглоба вже у перші тижні після оперативного втручання.

Секція

ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКІВ / PHARMACY TECH

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНОЇ КОСМЕТИКИ АНТИВІКОВОГО ДОГЛЯДУ НА РИНКУ УКРАЇНИ

Царенко Н.М., Козіко Н.О., Саханда І.В. Науковий керівник: к.фарм.н. Козіко Н.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра аптечної та промислової технології ліків

Актуальність. Вікові зміни шкіри та їх корекція є важливою проблемою сучасної дерматології та косметології. Завдяки інтенсивному розвитку наук та роботі вчених з'являються та вдосконалюються нові методики боротьби зі старінням шкіри.

Мета роботи. Проведення маркетингового аналізу лікувальної косметики антивікового догляду представленого на ринку України.

Методи дослідження. Математичні, статистичні, аналітичні.

Результати. Лікувальна косметика – це косметика, до складу якої входять лікарські речовини. До цієї групи належать такі фірми-виробники: Vichy, LaRoche-Posay, Avene, Uriage, Bioderma, Merck, RoC, Ducray.

Ми проаналізували ринок лікувальної косметики, а саме косметики, що відноситься до антивікового догля-

ду. З даних фірм у Bioderma та Ducray не представлений антивіковий догляд за шкірою. Була проаналізована реалізація лікувальної косметики антивікового догляду на базі 5 аптек. В жодній з них не було представлено косметики RoC, Uriage та Merck, тому було проаналізовано реалізацію косметики таких фірм як Vichy, LaRoche-Posay, Avene в період з 1.02.2016 по 1.03.2017.

За результатами досліджень найбільше було реалізовано лікувальної косметики фірми Vichy 69% – 195 одиниць, далі LaRoche-Posay 26% – 73 одиниці, найменше – Avene 5% – 14 одиниць. Отже, результати показують, що покупці віддають перевагу лікувальній косметичці антивікового догляду такому виробнику як Vichy лінії Liftactiv, найменше Avene – Eluage.

Висновок: Основною метою лікувальної косметики антивікового догляду є зменшити швидкість старіння, що відбувається у шкірі, викликаного загальним старінням організму. Аналіз ринку антивікової косметики довів, що найбільшим попитом серед лікувальної косметики користується продукція такого виробника як Vichy та LaRoche-Posay, що містить полісахариди, глікозаміноглікани та пептиди. Отже, є актуальним розробка складу та технології виготовлення косметики з діючими речовинами природного походження переважно крему для сухої шкіри та крему для догляду за шкірою навколо очей.

**ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ
ЖОВЧОКАМ'ЯНИЙ ХВОРОБІ МЕТОДОМ
ДИНАМІЧНОЇ ГЕПАТОБІЛІСЦИНТИГРАФІЇ**

Б.В. Авраменко, Ю.Д. Підченко,

Науковий керівник: к. мед. Н., доц. Г.О. Романенко

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця

Актуальність проблеми: В Україні кожного року реєструється понад 300 000 хворих з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) і виконується більше 15 000 видалень жовчного міхура (ЖМ) з приводу гострого калькульозного холециститу (КХ). Найчастіше використовують ультразвукове дослідження (УЗД) для діагностики ЖКХ. Воно дає змогу визначити анатомо-топографічний стан печінки, але не встановлює тип дискінетичних розладів і функціональний стан гепатобіліарної системи (ГБС).

Мета дослідження: Метою нашої роботи було провести аналіз функціонального стану ГБС при ЖКХ, за допомогою радіонуклідного методу – динамічної гепатобілісцинтиграфії (ДГБСГ).

Матеріали і методи: На кафедрі радіології та радіаційної медицини НМУ імені О.О. Богомольця було обстежено 19 хворих у віці 20 – 54 роки із хронічним КХ. Хворим виконувалась ДГБСГ з ^{99m}Tc – та похідними імідодіоцтету активністю 1,1 Мбк/кг, на гамма-камері ОФЕКТ-1 з використанням комп'ютерного забезпечення «SpectWork» (Україна). Променеве навантаження складало 0,5 – 0,8 мЗв.

Результати дослідження: ДГБСГ, проведена у 19 хворих з КХ показала, що час максимального накопичення радіофармпрепарату (РФП) у гепатоцитах уповільнюється більше у пацієнтів з моторикою за гіпотонічним типом. Аналогічна тенденція зберігалась і при аналізі часу напіввиведення РФП, що свідчить про взаємозв'язок між секреторною і екскреторною здатністю гепатоцитів при тривало існуючих запальних процесах та дискінезіях за гіпотонічним типом. У хворих для оцінки концентраційної здатності оцінювався час появи, час максимуму і латентного періоду ЖМ. Концентраційна здатність ЖМ значно погіршувалась при КХ та дискінезіях за гіпотонічним типом, спостерігались явища холестазу, які були особливо виражені.

Висновок: За даними наших спостережень було виявлено, що у пацієнтів з ЖКХ в однаковій мірі страждає як паренхіма печінки так і жовчовидільні шляхи. Об'єктивну функціональну оцінку стану гепатобіліарної

системи необхідно застосовувати для уточнення активності захворювання, ефективності запровадженого лікування, визначення субклінічних ознак хронізації, прогнозу подальшого протікання хвороби у пацієнтів з ЖКХ.

**МОЖЛИВОСТІ РАДІОНУКЛІДНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ
ДИТЯЧОГО ВІКУ**

Копцюх Х.Р.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Романенко Г.О.

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Національний медичний університет

імені О.О.Богомольця

Актуальність. За останні 10 років в Україні зростання поширеності захворювань біліарної системи склала 35,2 %. Сьогодні вони становлять 24,2% з усіх гастроентерологічних недуг та поступаються за розповсюдженістю лише групі запальних та виразкових хвороб гастродуоденальної зони. На ранніх етапах функціональні розлади біліарної моторики мають прихований перебіг. Переважна кількість таких хворих припадає на амбулаторний етап контактування з лікарем. Тому важливою є розробка діагностичних технологій для одержання інформації щодо моторної діяльності біліарного тракту та механізмів, що її координують, а також для підбору оптимальної терапії.

Мета роботи. Вивчити можливості радіонуклідної діагностики функціональних захворювань гепатобіліарної системи (ГБС) у пацієнтів дитячого віку.

Матеріали та методи. На базі кафедри радіології НМУ ім. О.О.Богомольця було проведено 20 досліджень пацієнтів з дискінезіями жовчовидільних шляхів методом динамічної гепатобілісцинтиграфії (ДГБСГ) з ^{99m}Tc – МЕЗИДА з розрахованою активністю 1,1 Мбк/кг. Співвідношення пацієнтів: 9 дівчаток і 11 хлопчиків, за віком: від 5 до 16 років. Обладнання: гамма-камера ОФЕКТ-1. Променеве навантаження складало: 0,5–0,8 мЗв (категорія БД).

Результати. У хворих з дискінезіями за гіпертонічним типом, час максимального накопичення РФП у гепатоцитах уповільнюється помірно ($19 \pm 0,98$). В той час у пацієнтів за гіпотонічним типом уповільнення виразно більше ($12 \pm 1,54$). У пацієнтів з дискінезіями за гіпертонічним типом секреторна функція печінки практично не змінюється і залишається у межах нормальних показників. Концентраційна здатність жовчного міхура значно погіршувалась при дискінезіях за гіпотонічним типом, спостерігались яви-

ща холестазу. При дискінезіях за гіпертонічним типом спостерігалися явища посилення як концентраційної, так і скоротливої здатності жовчного міхура.

Висновки. У пацієнтів з патологією ГБС при прогресуванні процесу в однаковій мірі страждає як паренхіма печінки, так і жовчовивідні шляхи і не залежить від гіпер – або гіпокінезій. Ступінь ураження ГБС знаходиться в прямій залежності від активності

перебігу основного процесу, його тривалості, віку пацієнта і незалежить від проведеного лікування. Об'єктивну оцінку стану ГБС необхідно застосовувати для уточнення активності захворювання, ефективності запровадженого лікування, визначення субклінічних ознак хронізації і прогресування патологічного процесу в печінці та жовчному міхурі.

Секція

ПСИХІАТРІЯ / PSYCHIATRY

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ – ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ

Чижевська О.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Бурса А.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, прогресуюче, запальне нейродегенеративне захворювання ЦНС, яке є основною причиною інвалідизації осіб молодого віку та супроводжується когнітивними та емоційними порушеннями, що зустрічаються у більшості хворих на початкових стадіях захворювання і практично у всіх на пізніх стадіях.

Метою роботи є визначення та аналіз клінічних особливостей депресивних розладів та їх взаємозв'язок з когнітивними порушеннями при РС

Матеріали та методи:

У Центрі розсіяного склерозу КМКЛ №4 було обстежено 40 хворих з достовірним діагнозом РС за критеріями *МакДональда (2010)*. Група складала 25 жінок і 15 чоловіків віком від 18 до 45 років (середній вік $32 \pm 3,5$ роки). Усі 40 пацієнтів мали ремітуючий перебіг, період загострення захворювання. У роботі використано клініко-психопатологічні методи дослідження, патопсихологічні методики визначення когнітивної та депресивної патології та статистичну обробку отриманих даних. Дослідження когнітивних функцій проводилось за методом А.Р. Лурія та таблицями Шульте. Рівень депресивних розладів оцінювався на основі використання Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) та Анкети про стан здоров'я (PHQ-9).

Результати дослідження Депресивні розлади різного ступеню вираженості виявлено у 35 пацієнтів, що становить 87,5% усіх досліджуваних. Серед основних синдромів проявлялись наступні: астено-депресивний (25%) у формі надмірної збудливості та дратівливості,

що змінювались емоційним безсиллям; *депресивний* (45%) у вигляді зниження настрою, тужливості, безсилля; депресивно-фобічний (30%) – нозофобії або страху перед функціональними порушеннями ходи. Згідно HADS, у 12,5% пацієнтів були відсутні симптоми депресії, у 22,5% - субклінічно виражена депресія, у 65% – клінічно виражена депресія. За PHQ-9 у 5 пацієнтів спостерігалась легка депресія, у 4 – помірна, у 9 – помірно тяжка, у 17 – тяжка. При дослідженні пам'яті методикою Лурія виявлено: порушення короткочасної та довготривалої пам'яті у 25% хворих (з них у 8 мали тяжку депресію, а 2 – помірно тяжку). При вимірюванні швидкості відшукування чисел за таблицями Шульте 25% хворих витрачали на пошук чисел на 1-му етапі більше 1 хвилини. На всіх етапах дослідження виявлені розходження в показниках швидкості відшукування чисел. Відшукування чисел із переключенням уваги викликало у 30% значні утруднення. Більше помилок при виконанні завдань робили хворі з тяжкою та помірно тяжкою депресією, порівняно з пацієнтами у яких була помірна, легка або відсутня депресія ($p < 0,05$).

Висновок На основі проведених досліджень встановлено, що депресивні розлади зустрічаються у 87,5% пацієнтів з РС, та має місце достовірний взаємозв'язок між глибиною депресивних розладів та вираженістю когнітивних порушень у хворих на РС.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кекконен Є. Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Горач Н. В.

кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність. Зміни психічної сфери людей, що страждають на кардіоваскулярні захворювання є актуальною проблемою сьогодення у зв'язку із постійним

стресом внаслідок подій в Україні, що негативно відображається на стані нервової системи.

Основними факторами ризику розвитку когнітивних порушень судинного генезу є кардіоваскулярні захворювання, зокрема артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця, що залишаються актуальною проблемою медицини у зв'язку із значною поширеністю та смертністю.

Мета. Дослідити залежність розвитку когнітивних порушень у хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця від рівня стресу та вживання алкоголю.

Матеріали, методи. В ході роботи було досліджено 50 хворих (сер. вік $69,47 \pm 6,24$ р., трив. захв. $16,93 \pm 2,88$ р.) з ішемічною хворобою серця поєднаною з артеріальною гіпертензією. Були використані методики Mini-Mental Status Examination, Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status, опитувальник Reeder's Scale.

Результати. Когнітивні порушення виявлено у 80% хворих. Серед обстежених хворих з високим рівнем стресу 45% мали когнітивні розлади помірного, 35% – легкого ступеня важкості. У 40% пацієнтів з середнім рівнем стресу виявляли легкі розлади, у 25% – помірні, у 25% порушення були відсутні. Серед хворих з низьким рівнем стресу у 25% спостерігали легкі розлади, у переважної більшості (55%) порушень не виявлено. У групі з низьким рівнем вживання алкоголю домінували легкі (33%) порушення, у 20% хворих стан когнітивної функції в нормі. Серед обстежених с помірним ризиком вживання легкі порушення виявлено у 56%, помірні – у 28%. В групі з шкідливим вживанням домінують важкі розлади (35%).

Висновки. Кардіоваскулярні хвороби часто супроводжуються виникненням порушень когнітивної сфери у хворих похилого та старечого віку, що підтверджує важливість їх своєчасної діагностики, початку терапії та профілактики. Дослідження показали, що пацієнти, які частіше зазнають стресів, в структурі когнітивних функцій мають більше порушень, особливо помірної ступені тяжкості. Встановлено, що вживання алкоголю при наявності захворювань серцево-судинної системи призводить до більш швидкого розвитку когнітивних дисфункцій.

ВИНИКНЕННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ У ХВОРИХ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Нестерук М. Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Бурса А. І.

Кафедра психіатрії і наркології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність: У сучасній медичній практиці проблема депресій перестала бути прерогативою лише психіатричного профілю. Депресивні розлади тісно пов'язані з серцево-судинною патологією, а особливо, з ішемічною хворобою серця (ІХС), яка на сьогодні посідає I місце серед смертності населення як в Україні, так і в усьому світі.

Мета: Встановлення взаємозв'язку між частотою депресивних розладів різного ступеня важкості та різними формами ІХС.

Матеріали і методи: У дослідженні взяли участь 42 пацієнти I-го інфарктного відділення Олександрівської клінічної лікарні міста Києва. Сформовано 3 групи досліджуваних: 1. ІХС: Нестабільна стенокардія;

2. ІХС: Гострий інфаркт міокарда (ІМ); 3. ІХС: Постінфарктний кардіосклероз.

Клініко-психопатологічний. Оцінка результатів за шкалою Гамільтона (HDRS).

Результати дослідження: За даними дослідження у 29 пацієнтів (69%) виявлені депресивні розлади, з них у 18 (42,8%) виявлені ознаки легкого і у 11 (26,2%) – середнього ступеня важкості. Серед досліджуваних найбільш поширеними симптомами були ознаки соматичної тривоги (83,4%), порушення сну (76,2%), загальна слабкість (71,4%), зниження маси тіла (66,7%). Ознаки тривожно-депресивних станів були особливо виражені у досліджуваних 3 групи (78,5%), з них у 7 (50%) людей виявлено легкий та у 4 (28,5%) – середній ступінь важкості. У пацієнтів 2 групи депресія виявлена у 71,4%, з них, на відміну від обстежуваних 3 групи, переважали хворі з середнім ступенем важкості – 6 осіб (42,8%). Найменша кількість розладів була у обстежуваних 1 групи – 57,1%, з яких 50% - депресія легкого ступеня.

Висновки: 1) Хворі ІХС мають схильність до депресій (69%). 2) Найбільша частота депресивних розладів (78,5%) – у пацієнтів з постінфарктними рубцевими змінами. 3) Серед хворих з ІМ у структурі депресивних розладів переважають особи з середнім ступенем важкості, що може свідчити про значний вплив такого стресового чинника як ІМ на психіку хворих. Така група пацієнтів потребує найбільшої уваги, так як депресія сприяє розвитку серцевих ускладнень після перенесеного ІМ і, таким чином, подовжує час перебування хворого в стаціонарі.

ЯКІСТЬ СНУ ТА КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Тихоненко Ю.В.

Науковий керівник: к.м.н., ас. Антоненко К.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра неврології

Актуальність. Післяінсультні когнітивні розлади значно впливають на клінічні та функціональні наслідки захворювання у пацієнтів. Проблема оцінки якості сну при інсульті лише починає привертати увагу дослідників. Комплексне дослідження вказаних феноменів дозволить покращити реабілітацію пацієнтів.

Мета. Дослідити взаємозв'язок між суб'єктивною якістю сну та когнітивними здібностями в гострому періоді інсульту.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне дослідження 66 пацієнтів (28 чоловіків та 38 жінок) віком від 42 до 82 років в гострий період ішемічного інсульту. Дослідження когнітивних функцій проводили хворим на 10-14-ту добу захворювання за допомогою шкали MMSE; для виявлення постінсультної тривоги та депресії використовували Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS). Якість сну оцінювали за допомогою Пітсбургського опитувальника для визначення індексу якості сну (PSQI).

Результати. Зниження когнітивних функцій зареєстровано у 53,0% пацієнтів з ішемічним інсультом, яке у 16,7% хворих досягло ступеня легкої або помірно вираженої деменції. У 31,8% хворих було виявлено субклінічну тривогу та/або депресію, лише у 9,09% пацієнтів зафіксовано клінічну тривогу та/або депресію. У 51 (77,3%) пацієнтів загальний показник PSQI був більше 5, тобто відмічалось зниження якості сну. При детальному аналізі значень окремих компонент PSQI виявлено, що найбільших значень досягли компоненти “латентність сну” ($1,56 \pm 0,75$), “суб'єктивна якість сну” ($1,7 \pm 0,91$) “розлади сну” ($1,52 \pm 0,58$); найменшої – ефективність сну ($0,44 \pm 0,97$). Вірогідної різниці щодо якості сну та віку хворих виявлено не було, однак жінки мали більший загальний бал PSQI у порівнянні з чоловіками ($p=0,022$), а також більше значення компоненти “розлади сну” ($p=0,03$). За допомогою кореляційного аналізу була виявлена асоціація між субтестом “увага та рахування” MMSE та компонентою “тривалість сну” ($r=-0,86$), а компонента “латентність сну” була зв'язана з результатом субтесту “згадування” MMSE ($r=-0,72$). Крім того були виявлені кореляції між наявністю клінічної тривоги та/або депресії та загальним балом PSQI.

Висновки. У 77,3% хворих в гострий період ішемічного інсульту виявлено зниження якості сну переважно за рахунок таких його компонент, як латентність сну, тривалість сну, розлади сну та денна дисфункція. На зниження якості сну впливало наявність клінічної тривоги та/або депресії. Когнітивні розлади були виявлені у 53,0% пацієнтів з гострим ішемічним інсультом.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Костенко І.В., Кармаліта А.А.

Науковий керівник к.мед.н., доцент М.М.Прокопів

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра неврології

Актуальність. Збільшення кількості випадків інсультів, супроводжується зростанням поширеності когнітивних порушень. Ці порушення, з одного боку, результат органічного ураження головного мозку, а з іншого – реакція на адаптацію до нових умов життя, зумовлених хворобою. Стан когнітивної сфери – це прогностичний критерій відновлення постінсультних хворих.

Мета. Вивчення особливості проявів когнітивної дисфункції у пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту.

Матеріали і методи. Проведено клінічне обстеження 22 пацієнтів з ішемічним інсультом, на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Оцінювали суб'єктивні дані, неврологічний статус, результати нейровізуалізації головного мозку та комплексного нейропсихологічного дослідження із застосуванням шкал MMSE, Бека, Спілбергера, тесту “вербальних асоціацій”.

Результати. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: кардіоемболічний (11 пацієнтів) чи атеросклеротичний (11) підтипи інсультів. У пацієнтів першої групи основним захворюванням була персистуюча чи постійна форма фібриляції передсердь; у другої – атеросклеротичне враження. Пацієнти обох груп були співставленими за віком (середній – 65 ± 10 років), статтю (60% жінок і 40% чоловіків), ступенем неврологічного дефіциту ($6,5 \pm 4,5$), інвалідизацією ($3,5 \pm 1,5$). Серед обстежених було 63,6% пенсіонерів, 31,8% – люди інтелектуальної праці. У пацієнтів обох груп вражався каротидний басейн, у пацієнтів з кардіоемболічним підтипом інсульту у 6 випадках виявлялося 2 вогнища враження, а у двох – три. У двох пацієнтів виявлялася геморагічна трансформація. У третини хворих вражалися обидві півкулі

головного мозку. При нейропсихологічному обстеженні встановлено зниження короткострокової і довгострокової пам'яті, показників уваги. Клінічна симптоматика у 70% пацієнтів двох груп відповідала діагностичним критеріям синдрому помірних когнітивних розладів, де MMSE становив $26,8 \pm 1,4$, субтест «Орієнтування» - $(9,5 \pm 0,5)$, субтест «Пам'ять» $(1,6 \pm 1,2)$. У третини пацієнтів виявлялися легкі когнітивні розлади. Високий рівень соматичної та психічної тривоги відмічався у 13 (59,1%) хворих. У цих хворих порушувався апетит, сон, часто виникала дратівливість, плаксивість.

Висновки. Когнітивні порушення – це важлива складова клінічної картини ішемічного інсульту. Вираженість проявів когнітивної дисфункції залежала від віку пацієнта та професії і не залежать від підтипу інсульту.

ВПЛИВ ІНФЕКЦІЇ НА РОЗВИТОК ІШЕМІЧНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Мисинчук Н. І., Ізмайлова О. Б.

Науковий керівник: Турчина Н. С.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра неврології

Актуальність. Серцево-судинні захворювання є провідною причиною смертності у всьому світі – близько 17,5 млн смертей на рік, а 6.7 млн з них – внаслідок інсульту. Більше 80% – це ішемічні інсульти, приблизно дві третини з них – це наслідок атеросклерозу, ліпогіалінозу та кардіоемболії. Висока смертність внаслідок інсульту – це проблема громадського здоров'я та економічних перспектив. Атеросклероз – це хронічний запальний процес, що підтверджується багаточисельними дослідженнями в тому числі вивченням ролі DAMP's, PAMP's, PRR-рецепторів в патогенезі.

Мета. Вивчення можливого впливу вірусної інфекції на атеросклеротичний процес, зокрема, як предиктора розвитку інсульту.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 33 пацієнти з гострими порушеннями мозкового кровообігу, які поступили до Олександрівської клінічної лікарні м.Києва і проходили лікування у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, які склали основну групу. З них 21 пацієнт жіночої статі та 12 пацієнтів чоловічої. Середній вік склав 55 ± 2 роки. У 25 хворих спостерігався інфаркт мозку атеротромботичний, у 8 – ТІА атеросклеротичного генезу. Контрольна група – хворі на інсульт, ТІА без виявленої інфекції – також 33 пацієнти, які співпадають за демографічними показниками.

Використані методи дослідження: ПЛР, біохімічний аналіз крові на виявлення антитіл до інфекційних агентів, КТ/МРТ головного мозку для локалізації гострого порушення мозкового кровообігу, шкали NIHSS. статистичні дослідження.

Результати. У крові виявлені антитіла до: у 27 пацієнтів вірусу герпесу, 18 – вірусу Епштейн-Барра, 12 – до цитомегаловірусу, у 20 – вірусу грипу, у 8 – збудника токсоплазмозу, 3 – до мікоплазм. У 24 пацієнтів гостре порушення мозкового кровообігу розвинулось через декілька днів після перенесеної гострої інфекції. У більшості пацієнтів (30%) гостре порушення мозкового кровообігу розвинулось через 10 днів. Хворі за шкалою NIHSS від 6 до 14 балів при поступленні. Через 21 день у хворих основної груп бал змінився в середньому від 5 до 12, а в хворих контрольної – від 4 до 9.

Висновки: Вірусну інфекцію можна вважати предиктором розвитку атеротромботичного інсульту/ТІА. Прослідковується можливий вплив перенесеної гострої інфекції з різними вірусними патогенами на розвиток атеротромботичного інсульту/ТІА. Перенесена гостра інфекція впливає на вихід хворого після атеротромботичного інсульту/ТІА.

ВПЛИВ РЕГУЛЯРНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ПРОГЕСТЕРОНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ У МОЛОДИХ ЖІНОК (18-23 РОКИ), ХВОРИХ НА ЛЕГКУ ФОРМУ ACNE VULGARIS*Фоменко К.С., Солонько І.І.**Науковий керівник: доц. К.В. Коляденко,
О.І. Сидоренко**Кафедра дерматології та венерології
НМУ імені О.О. Богомольця**Лабораторія імунології та молекулярної біології
НДІ ЕКМ*

Актуальність. Вугрова хвороба (акне) входить в трійку найбільш поширених захворювань шкіри в загальній популяції. Клінічні спостереження та експериментальні данні підтвердили роль статевих гормонів в патофізіології акне. Згідно наукових праць Kossman et al. (2011), Xiong et al. (2012), El-Lithy et al. (2014) фізичні вправи знижують рівень андрогенів та прогестерону у жінок.

Мета роботи. Встановити роль регулярного фізичного навантаження як одного з додаткових чинників нормалізації стану шкіри у жінок, хворих на легку форму acne vulgaris, на підставі визначення зміни рівня прогестерону та тяжкості перебігу вугрової хвороби в динаміці під час трьох лютеїнізуючих фаз менструального циклу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 73 жінок віком від 18 до 23 років. До першої – основної групи – віднесені особи жіночої статі, які страждають на acne vulgaris та регулярно протягом трьох місяців

займаються різноплановими фізичними вправами (аеробні – 10 осіб, анаеробні – 5 осіб, змішані – 14 осіб, йога – 2 особи, зарядка – 3 особи). Другу групу – контрольну – склали 38 хворих осіб, які не займаються регулярними фізичними вправами. Задля виключення наявності нейроендокринних порушень, асоційованих з акне, планується визначення: 17-ОН прогестерону, ДГЕА-с та вільного тестостерону – маркерів наднирничкової гіперандрогенії; пролактину, вільного тестостерону – маркерів змішаної гіперандрогенії; АМГ, ФСГ та ЛГ, їх співвідношення, мікрокістозних змін яєчників при УЗД органів малого тазу – маркерів яєчничкової гіперандрогенії. Проведено розпитування, загальний огляд та огляд усіх наявних морфологічних елементів акнеформного шкірного висипу, імуноферментне визначення прогестерону у сироватці крові під час однієї лютеїнізуючої фази менструального циклу, статистичні методи обробки даних у ліцензованій програмі IBM SPSS Statistics 21: критерій відповідності – χ^2 (критерій Пірсона), коефіцієнт вірогідності (критерій Стьюдента).

Результати дослідження. За результатами першої частини дослідження отримано: різниця між ступенем тяжкості акне у досліджуваних групах вірогідна ($p < 0,001$). Середній рівень прогестерону у сироватці крові основної групи – $32,9 \pm 6,6$ нмоль/л, контрольної – $55,9 \pm 7$ нмоль/л ($p < 0,05$).

Висновки. Вперше встановлено, що регулярне фізичне навантаження у осіб, хворих на акне, може сприяти зниженню рівня прогестерону – посередника тестостерону, значимих у патогенезі акне.

HYGIENIC ESTIMATION OF MEDICAL STUDENTS' DIET REGIMEN

A. Petrosjan, L. Ieltsova

*Scientific supervisor: assistant Ieltsova L.B.**O.O. Bogomolets National Medical University**Department of Hygiene and Ecology № 4*

Disorders in eating behavior of the population, including young people, are widespread all around the world.

Due to improper eating habits, during the time of studying many students develop illness of digestive system, which got the name of "illness of the young", as well as hypertension and neuroses. Every year the amount of illnesses in respiratory and endocrinal systems, and metabolism is increasing, as well as immunity decreases.

Important requirement to the food ration, including young students, is to obey proper eating regime, which includes times of taking food, for how long and how many times food is taken, intervals between intakes, distribution of daily ration by energy, volume, and weight during a day.

Proper eating regime support normal functioning of the digestive tract, full digestion of food, timely delivery of necessary nutrients to human organism during the day.

Objective: hygienic review of eating regime of medical students.

Methods: information search, questionnaires-questioning, hygienic statistical.

Results: The diet regimen of 2, 4, and 6 year medical students was studied using questionnaires. 307 respondents took part in the interview in age of 17 to 25 years. The received data were the evidence of dietary elements violations: the number of food intakes during the day, the absence of basic meals intake, the violation of intervals between meals, the violation of the speed of eating, as well as a violation in the distribution of the volume of food consumed according to food intakes. Only 22.40% of the male and 15.33% of the female respondents had four food intakes during the day. 62.40% of males and 54.50% of females do not have morning meals, 81.70% do not have optimal intervals between main meals. 41% of male respondents and 28% of women have the largest amount of food for supper, and only 19% of male respondents and 35% of women – for lunch. At the same time, only 48.50% of the male respondents and 54.30% of the female eat moderate amounts of food. Most of the male and female respondents eat in public catering establishments.

Conclusions: The obtained results were used in the development of ways to correct the detected violations of the diet regimen elements.

ПОРІВНЯЛЬНА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВМІСТУ НІТРАТІВ В ПЛОДОВООВОЧЕВІЙ ПРОДУКЦІЇ, ЯКА РЕАЛІЗУЄТЬСЯ В М.ЧЕРКАСИ В ОСІННІЙ ТА ВЕСНЯНИЙ ПЕРІОД

Гончаренко М.О., Благая А.В.

*Науковий керівник – к.мед.н., доцент Благая А.В.**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**Кафедра гігієни та екології*

Актуальність: Понаднормова кількість нітратів у харчових продуктах становить велику небезпеку для здоров'я людини. Доведено, що нітрати, перетворюючись в організмі на нітрити та нітрозаміни, чинять канцерогенну дію, особливо в разі тривалого і систематичного надходження в організм людини, що призводить до хронічної інтоксикації. Від 58,7% до 86% добового надходження нітратів у організм людини припадає на овочі, тому серед сільськогосподарських культур посиленого моніторингу якості та безпеки заслуговує овочева продукція. Згідно з даними МОЗ України, вміст нітратів рослинній продукції (Н^р10%) постійно перевищує гранично допустимі рівні, і тому вимагає спеціального нормування.

Мета. Порівняльна гігієнічна оцінка вмісту нітратів в плодовоовочевій продукції, яка реалізується в м.Черкаси в осінній та весняний період.

Матеріали та методи: санітарної експертизи, експрес-аналізу, прямої потенціометрії з допомогою нітрат-селективного електроду (рН іонометр рН-410(Аквілон), статистичні методи. Зразки плодовоовочевої продукції були відібрані восени 10 вересня та 15 квітня з ринку N та магазину N в м. Черкаси. Відібрану продукцію склали по 6 зразків кожного з наступних овочів: капуста білокачана, буряк столовий, цибуля ріпчаста, томати ґрунтові, редиска, огірки, петрушка, салат.

Результати: Середня концентрація вмісту нітратів у плодовоовочевій продукції восени: капуста білокачана – 621 мг/кг (перевищення ГДК в 1/6 зразків); буряк столовий – 1050,5 мг/кг (перевищення в 2/6); цибуля ріпчаста – 38,8 мг/кг (перевищення відсутні); томати – 63,5 мг/кг (перевищення відсутні); пекінська капуста – 1010 мг/кг (3/6); огірки – 71 мг/кг (перевищення немає); петрушка – 2420 мг/кг (2/6).

Навесні: капуста білокачана – 932 мг/кг (перевищення у 2/6 зразків); салат – 2800 мг/кг (4/6); цибуля-перо – 356,5 мг/кг (1/6); томати – 84 мг/кг (перевищення немає); редиска – 2132,5 мг/кг (3/6); огірки – 115 мг/кг (перевищення немає); петрушка – 3042 мг/кг (3/6).

Висновки: Вміст нітратів в плодовоовочевій продукції м. Черкаси в окремих зразках перевищував ГДК.

В результаті проведених досліджень встановлено найбільше перевищення ГДК в таких овочах: качані капусти білокачанної, буряку столовому, редисці, петрушці, салату, пекінській капусті. Вміст нітратів в овочевій продукції навесні містить більшу кількість нітратів у овочах, ніж восени. Необхідно проводити систематичний санітарний нагляд за якістю харчової продукції, що призначена для споживання людиною, з метою уникнення ризиків негативного впливу на здоров'я населення.

ОЦІНКА ВПЛИВУ УМОВ ПРАЦІ НА ТЕМПИ СТАРІННЯ ПРАЦІВНИКІВ «ШУМОВИХ» ПРОФЕСІЙ ХАРЧОВОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ

Фогель М.С., Брухно Р.П., Солоха Н.В., Різник К.С., Квіташ О.С.

Науковий керівник: к. мед. н. доц. Шкурко Г.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра гігієни та екології №2

Актуальність: Галузь з виробництва безалкогольних та слабоалкогольних напоїв активно розвивається, однак, умови праці на підприємствах даної галузі залишаються маловивченими. Не вирішеним залишається і питання пошуку інтегрального показника, який дозволить комплексно оцінити вплив різних шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища на організм працюючих. Нові перспективи в даному питанні відкриває аналіз біологічного віку робітників.

Мета роботи. На основі вивчення гігієнічних умов праці та біологічного віку працівників «шумових» професій заводу «Оболонь», оцінити вплив виробничого шуму на їх біологічний вік.

Матеріали та методи дослідження. Гігієнічні дослідження проводилися загальноприйнятими методиками. Біологічний вік (БВ) визначався за методикою, розробленою Київським НДІ геронтології для використання у амбулаторних умовах (обстежено 75 працівників «шумових» професій (переважно оператори з розливу) та 42 особи які не зазнавали впливу шуму на робочих місцях).

Результати дослідження та їх обговорення. В цілому, згідно з «Гігієнічною класифікацією праці...», затвердженою наказом МОЗ України №248 від 08.04 2014 року, умови праці операторів з розливу відносяться до класу шкідливості 3.2. Провідним шкідливим фактором був шум. Звуковий тиск перевищував ГДР у всьому діапазоні середньгеометричних частот спектру, починаючи від 500 Гц до 8000 Гц. На більшості робочих місць операторів з розливу рівень виробничого шуму перевищував допустимий на 1-11 дБ. У ході проведення оцінки БВ було виявлено прискорені темпи старіння робітників «шумових» професій порівняно з контрольною групою. Середнє значення показника БВ-НБВ у робітників «шумових» професій становить $9,44 \pm 1,97$ роки. Максимальне випередження показників БВ над НБВ виявлено у вікових групах до 39 років та групах працівників зі стажем роботи в таких умовах до 10

років. Прискорені темпи старіння робітників основної групи можна пояснити неспецифічним впливом інтенсивного виробничого шуму на організм. Неспецифічний вплив інтенсивного шуму на організм характеризується змінами з боку ЦНС, серцево-судинної, ендокринної, імунної систем і ШКТ.

Висновки: 1.Провідним шкідливим фактором при розливі безалкогольних та слабоалкогольних напоїв є постійний, ширококутовий, середньо- та високочастотний виробничий шум, який перевищував ГДР від 1 до 11 дБ у діапазоні середньгеометричних частот спектру від 500 Гц до 8000 Гц. 2. Виявлено прискорені темпи старіння працівників «шумових» професій: середній показник «належний біологічний вік» – «біологічний вік» в основній групі, статистично достовірно, вищий ніж аналогічний показник в контрольній групі ($9,44 \pm 1,97$ та $-0,25 \pm 0,94$ років відповідно). 3. Прискорення темпів старіння робітників можна пояснити неспецифічним впливом шуму на організм працюючих.

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ РЕОРГАНІЗАЦІЇ СТРУКТУРИ ЛАНДШАФТНОГО РЕГІОНУ НА ПРИКЛАДІ МАЛОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНО-АДМІНІСТРАТИВНОЇ ОДИНИЦІ УКРАЇНИ

Барановський Т.П.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Вавріневич О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра гігієни та екології

Актуальність. В структурі факторів від яких залежить здоров'я людини, екологія займає 20 %. На сьогоднішній день стан біосфери характеризують як «глобальну екологічну кризу». Тому від загальнопопуляційної синхронізації і усвідомлення глибини проблеми буде залежати стан здоров'я населення.

Мета: еколого-гігієнічна оцінка та обґрунтування реорганізації структури ландшафтного регіону на прикладі малих територіальних одиниць України для розробки шляхів оптимізації екологічної ситуації в країні.

Матеріали і методи. Були використані аналітичний, описовий, геоботанічний, картографічний, статистичний, маршрутно-експедиційний методи, локальний екологічний моніторинг. Дослідження проведено на прикладі типової малої територіально-адміністративної одиниці України с. Доброводи Збараського району Тернопільської області.

Результати. В результаті проведених досліджень було встановлено, що основними чинниками формування екологічної ситуації у Тернопільській області є: давня і висока освоєність території, високий рівень використання земельних, лісових ресурсів, незадовільна структура природокористування, низький рівень екологічної культури населення, низька частка природної рослинності в структурі земельного фонду. Оцінку екологічного стану природних систем здійснено нами за коефіцієнтом антропогенної перетвореності території.

Коефіцієнт антропогенної перетвореності ($K_{ан}$) склав 7,255, що вказує на те, що досліджувана територія належить до сильно перетворених. Встановлено, що ступінь збалансованості земельних угідь і стан територій природо-заповідного фонду незадовільний. Співвідношення екологічно стабільних угідь до екологічно нестабільних складає 14,7 % до 85,3 %. Отримані результати дозволили нам запропонувати основні заходи з реорганізації структури ландшафтного регіону: штучне лісовідновлення, залучення до цього процесу учні прилеглих шкіл, створення високопродуктивних сінокосів і культурних пасовищ. Серед заходів покращення екологічної ситуації на території села Доброводи пропонується створити екологічну стежку. Головним

завданням екологічної стежки буде вивчення видів природокористування, з'ясування шляхів впливу людини на довкілля, оволодіння навичками екологічно грамотної поведінки у природному середовищі, охорони природи, розширення кругозору сучасних природоохоронних проблем і шляхів їх розв'язання.

Висновок. Запропоновано шляхи реорганізації структури ландшафтного регіону за рахунок видалення непридатних і малопродуктивних земель, з переведенням їх в структуру екологічно стабільних, що в свою чергу матиме прямий вплив на зниження коефіцієнту антропогенної перетвореності ландшафтів; вказано на шляхи покращення стану об'єктів заповідного фонду території Д., одним з яких є створення екологічного маршруту.

Секція

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА / INTERNAL MEDICINE

ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ФРАКЦІЇ ВИКИДУ

Толіашвілі М.Д.

Науковий керівник: к.м.н., доц. Прудкий І.В.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра внутрішньої медицини №2

Актуальність: Гостра серцева недостатність (ГСН) є одним із найнебезпечніших клінічних синдромів у всьому світі, а 30–55 % пацієнтів із гострим інфарктом міокарда (ГІМ), у яких відзначаються ознаки ГСН, мають збережену фракцію викиду (ФВ).

Мета: Дослідити перебіг ГІМ залежно від ФВ, виокремивши клінічно значущі групи пацієнтів, виявити кореляційні співвідношення між наявними симптомами та ознаками ГІМ з величиною ФВ, виявити прогностично достовірні фактори розвитку ГСН у хворих із збереженою ФВ.

Матеріали і методи: 57 хворих з діагнозом ГІМ розподілені на 2 групи: I група (ФВ>45%, n=32), II група (ФВ<45%, n=25). В кожній з груп у пацієнтів реєстрували демографічні, анамнестичні, клінічні дані та ряд

загально клінічних і біохімічних показників. В подальшому проводилась обробка отриманих даних згідно чинних правил медичної статистики.

Результати: Достовірними критеріями поділу пацієнтів на фенотипові групи виявились величина ФВ (48,2±0,7% в I групі та 30,16±0,14% в II групі, p<0,001), ішемічний та гіпертонічний анамнез (42,7% та 33% відповідно в I та II групах, p<0,05), рівень SaO₂ (88% та 81% відповідно, p<0,05) рівень СРБ (30,2±0,7 мг/л у I групі та 48,16±0,14 мг/л у II групі) та АЛТ (66,1±0,2 Од/л і 94,21±0,4 Од/л відповідно в I та II групах). Прогностично несприятливими факторами виявились значне зниження ФВ (у групі хворих з ФВ<45%) та наявність “маркерних” ознак у групі з ФВ>45% (АГ, ЦД, стенокардія, підвищення СРБ, АЛТ). Ознаки декомпенсації серцевої діяльності у обох групах хворих є незалежними показниками тяжкості перебігу.

Висновки: В дослідженні нами виявлена потреба в моніторингу ФВ, як показника відновлення систолічної функції та ефективності реперфузійної терапії, виявлені предиктори розвитку ГСН та фенотипові відмінності у хворих з ГІМ і виокремлені особливості перебігу хвороби на підставі величини ФВ.

**ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕГУЮЧОГО ВПЛИВУ
НІКОТИНАМІДУ НА ПОРУШЕННЯ
В КІРКОВОМУ ШАРІ НИРОК В УМОВАХ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Панченко Ю. Е.

*Науковий керівник: к.біол.н., доц. Л.В. Яніцька
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

кафедра біологічної та біоорганічної хімії

Метою дослідження було з'ясувати чи відбуваються зміни вмісту NAD і NADP та співвідношення вільних NAD(P)/NAD(P)H пар у кірковому шарі нирок за умов експериментального цукрового діабету та впливу нікотинамід.

Методи. Експериментальний цукровий діабет I типу викликали одноразовим внутрішньочеревним введенням шурам-самцям лінії Wistar масою 180–210 г стрептозотоцину у дозі 60 мг на 1 кг маси тіла. Тварин утримували в стандартних умовах віварію при вільному доступі до їжі та води. Дослідження проводили згідно правил Європейської конвенції щодо захисту тварин. Визначення вмісту лактату та пірувату ґрунтуються на їх здатності за участі лактатдегідрогенази (КФ 1.1.1.27) зворотно перетворюватися. Вміст малату визначали з використанням малатдегідрогенази (КФ.1.1.1.37), яка у присутності NAD окислює малат в оксалоацетат. Співвідношення NAD/NADH та NADP/NADPH розраховували із концентрацій визначених метаболітів з урахуванням констант рівноваги відповідних дегідрогеназ. Вміст окисленого NAD в кірковому шарі нирок визначали за його специфічним відновленням до NADH при окисленні етанолу в ацетальдегід за участі алкогольдегідрогенази (КФ. 1.1.1.1).

Результати. Згідно отриманих даних рівень NAD в корковому шарі нирок був знижений до $0,179 \pm 0,012$ за діабету проти $0,259 \pm 0,023$ ммоль/г тканини, $P < 0,05$ у контролі. Співвідношення вільних NAD(P)/NAD(P)H пар знизилася до $202,0 \pm 16,1$ і $0,008 \pm 0,001$ у кірковому шарі нирок за діабету проти $297,0 \pm 21,2$ і $0,013 \pm 0,002$ в контролі відповідно, для NAD та NADP. Введення нікотинамід у кірковому шарі нирок і співвідношення вільних NAD(P)/NAD(P)H пар. Модулюючий ефект *in vivo* введення нікотинамід може реалізуватися через NAD, який здатен специфічно зв'язуватися з мембранами кіркового шару нирок.

Висновки. За умов експериментального діабету виявлено зниження вмісту NAD у кірковому шарі нирок щурів, а також співвідношення вільних NAD/NADH пар на 26,0 та 36,6%, відповідно, а співвідношення

вільних NAD(P)/NAD(P)H пар знижувалося на 25,0%, що свідчить про порушення енергетичних та регуляторних процесів у нирках. Введення нікотинамід протягом двох тижнів частково відновлювало ці показники. Таким чином, нікотинамід бере участь у регуляції процесів в нирках, що свідчить про доцільність його застосування для лікування діабетичної нефропатії.

**ПРОГРАМОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ТЕБУРКУЛЬОЗУ
ПРЕПАРАТОМ ІЗОНІАЗИД ТА ВІТАМІНОМ В₆**

Заремба А.В / Zaremba A.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Л.В.Гайова
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця*

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

Актуальність. Поширення туберкульозу в Україні за останні роки набуває характеру епідемії. Зниження рівня життя населення робить проблему протидії цій хворобі довготривалою та поширеною фактично на всі верстви суспільства. Щорічно у світі на туберкульоз захворюють 7-10 млн. чоловік, а загальна кількість хворих на земній кулі досягає 50–60 млн. чоловік. Цей факт співставимо з кількістю населення України. На думку експертів ВООЗ, якщо ситуація не зміниться, то впродовж найближчих 30 років на туберкульоз занедужають не менше ніж 90 млн. чоловік і 30 млн. помруть від цього захворювання. Зважаючи на ці цифри зростання частоти специфічної патології в багатьох країнах світу за останні 10 років, збільшення смертності від цього захворювання, особливо серед працездатного населення, Всесвітня організація охорони здоров'я в 1995 р. визначила туберкульоз глобальною небезпекою. Відповідно до критеріїв ВОЗ та динаміки захворюваності туберкульозом Україна в 1995 р. ввійшла до числа країн, охоплених епідемією туберкульозу.

Мета. Провести морфологічну оцінку ураження внутрішніх органів (легень, печінки, нирок, селезінки) після лікування експериментального туберкульозу морських свинок різними співвідношеннями доз ізоніазиду та піридоксин гідро хлориду (вітаміном В₆) з метою виявлення оптимального поєднання препаратів, при лікуванні якими досягається якнайменше залишкове ураження внутрішніх органів.

Матеріали та методи. Для відтворення експериментального туберкульозу використали морських свинок, оскільки вони мають високу чутливість до мікобактерій туберкульозу людського та бичачого типу. Сформовано 10 груп (по 5 тварин у кожній) з різним режимом хіміотерапії.

Результати. Оптиміальний терапевтичний ефект отриманий при лікуванні тварин з експериментальним ту-

беркульозом в дозі ізоніазиду 32 мг/кг та вітаміну В₆ в дозі 5 мг/кг ваги тварини, при цьому повністю зникали явища специфічного запалення в легенях, печінці, нирках та селезінці. При цьому також зникали явища перифокального неспецифічного запального процесу. Зникали дистрофічні та некротичні зміни в досліджених органах.

Висновки. Експериментальні дослідження показали, що вітаміни групи В₆ при сумісному використанні з ізоніазидом здатні суттєво посилювати бактеріостатичну дію останнього і знижувати його токсичні властивості.

ВИКОРИСТАННЯ L-КАРНІТИНУ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОГО КРОВОТОКУ

Манжула Т.К. / Manzhula T.

Науковий керівник д.мед.н.,проф.Л.В.Гайова

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

Актуальність: Призначення нейропротекторів-засобів метаболічного захисту мозку в перші години гострих порушень мозкового кровообігу значно зменшує вираженість клінічних проявів, позитивно впливає на відновлення структури нервової тканини та зменшує вогнище її ураження.

Мета: Обґрунтувати можливості використання L-карнітину як препарату швидкої нейрометаболическої терапії при гострій ішемії тканин головного мозку для зменшення вираженості наслідків тканинної гіпоксії, покращення стану мікроциркуляції та нейропротекції тканин головного мозку.

Матеріали та методи: На базі неврологічного відділення Київської міської лікарні №7 протягом 2016 року досліджували вміст глутамату у крові 30 хворих в гострий період ішемічного інсульту судин каротидного басейну. Серед хворих 19(63,3%) чоловіків та 11(36,7%) жінок, віком від 41 до 80 років (середній вік 60,8 ± 10,2 роки). Дослідну групу склали 15 хворих, яким крім базисної терапії, додатково вводили L-карнітин в дозі 15-45 мг / кг маси тіла по 10 мл 10% розчину через кожні 8-12 годин. Рівень глутамату визначали методом іонообмінної рідинно-колонної хроматографії.

Результати: Ішемія зумовлює накопичення глутамату, що зв'язується з іонотропними NMDA-рецепторами, і зумовлює відкриття CaIz-каналів. Масивне накопичення цих іонів в клітинах індукує активацію протеаз та NO-синтази, що призводить до масивної гибелі нервових клітин. Карнітин здатний знижувати афінність глутамату до його рецепторів, пригнічуючи активність мітоген-активованих протеїнкіназ. Карнітин обумовлює відновлення нормального транспорту глутамату і своєчасне видалення його з синаптичної щілини. В ході дослідження було встановлено, що у контрольній групі хворих впродовж перших 6 годин лавиноподібно збільшувалась концентрація глутамату, яка зростає у 8 разів та в середньому становила 381,7 ± 97,9 мкмоль/л. В досліджуваній групі після введення ін'єкцій карнітину через 6 годин спостерігали порівняно нижчий рівень

глутамату в крові, який в середньому склав 237,6 ± 54,0 мкмоль/л.

Висновки: L-карнітин доцільно використовувати в комбінації з базисною терапією при гострих цереброваскулярних патологіях для швидкої енергетичної корекції порушень метаболізму та нейропротекції тканин головного мозку.

МОЖЛИВІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ ВИНИКНЕННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Гришов А.А. \ A. Grishov

Науковий керівник – д.м.н., проф. Зяблицев С.В.

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра патофізіології

Мета: Основною причиною розвитку цукрового діабету 2 типу (ЦД2Т) є постійна гіперглікемія, яка обумовлена інсулінорезистентністю, а згодом – і зниженням функції в-клітин підшлункової залози. Часто ЦД2Т супроводжується абдомінально-вісцеральним ожирінням, при цьому має місце прямий зв'язок ступеню ожиріння з розвитком проявів та ускладнень ЦД2Т. Однією з причин розвитку інсулінорезистентності вважають формування ще на початкових етапах хвороби лептино-резистентності та порушення функціонування лептинових рецепторів LepRa і LepRf, які кодуються геном LEPR (хромосомна локалізація 1p31, екзон 24). Отже, визначення зв'язку поліморфізму rs1137101 гена рецептору лептину з наявністю ожиріння за показником індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на ЦД2Т було головною метою дослідження.

Матеріали та методи. У дослідження включені дані обстеження 103 пацієнтів з ЦД2Т. Згідно до рекомендацій ВООЗ визначали ІМТ (кг/м²). Кількість пацієнтів із нормальною або зайвою вагою (ІМТ ≤ 30 кг/м²) співвідносилася до кількості пацієнтів з ожирінням (ІМТ > 30 кг/м²) як 1:1. У якості контрольної групи обстежені 100 людей відповідної статі та віку, які не мали ЦД2Т та ожиріння. Молекулярно-генетичні дослідження проведені з використанням полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі (TaqMan Mutation Detection Assays Life-Technology; США).

Результати дослідження показали, що у хворих на ЦД2Т були значно більшими маса тіла та ІМТ – у 1,5 рази (p < 0,05 для обох значень). У хворих також у три рази був підвищений рівень глюкози та у два рази рівень глікованого гемоглобіну, що вказувало на наявність у них стійкої гіперглікемії. За даними дисперсійний аналізу у групі хворих на ЦД2Т було виявлено вплив генотипу Gln223Gln поліморфізму rs1137101 гена LEPR на більш високі значення у порівнянні з іншими генотипами маси тіла та ІМТ. Так у носіїв генотипу Gln223Gln ІМТ склав 36,5 ± 0,8 кг/м², у носіїв генотипу Gln223Arg – 34,0 ± 0,3 кг/м² та у носіїв генотипу Arg223Arg значення ІМТ були мінімальними – 30,2 ± 0,6 кг/м² (F=9,3; p<0,001).

Висновки: Наведені нами дані висвітлюють значення у механізмах розвитку ожиріння при ЦД2Т саме предкового гомозиготного генотипу Gln223Gln, який сприяє більший масі тіла та ІМТ у хворих на ЦД2Т.

ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ 25 (ОН) D НА ОБМІН РЕЧОВИН І ПЕРЕБІГ ХВОРОБ

Гусєва А. Є. / Husieva A.

Науковий керівник: кандидат мед. н., доцент М. І. Бобрик

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра ендокринології

Актуальність. Порушення обміну речовин в організмі призводить до розвитку багатьох захворювань. Деякі з них на сьогодні є невилковними. Підтримка нормального рівня вітаміну D_у крові може запобігти виникненню хвороб та покращити якість життя хворим.

Мета. З'ясувати вплив недостатності вітаміну D на перебіг обміну речовин в організмі. Встановити взаємозв'язок між ними.

Матеріали та методи дослідження. Для проведення дослідження взято 42 миші, для яких штучно було створено умови D-гіповітамінозу. Мишей помістили в клітку, у які не проникало сонячне світло. Після досягнення ефекту D-гіповітамінозу, визначали вміст вітаміну D, Кальцію та Фосфору. Отримані результати порівнювали з вихідним рівнем. Усі миші, що взяли участь в дослідженні залишилися живими.

Результати. У контрольній досліджуваній групі спостерігалось 106,5 нмоль/л (42,6 нг/мл) 25 (ОН) D₃ у крові. Рівень Кальцію становив 2,36 ммоль/л та Фосфору – 2,0 ммоль/л. Після досягнення D-гіповітамінозу у мишей спостерігалось значне зниження даних показників крові: 19,5 нмоль/л (7,8 нг/мл) 25 (ОН) D₃, 1,85 ммоль/л Кальцію, 1,57 ммоль/л Фосфору. Для подолання D-гіповітамінозу були застосовані препарати, що вміщували вітамін D, які відновили показники крові до вихідного рівня: 25 (ОН) D₃ – 92,0 нмоль/л (36,8 нг/мл), Кальцій – 2,48 ммоль/л, Фосфор – 2,10 ммоль/л.

Висновок. Недостатність вітаміну D сприяє зменшенню рівня макро- та мікроелементів у крові. Що в свою чергу призводить до порушення обміну речовин та розвитку різних захворювань (наприклад, цукровий діабет, інфаркт міокарда, бронхіальна астма та ін.). Ефективність застосування препаратів, що вміщують вітамін D для профілактики D-гіповітамінозу та його лікування сприяє покращенню стану організму та уникнення ризику розвитку хвороб.

СИНДРОМ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Юрченко Я.Є. / Y.Yurchenko

Науковий керівник – д.м.н., проф. Зяблицев С.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра патофізіології

Метою цього дослідження було вивчення рівня і властивостей МСМ в крові підслідних тварин при ЧМТ.

Матеріали та методи. Досліджено було зразки крові підслідних тварин яким було нанесено травму середньо-важкої і важкого ступеня. В подальшому проводилося спостереження за динамікою вмісту молекул середньої маси (МСМ), в% в порівнянні з контролем та також динамікою вмісту прозапальних цитокінів (в % від контрольного рівня, прийнятого за 100%) протягом всього часу спостереження (після 3 годин, 24 годин, 48 годин, 72 годин і на 5 добу).

Результати. Неспецифічним проявом генералізації запальної реакції є збільшення в крові вмісту циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), комплемент і преципітуючі антитіла класів M, G₁, G₂ і G₃. Протягом всього часу спостереження вміст у крові ЦІК було підвищено в 4-5 разів. Різкий приріст ЦІК вже з перших годин після травми з подальшим наростанням говорив про те, що явища ендотоксикозу обумовлювалися не тільки накопиченням метаболітів і токсинів в тканині мозку і в крові, але і системними реакціями, в тому числі, імунними. Якщо рівень ЦІК через 48 годин після травми виходив на відносно стабільний рівень «плато», то сумарний показник накопичення в крові МСМ саме з цього терміну різко зростав, вказуючи на прогресування ендотоксикозу. Початковий, відносно помірний приріст вмісту в крові вивчених цитокінів був реакцією імунної системи на пошкодження і сприяв мобілізації захисних сил організму, тоді як подальше багаторазове наростання знаменувало початок процесів ушкодження і формування запально-токсичної стадії перебігу травматичної хвороби головного мозку. Найбільшого абсолютного приросту досягав рівень в крові IL-1b, який, мабуть, і був основним реактантом з боку імунної системи. Зміст інших інтерлейкінів також збільшувалася, але в абсолютному відношенні в набагато меншому ступені. Найбільшого приросту досягав рівень в крові IL-6, приріст змісту TNF-а був виражений в самій слабкому ступені, тоді як рівень IL-8 навіть знижувався через 72 години і 5 діб після травми.

Висновки: Проведений аналіз дозволив виділити механізми і основні показники, що відображають розвиток патологічних процесів при синдромі ендогенної інтоксикації.

СТАН ДИНАМІКИ ЗМІН АЛЬБУМІНУ У ЖІНОК З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ

К.Д.Кривко/ К.Кривко

*Науковий керівник: к. мед. н., доцент
Л.Д. Ластовецька*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра акушерства і гінекології №3

АКТУАЛЬНІСТЬ. В останні роки спостерігається тенденція до збільшення частоти тяжких форм гестозів, які розвиваються в 25-30 тижнів вагітності і складають до 10% від кількості всіх пологів. Пізній гестоз – це симптомокомплекс поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає внаслідок неспроможності адаптивних механізмів материнського організму. Реалізується ця неспроможність через різноманітний ступінь вираженості перфузійно-дифузійної недостатності в системі мати – плацента – плід. Актуальність обумовлена не тільки високою частотою пізніх гестозів, але і рівнем материнської і перинатальної смертності, відсутністю єдиної думки щодо патогенезу, механізмів розвитку даної патології, а саме білкового обміну.

Мета. Вивчити стан динаміки змін альбуміну у жінок з пізніми гестозами.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження увійшло 102 вагітних, у терміні гестації від 25 до 30 тижнів (середній термін гестації – 27,5±1,4 тиж.), які проходили лікування на базі кафедри акушерства і гінекології №3 НМУ імені О.О. Богомольця (КМПБ №3). Середній вік вагітних склав 25,5±1,6 (від 18 до 33 років). Контрольну групу склали 27 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Група жінок з набряками під час вагітності включала 40 вагітних (39,22%), з прееклампсією легкого ступеня – 39 жінок (38,23%), середнього ступеня – 14 (13,73%), важкого – 9 (8,82%). Ступінь тяжкості гестозу оцінювали згідно Наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004р. та МКХ-10. Рівні альбуміну визначали методом інвертованої обробки електрофореграм після електрофорезу сироватки крові на папері. Проводили загальне клініко-лабораторне обстеження. Одержані цифрові результати обробляли за програмою Statistica for WINDOWS v. 4.3. (Stat Soft, USA) і методом варіаційної статистики з визначенням коефіцієнту Ст'юдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Показники рівнів модифікованого альбуміну (МА) у вагітних з пізніми гестозами становили відповідно: 11,58±2,11% – у здорових вагітних; 22,6±2,95% жінок з набряками під час вагітності; 34,46±2,88% – з прееклампсією легкого ступеня,

57,25±3,31% – середнього ступеня тяжкості, 84,75±8,65% – з тяжким перебігом, $p < 0,01$.

ВИСНОВОК. Серед механізмів пізнього гестозу важливе місце займають порушення біосинтезу та утилізації альбумінів, які представлені двома формами - нативною та модифікованою. Встановлена прямо пропорційна залежність рівня МА, терміну вагітності та ступеня тяжкості прееклампсії. Визначення рівня МА є скринінговим тестом діагностики доклінічного прояву пізнього гестозу, який може бути впровадженим у практику сімейного лікаря.

ТРАНСПІХОВА ЕХОГРАФІЯ ТА ЕНДОСКОПІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Д.М. Рамазанова

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра акушерства і гінекології №3

Актуальність: На сучасному етапі проблема аденоміозу та гіперплазії ендометрія набула особливого значення у зв'язку із складністю діагностики, зумовленою великою різноманітністю клінічних проявів хвороби, а також значною кількістю випадків поєднання аденоміозу з іншою доброякісною патологією ендо- і міометрія. Своєчасна діагностика та лікування доброякісної патології матки є однією з актуальних проблем сучасної гінекології та має важливе значення в онкопрофілактиці.

Мета дослідження: оцінка ефективності ехографічного та ендоскопічного методів в діагностиці доброякісної патології матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи: 135 жінкам репродуктивного віку з аденоміозом (А), гіперплазією ендометрія (ГПЕ) та поєднаною патологією матки (А+ГПЕ), що склали основну групу та групі контролю (30 гінекологічно здорових жінкам) на 6-7 та 22-24 дні менструального циклу виконано транспіхове УЗД. Гістероскопію виконували у I фазу менструального циклу з прицільною біопсією ендометрія та дослідженням біоптатів.

Результати дослідження: Акустичними критеріями доброякісної патології матки ми вважали збільшення розмірів матки, яке спостерігали у 83,7%, округлість її форми з асиметричним потовщенням однієї із стінок – у 67,4% хворих, неоднорідна, гіперехогенна структура міометрія – у 84,4% жінок з А та 97,7% з А+ГПЕ, поява у ендометрії напередодні менструації аномальних анехогенних включень діаметром 1-3 мм – у 71,1% жінок (при А – 82,2% та А+ГПЕ – 93,3%), нерівномірність товщини ендометрія – у 82,2% жінок з доброякісною

патологією матки, переважно при ГПЕ (95,5%), у 60,0% – зазубреність базального шару ендометрію, у 46,6% – ехонегативні трубчасті структури, що орієнтовані перпендикулярно площині сканування (А 62,2% та А+ГПЕ 77,7%).

Нами отримані достовірні відмінності при аналізі стану серединної структури матки (М-ехо) в групах А+ГПЕ 13,5±3,34 мм та ГПЕ 12,5±2,8 мм, що в 2,5 рази перевищує дані показники групи контролю (5,4±1,3 мм).

Гістероскопія вивила ригідність стінок та погану розтяжимість матки у 65,9% жінок з доброякісною патологією матки, деформацію порожнини матки – у 44,4% жінок, однаково часто з ГПЕ та А+ГПЕ (48,8%). Розширення порожнини матки гістероскопічно відмічалось у 34,1%, нерівність рельєфу, шороховатість стінок матки – у 67,4% пацієнток із доброякісною патологією матки, особливо при А+ГПЕ (86,6%), розширення залоз по типу «ендометріюїдних глазків» - у 73,3% пацієнток з А+ГПЕ та 46,6% з А.

Висновок. Використання ультразвукового сканування та гістероскопії дозволяє з високою точністю діагностувати дифузну форму аденоміозу, гіперплазію ендометрія та поєднану патологію матки.

ЗМІНИ КИСЛОТНО-ЛУЖНОЇ РІВНОВАГИ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ

Купеб'якіна Д.А./ D. Kulebiakina

Науковий керівник: доц. С.С. Леуш

*Кафедра акушерства і гінекології №1
(завідувач кафедри, д.мед.н.,
професор Б.М. Венцієвський)*

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

Актуальність. За нормальних умов показники кислотно-лужної рівноваги (КЛР) в організмі людини надзвичайно стабільні, коливаються в межах 35-45 нмоль [H⁺], або рН = 7,35-7,45, і щонайменші їх відхилення призводять до загрозового порушення стану здоров'я. Однак, стійкість кислотно-лужної рівноваги має різні межі в різних вікових і функціональних умовах організму. Зниження показника рН при старінні організму добре відоме. Однак, дані про коливання рН в процесі розвитку організму поодинокі й не узагальнені. Оскільки стан значення рН організму один з найважливіших показників гомеостазу, вивчення даного питання залишається актуальним і сьогодні.

Мета. Дослідити в динаміці прогресування вагітності на прикладі водневого показника кислотно-лужного гомеостазу різних материнських та плодових рідинних середовищ.

Матеріали і методи. Дослідження виконане на матеріалах клініко-діагностичної лабораторії Перинатального центру м. Києва. Було проаналізовано 123 аналізи показників рН венозної крові (ВК) вагітних і плодів, та амніотичної рідини (АР) в термінах вагітності від 24 до

41 тижнів (т.), а також 10 показників АР при штучному перериванні вагітності на 8-10 т. Дослідження виконано за допомогою біохімічного аналізатора газів та електролітів крові "Easy Stat" (Medica Corp., США), рН-метра "LAURA Smart" (Erba Lachema, Чеська Республіка). До дослідження ввійшли жінки віком до 35 років.

Результати. Всі показники були розподілені на 5 груп, залежно від терміну вагітності: 1гр – 8-12т. (n=10), 2гр – 24-26т. (n=34), 3гр – 28-32т. (n=37), 4гр – 34-36т. (n=31), 5гр – 38-41т. (n=21) Показники ВК вагітних склали: 1гр – 7,35±0,021; 2гр – 7,381,011; 3гр – 7,390,019; 4гр – 7,390,017; 5гр – 7,410,014. Показники ВК плода склали: 2гр – 7,340,043; 3гр – 7,350,024; 4гр – 7,340,032; 5гр – 7,290,019. Показники АР склали: одноплідна вагітність 1гр – 6,880,043; 2гр – 6,990,052; 3гр – 6,980,022; 4гр – 7,180,034; 5гр – 7,190,012; двійня 1й плід: 3гр – 6,940,057; 4гр – 7,210,012; 5гр – 7,220,133; двійня 2й плід: 2гр – 6,910,018; 3гр – 6,960,027; 4гр – 7,270,012; 5гр – 7,240,04.

Висновки. Отримані результати вимірювання рН ВК вагітних та плодів показали дуже близькі абсолютні значення показників. Водночас спостережено ознаки поступового закислення крові плода зі збільшенням терміну вагітності. Материнська кров, навпаки, демонструвала тенденцію до більш лужної реакції починаючи з 24 т. вагітності. В термінах, близьких до доношеної вагітності, різниця між плодовим та материнським рН досягло значення 0,12.

Величина рН АР зростала від 8 до 38 т. вагітності в межах 0,3. Отримані дані свідчать про поступове залуження навколоплідних вод зі збільшенням терміну вагітності.

ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКИХ ДОЗ ПРОГЕСТИНІВ В ДОВГОТРИВАЛОМУ ЛІКУВАННІ ТАЗОВОГО БОЛЮ, ОБУМОВЛЕНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Швачкіна Г.С.

*Наукові керівники: д.мед.н., проф. Макаренко М.В.,
к.мед.н. Громова О.Л.*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра акушерства та гінекології
післядипломної освіти*

Вступ: Ендометріоз – це доброякісне гормонозалежне захворювання, яке характеризується розростанням ендометріюїдної тканини за межами матки, що спричиняє хронічну запальну реакцію. В Україні ендометріозом страждає біля 10% жінок репродуктивного віку. Особливість даного захворювання, яка потребує уваги це інтенсивний виснажуючий біль, що впливає на якість життя жінок.

Мета роботи: Вивчення ефективності прийому дезогестрела при купуванні синдрому хронічного тазового болю, зумовленого ендометріозом, в порівнянні зі стандартною терапією дієногестом.

Матеріали та методи: 60 жінки фертильного віку з синдромом хронічного тазового болю, зумовленого ген-

італьним зовнішнім ендометріозом, були рандомізовані для терапії дезогестрелом 75 мкг (1 група-35 жінок) і діеногест 2мг (2 група-25 жінок) протягом 6 місяців. В обох групах лікування починали на 2 день менструального циклу і продовжували протягом 6 місяців. Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) до лікування, через 3 і 6 місяців після початку гормонотерапії.

Результати дослідження: До проведення лікування пацієнтки обох груп оцінювали інтенсивність болю: тазовий біль впродовж менструального циклу $7,8 \pm 1,4$ і $7,6 \pm 1,3$ балів за ВАШ в першій і другій групі відповідно; глибока диспареунія $7,6 \pm 1,3$ і $7,4 \pm 1,4$ балів; під час гінекологічного дослідження - $7,9 \pm 1,1$ і $8,0 \pm 1,2$ балів. Через 3 місяці лікування пацієнтки обох груп відзначали зменшення всіх видів болю. Так, тазові болі пацієнтки 1 групи оцінили в $2,6 \pm 0,6$ балів, 1 групи - $2,4 \pm 0,7$; глибоку диспареунію - $3,2 \pm 1,1$ і $4,3 \pm 1,3$ бала відповідно, біль при гінекологічному дослідженні - $5,61 \pm 1,3$ і $5,0 \pm 1,4$ балів. Через 6 місяців показники 1 групи склали $1,9 \pm 0,4$ балів, у жінок 1 групи - $2,0 \pm 0,6$; глибокої диспареунії - $2,8 \pm 0,7$ і $2,6 \pm 0,6$ балів відповідно. Показники болю при гінекологічному дослідженні склали $3 \pm 0,4$ і $3,1 \pm 0,3$ балів відповідно. Побічні ефекти значно відрізнялися між групами: пацієнтки 1 групи скаржились на нерегулярні кров'яністі виділення, пацієнтки 2 групи на нудоту, головний біль, погіршення стану шкіри. Відновлення циклу після відміни лікування у жінок 1 групи відбулося через $1,85 \pm 0,7$ місяця, у жінок 2 групи - $2,9 \pm 0,3$ місяці.

Висновок: Лікування синдрому хронічного тазового болю є однаково ефективним, як при застосуванні дезогестрелу так і діеногесту. Дезогестрел має менший спектр побічних дій, після його застосування відновлення циклу відбувалося швидше.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНИХ ШАПЕРОНІВ ТА АНТИТІЛ ДО НИХ У РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ

Мартич А.М.

Наукові керівники: д.м.н. проф. Макаренко М.В., к.м.н. доц. Говсеев Д.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти

Актуальність: Hsp60 - один із перших білків, що синтезуються під час ембріогенезу і є необхідним для розвитку ембріону. Hsp60 у підвищеній кількості виявляється на ранніх стадіях вагітності (7-11 тижень) у материнській плаценті і може представляти потенційну мішень для перехресно-реагуючих антитіл проти мікробного Hsp60, а також лімфоцитів, сенсibiliзованих мікробним Hsp60, що може призводити до імунного відторгнення ембріону.

Мета роботи: Визначення діагностичної значимості показника рівнів анти-Hsp60 антитіл та їх імунореак-

тивність проти рекомбінантного білка Hsp60 людини та на основі цих даних прогнозування порушень репродуктивної функції у жінок, та створення діагностичному визначення розвитку ризику патології вагітності внаслідок аутоімунної агресії, спричиненої шаперонином Hsp60 і антитілами проти нього.

Матеріали та методи: 72 вагітним було проведено лабораторні та інструментальні дослідження, серед них 20 вагітних без соматичної патології і нормальним перебігом вагітності (контрольна група), та 52 вагітні без соматичної патології, з ускладненим перебігом вагітності (основна група).

Ми вивчали можливу імунореактивність сироваток вагітних проти рекомбінантного білку Hsp60 людини за допомогою імуноферментного методу та Вестерн-блот аналізу.

Результати дослідження: За допомогою імуноферментного аналізу ми визначили, що титр антитіл у контрольній групі складає в середньому 0.189 од.опт.щільн., а у основній в середньому 0.328 од.опт.щільн.

За допомогою вестерн-блот аналізу було визначено, що імунореактивність антитіл до Hsp60 у контрольній групі становить 20%, у основній групі - 60%.

Висновок: Не має сумніву, що антитіла до рекомбінантного білку Hsp60 людини мають суттєвий вплив на перебіг вагітності та на вагітність як таку.

Дослідження як рівнів, так і біологічної активності анти-Hsp60 аутоантитіл, що є важливою функціональною частиною репертуару природних антитіл, може бути підґрунтям для розробки прогностичного діагностичному перебігу вагітності жінки.

РОЛЬ КАЛЬЦІУ В РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ ДИСМНОРЕЇ У МОЛОДИХ ЖІНОК

Євтушок В.Б. / YevtushokV.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Н.Г.Скрятіна
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра Акушерства і гінекології №2

Актуальність. Первинна дисменорея – циклічний патологічний процес, який супроводжується больовими відчуттями внизу живота під час менструації при відсутності патологічних змін з боку статевих органів. Для виникнення больового відчуття необхідно подразнення нервових закінчень біологічно активними речовинами (БАР), головним чином, з групи кінінів, простагландинів і іонами Ca^{2+} і K^+ , які в нормі знаходяться всередині клітин. Під час менструації порушується проникливість клітин, і БАР виходять в позаклітинний простір. Збільшення їх рівня в крові обумовлює підвищення скоротливої діяльності матки, сприяє спазму судин і локальної ішемії. Порушення гемодинаміки в області малого тазу у вигляді гіпертензії, спазму судин і/або тривалої вазодилатації і венозної застою сприяють гіпоксії клітин. Накопичення альгогенних речовин веде до подразнення нервових закінчень і виникнення болю. Підвищення рівня вільного кальцію стимулює викид

простагландинів, які сприяють скороченню м'язів матки, що додатково обумовлює больовий синдром.

Мета дослідження. Оцінити рівень кальцію (Ca^{2+}) в крові у молодих жінок при первинній дисменореї з різним ступенем больового синдрому.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 19 жінок з первинною дисменореєю віком 17-19 років. Критерії включення: наявність больового синдрому під час менструації, відсутність патології статевих органів. Критерії виключення: наявність патології статевих органів, щитоподібної та парашитоподібної залози, захворювання нирок, прийом препаратів кальція. Контрольну групу склали 10 здорових жінок того ж віку. Крім загально-клінічних методів обстеження, всім пацієнткам проводили ультразвуковедослідження (УЗД) органів малого тазу, фолікулометрію, аналіз тестів функціональної діагностики за результатами базальної температури і кольпоцитології. Рівень кальцію в крові визначали в преовуляторний період і в перший день менструації за допомогою колориметричного аналізу. Оцінку виразності больових відчуттів проводили за візуально-аналоговою шкалою (VAS) з градуюванням від 0 до 10: слабкий біль (1-4 бали), помірний біль (5-6 балів), сильний біль (7-10 балів).

Результати дослідження. Середній вік настання менархе становив $11,9 \pm 1,5$ років в основній групі і $11,5 \pm 1,8$ років в контрольній групі. У 14 (73,7%) жінок основної групи відмічали появу больового синдрому під час мен-

струації через 4-6 місяців після менархе, у 5 (26,3%) – через 1-1,5 роки. Результати клінічного та інструментального обстеження дозволили підтвердити діагноз первинної дисменореї у пацієток основної групи.

За бальною оцінкою у 13 (68,4%) жінок діагностовано слабкий біль, у 6 (31,6%) – помірний біль. Встановлено, що в преовуляторний період показники рівня кальція в крові суттєво не відрізнялись у жінок основної ($2,187 \pm 0,013$ ммоль/л) і контрольної ($2,162 \pm 0,013$ ммоль/л) груп, $p > 0,05$. В перший день менструації рівень кальція в крові пацієток основної групи був достовірно вищий $2,453 \pm 0,013$ ммоль/л в порівнянні з жінками контрольної групи – $2,178 \pm 0,013$ ммоль/л ($p < 0,05$). Аналіз рівня кальцію у жінок основної групи, проведений з врахуванням виразності больового синдрому показав, достовірно підвищення рівня кальція у пацієток із помірним болем – $2,487 \pm 0,021$ ммоль/л, порівняно з жінками із слабким болем – $2,398 \pm 0,013$ ммоль/л ($p < 0,05$). Кореляційний аналіз між виразністю больового синдрому і вмісту кальція в крові показав, що між ними існує залежність з коефіцієнтом кореляції $r = 0,56$, яка відповідає середній силі прямого зв'язку.

Висновки. Таким чином, у молодих жінок підвищення рівня кальцію в крові під час менструації можна розглядати як патогенетичний механізм розвитку больового синдрому при первинній дисменореї. Ступінь виразності больового синдрому залежить від рівня збільшення вмісту кальцію в крові.

Секція

ІНОЗЕМНІ МОВИ / FOREIGN LANGUAGES

HEALTH IMPACT OF PORTABLE DEVICES

Vladyslav V. Zvol

*National O.O. Bohomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine*

*Scientific supervisor: O.M. Demydovych,
Senior teacher, PhD in Pedagogics,
Department of Foreign Languages*

*National O.O. Bohomolets Medical University,
Kyiv, Ukraine*

Cell phones have become a necessity for many people throughout the world. The ability to keep in touch with family, business associates, and access to email are only a few of the reasons for the increasing importance of cell phones. Today's technically advanced cell phones are capable of not only receiving and placing phone calls, but storing data, taking pictures, and can even be used as walkie-talkies, to name just a few of the available options. There are over 6 billion cell phone users in the world, that is why it is extremely important to know how cell phones affect human body. The research was conducted as for

general impacts as headache and eyesight disorders as well for more specific ones: bone deformities, posture changes and others.

The objective was to study the humans' awareness about the health impact of portable devices and to give essential recommendations for cell users. Polls, analytics, forecasting, observation, calculations were used in the research.

Three hundred and fifty people have participated in the study. The biggest age group is 18-25 years old. Female part constitutes 68%. More than 3-5 hours per day are spent on interaction with the portable devices, usually for calls, social networking and media consumption. About 23% of users suffer from headache related to cellphone usage, 65% of them have eyesight disorders, 15% have hearing disorders, 21% have bone deformities, and 44% have posture changes. Sleep disorders are noticed by 23% of people. About 39% of users can't spend a day without their cell phones.

It is obvious that the number of the disorders will only grow unless changes will be undertaken. For that sole purpose, the set of recommendations was developed. It says

that people should use their time wisely, hold their phones appropriately, clean the phones with sterilizers twice a day, always have a distance between the ear and phone's speaker during a call, use regular headphones, be mindful about the posture, and give the eyes a rest.

**ELECTROPHYSIOLOGICAL FEATURES
OF PERIPHERAL NERVES REGENERATION
AFTER HIGH-FREQUENCY ELECTROSURGICAL
WELDING USING DIRECT STIMULATION
ELECTRONEUROMYOGRAPHY INDICATORS**

Lesia Turuk

Tutors: Vitaliy Molotkovets, MD, assistant of neurosurgery department; Vitaliy Tsymbaliuk, professor, head of neurosurgery department; Inna Palamarenko, associate professor of foreign languages department

National O. Bohomolets Medical University, Neurosurgery department

Introduction Almost 75% of patients become disabled after injuries of peripheral nerves because of limited reduction potential of the peripheral nervous system. Neurorrhaphy is still “a gold standard” in the field of reconstructive neurosurgery. But exploring the new methods is an important and actual area for the scientists. Application of HFEW to restore epineurium of injured nerve stems leads to protein denaturation during damaged tissue elimination and results in soft scar tissue formation at damage site.

Aim To compare the efficacy of sciatic nerves regeneration following HFEW and the end-to-end neurorrhaphy at 3 and 5 months with control indicators using direct stimulation electromyoneurography (DSEMNG).

Materials & methods An experiment was carried out on adult male outbred rats ($n=30$) weighing from 350 to 400g (according to Directive 2010/63/EU of the European

Parliament and of the Council on the Protection of Animals Used for Scientific Purposes). All rats were equally divided into 2 groups: 1— with HFEW; 2 – with end-to-end neurorrhaphy (left sciatic nerve surgery was performed in both groups); each group included 2 subgroups as DSEMNG was performed 3 and 5 months after the surgery using Neurosoft dual channel EMG machine. Control was DSEMNG indicators of opposite intact nerve. HFEW was performed by means of EKVZ-300 (PATONMED) in an automatic welding mode. M-response amplitude (MRA), M-response latency and motor conduction velocity (MCV) were registered with a needle electrode. Data analysis was performed using the software SPSS 17.0 for Windows.

Results MRA of intact nerve was $20,45 \pm 2,67$ mV, motor conduction velocity – $25,91 \pm 2,02$ mm/ms. Following HFEW, MRA became $6,96 \pm 1,74$ mV at 3 months $18,20 \pm 3,73$ mV at 5 months; following neurorrhaphy, MRA was $8,25 \pm 1,9$ mV at 3 months and $9,57 \pm 0,97$ mV at 5 months. Following HFEW, MCV was $17,14 \pm 4$ mm/ms at 3 months, $23,68 \pm 2,43$ mm/ms at 5 months and following neurorrhaphy – $21,23 \pm 4,61$ mm/ms and $24,3 \pm 2,23$ mm/ms at 3 and 5 months respectively. Following HFEW, MRA increased 47,42%, and MCV decreased 2,61% comparing to neurorrhaphy.

Conclusion According to Mann — Whitney criterion, the difference between MRA in both groups at 3 months and control is significant (34% and 40% of control ones respectively). MCV at 5 months demonstrates almost complete regeneration of nerve fibers in both groups (89% and 91,4% of control ones respectively), because according to Mann — Whitney criterion, the difference of MCV between group 1 and control and between groups 1 and 2 is insignificant ($p>0,05$). Practically similar degree of sciatic nerves regeneration following the end-to-end neurorrhaphy and HFEW confirms the prospective implementation of the last one in the field of reconstructive neurosurgery.

**СЕМІНАР, ПРИСВЯЧЕНИЙ ВСЕСВІТНЬОМУ
ДНЮ ЗДОРОВ'Я 2017**

6–7 квітня 2017 р., м. Київ

КОРРЕКЦІЯ ПРОЯВЛЕНЬ АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦІЕНТОВ С АРТЕРІАЛЬНОЮ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНИМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аль-Травнех Е.В., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский
университет,
г. Харьков, Украина

Цель – оценка эффективности использования препарата из группы анксиолитиков – мебикар в терапии астено-невротического синдрома у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента с АГ II стадии и 2-й степени с СД 2 типа, которые предъявляли жалобы на повышенную раздражительность, тревожность, слабость, бессонницу, снижение внимания и трудоспособности. Средний возраст пациентов составил (48,4±5,2) года. Контрольная группа (n=20) была сопоставима по возрасту и полу. Изучали показатели углеводного обмена: глюкоза крови натощак (ГКН), гликозилированный гемоглобин (HbA1c), индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR); показатели липидного профиля: холестерин липопротеиды низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеиды высокой плотности (ХСЛПВП). Оценивали субъективные изменения в состоянии пациентов при помощи опросника оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.). В зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на группы: 1-я группа пациентов (n=25) получала базисную антигипертензивную терапию согласно протоколам оказания помощи Европейского общества по АГ (ESH, 2013) и метформин в дозировке 2000 мг в сутки; 2-я группа (n=29), дополнительно получала мебикар 1500 мг в сутки. Мониторинг пациентов проводился на протяжении 12-ти недель. Статистический анализ был выполнен с использованием программы Statistica.

Результаты. У пациентов 1-й и 2-й групп показатели НОМА-IR, ГКН и HbA1c были статистически значимо ниже в сравнении с группой контроля (p<0,05). Уровни ОХ и ХСЛПНП у пациентов после лечения были достоверно ниже в сравнении с группой контроля (p<0,05), а уровень ХСЛПВП повысился (p<0,05). У всех обследованных пациентов установлено статистически значимое уменьшение систолического давления (164,6±5,8) мм рт. ст., после лечения (146,4±4,2) мм рт. ст., p<0,05) и диастолического давления ((96,2±3,2) мм рт. ст., после лечения (88,6±2,3) мм рт. ст., p<0,05).

При рассмотрении результатов опросника оценки невротических состояний установлено, что достоверное снижение показателей было у пациентов 2-й гр. после лечения (p<0,05), тогда как показатели 1-й гр. после лечения не достигли статистически значимых изменений. Так по шкале тревоги показатели 2-й гр. снизились на 50%; по шкале невротической депрессии на 54,4%, по шкале астении на 45,5%; по шкале истерического типа реагирования на 60,6%; по шкале обсессивно-фобических нарушений на 46,3% и по шкале вегетативных нарушений на 63%.

Выводы. У пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа назначение мебикара в дозировке 1500 мг в сутки, способствовало значительному снижению проявлений астено-невротического синдрома, что проявлялось снижением уровня тревожности и раздражительности, нормализацией сна и повышением трудоспособности.

РЕГУЛЯРНІ НОРМОВАНІ ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕПРЕСІЇ / NORMALISED REGULAR EXERCISES FOR PREVENTION OF DEPRESSION

Бурий М. / Buriy N.

Науковий керівник: д.філос.н. І.В. Васильєва
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
(зав. каф. філософії та соціології:
проф. І.В. Васильєва)
м.Київ, Україна

Актуальність. Загальновідомо, що процеси, які відбуваються в організмі під час і після нормованого фізичного навантаження покращують здоров'я людини. Постає закономірне питання про можливість уникнення депресії чи депресивних станів у результаті регулярного заняття спортом.

Мета роботи полягає в аналізі можливості профілактики депресії в результаті регулярного виконання нормованих фізичних навантажень.

Методи дослідження: спостереження, опитування, аналітичний тощо.

Отримані результати. Нами було проведено інтернет опитування двох соціальних груп (спортсменів – 1003 особи та студентів НМУ імені О.О. Богомольця – 382 особи) на предмет кореляції між емоційним станом і фізичним навантаженням людини. Після обробки матеріалів опитування, було встановлено, що серед спортсменів: майже ніколи не страждають на депресію – 31,8%, перебувають в легкому депресивному стані один-два рази на рік – 18,4%, декілька разів на рік – 17,6%, кожен місяць – 13,7%, кожен тиждень – 8,1%, утрималися від відповіді – 10,4%. Щодо результатів людей, котрі не мають регулярного фізичного навантаження: майже ніколи не страждають на депресію – 19,1%, перебувають в легкому депресивному стані один-два рази на рік – 15,7%, декілька разів на рік – 19,1%, кожен місяць – 19,9%, кожен тиждень – 14,7%, утрималися від відповіді – 11,5%. Регулярні нормовані фізичні навантаження мають великі можливості для корекції здоров'я людини. Спортивні напрямки, варіативність вправ спрощують добір навантаження відповідно до індивідуальних запитів, зокрема з метою покращення емоційного стану. Дану взаємозалежність можна пояснити певними факторами: виробкою після фізичного навантаження ендорфіну, відновленням балансу між серотоніном і норадреналіном в нервовій системі, покращенням кровопостачання головного мозку, виділенням тестостерону (у чоловіків). Як наслідок підвищується само-

оцінка, впевненість у своїх силах, покращується сон та настрої, людина стає більш енергійною і бадьорою.

Висновок. Таким чином, опитування підтвердило, що регулярне фізичне навантаження має певний вплив на емоційне здоров'я людини і може успішно бути застосоване з метою профілактики депресії.

Conclusion. Thus, the survey confirmed that regular physical activity has some impact on emotional health and can successfully be used to prevent depression.

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

THE BURNOUT OF MEDICAL STUDENTS

Витищенко А. С. / A. Vytyshchenko

*Науковий керівник: д. мед. н., проф.,
Заслужений діяч науки та техніки України,
завідувач кафедри психіатрії та наркології НМУ
імені О. О. Богомольця Напрєснюк О.К.*

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра психіатрії та наркології
м. Київ, Україна*

Актуальність. Навчання в медичному ВНЗ є одним з найскладніших у порівнянні з опануванням інших професій, що нерідко спричинює тимчасові та навіть стійкі вичерпання фізичних та душевних сил студентів-медиків. Не кожен з них може розпізнати початок цієї проблеми та вчасно її зупинити.

Мета. Оцінити ступінь прояву та динаміку синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у студентів-медиків відповідно до кожного з курсів навчання.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 679 студентів НМУ імені О.О. Богомольця. Клініко-психопатологічний і клініко-анамнестичний методи, які були доповнені методикою діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка, віком 17-24 роки. Першу групу склали студенти 1-го курсу, загальна кількість яких в опитуванні налічувала 138 (20,5 %) всіх обстежених; друга група – студенти 2 курсу – 133 (19,8%); третя група – студенти 3 курсу – 103 (15,6 %); четверту групу склали студенти 4 курсу – 92 (13,7 %); у п'яту групу було включено анкети п'ятикурсників у кількості 89 (13,5 %); в шосту групу увійшли студенти 6 курсу – 115 (17,1 %) досліджених.

Результати дослідження. Проведене дослідження показало епізодичне виникнення проявів СЕВ у всіх респондентів. Стійкі відповідні зміни виявлено в 3,1% з них. Найбільше число студентів із проявами СЕВ мають сформовану тільки другу фазу (резистенції) даного порушення – 82,9% опитуваних із СЕВ, сюди відносяться обстежені 1-5 груп. Натомість у студентів-випусників (шоста група) спостерігаються всі три фази СЕВ (напруження, резистенції та виснаження), при цьому остання фаза була виявлена в 17,1% з них.

Висновки. Проведене дослідження показало підтвердження наявності СЕВ у значній кількості студентів-медиків і негативну динаміку цього розладу в процесі навчання.

Це свідчить про доцільність розробки системи профілактичних заходів, задля підвищення толерантності до стресогенних чинників і підвищення духовної витривалості даної категорії населення, а також ранньої діагностики СЕВ, персоналізованої терапії та реабілітації цих осіб.

Summary. This study have showed the presence of burnout in a significant number of medical students and the negative trend of the disorder in the learning process. This demonstrates the importance of developing a system of preventive measures to improve tolerance to stress factors and increased spiritual endurance of the population. And also demonstrates the importance of burnout early diagnosis, personalized treatment and rehabilitation of these persons.

ПОРІВНЯЛЬНА ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ГУМАНІТАРНОГО І ТЕХНІЧНОГО НАПРЯМІВ

COMPARATIVE HYGIENIC ASSESSMENT OF DEPRESSION SPREAD AMONG LIBERAL ARTS AND TECHNICAL SCIENCES STUDENTS

*Гончаренко М.О., Рассолова А.Ю. /
Honcharenko M.O., Rassolova A.Yu.*

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Благая А.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра гігієни та екології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Бардов В.Г.)
м. Київ, Україна*

У світі більше 350 мільйонів людей страждають на депресивні розлади, а за прогнозами ВООЗ до 2020 року депресія вийде на перше місце в світі серед усіх захворювань. Одним з провідних соціальних факторів, що впливають на психоемоційний та психофізичний стан людини, є здобуття вищої освіти. Вибраний профіль навчання є провідним у формуванні умінь, ціннісних орієнтацій і соціальних установок, та має тісний взаємозв'язок та вплив на психічний стан людини.

Мета: Порівняльна гігієнічна оцінка розповсюдженості депресивних станів серед студентів гуманітарного і технічного напрямів.

Матеріали та методи: порівняльний, психодіагностичний, статистичний, гігієнічний. Матеріали – результати анкетування 140 студентів віком 19-22 роки (70 – технічний напрям та 70 – гуманітарний напрям освіти). Використано опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9), розроблений д.м.н. Робертом Л. Спітцером та ін.

Результати: Серед студентів технічного напрямку (Т) отримано наступні показники: мінімальна депресія – 32,86%, легка – 34,29%, помірна – 27,14%, тяжка – 5,71%, вкрай тяжка – 0%. З урахуванням гендерного фактору: мінімальна – 22,86%(ж) і 42,85%(ч), легка – 31,43%(ж) і 37,16%(ч), помірна – 34,28%(ж) і 20%(ч), тяжка – 11,43%(ж) і 0%(ч) (p<0,05).

Серед студентів гуманітарного напрямку (Г): мінімальна – 20%, легка – 41,42%, помірна – 18,57%, тяжка –

11,43%, вкрай тяжка – 8,58%. Гендерний розподіл: мінімальна – 11,43%(ж) і 28,57%(ч), легка – 42,85%(ж) і 40%(ч), помірна – 20%(ж) і 17,14%(ч), тяжка – 11,43%(ж) і 11,43%(ч), вкрай тяжка – 14,28%(ж) і 2,86%(ч) ($p < 0,05$).

Ступінь впливу на соціальну сферу життя: не сильно – 74,28%(Т) і 62,86%(Г), досить сильно – 21,44%(Т) і 18,57%(Г), дуже сильно – 4,28%(Т) і 11,43%(Г), надзвичайно – 0%(Т) і 7,14%(Г).

Займаються спортом у відповідності до виявленого рівня депресії: з мінімальним рівнем – 87%(Т) і 64%(Г), легким – 75%(Т) і 76%(Г), помірним – 68,43%(Т) і 31%(Г), тяжким – 50%(Т) і 38%(Г), вкрай тяжким – 33%(Г).

Висновки: Виявлено статистично значущу відмінність у розповсюдженості та вираженості депресивних станів серед студентів технічного та гуманітарного напрямів навчання. Більш високий рівень депресії був виявлений у студентів гуманітарного напрямку. Серед осіб жіночої статі рівень депресії та її поширеність вища, ніж у чоловіків. Одним з ефективних засобів лікування депресії є заняття спортом, які здатні зменшувати симптоми депресії та знижувати її рівень.

ОЦІНКА РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ В ПАЦІЄНТІВ З ШКІРНИМИ ХВОРОБАМИ

Грбаренко А. В. / А. Нrabarenko

*Науковий керівник: к. мед. н., К. В. Коляденко
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра дерматології та венерології
(зав. каф.: д. мед. н., проф. В.І. Степаненко)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Зовнішній вигляд людини має важливе значення для формування власної самооцінки та підтримання нормального емоційного стану. Шкіра та нервова система людини тісно пов'язані між собою, адже мають спільне ектодермальне походження та регулюються одними й тими самими гормонами. Так відомо, що поганий стан шкіри нерідко стає причиною пригніченого настрою, смутку. Проблеми зі шкірою можуть викликати депресію різного ступеня важкості та навпаки: тривала депресія і негативні емоції можуть стати причиною проблем зі шкірою.

Мета. Визначити частоту та ступінь депресії у пацієнтів з різними хворобами шкіри.

Матеріали і методи. Було проведено опитування 100 пацієнтів (83 жінки та 17 чоловіків різних вікових категорій) із різними шкірними хворобами та визначено рівень депресії за шкалою оцінки депресії Цунга. Опитувальник Цунга був запропонований у 1965 році психіатром Вільямом Цунгом, наразі широко застосовується у світі в різних галузях медицини. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. Опитувальник Цунга складається із 20 питань, на кожне з яких респондент має дати відповідь «ніколи», «іноді», «часто» або «постійно». У результаті обробки даних можна отримати показник рівня депресії в межах від 20 до 80 балів. За допомогою формули підрахунку

суми відповідей визначається рівень депресії (РД) для кожного опитаного. Використана формула:

$РД = \Sigma \text{прямі твердження} + \Sigma \text{зворотні твердження}$,
Де $\Sigma \text{пр}$ – сума цифр до «прямих» тверджень No 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\Sigma \text{зв}$ – сума цифр, «зворотних» до тверджень No 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Результати. За шкалою депресії Цунга, показники опитування коливались в межах від 29 до 72 балів. Серед 100 опитаних пацієнтів 65 мали депресію різних рівнів. З них: 40% (26 осіб) мали легку депресію ситуативного чи невротичного характеру, незначне, але помітне пригнічення настрою; 52,3% (34 особи) – субдепресивний стан або масковану депресію, значне пригнічення настрою; 7,7% (5 осіб) – виразну депресію, сильне пригнічення настрою. Найбільша кількість пацієнтів (у відсотках по відношенню до інших груп) з виразною депресією спостерігалась в хворих із алопецією та демодекозом. Велика кількість пацієнтів із субдепресивним станом або з маскованою депресією спостерігалась серед осіб із псоріазом та екземою. Найбільша кількість пацієнтів з легкою формою депресії або ж без неї спостерігалась у груп з оперізуючим герпесом, папіломатозом, атопічним дерматитом та акне. З трьох пацієнтів, котрі мали одночасно декілька хвороб, двоє мали виразну депресію (один пацієнт віком 21-30 років, псоріаз, демодекоз та другий – 60 років з алопецією та демодекозом) і один – субдепресивний стан (21-30 років, акне, демодекоз, псоріаз).

Висновки. Тривалі та прогресуючі проблеми зі шкірою можуть викликати в пацієнта відчуття власної неповноцінності, пригнічення настрою, смутку, відчуття власної неспроможності та непривабливості (особливо актуально в жінок), а відтак – зниження самооцінки, виникнення депресії різного ступеня важкості. Тому треба не лише не зволікати із лікуванням шкірних хвороб, але й при цьому звертати увагу на емоційний стан пацієнта, не допускати виникнення або прогресування депресії, підбадьорувати пацієнта.

ПСИХОГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ 2 КУРСУ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

PSYCHOHYGIENIC ASSESSMENT OF DEPRESSION SEVERITY AMONG SECOND YEAR MALE STUDENTS OF NMU

Гринько А.В. / Hrinko A.V.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Благая А.В.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра гігієни та екології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Бардов В.Г.)
м.Київ, Україна*

Наявність депресії серед студентів-медиків може бути обумовлена сукупністю негативних факторів, які супроводжують інтенсивний процес навчання, а саме: постійне перенавантаження, недостатність часу на відпочинок,

погане харчування. Доведено також, що рівень депресії може залежати від такого чинника, як вміст магнію в харчових продуктах. Тому, окрім визначення ступеню депресії, є доцільним з'ясування наявності зв'язку між вмістом магнію і наявністю депресії.

Мета. Психогігієнічна оцінка вираженості депресивних станів серед студентів чоловічої статі 2 курсу НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали і методи. Об'єкти дослідження – студенти віком від 17 до 19 років ($n=30$). Інтернет-опитування та тестування за анкетною, розробленою докторами Робертом Л. Шпітцером, Джанет Б. Вільямс, Куртом Кренке (PHQ-9). Методи: порівняльний, контент-аналізу, медичної статистики, гігієнічний метод.

Результати. В ході проведених досліджень встановлено, що мінімальну депресію за результатами анкетування мають 16,65±6,80%, а за проведеним інтернет-опитуванням – 3,43±3,27% ($p<0,05$); легку депресію мають 53,3±9,10% та 22,3±7,7% відповідно ($p<0,05$); помірну депресію – 10±5,4% анкетованих і 50,2±9,12% інтернет-опитаних ($p<0,05$); важка депресія спостерігається у 20±7,3% та 16,65±6,8% відповідно ($p<0,05$); дуже важка депресія – не була встановлена в анкетованих, але була виявлена у 6,66±4,5% інтернет-опитаних. Крім того, у студентів чоловічої статі, за даними дослідження і відповідними критеріями в анкеті, не відмічається вкрай важких депресивних розладів. Було визначено, що 20±7,3% студентів вживають продукти, багаті на вміст магнію, один раз на тиждень, 30±8,3% – два-три рази на тиждень, 43,3±9,04% – майже щодня, 6,67±4,5% – ніколи. Встановлено, що серед студентів, які вживають продукти, багаті на вміст магнію, двічі-тричі на тиждень та майже щодня, найменше мають тяжку і помірну депресію.

Висновок. Таким чином, за результатами дослідження можна припустити, що більшість анкетованих мають легку депресію, а інтернет-опитаних – помірну. Різниця цих груп має статистичне достовірність, похибка не більше 5% ($p<0,05$). Також встановлено зв'язок між станом і споживанням магнію, тобто переважна більшість людей з явною депресією, вживали магній в меншій кількості, в порівнянні з іншими.

ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН СУЧАСНОГО СТУДЕНТА, ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ

DEPRESSION OF MODERN STUDENT, THE CAUSES AND CONSEQUENCES

Дитко Р. / Dytko R.

Науковий керівник: к.ф.н. О. В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

(зав.каф. філософії та соціології:

д.ф.н. І.В. Васильєва)

м. Київ, Україна

Депресія – неналагоджена робота психіки людини, передумовою чого постало порушення афекту, тобто втрата зовнішніх виражень та внутрішніх переживань настроя.

Мета: дослідити деякі причини виникнення депресії та її наслідки.

Матеріали та методи. Проведено анкетування з приводу факторів, що призводять до виникнення депресії серед студентів 1 курсу НМУ Богомольця.

Результати. Соціально-вразлива група населення – молодь, зокрема, студентство. Розуміння того, що дедалі важче стає задовольняти свої потреби у повноцінному відпочинку, підвищенні здатності до навчання і професійності, розвитку інтелектуального й культурного рівнів, піклування про здоров'я спонукає до впадання в глибоку емоційну кризу. Наявність депресії у молоді призводить до: зниження мотивації до навчання і самовдосконалення, погіршення стану здоров'я, байдужості до оточуючих і подій, уникнення спілкування, зниження стресостійкості та боротьби за власне «Я», зниження моральності та зневіра в сенсі продовження життя.

Депресивні стани виникають на різних етапах студентського життя: від адаптаційного до фінального. Розглянемо детально ці стреси у студентів-першокурсників. Спонукальними причинами стають як зовнішні, так і внутрішні фактори, але ступінь впливу на особистість різна, а отже, і реагування на проблеми та стреси індивідуальне. Стреси, що породжують появу депресії можна розглядати як певний алгоритм: якщо молода особа досить гостро сприймає стресогенну обставину, її переконання формують стратегію вирішення, людина не реагує на другорядні переконання і підсилює вирішення впевненістю, при цьому ймовірність виникнення депресії низька. За появи сумнівів у правильності вирішення проблеми, негативний результат породжує виникнення депресії. Як доводять британські вчені, суть депресії полягає в тому, що причиною захворювань є імунна система людини, що перестає функціонувати у звичному режимі та вносить зміну у відчуття світу та його сприйняття.

Висновки. Уникнення, залежність, пасивна агресія, гістріонізм, нарцистизм – це розлади, які часто зустрічаються серед студентської молоді. На ранній стадії депресії студентам-медикам притаманна більш дизфункціональна стратегія поведінки і особистісні установки.

Summary: Avoidance, dependence, passive aggression, gistrionizm, a description are disorders that often occur among students. The stages of depression in students are directly related to the strategy of behavior and personal setup.

**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА
ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ**

Козут А.О.

Науковий керівник: к.пед.н., ас. Донік О. М.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра організації охорони здоров'я
та соціальної медицини
(зав.каф. – д.мед.н Т.С.Грузєва)
м. Київ, Україна*

Мета дослідження: оцінка динаміки статистичних показників психічного здоров'я населення України за період 2006–2015 рр.

Матеріали й методи дослідження: вивчалися статистичні показники психічного здоров'я населення України за підсумками державних річних звітів державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2006–2015 рр. Для розв'язання поставлених завдань були використані такі методи дослідження як інформаційно-аналітичний, бібліосемантичний, епідеміологічний, медико-статистичний, порівняльного аналізу.

Результати досліджень. Поширеність захворювань на розлади психіки та поведінки з 2006 р. по 2015 р. знизилась на 15,8% (була вищою серед сільських мешканців); первинна **захворюваність** – відповідно на 30,8%. У 2006 році найвищим показник захворюваності був у Житомирській (402,7 на 100 тисяч населення), Київській (357,7), Херсонській (290,4) областях, найнижчі показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2006 році були у Одеській області – 141,1, Закарпатській – 160,0 та м. Києві – 158,1). Регіональні показники захворюваності розладами психіки та поведінки у 2015 році були: найвищі – у Київській (12996,6 на 100 тис. нас.), Харківській (1016,4) та Вінницькій (752,9) областях, найнижчі – у м. Києві (147,3), Івано-Франківській (318,7) та Одеській (331,3) областях. Показник загальної інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки в Україні збільшився на 6,5%. Показник первинної інвалідності за десятирічний період знизився на 10%. Спостерігається загальна тенденція скорочення закладів відповідного профілю. За період 2006–2015 рр. зменшилась кількість: психоневрологічних лікарень на 29,5%, диспансерів – на 20,6%, денних стаціонарів – на 25%. На фоні зменшення забезпеченості населення лікарями-психіатрами та ліжками відповідного профілю середнє число зайнятості ліжка залишилось на тому ж рівні; середнє число перебування хворого на ліжку зменшилось на 2,85%; обіг ліжка зріс на 2%. Лікарняна летальність збільшилась на 9%.

Висновки. На підставі проведеного статистичного аналізу визначені сучасні тенденції змін показників захворюваності, поширеності розладів психіки та поведінки, а також проблеми кластеру організаційних питань психіатричної допомоги в Україні. Стан психічного здоров'я населення України є незадовільним, до того ж існує певний брак як кадрових, так і фінансових ресурсів, відсутня Національна політика щодо охорони психічного здоров'я.

**ПСИХОГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ СЕРЕД СТУДЕНТІВ
ЖІНОЧОЇ СТАТІ 2 КУРСУ НМУ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**PSYCHOHYGIENIC ASSESSMENT
OF DEPRESSION SEVERITY AMONG SECOND
YEAR FEMALE STUDENTS OF NMU**

Кожевнікова К.О./Kozhevnikova K.O.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Благая А.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра гігієни та екології
(зав.каф.: д.мед.н., проф. Бардов В.Г.)
м. Київ, Україна*

Проблема боротьби з депресією є більш актуальною для осіб жіночої статі, оскільки, за статистикою, депресія у жінок зустрічається частіше, ніж у чоловіків. Особливо складна ситуація у студенток медичних ВНЗ: вступ у доросле життя, нові грані відповідальності, навчальне перевантаження і порушення раціону харчування. Доведено також, що вираженість депресивних розладів залежить зокрема від вмісту магнію в споживаних харчових продуктах. Саме тому актуальним є визначення зв'язку між споживанням харчових продуктів з вмістом магнію і рівнем депресії.

Мета. Метою даного дослідження є аналіз вираженості депресивних станів серед студентів жіночої статі НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали і методи. Об'єкти дослідження – студентки віком від 17 до 19 років (n=71). Проведено тестування за анкетною, розробленою д-рами Робертом Л. Шпітцером, Джанет Б. Вільямс, Куртом Кренке (PHQ-9). Також було проведено інтернет-опитування (контент-аналіз). Для обробки результатів дослідження були використані методи медичної статистики.

Результати. За результатами дослідження, $15,49 \pm 4,29\%$ з анкетованих студенток мають депресію мінімального рівня, тоді як за результатами інтернет-опитування (і.-о.) – $2,81 \pm 1,96\%$ ($p < 0,05$). Легку депресію виявлено у $38,02 \pm 5,76\%$ анкетованих і $26,76 \pm 5,25\%$ учасниць і.-о. ($p < 0,05$). Помірна депресія визначена у $30,98 \pm 5,18\%$ за результатами анкетування і $36,6 \pm 5,71\%$ і.-о. ($p < 0,05$). Важка депресія спостерігається у $11,25 \pm 2,38\%$ анкетованих і $12,67 \pm 3,94\%$ і.-о. ($p < 0,05$), дуже важка – у $4,23 \pm 2,38\%$ і $12,67 \pm 3,94\%$ відповідно ($p < 0,05$). Щодо зв'язку між рівнем депресії і кількістю вживаних магнієвмісних продуктів, визначено, що $5,7 \pm 2,77\%$ ніколи не вживають таких продуктів, $35,7 \pm 5,72\%$ вживають їх один раз на тиждень і $35,7 \pm 5,72\%$ – 2-3рази на тиждень, $22,85 \pm 5,01\%$ опитуваних споживають харчові продукти з вмістом магнію майже щодня.

Висновок. Встановлено, що більша частина анкетованих має легку депресію, тоді як більшість опитаних – помірну. Різниця у порівнянні анкетованих з опитуваними має статистичне значення, при рівні похибки не менше 5% ($p < 0,05$). Також встановлена обернена залежність ви-

раженості депресії від споживання продуктів, що містять магній. Серед опитаних осіб з вираженими депресивними станами переважна більшість вживали продукти з магнієм у меншій кількості, порівняно з іншими групами.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЛЮДИНИ ВІД ІНШОЇ ЛЮДИНИ ЯК ОДИН З АСПЕКТІВ ДЕПРЕСІЇ

PERSON'S DEPENDENCE FROM ANOTHER ONE AS AN ASPECT OF DEPRESSION

Кречко Я. В. / Krechko Ya.

Науковий керівник: к.філос.н О.В. Романюк

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*(зав.каф. філософії та соціології:
д.філос.н. І.В. Васильєва)
м.Київ, Україна*

Актуальність. На наш погляд, найскладнішим і непередбачуваним активатором депресії є потреба в іншій людині, яка сягає залежності.

Мета роботи полягає в аналізі залежності людини від іншого, як однієї з причин виникнення депресії.

Методи: опитування, статистичний, спостереження, аналітичний, системний тощо.

Отримані результати. Пілотне дослідження серед студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця шляхом анкетування: 200 анкет (125 – дівчат, 75 – хлопців, що відповідає 100% опитаних). Зазначимо, що 72 % усвідомлювали залежність від іншої людини, 7,5% не відчували, не замислювались над цим 12 %, а ще 8,5% не змогли відповісти. 46% респондентів характеризують залежність, як духовну, ще 40,5%, як економічну, 31,5% як емоційну, 19% фізичну та 14% як інтелектуальну, 13,5% не замислювались над цим питанням і 7,5% вважають, що не мають залежності. Опитувані студенти-медики виділили наступних осіб, до яких відчують почуття залежності: від батьків – 69%, від коханої людини – 51,5%, від друзів – 23,5%, від керівника – 5,5%, від лідера в колективі – 2,0%.

На питання про втрату людини, від якої залежали 52,5% відповіли «так», тобто втрачали, з яких 19% при цій втраті відчували страждання, сум і душевний біль, ще 11,5 % страждали і відчували душевний біль, 9% сумували, 8% відчували спочатку душевний біль, потім полегшення, 5% відчували полегшення. Натомість, 40% не втрачали.

Ми зосередили свою дослідницьку увагу на анкетах 105 респондентів (52,5%), які відповіли «так» на питання про втрату людини, від якої залежали: у 31,5 % дана втрата призвела до апатії, втоми і песимістичного ставлення до майбутнього, у 25% до головного болю і песимістичного ставлення до майбутнього, 17 % відчували апатію та головні болі, 8% болі в шлунку і нудоту, а ще 7 % отримали постійну втому, 6,5% мали головний біль і біль у шлунку – основні ознаки депресії.

Висновки. Конфлікти з людиною, від якої ми емоційно залежимо, або втрата такої людини призводять до депресії.

Conclusions. Conflicts with a person, from which we are emotionally dependent or a loss of such a person lead to depression.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПСИХОЕДУКАЦІЇ НА РІВЕНЬ ГЛІКЕМІЇ ТА ПУЛЬСУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Лагутіна С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Табачников О.Ю.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної і медичної психології
та педагогіки*

*(зав.каф. – д.псих.н., проф. Максименко С.Д.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Проблема депресії є однією з найбільших у сфері охорони здоров'я в світі та в Україні зокрема. Депресія є поширеним захворюванням серед людей, які страждають на цукровий діабет (ЦД) 1 типу. З іншого боку, існують дані щодо впливу психоедукації на рівень депресії у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями.

Мета. Визначити вплив коморбідності артеріальної гіпертензії (АГ) у пацієнтів з ЦД 1 типу на рівень депресії. Перевірити вплив індивідуальної психоедукації на рівень пульсу та глікемії у пацієнтів з ЦД 1 типу у поєднанні з АГ та пацієнтів з ЦД 1 типу без АГ.

Матеріали, методи. Обстежено 50 пацієнтів з ЦД 1 типу та АГ, групу порівняння склали 50 пацієнтів з ЦД 1 типу без АГ, що проходили лікування в клініках Київського міського клінічного ендокринологічного центру. Пацієнти були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання. Використовували шкалу депресії Бека, інструментальне вимірювання рівня глікемії за допомогою глюкометра та вимірювання частоти серцевих скорочень за 1 хвилину.

Результати. Не встановлено значущих відмінностей між показниками за шкалою депресії Бека в основній групі (хворі на ЦД 1 типу та АГ) та у групі порівняння (відповідно, $16,88 \pm 3,40$ та $12,56 \pm 3,95$; $p > 0,05$). На наступному етапі з кожним пацієнтом була проведена індивідуальна двадцятихвилинна психоедукація, пацієнтами були роз'яснені особливості депресії як стану з акцентом на реконструюванні систем когнітивно-поведінкового, метакогнітивного подолання стресу, формуванні динамічних гнучких систем регуляції діяльності, підвищенні флексильності стратегій реагування. При цьому вимірювався рівень глікемії та пульсу до і після психоедукації. В основній групі рівень глікемії знизився на $2,6 \pm 1,83$ ммоль/л, пульс – на $4,28 \pm 3,02$ ударів за хвилину ($p > 0,05$), в групі порівняння рівень глікемії знизився на $1,04 \pm 0,73$ ммоль/л, пульс – на $2,56 \pm 1,81$ ударів за хвилину після проведеної психоедукації хвилину ($p > 0,05$).

Висновки. Коморбідність артеріальної гіпертензії у пацієнтів з ЦД 1 типу не значно впливає на рівень депресії. Вплив індивідуальної психоедукації виявився більш значущим у групі пацієнтів з «ЦД 1 типу та АГ» порівняно з пацієнтами з «ЦД 1 типу без АГ».

ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН, ЩО ВИНИКАЄ У ЗВ'ЯЗКУ ІЗ ДЕНТОФОБІЄЮ

DEPRESSION, ARISING FROM DENTOPHOBIA

Мілещенко А.О./ Mileshchenko A.

Науковий керівник – к.філос.н.,
ст.викл. О.В. Романюк

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
(зав.каф. філософії і соціології, д.філос.н.,
професор І.В. Васильєва)
м. Київ, Україна

Актуальність теми. На сьогоднішній день іатрофобія досить розповсюджене явище. Пацієнти допускають найтяжчі стани своїх захворювань через страх лікування. Страх породжує як паніку, так і депресивний стан.

Мета: виявити взаємозв'язок страху перед лікуванням у лікаря-стоматолога та депресії.

Методи дослідження: опитування, аналітичний та ін.

Результати та їх обговорення. Іатрофобія – це страх, що виникає у пацієнтів перед лікарями та лікуванням. Одним з видів цієї фобії є страх перед лікуванням у лікаря-стоматолога – дентофобія. По-перше, страх перед лікарем зменшує рівень довіри пацієнта до спеціаліста. Так, Ілік Р. Р. зазначає, що пацієнти втрачають довіру до незнайомого лікаря з наступними візитами при найменшому негативному досвіді контакту з ним. Проведене нами пілотне опитування (10 викладачів кафедри філософії та соціології НМУ імені О.О. Богомольця, 10 студентів стомат.факультету 2 курсу та 10 пересічних громадян – контрольної групи) показало, що: 98% респондентів впадають у депресивний стан. Серед причин опанті виділили наступні: 1) 90% попередній власний негативний досвід; 2) 67% страх нав'язаний ЗМІ чи досвідом інших; 3) 10% рівень стресу (страху) зростає з часом очікування; 4) 94,05% страх фінансових витрат; 5) 52% невідомий спеціаліст; 6) 78% страх ятрогенії; 7) 10% відчуття втрати контролю над ситуацією.

По-друге, виходячи з теорії Е. Холла, у кожної людини можна виділити 4 просторові зони: 1) інтимна (15-46 см); 2) особиста (46-120 см); 3) соціальна (120-360 см); 4) публічна (>360см). Стоматолог, виконуючи роботу, втручається в інтимну зону пацієнта, тобто в простір цілковитої довіри. При такому втручанні люди починають відчувати занепокоєння і втрату контролю над ситуацією на підсвідомому рівні, а від так тривале погіршення настрою – депресію

По-третє, Мішуніна Ю.В., Назарова Н.А. та інші зауважують, що частота випадків тахікардії перед лікуванням у стоматолога більша у груп жінок та чоловіків віком до 20 років (80% та 70% відповідно), а в чоловічій групі >60 років частота зменшується до 25%, у жінок – до 50%. Отже, цей стресовий чинник спричинює зміни серцевого ритму і може спонукати депресивний стан.

Висновки. У рамках даного дослідження нами виявлено три причини взаємозв'язку депресивного стану в наслідок дентофобії.

Summary. In this study we found three reasons for the interconnection of depression as a result of dentophobia.

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Нестерук М. Ю. Nesteruk M. Y.

Науковий керівник: к.мед.н. Бурса А. І.

Національний медичний університет імені О.О.
Богомольця
Кафедра психіатрії і наркології
(зав. каф.: д. мед. н, проф. Напрєєнко О. К.)
м. Київ, Україна

Актуальність: У сучасній медичній практиці проблема депресій перестала бути прерогативою лише психіатричного профілю. Депресивні розлади тісно пов'язані з серцево-судинною патологією, а особливо, з ішемічною хворобою серця (ІХС), яка на сьогодні посідає І місце серед смертності населення як в Україні, так і в усьому світі.

Мета: Встановлення взаємозв'язку між частотою депресивних розладів різного ступеня важкості та різними формами ІХС.

Матеріали: У дослідженні взяли участь 42 пацієнти І-го інфарктного відділення Олександрівської клінічної лікарні міста Києва. Сформовано 3 групи досліджуваних:

1. ІХС: Нестабільна стенокардія;
2. ІХС: Гострий інфаркт міокарда (ІМ);
3. ІХС: Постінфарктний кардіосклероз.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю за критеріями МКХ-10), патопсихологічний (визначення та оцінка вираженості депресивних розладів за шкалою Гамільтона (HDRS)).

Результати дослідження: За даними дослідження у 29 пацієнтів (69%) виявлені депресивні розлади, з них у 18 (42,8%) виявлені ознаки легкого і у 11 (26,2%) – середнього ступеня важкості. Серед досліджуваних найбільш поширеними симптомами були ознаки соматичної тривоги (83,4%), порушення сну (76,2%), загальна слабкість (71,4%), зниження маси тіла (66,7%). Ознаки тривожно-депресивних станів були особливо виражені у досліджуваних 3 групи (78,5%), з них у 7 (50%) людей виявлено легкий та у 4 (28,5%) – середній ступінь важкості. У пацієнтів 2 групи депресія виявлена у 71,4%, з них, на відміну від обстежуваних 3 групи, переважали хворі з середнім ступенем важкості – 6 осіб (42,8%).

Найменша кількість розладів була у обстежуваних 1 групи – 57,1%, з яких 50% – депресія легкого ступеня.

Висновки:

- 1) Хворі ІХС мають схильність до депресій (69%).
- 2) Найбільша частота депресивних розладів (78,5%) – у пацієнтів з постінфарктними рубцевими змінами.
- 3) Серед хворих з ІМ у структурі депресивних розладів переважають особи з середнім ступенем важкості, що може свідчити про значний вплив такого стресового чинника як ІМ на психіку хворих. Така група пацієнтів потребує найбільшої уваги, так як депресія сприяє розвитку серцевих ускладнень після перенесеного ІМ і, таким чином, подовжує час перебування хворого в стаціонарі.

РОЛЬ ПРОБІОТИКІВ В КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

THE ROLE OF PROBIOTICS IN DEPRESSIVE DISORDER'S CORECTION

Новосколькоєв А.К. / Novoskoltcev A.

Науковий керівник: к.м.н., Пашевін Д.В.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра патофізіології

(зав.каф.: д.мед.н., проф. Кришталь М.В.)

м. Київ, Україна

Актуальність теми: За даними ВООЗ клінічна депресія (major depression disorder, MDD) є основною причиною стійкої втрати працездатності серед всіх поведінкових і психічних розладів. У світі більше 300 млн людей страждають на MDD, в Україні її поширеність складає 74 на 100 тис населення. Дані останніх досліджень свідчать, що зміни кишкової мікробіоти асоційовані з підвищеним ризиком розвитку клінічної депресії, зумовлені порушенням функціонування вісі кишківник-головний мозок (gut-brain axis).

Мета: визначити вплив пробіотиків на перебіг депресивних розладів.

Матеріали і методи: проведено аналіз літературних джерел наукометричної медичної бази даних PubMed за період 2010-2017, з використанням 53 наукових статей.

Результати: Розвиток депресивних розладів пов'язаний зі змінами трьох бактеріальних генерацій мікробіоти кишківника: *Sorogococcus*, *Pseudobutyrvibrio* та *Dorea*. На тваринних моделях також доведено значення *Trichuris muris*, *Campylobacter jejuni* та *Campylobacter rodentium* в розвитку тривожних та депресивних станів. Вказані мікроорганізми збільшують вироблення прозапальних цитокінів, зокрема *INF-gamma*, *IL-1*, *IL-6*, пригнічують утворення серотоніну в кишковоку, а також знижують активність нейротрофічного фактору мозку (BDNF), порушуючи gut-brain axis. Застосування пробіотиків виявилось ефективним у корекції депресивних, тривожних та стресових розладів. У подвійно сліпих плацебо-контрольованих рандомізованих дослідженнях, в яких приймали участь особи з депресивними розладами (Messaoudi et al, Mohammadi et al.), спостерігалось істотне ($p = 0.005$) покращення симптомів MDD за шкалою тривоги і депресії (HAD scale) після застосування пробіотиків на основі *Lactobacillus helveticus*, *rhamnosus*, *farctiminis* і *Bifidobacterium longum*.

Висновки: Модуляція кишкової мікробіоти може забезпечити нову терапевтичну мішень для профілактики та лікування тривоги та депресії. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення механізмів анксиолітичної та антидепресивної дії пробіотиків з метою впровадження їх в клінічну практику.

Summary: Modulation of intestinal microbiota may provide a new therapeutic target for the prevention and treatment of anxiety and depression. Further researches should be aimed at studying mechanisms of anxiolytic and antidepressant action of probiotics to implement in clinical practice.

ВИРАЖЕНІСТЬ ДЕПРЕСІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ТА ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Павлів В.О., Квачук І.В.

Науковий керівник: к.м.н., ас. Антоненко К. В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра неврології (

зав. каф.: д.м.н., проф. Соколова Л.І.)

м. Київ, Україна

Актуальність. Депресія є однією з частих проблем пацієнтів із гострим інсультом. За даними популяційних досліджень, поширеність післяінсультної депресії (ПД) становить 20–65%, залежно від методів оцінки та критеріїв депресії. ПД поглиблює фізичні, психологічні та соціальні розлади після інсульту, заважає участі пацієнта в реабілітації.

Мета: проаналізувати виразність ПД та чинники її розвитку серед пацієнтів з гострим ішемічним та геморагічним інсультами.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 86 пацієнтів (39 чоловіків та 47 жінок) віком від 45 до 88 років (середній вік – $(67 \pm 11,4)$ років) з гострим інсультом на 14-16 добу від моменту розвитку перших симптомів. Локалізацію інсультного вогнища визначали за допомогою МРТ головного мозку. Оцінку тяжкості неврологічного дефіциту проводили за допомогою шкали NIHSS. Для виявлення ПД використовували шкалу Гамільтона (HDRS), післяінсультних когнітивних розладів – шкалу MMSE. Оцінку рівня інвалідації проводили за допомогою шкали mRS. Для порівняння частотних характеристик між групами хворих використовували критерій χ^2 Пірсона. Статистично достовірною вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати. Всіх пацієнтів було розподілено на 2 групи – з ПД (32 хворих) та без депресії (54 хворих). За шкалою HDRS серед пацієнтів з депресією переважав легкий депресивний епізод – у 24 (74,9% хворих), помірний депресивний епізод виявлено – у 6 (18,8% хворих), важкий – у 2 (6,3%) хворих. Встановлено, що ПД була більш виражена у пацієнтів старшого віку, осіб жіночої статі, у самотніх хворих ($p < 0,05$). Статистично достовірних відмінностей щодо факторів ризику інсульту серед пацієнтів обох груп не виявлено. У пацієнтів з ПД частіше виявляли рухові розлади ($p = 0,04$). Ми не виявили достовірного взаємозв'язку між ДП і локалізацією інсультного вогнища, а також характером патологічного процесу серед пацієнтів обох груп. Серед пацієнтів першої групи була більш виражена тяжкість інсульту ($9,53 \pm 3,09$ проти $7,35 \pm 3,44$) та ступінь інвалідації ($2,5 \pm 1,125$ проти $1,7 \pm 1,16$) знижені когнітивні функції ($25,22 \pm 3,87$ проти $27,27 \pm 2,05$), ($p < 0,05$).

Висновки. Депресивні розлади в гострий період інсульту виникали у 37,2% хворих. Тяжкість інсульту, переважно за рахунок рухового дефіциту, ступінь інвалідації та когнітивні розлади впливали на виникнення депресії після інсульту.

ПОЗА МЕЖАМИ БОЛЮ: ВІД АНОМІЇ ДО ЖИТТЯ

Панонько С.В.

Науковий керівник: канд.філос.наук,
доцент Іщук Н.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра філософії та соціології
(зав. каф.: д. філос. наук,
професор І.В. Васильєва)
м. Київ, Україна

Вступ. Одна з найболючіших проблем сучасного суспільства – депресія, яка знебарвлює і нівелює життя мільйонів наших сучасників. Найнебезпечнішим аспектом цього «захворювання» вважають неможливість абсолютного викорінення із соціуму, адже депресивний стан поширюється за принципом ланцюгової реакції, за якої кожна нова ланка тягне за собою наступну. На сьогодні деякі вчені розрізняють три основні види депресій: сезонні, спадкові та набуті, серед яких найнебезпечніші останні. Набуті депресії – спричинені стресогенними ситуаціями, доводять людину не лише до морального і фізичного занепаду, а й до стану «напівсмерті». Філософи стверджують, що причини депресивних станів значно глибші, вкорінені в духовній сфері. Власне, депресія – це гнітючий жаж; неготовність брати відповідальність за власне життя; передчуття поразки перед його проблемами.

Основна частина. Чи не найповніше відчай депресії усвідомлюється, коли звертаєшся до досвіду людей, які її пережили. Такою людиною був Осип Турянський, автобіографічний твір якого «Поza межами болю» описує трагічні події війни 1920 року та пережите ним почуття провини за те, що тільки він один серед друзів залишився живим. Квінтесенцією його переживань можна сформулювати так: «І судилося нам пройти за життя пекло, яке кинуло нас поза межі людського болю – у крашу божевілля і смерті. Бо як посміло життя заблукати в цей цвинтар природи?». Фізичний і духовний злам, справжня особиста трагедія змушує людину почуватися лише неживою оболонкою для свідомості. Кожен хоча б раз відчував подібне, втративши рідну людину чи переживши іншу трагічну ситуацію. В такому стані усвідомлення власного горя призводять до абсолютного виснаження – не свідомого самогубства. Важливо підкреслити, що традиційні методи лікування депресії у подібних випадках – безсилі. Людина зачинається в собі, наче в мушлі, і жодні подразники зовнішнього світу не викликають відповідної реакції. Особливого значення набуває спілкування, що змушує хоча б тимчасово «виходити за власні межі», підтримувати контакт із соціумом. Проте, найважливішим є знаходження мети, яка поступово повертає до життя. Осип Турянський віднайшов мету в своїй сім'ї – дружині та сині. Вони й стали його мотивацією вижити.

Висновки.

Психогенна депресія – реакція людини на стрес, спричинена нагромадженням численних факторів. Це захворювання лікують комплексними методами: медикаментозно, психотерапевтично, зміною середовища. Втім,

основне завдання полягає у забезпеченні самовідновлення особистості та знаходженні смислу життя, нової мети, що спонукає повернутися до життя.

Summary: psychogenic depression is the human response to stress caused by the accumulation of numerous factors. This disease is treated with complex methods: medication, psychotherapy, changing environment, but the main task of these measures is to ensure that the individual self and finding new purpose that leads back to life.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Чижевська О.С., Бурса А.І.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Резюме: В статті проаналізовані клінічні характеристики та взаємозв'язок когнітивної патології та депресивних розладів у пацієнтів молодого віку, що страждають на розсіяний склероз у стадії загострення.

Ключові слова: розсіяний склероз, молодий вік, депресивні розлади, когнітивні порушення.

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) – це хронічне, прогресуюче, запальне нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи. За останні роки відзначена загальносвітова тенденція зростання захворюваності на РС та його поширеності. Сьогодні РС займає провідні позиції в структурі неврологічної патології; середня поширеність РС становить 83 випадки на 100000 населення [1]. За даними ВООЗ, із-поміж усіх неврологічних захворювань, основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку є саме РС. Однією з причин інвалідизації хворих на РС є когнітивні і психічні порушення, які зустрічаються у більшій половині хворих на початкових стадіях захворювання і практично у всіх на пізніх стадіях [2,3]. Відкритим залишається запитання про наявність при РС взаємозв'язку між когнітивними порушеннями і депресивними розладами. Деякі автори стверджують, що у пацієнтів з РС такий взаємозв'язок найбільш виражений при помірній і тяжкій депресії та проявляється переважно порушенням швидкості сенсомоторних реакцій і короткочасної пам'яті [4-10].

Метою роботи є визначення клінічних особливостей депресивних розладів при РС та їх взаємозв'язок з когнітивними порушеннями.

В зв'язку з метою роботи було визначено такі **завдання:**

1. Визначення клінічної характеристики депресивних розладів при РС;
2. Визначення закономірностей клініко-патогенетичного взаємозв'язку депресивних розладів та когнітивних порушень при РС.

Матеріали та методи: У Центрі розсіяного склерозу КМКЛ №4 було обстежено 40 хворих з достовірним діагнозом РС за критеріями МакДональда (2010). Група складала 25 жінок і 15 чоловіків віком від 18 до 45 років (середній вік $32 \pm 3,5$ роки). Усі 40 пацієнтів мали ремітуючий перебіг, період загострення захворювання. У роботі використано клініко-психопатологічні методи досліджен-

ня (клінічне інтерв'ю за критеріями МКХ-10), патопсихологічні методики визначення когнітивної та депресивної патології та статистичну обробку, включаючи виявлення середніх показників та оцінки достовірності за критерієм Стьюдента. Дослідження когнітивних функцій проводилось за методом А.Р. Лурія та таблицями Шульте. Рівень депресивних розладів оцінювався на основі використання Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (0-7 балів – норма, 8-10 балів – субклінічно виражена депресія, 11 і вище – клінічно виражена депресія) та анкети про стан здоров'я (PHQ-9) (0-4 балів – норма, 5-9 балів – легка депресія, 10-14 балів – депресія помірної тяжкості, 15 – 19 балів – депресія середньої тяжкості, 20 – 27 балів – тяжка депресія).

Результати дослідження. Депресивні розлади різного ступеню вираженості виявлено у 35 пацієнтів, що становить 87,5% з-поміж усіх досліджуваних. Серед основних синдромів проявлялись наступні: астено-депресивний (10 пацієнтів, що складало 25%) у формі надмірної збудливості та дратівливості, що змінювались емоційним безсиллям; *депресивно-тужливий* (18 пацієнтів – 45%) у вигляді зниження настрою, пригніченості, відсутності сил, зниження апетиту та закріпів; депресивно-фобічний (12 пацієнтів – 30%) – нозофобії або страху перед функціональними порушеннями ходи.

Згідно HADS, у 5 пацієнтів (12,5%) були відсутні симптоми депресії, у 9 (22,5%) – субклінічно виражена депресія, у 26 (65%) – клінічно виражена депресія. Щодо PHQ-9, у 5 пацієнтів спостерігалась легка депресія, у 4 – помірна, у 9 – помірно тяжка, у 17 – тяжка.

На момент дослідження 50% хворих скаржились на зниження пам'яті, уваги, швидку втомлюваність. Результати аналізу показників пам'яті за методом Лурія у пацієнтів з РС наступні: порушення короточасної та довготривалої пам'яті виявлено в 25 % 10 осіб (з них у 8 пацієнтів тяжка депресія, у 2 – помірно тяжка).

При вимірюванні швидкості відшукування чисел за таблицями Шульте серед хворих на РС 10 пацієнтів (25%) витрачали на пошук чисел в окремих таблицях на 1-му етапі більше 1 хвилини. На всіх етапах дослідження виявлені достовірні ($p < 0,05$) розходження в показниках швидкості відшукування чисел. Відшукування чисел із переключенням уваги (3-й етап) викликало у 12 хворих на РС (що складало 30 %) значні утруднення, що проявлялося як у подовженні часових параметрів, так і в різних порядках чергування чисел: часта зміна та встановлення свого порядку чергування, ігнорування, диференціювання кольірних подразників. Більше помилок при виконанні завдань робили хворі на РС з тяжкою та помірно тяжкою депресією, порівняно з пацієнтами, у яких була помірна, легка або відсутня депресія ($p < 0,05$).

Отже, серед хворих на РС, за даними дослідження швидкості сенсомоторних реакцій, у 30% (12 осіб, серед них 10 мали тяжку депресію, 2 – помірно тяжку) пацієнтів відзначалося подовження часу, необхідного для переключення уваги (за таблицями Шульте). Зниження всіх тимчасових параметрів активної уваги свідчить про уповільнення рухливості та нестійкості нервових і психічних процесів.

Висновки

1. На основі проведених досліджень встановлено, що депресивні розлади зустрічаються у 87,5% пацієнтів з РС.

2. Виявлений достовірне співвідношення між глибиною депресивних розладів та вираженістю когнітивних порушень у хворих на РС.

3. Вчасне виявлення і фармакологічна корекція депресивних розладів при РС має особливе значення, адже вони можуть суттєво впливати на перебіг захворювання, якість життя пацієнтів та соціальну адаптацію.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

Чижевская О.С., Бурса А.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Резюме: В статье проанализированы клинические характеристики и взаимосвязь когнитивной патологии и депрессивных расстройств у пациентов молодого возраста, страдающих рассеянным склерозом в стадии обострения.

Ключевые слова: рассеянный склероз, молодой возраст, депрессивные расстройства, когнитивные нарушения.

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND DEPRESSIVE DISORDERS INPATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Chizhevskaya O.S., Bursa A.I.

National Medical University O.O.Bohomolets

Summary: In this article analyzed clinical characteristics and interconnection of cognitive impairment and depressive disorders in young age patients, with exacerbation of multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, young age, depressive disorders, cognitive impairment.

ДЕПРЕСИЯ В РИЗНИХ СОЦИАЛЬНЫХ КЛАСАХ DEPRESSION IN DIFFERENT SOCIAL CLASSES

Шугалеев Я.С. / Shugaleev Y.S.

Науковий керівник: к.філос.н. О.В. Романюк

Лицей політики, економіки, права та іноземних мов

(зав.каф.гуманітарних наук: Н.В. Сергєєва)

м. Київ, Україна

Актуальність теми. Існує стереотип що малозабезпеченому живеться гірше ніж заможному, тому і депресія більш поширена серед збіднілого населення. На наш погляд, актуальним є дослідження депресії в різних соціальних класах.

Мета роботи полягає в порівняльному аналізі деяких аспектів депресії в різних соціальних класах.

Методи дослідження: статистичний, опитування, системний, аналітичний.

Отримані результати. З ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO) вчені провели опитування близько 90 тис. мешканців 18 країн з різним рівнем життя. Питання, що ставилися, стосувалися таких симптомів депресії, як смуток і невдоволення життям. Дослідження показали, що депресія однаково поширена як серед бідного, так і серед багатого населення, незалежно від статі, віку та соціального статусу. Було встановлено, що в країнах з відносно високим рівнем доходів симптоми депресивного розладу спостерігаються у 28% населення, а в країнах із середнім і низьким рівнем доходів у 20%. Небезпека важкої депресії в тому, що вона нерідко закінчується самогубством – це до 850 тис. випадків на рік (згідно зі статистикою WHO).

Нами було проведено пілотне дослідження представників різних соціальних класів українців (м. Київ), а саме, 130 осіб із високою заробітньою платою – 10 000 грн і більше, 100 осіб з низькою з/п – близько 1200 грн (пенсіонери), з середньою – 100 осіб, що дорівнює 330 респондентів – 100% опитаних.

Зробивши розрахунки ми отримали відсоткову статистику. В загальній кількості люди, які закупаються у таких магазинах, як АТБ, Білла (50%) раз на тиждень (38%), депресію мають половину (19%). Людей із з/п 10000 грн (30%) закупаються у Сільпо та інших магазинах (ринок, Метро) менше, але й відсоток пригніченості, втоми, смутку, апатії без явної причини в рази менший (8%). Окремо виділимо пенсіонерів (15%), котрі мають з/п 1200 грн, в яких відносна відсотковість депресії (50% – подавлений настрій, безнадійність; 50% – бодьорі і веселі). Пенсіонери купуються кожного дня у магазинах АТБ, на ринках і в магазинах під домом. 50% не задоволені своїм статусом в суспільстві, 25% – задоволені, 15% – не задумувались, 10% – не відповіли. Було опитано 40% жінок, і 60% чоловіків. Жінки більш депресують ніж чоловіки з приводу потреби розставатися з грошима.

Висновки. Підрахувавши відсоток депресії в бідних і забезпечених, виводимо, що бідні мають більший відсоток (80%), у зв'язку з повсякденними труднощами з грошима. Більшість не бачать сенсу тривожитися про майбутнє, аргументуючи це тим що немає куди вже бути гірше.

Summary. By counting the percentage of depression in poor and wealthy, we deduce that the poor have a higher percentage (80%), due to the difficulties of everyday with money. Most see no sense to worry about the future, arguing that there is already much to be worse.

HYGIENIC EVALUATION OF DEPRESSION SPREAD AMONG THIRD YEAR FOREIGN STUDENTS OF BOGOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Benjamin Enyiaku

Scientific advisor: PhD, assistant professor Blagaia A.V.

Bogomolets National Medical University

Department of hygiene and ecology #1

(head: MD, professor Bardov V.G.)

Kyiv, Ukraine

According to the World Health Organization, depression is the leading cause of disability in both males and females. More than 5 % of the population suffers from depression in the Middle East, North Africa, sub-Saharan Africa, Eastern Europe and the Caribbean with the most depressed country being Afghanistan. Taking into account countries of our students' origin it is necessary to estimate depression spread and its severity among them. And third year is the first year of study without physical training lessons. But it's well known that regular moderate intensity physical activity – such as walking, cycling, or participating in sports – has significant benefits for health. For instance, it can reduce the risk of cardiovascular diseases, diabetes, and depression.

Aim. Hygienic evaluation of depression spread among third year foreign students of Bogomolets National medical university.

Materials and methods: hygienic method, content analysis, analytical, statistical methods are used. PHQ-9 questionnaire was the tool for interviewing (n=43).

Results. 25.6% of students didn't complain on the depression, 46.5% had mild form of it, 11.6% – moderate, 7.0% – moderately severe, and 9.3% – severe form of depression, correspondently. Only 11 students continued regular physical exercises, and other 32 weren't physically active. All the students from severe and moderate form groups weren't involved in physical training (0%), only 33.3% of students in moderately severe form group had regular physical exercises, and 35% of students from mild form group were physically active.

Conclusions. According to our research the highest depression level was revealed in physically not active third year foreign students. Contrary to abovementioned those students who were involved in physical trainings had mild forms of depression. The connection between depression and physical activity was confirmed.

**VI ВСЕУКРАЇНСЬКА СТУДЕНТСЬКА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ»**

21.04.2017 р., м. Київ

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ ГІСТАМІНУ У ДІТЕЙ

Ахмедханова А.П. / Akhmedkhanova A.P.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Московенко О.Д.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Інститут післядипломної освіти,
Кафедра педіатрії післядипломної освіти

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Марушко Ю.В.
м. Київ, Україна

Актуальність: Алергічні захворювання у дітей – важлива проблема педіатрії. Поширеність алергічних станів у дітей в останні роки зростає, що призвело до пошуків нових методів діагностики та лікування, вивчення патогенетичних механізмів. Згідно статистичних даних псевдоалергічні реакції є найбільш поширеними і зустрічаються на протязі життя у 70% населення. Значна частина проявів алергії пов'язана з IgE-незалежними механізмами розвитку.

Мета дослідження: Визначення чутливості шкіри до гістаміну як критерій діагностики синдрому непереносимості гістаміну (СНГ) у дітей. Ми обстежили 28 дітей від 3-12 років з клінічними проявами СНГ, з них 19 (67,9%) дівчаток та 9 (32,1%) хлопчиків. Середній вік 5 років 9 міс. Діагноз СНГ був підтверджений проведеним шкірним прік-тестом з 1% р-ном гістаміну. В групу спостереження були відібрані діти з різними алергічними проявами та рівнем загального IgE в крові в межах норми.

Результати: У 24 (85,7%) дітей була поліморфна шкірна висипка, у 7 (25%) рецидивуюча кропив'янка, у 5 (17,9%) тривалий кашель, у 12 (42,9%) в анамнезі часті обструктивні бронхіти. В контрольній групі 10 дітей без клінічних ознак СНГ, алергічних станів, з нормальним рівнем загального IgE в крові та без папул на проведення прік-тесту з 1% р-ном гістаміну. Оцінка результатів проводилась вимірюванням діаметру папули на місці введення гістаміну на 20 та 50 хвилини від початку тестування. Нами виявлено достовірне збільшення розмірів папул більше 5 мм в діаметрі у всіх дітей основної групи.

Висновок: Наведені результати вказують на наявність СНГ. У дітей контрольної групи відмічалася поява гіперемії на місці контакту з гістаміном (у 4 дітей – 40%) та у 6 папула до 4 мм в діаметрі на 20 хв. після тесту, які зникали повністю на 50 хв. тестування (тест негативний).

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Дзісяк В.О., Корнійко Е.Ю. / Dzisyak V.O., Kornijko L.Y.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мітюряєва-
Корнійко І.О., к.мед.н., ас. Гнилокурченко А.В.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №4
(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н.,
проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна

Вступ. Серцево-судинні хвороби відіграють провідну роль у захворюваності, інвалідизації та смертності дорослого населення, особливо у розвинутих країнах. Для попередження життєвозагрозливих станів необхідним є комплексне обстеження морфофункціональних характеристик серцево-судинної системи у дітей. Формування чітких критеріїв розвитку гіпер- і гіпотензивних станів на основі особливостей функціонування серцево-судинної системи в осіб дошкільного віку є одним із сучасних принципів профілактики цієї захворюваності.

Мета: Визначити особливості мікроциркуляції у дітей дошкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. Скринінгове дослідження включало 270 дітей віком від 3 до 7 років на базі дитячих садочків м. Києва. За допомогою світлової капіляроскопії (модель М70-А) визначали патологію мікроциркуляторного русла. Стан кровотоку визначався в капілярах нігтьового валика. Артеріальний тиск вимірювали за допомогою мембранного тонометра LittleDoctor, вимірювання пульсу та SpO2 проводили трансмісійним пульсоксиметром Neasco. Для визначення вікових норм артеріального тиску використовували центильні таблиці. Статистична обробка проводилась з використанням статистичного пакету SPSS 22.0.

Результати: Серед 270 обстежених дітей у 21% встановлено підвищення артеріального тиску в межах 90-95 перцентилів, у 17% в межах 95-99 перцентилів, у 11% – більше 99 перцентилів. У 23 % дітей – зниження сатурації нижче 94%. Зміни мікроциркуляції у вигляді звивистості артеріального та венозного відділів, розширення петлі та зниження кількості капілярів – у 35%. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між змінами артеріального відділу капілярів та насичення крові киснем з $r=0,249$ ($p<0,01$). А також встановлено достовірний взаємозв'язок порушення капілярів у вигляді «коми» зі змінами артеріального та венозного відділів з $r=0,673$ та $r=0,789$ відповідно ($p<0,01$).

Висновок: Отже, для раннього виявлення ризику розвитку серцево-судинних захворювань є дослідження

мікроциркуляції. Дана група дітей дошкільного віку потребує контролю артеріального тиску та профілактичних заходів щодо попередження розвитку артеріальної гіпертензії та вегето-судинної дисфункції в майбутньому.

ANTIBIOTIC SENSITIVITY DETERMINING FOR PLANKTONIC AND BIOFILM FORMS OF BACTERIA IN CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTIONS

Druzenko M.G., Vodianyuk A.A., Grechukha Y.O., Kornijko Y.Y.

Scientific supervisors: MD, Prof. Mituriyaeva-Kornijko I.O.,

PhD Gnioskurenko A.V., Ponyatovskiy V.A.

Bogomolets National Medical University

Department of pediatrics №4

(Head of Department: MD, Prof., Maidannyk V.G.)

Kyiv, Ukraine

Introduction: Bacterial urinary tract infections (UTI) are among the most common childhood infections. Currently, the ability of bacteria to form biofilms is a major cause of chronization infectious diseases and inefficiency of standard treatment regimens, which may lead to renal dysfunction or even kidney failure in future.

Aim: To determine the association between biofilm formation and susceptibility level to antibiotics. To determine the susceptibility of clinical isolates of bacteria contained in biofilm, extracted from patients with inflammatory infections of the urinary tract, to the most common antimicrobial drugs used in clinical practice. To define the role of biofilms in antibiotic resistance formation.

Materials and Methods: The research consist of: examination of 56 patients at the Children's clinical hospitals №6 and №7, bacteriologic study of the urine samples, isolation of 44 strains of microorganisms with an extended antibiogram. Susceptibility to antibiotics for planktonic forms of bacteria was determined by the disc method. The minimum inhibitory concentration for biofilm forms was determined by the method of standard serial dilutions after biofilms formation.

Results: After analyzing of 44 strains of microorganisms, we obtained the following statistics: in all groups the infectious process was often caused by *E.coli* strains (57%), *S.epidermidis* (18%), *E.faecalis* (11%), others (14%). In planktonic form bacteria showed the highest susceptibility to: Furagin (Gr + 100% and 90% Gr-) Amoxicillin clavulanate (Gr + 92% and 87% Gr-), Gentamicin (Gr + 84% and 87% Gr-), Ceftriaxone (Gr + 69% and 90% in Gr-) and Cefixime (Gr+17% and + 93% Gr-). After the formation of biofilm Furagin susceptibility was 80%, to Amoxicillin clavulanate – 64%, Gentamicin – 36%, Ceftriaxone and Cefixime – 14% ($p<0,05$).

Summary: According to the research the most effective antibiotic in vitro against the planktonic and biofilm forms of bacteria of UTI in descending order of effectiveness are: Furagin, Amoxicillin clavulanate and Gentamicin. Ceftriaxone and Cefixime showed less effective results against both forms of bacteria. Susceptibility to standard antibiotics in clinical isolates varies considerably, but it was found that after the formation of biofilm bacteria become more resistant to the effect of all tested drugs.

RELATIONSHIP BETWEEN BIOFILM FORMATION AND MOTILITY OF ISOLATED PATHOGENS IN CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTION

Grechukha Y.O., Vodianyuk A.A., Druzenko M.O., Kornijko Y.Y., Gnyloskurenko A.V., Ponyatovskiy V.A.

Scientific supervisor: MD, Prof., Mituryayeva I.O.

Bogomolets National Medical University

Department of pediatrics №4

(Head of Department: MD, Prof., Maidannik V.G.)

Kyiv, Ukraine

Actuality: Biofilm (BF) have been found to be involved in a wide variety of chronic infection. Urinary tract infections (UTI) rank second among all pediatric infections, being outranked only by respiratory tract diseases. Determine of different types of biofilm formation and motility can help to understand possible role of this factor in colonizing and development of UTI.

Aim: Determine different types of motility and ability to biofilm formation of isolated pathogens in children with different types of urinary tract infection.

Materials and methods: We tested 56 clinical isolates from children with different diagnosis: group 1 (infection of lower urinary tract – 29), 2 and 3 (acute – 14 and chronic pyelonephritis – 13, respectively). BF was determined by using 96-well plate assay. BF parameters estimated by optical density (OD) of the samples divided into: no BF <0,4 OD; weak <0,46 OD; medium <0,52 OD; strong >0,52 OD. Definition of different types of motility was carried out by standard methods.

Results: Group 1 bacteria formed biofilm at the level of 0.40 ± 0.06 OD, which was significantly less than group 2 bacteria formed – 0.45 ± 0.05 OD ($p<0,05$) and group 3 – 0.48 ± 0.07 OD ($p<0,05$). Among the selected pathogens only 32% did not form biofilm; 43% of bacteria formed weak biofilm; 14 % of strains formed medium biofilm; 11 % of bacteria formed strong biofilm. Out of 27 (61%) investigated strains able to perform different types of motility: group 1 – 32%, group 2 – 13%, group 3 – 16%. Strains with high level of biofilm formation have weak ability to different types of motility.

Conclusion: The bacterial pathogens have different ability to form biofilm depending on severity of inflammation process. We have established no dependencies between microorganism motility and biofilm formation ability.

THE RISK FACTORS OF OCCURRENCE OF INFECTION IN NEWBORNS, TAKING INTO ACCOUNT TO PATHOLOGY OF MOTHERS

Hliuza M.A., Chemko Y.A., Polishchuk A.M.

Scientific supervisor: PhD Gnyloskurenko A.V.
and PhD Kachalova O.S.

Bogomolets National Medical University

Department of pediatrics №4

(Head of Department: MD, Prof. Maidannik V.G.)

Kyiv, Ukraine

Introduction: Infections during pregnancy deserve special attention due to many reasons: some of them can cause significant maternal morbidity and mortality, indirectly affect the fetus, others may not have a bright clinical picture, but placental transmission in utero can cause severe disease in the fetus. We should pay special attention to the fact that diagnostics of TORCH-infections during pregnancy, which is on a voluntary basis, and discovering of the urinary tract infections are not treated rationally and this doesn't bring in turn the desired positive effect.

Objective: To investigate the influence of comorbidity in women during pregnancy on the postnatal development of the infectious process in the newborn.

Materials and methods: We studied 32 medical histories of newborns aged from 0 to 28 days in KCCH №1 at Obolon' district in Kyiv. We studied the histories of pregnancy and delivery, condition of baby after birth, complications, bacteriology of blood, flushing of nose and navel. The statistical data processing was performed by SPSS 22.0 program.

Results: The results of a retrospective data analysis of case histories of patients established that 21.8% of the mother's pregnancy proceeded with preeclampsia, the 15.6% were diagnosed with TORCH-infection, 21.8% with anemia, 31.3% with acute viral respiratory infection, 22% with urinary tract infection. The histories of childbirth included the information about 43.7% pathological, including half – caesarean sections, 31.2% were premature babies. The 71.8% of the newborns had mild asphyxia, 15.7% had moderate and severe level of the Apgar. But, in the postnatal period patients diagnosed the 40.6% with respiratory distress syndrome and respiratory failure of II-III levels, the 15.6% with pneumonia. According to the results of correlation analysis was investigated the link between urinary tract infection in mothers and the development of pathology of the respiratory tract in newborns with $r=0,647$ ($pd\leq 0.01$).

Summary: The obtained data testify to the effects of chronic carrier infections during pregnancy, which adversely affects the health of the baby and further leads to the realization of intrauterine infection of the child. Thus, early detection of chronic focus of infection and adequate sanitation will reduce the levels of postnatal diseases among newborns and in the future will prevent and reduce the level of more serious complications in older age.

ВІТАМІН-D СТАТУС У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Занічковська В.А./ Zanichkovska V.A.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Сельська З.В.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №1

(зав. каф.: проф., д.мед.н. Берзенко В.С.)

м. Київ, Україна

Актуальність: На сьогодні швидкі темпи урбанізації та індустріалізації, збільшення кількості промислових викидів та засобів транспорту з кожним роком сприяють поширенню алергічних захворювань серед дорослих та дітей, зокрема бронхіальної астми (БА). За даними ВООЗ кількість хворих на БА у світі становить близько 300 мільйонів людей. З огляду на актуальність даної проблеми, серед практикуючих лікарів та науковців постає питання щодо пошуків нових, покращених методів профілактики та лікування БА.

Матеріали та методи дослідження: Під спостереженням перебувало 43 дитини. Визначення рівня 25(OH)-D проводилося за допомогою електрохемілюмінесцентного методу. Оцінка вітамін-D статусу здійснювалася згідно до класифікації M.F.Holick (2011)

Основна частина. Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання, яке обумовлене підвищеною чутливістю бронхів до дії різних подразників. Причини виникнення гіперреактивності бронхіального дерева на сьогодні є відкритою темою для дискусій. Проте доведено, що в основі цього процесу лежить імунологічний конфлікт. На сьогодні у науковій літературі вже є дані досліджень, що підтверджують роль вітаміну D у імунних процесах, зокрема при БА. Дослідження проведені у Китаї серед дорослих хворих БА вивили, що існує позитивна кореляція між рівнем вітаміну D та даними спірометрії, а саме ОФВ1 та індексом Тіффно.

Результати дослідження: Нами було обстежено 43 дитини з БА, з них у 82% виявлено дефіцит вітаміну D, у 12% – недостатність, і лише у 6% – норма. Окрім цього, визначено рівень 25(OH)-D в залежності від ступеня важкості БА. У дітей з персистуючою БА легкого ступеня (13 хворих) показник 25(OH)-D становив 31, 89 нг/мл, у дітей з персистуючою БА середнього ступеня (20 хворих) – 19,68 нг/мл та у дітей із персистуючою БА важкого ступеня (10 хворих) – 12,35 нг/мл.

Висновок: Аналізуючи результати проведеного нами дослідження виявлено, що лише у незначній частині дітей було зафіксовано нормальний рівень вітаміну D. Окрім того, у дітей з бронхіальною астмою переважав показник дефіциту вітаміну D. Встановлено, що чим важчий був перебіг БА, тим нижчий рівень 25(OH)-D в сироватці крові визначався у пацієнтів.

ПОРУШЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ НА ТЛІ
ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ

Колесник Ю.І. / Kolesnik J.I.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О.,
к. мед.н., ас. Гнилокурченко А.В.,
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4
(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н.,
проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна

Актуальність. Останнім часом цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) став однією з причин ранньої інвалідизації та смертності у пацієнтів різних вікових груп. Прогресування захворювання та незадовільний глікемічний контроль призводить до виражених порушень капілярного кровотоку.

Мета. Вивчити кореляційні зв'язки показників мікроциркуляторного русла слизової оболонки носової перегородки та бульбарної мікроскопії у дітей з цукровим діабетом 1 типу на тлі хронічної патології ЛОР-органів.

Матеріали та методи: Було обстежено 93 дитини з ЦД-1 типу, що знаходились на лікуванні в ендокринологічному відділенні ДКЛ №6 міста Києва. До першої групи увійшли 70 (75,3%) дітей з ЦД-1, які мали хронічну патологію ЛОР-органів. Поширеним був хронічний тонзиліт, який було діагностовано у 34 (48,5%) дітей, викривлення носової перегородки (ВНП) – 16 (22,9%) пацієнтів, рецидивуючі носові кровотечі у 10 (14,3%) дітей, а також 10 (14,3%) пацієнтів, у яких рецидивуючі носові кровотечі поєднувались з ВНП. До другої групи увійшли діти з ЦД-1 без патології ЛОР-органів – 23 (24,7%).

Результати. За даними кореляційного аналізу встановлено прямий достовірний ($p < 0,05$) зв'язок між рівнем глікемічного контролю та наявністю аномальних судин в зоні Кісельбаха з $r = 0,488$, а також хронічною ЛОР-патологією та вираженістю судинних клубочків ($r = 0,529$) і сітчастою структурою капілярів ($r = 0,332$) за даними бульбарної мікроскопії. Аномальні судини корелювали з судинними клубочками ($r = 0,459$, $p < 0,05$), нерівномірністю калібру судин ($r = 0,329$, $p < 0,05$) та сакуляцією венул ($r = 0,375$, $p < 0,05$), сухість слизової оболонки з множинними мікроангіопатіями ($r = 0,349$, $p < 0,05$). Крім того, позасудинні порушення за даними мікроскопії слизової оболонки носа достовірно корелювали з м'якочисною звивистістю капілярів ($r = 0,314$, $p < 0,05$) та наявністю аномальних судин за даними бульбарної мікроскопії ($r = 0,378$, $p < 0,05$).

Висновок: Отримані результати свідчать про значні та суттєві порушення мікроциркуляторного русла у дітей, хворих на ЦД-1 з хронічною патологією ЛОР-органів, що потребує необхідності своєчасної діагностики для вибору адекватних і ефективних методів корекції.

INFLUENCE OF DIABETES TYPE 1 DURATION
ON OXIDATIVE HOMEOSTASIS IN CHILDREN

Korniiko L.Y., Shevchenko T.A., Gerasymchuk K.Y.,
Koliada L.M., Mazurets O.V.

Supervisor: MD, Prof., Maidannik V.G.

Bogomolets National Medical University

Pediatrics department №4

(Head of Department: MD, Prof., Maidannik V.G.)

Kyiv, Ukraine

Introduction: According to recent materials, special importance in the mechanisms of angiopathy appearance in type 1 diabetes (T1D) is given to oxidative stress, which develops as a result of antioxidant system deficiency and overproduction of free radicals.

Aim: To find out changes in oxidative homeostasis system in children with T1D depending on the disease duration.

Materials and Methods: We examined 90 children (42 girls and 48 boys) with type 1 diabetes aged $13,59 \pm 1,04$. To study oxidative homeostasis we determined malondialdehyde (MDA) as the end product of lipid peroxidation (LPO), catalase, superoxide dismutase (SOD) and glutathione as the main intracellular antioxidants. We used spectrophotometry. Control group included 20 healthy children in the same age (MDA $0,637 \pm 0,06$ mmol/l, SOD $2,945 \pm 0,58$ CU, catalase $3,985 \pm 0,7131$ mkat/l, glutathione $0,7054 \pm 0,28$ mmol/l). We created three groups according to the duration of the disease: with disease duration less than 1 year (L1), more than a year (L2) and less than 5 years (L3). In statistical analysis we used software SPSS15.0.

Research results. MDA tends to increase with increasing duration of the disease. Thus, level of MDA in group L1 was $2,65 \pm 0,84$ mmol/l, group L2 – $3,12 \pm 0,33$ mmol/l, group L3 – $4,74 \pm 0,38$ mmol/l. The level of SOD in group L1 was $1,59 \pm 0,96$ CU, with disease duration from 1 year to 5 years – $1,73 \pm 0,35$ CU, but in group L3 decreased SOD level – $1,40 \pm 0,55$ CU. Level of catalase in children with disease duration less than 1 year was $4,41 \pm 0,84$ mkat/l, with increasing of disease duration catalase level tended to decrease, so that in children suffering from 1 year to 5 years (L2) catalase was at $4,37 \pm 0,38$ mkat/l, and more than 5 years (L3) – $3,81 \pm 0,38$ mkat/l. Glutathione level in children of group L1 was $0,75 \pm 0,16$ mmol/l, group L2 – $0,4 \pm 0,16$ mmol/l, in children of group L3 – $0,52 \pm 0,97$ mmol/l.

Summary: Imbalance between production of free radicals and antioxidant system work increases depending on the disease duration, which can be is one of the main prognostic factors for the disease progression and oxidative stress development in children with T1D.

ІНТЕГРОВАНІЙ АНАЛІЗ СТАНУ МОТОРИКИ ЖОВЧНОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ ЗА ДОПОМОГОЮ ДИНАМІЧНОЇ ЕХОХОЛЕЦИСТОГРАФІЇ

Лазаренко І.Ф., Кульчицька Є.-Е.Б., Левченко О.О. /
Lazarenko I.F., Kulchytska Ye.-E.B., Levchenko O.O.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. О.В.Чабанович,
к.мед.н., доц. Г.Г.Шеф

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії ІПО

(зав.каф.: д.мед.н., проф. Марушко Ю.В.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) – стан, що знаходиться на межі норми і патології у клінічно здорових дітей. За останніми даними, ФРБТ складають близько 80% усіх гастроентерологічних захворювань і являються актуальною проблемою сучасної медицини.

Мета: Проаналізувати стан моторики жовчновивідних шляхів у дітей з ФРБТ за допомогою динамічної ехохолецистографії (ДЕХГ), що дозволить визначити основні варіанти ФРБТ, виявити зв'язок даної патології із деформацією жовчного міхура (ЖМ).

Матеріали та методи дослідження: ДЕХГ дає змогу наочно спостерігати синергічну спорожнення і наповнення ЖМ та сфінктерів після жовчогінного сніданку (Сорбітол 0,5г/кг в 100 мл води). Виміри здійснюються на 5,15,30,45-й хвилинах. Досліджувалась група з 71 дитини у віці від 5 до 17 років. Зібрані анамнестичні дані про тривалість хвороби та супутню патологію. Середня тривалість захворювання-3 роки.

Результати дослідження: За даними аналізу показників ДЕХГ, отримано наступні результати про стан сфінктерів (сф.): гіпотонія сф. Одді – 67,6%, гіпертонія сф. Одді – 22,5%, нормотонія сф. Одді – 9,9%, гіпотонія сф. Люткенса – 77,5%, гіпертонія сф. Люткенса – 8,5%, нормотонія сф. Люткенса-14,0%. Моторика ЖМ не змінена – 26,8%, гіпокінезія – 62,0%, гіперкінезія ЖМ – 8,5%. Було виділені такі варіанти ФРБТ: гіпотонічно-гіпокінетичний – 50,1%; гіпертонічно-нормокінетичний – 14,6%; гіпертонічно-гіпокінетичний – 4,4%; гіпотонічно-нормокінетичний – 10,3%; нормотонічно-нормокінетичний-2,9%; нормотонічно-гіпокінетичний – 5,9%; гіпертонічно-гіперкінетичний – 4,4%; нормотонічно-гіперкінетичний – 1,5%; гіпотонічно-гіперкінетичний – 5,9%.

Дані УЗД ОЧП дозволили виявити: перегин в ділянці тіла ЖМ – 8,5%, перегин в ділянці шийки – 5,6%, S-подібну деформацію ЖМ – 7%. Непостійна деформація – 13,3%. Не виявлено деформації ЖМ у 67,6%. Окрім зміни форми ЖМ, у 71,9% було зафіксовано потовщення стінок ЖМ без ущільнення. З них, холецистит в анамнезі мали 8,5%. У 63,4% було потовщення стінки без її ущільнення на фоні необтяженого анамнезу.

Висновки: ДЕХГ являє собою метод діагностики ФРБТ, доступний до використання у дітей різних вікових категорій. Найчастіше зустрічається гіпотонічно-гіпокінетичний варіант ФРБТ. У дітей, що хворіють в середньому понад 3 роки, наявні зміни стінок ЖМ у вигляді потовщення без його ущільнення. Це може вказувати на поступове формування органічних змін ЖМ на фоні його функціональної гіпокінезії. В свою чергу, деформація ЖМ не має суттєвого впливу на перебіг ФРБТ.

ОЦІНКА ЗДАТНОСТІ ДО ОБРОБКИ ІНФОРМАЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Летичевська В.О., Семикрас О.К., Голобородько А.Д.,
Артамонав О.О., Савчина М.О., Дискант І.О.,
Крапива В.В., Долгополова О.В. /
Letychevska V.O., Semykras O.K., Goloborodko A.D.,
Artamonov O.O., Savchina M.O., Dyskant I.O.,
Krapiva V.V., Dolgopolova O.V.

Науковий керівник: д. мед. н.,
проф. Мітюряєва-Корнійко І.О.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н.,
проф. В.Г.Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність: Останнім часом цукровий діабет 1 типу (ЦД-1) набув пандемічного характеру, і став однією з причин ранньої інвалідизації та смертності у пацієнтів різних вікових груп. Відомо, що полінейропатія є одним із ускладнень цукрового діабету, яка потребує ранньої діагностики та відповідної корекції.

Мета роботи: Дослідити здатність дітей шкільного віку (8-17 років) з діагнозом «цукровий діабет тип 1» до обробки зорової інформації у порівнянні з контрольною групою.

Матеріали і методи: Було обстежено 80 дітей віком від 8 до 17 років, пацієнтів ДКЛ №6 міста Києва. Для основної групи було виділено 31 дитину з діагнозом цукровий діабет 1 типу. До контрольної групи увійшли 49 дітей, хворих на вегетативні дисфункції без ендокринної патології. Для виключення когнітивних порушень серед дітей проводилось тестування за допомогою тесту MMSE. Для визначення здатності до обробки інформації використано апробаційний комп'ютерний тест для визначення швидкості обробки зорової інформації за основу якого взято коректурну пробу Ландольта. З результатів було враховано структуру відповідей та час, витрачений на виконання тесту. Для порівняння здатності до обробки інформації серед учасників основної та контрольної груп використано статистичний пакет SPSS 22.0.

Результати: За результатами тестування, структура відповідей у основній групі була наступною: середній показник балів за тест MMSA – 26,81 балів (при максимальному балі – 30), що відповідає відсутності або легкому ступеню когнітивних порушень. Серед відповідей

на комп'ютерний тест у 40% – більше 3 помилок, у 27% – помилки відсутні, у 16,5% – по 2 помилки, у 16,5 – по одній, час фіксації на одному зоровому образі – 0,45 с. Серед контрольної групи середній показник балів за тест MMSA – 26,8, відповідаючи на комп'ютерний тест, 55% опитаних зробили по 1 помилці, у 30% по 2 помилки, у 10% – більше 3, та у 10% помилки відсутні. Середній час фіксації на одному зоровому образі під час проходження тесту – 0,4 с. Встановлено, що середній час проходження тесту у пацієнтів основної групи – 63,4 с, тоді як в контрольній групі – 57,6 с, причому різниця достовірна ($p < 0,05$).

Висновки: За проведеним тестуванням виявлено статистично значиму різницю у середньому часі проходження тесту серед пацієнтів основної та контрольної груп, що свідчить про неврологічні ускладнення цукрового діабету. Даний тест може бути рекомендований для ранньої скринінгової діагностики когнітивних порушень та розвитку полінейропатій у пацієнтів з цукровим діабетом.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ КАУДАЛЬНОЇ РЕГРЕСІЇ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Макаренко О.М./ Makarenko O.M.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Шевцова Т.І.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №2

(зав. каф.: член-кор. НАМН України,

д. мед. н., проф. Волосовець О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Синдром каудальної регресії – рідкісна вроджена аномалія розвитку дистального відділу хребта та спинного мозку. Частота патології становить 2 на 100 000 новонароджених. Всього було описано близько 500 випадків. Дослідження даної проблеми є недостатнім та актуальним.

Мета роботи: Динамічне спостереження та опис особливостей тактики ведення новонародженого із синдромом каудальної регресії.

Матеріали та методи: В даній роботі представлено випадок синдрому каудальної регресії у новонародженої дитини, що перебувала у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Київського міського пологового будинку №6 у 2017 році. Недоношений хлопчик від шостої вагітності, пологи треті, передчасні, на 32 тижні вагітності, ускладнені. Стан дитини після народження вкрай важкий через незрілість та множинні вади розвитку.

Результати: Виявлено синдром каудальної регресії: люмбосакральна агенезія, деформація хребта, гіпоплазія таза, обмеженість рухів нижніх кінцівок, їхнє вкорочення та гіпотрофія, виражені згинальні контрактури кульшових, колінних суглобів, нижня параплегія, двостороння пахова грижа, двосторонній крипторхізм. Проведено повне лабораторне обстеження, УЗД, рентгенологічне дослідження. Синдром каудальної регресії у

даної дитини визначає несприятливий прогноз щодо фізичного розвитку, значно погіршує якість життя дитини, збільшує фінансове навантаження на сім'ю та державу. Враховуючи тяжкість дефектів хребта та супутніх патологій, дана дитина потребує ортопедичної та урологічної корекції, постійної медичної реабілітації.

Висновок: Незважаючи на рідкісність синдрому, дана патологія завжди мала місце серед вроджених вад, однак дотепер є мало дослідженою, а недостатня інформованість співробітників акушерської, неонатальної та педіатричної служб, складнощі в виборі лікувально-діагностичної тактики при синдромі каудальної регресії вимагають більш якісного та ширшого вивчення даної проблеми. В Україні актуальним завданням є розробка практичних рекомендацій з пренатальної діагностики і тактики ведення новонародженого із синдромом каудальної регресії для надання своєчасної спеціалізованої медичної допомоги, щоб забезпечити оптимальну соціальну адаптацію дитини.

ASSOCIATION BETWEEN DELETION POLYMORPHISM *GSTT1*, *GSTM1* AND PHENOTYPIC HETEROGENEITY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

A. Myslytska

Scientific supervisor: MD, professor Koloskova E.K.

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics and Children's Infectious Diseases

Head of department – MD, professor Koloskova E.K.

Chernivtsi, Ukraine

Introduction: In recent decades bronchial asthma (BA) at an early age has been the most widespread allergic pathology which, according to the data of epidemiological studies, is registered in the range from 3.4% to 36,7% of the child population. BA is a classic example of multifactorial disease in the development of which environmental factors and genetic predisposition are of great importance. The role of not less than 200 genes-candidates, where special significance have those, which encode the enzyme activity of the xenobiotic biotransformation system have been described.

Aim: To expand the knowledge about the role of certain genetic predictors in BA development and persistence as well as to study the role of genes deletion polymorphism of xenobiotic detoxication phase II, related to glutathione S-transferase family-T1 and M1.

Materials and methods: 114 schoolchildren suffering from BA have been examined. Among them there were 51 patients who had atopic type of BA (Group 1) and 63 patients who had its non-atopic phenotype (Group 2). The groups were compared according to the basic clinical characteristics. A multimodality clinical and instrumental examination included the determination of *GSTT1* and *GSTM1* gene polymorphism by means of polymerase chain reaction.

Results: The data received were evidence of deletion predominance within the examined genes in the children

suffering from the atopic type of BA. So, GSTT1 or GSTM1 deletions were noticed in 47% of children of clinical group I while the amount of such patients in Group 2 constituted 39.6%. The absence of deletions in genes under study was marked in 54% of the representatives of the group of comparison and 43.1% of the patients having the atopic type of BA. The genotype *GSTT1delM1del* accompanied by the loss activity of both isoforms was registered more often among the patients who had the atopic type of the disease (9.8%) in comparison with non-atopic form (6.3%) of the disease.

Summary: Thus, reliability of BA atopic phenotype formation among the children having GSTT1 and GSTM1 gene deletion polymorphism constituted: the chance ratio was 1.4, the relative risk was 1.2. It enabled to individualize the system of primary prevention in risk group children and individualize medical-preventive activity among the patients.

MARKERS OF ATOPIC REACTIVITY IN THE PUPILS, WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA

Павел А.Д. / Pavel A.D.

Scientific supervisor: PhD Marusyk U.I.

Higher education institution of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases

(Head of Department: MD, Prof. Koloskova O. K.)

Chernivtsi, Ukraine

Introduction: Allergic diseases in children, including bronchial asthma (BA) are one of the most pressing problems of modern pediatric. According to the WHO, the prevalence of asthma among children is 10%. In different regions of Ukraine this figure ranges from 5 to 9% of child population.

The aim of the work was to increase the effectiveness of treatment severe asthma phenotype in school-age children, taking into account the diagnostic value of atopic reactivity indicators.

Materials and Methods: We investigated two groups of pupils: first (I) clinical group included 30 patients diagnosed with severe asthma and second (II) clinical (30 patients) with moderate asthma, as well by sex, age and place of residence clinical comparison group did not differ significantly. As indicators of the functional state of eosinophils, it was determine their phagocytic activity (FA, %). The contents of serum total immunoglobulin E (IgE), interleukin-4 (IL-4) and interleukin-5 (IL-5) were determined by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Statistical analysis of the results of research carried out by perspective of clinical epidemiology as well as the absolute (AR), relative (RR) risks and odds ratios (OR) indicating 95% confidence interval (95% CI).

Results: In I group index FA of blood eosinophils was $65,8 \pm 2,8\%$, while patients in II group – $74,0 \pm 2,4$ ($p < 0,05$). The level of FA eosinophils least then 65% was observed in $69,2 \pm 7,4\%$ of children with severe BA, and in $38,8 \pm 8,1\%$

of patients form II group ($p < 0,05$). Reduced to above the level of eosinophils FA associated with the risk of the presence of severe asthma phenotype as follows: RR – 2,1 [95% CI: 1,4–2,5], AR – 0,4, odds ratio – 3,6 [95% CI: 2,1–6,3]. Concentration of IL-4 in serum of I group children was $10,6 \pm 2,1$ pg/ml, and in those of the II group – $7,2 \pm 2,5$ pg/ml ($p > 0,05$). The average content of interleukin-5 in the clinical group was $35,8 \pm 15,7$ pg/ml and $8,6 \pm 4,3$ pg/ml ($p > 0,05$) respectively. Whey content of total IgE, which exceeded 545,3 IU/ml, was recorded in 56,6% of children I group and only in 43,4% of the second ($p > 0,05$) group.

Summary: With the development of severe asthma in children marked the phagocytic ability of these effector cells of allergic inflammation, in 3,1 increased the risk of high concentration of IL-4 and IL-5 in serum. Concentration of total immunoglobulin E in serum exceeding 545,3 IU/ml in 2 times increased the chances of the presence of severe asthma in children.

АДАПТИВНІ МОЖЛИВОСТІ ШКОЛЯРІВ МІСТА КИЄВА ІЗ ПІДТВЕРДЖЕННЯМ ЙОДОДЕФІЦИТОМ

Передерій О.В. / Perederiy O.V.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Починок Т.В.,
к. мед. н., ас. Строй О.А.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра педіатрії №1

(зав. каф.: д.мед.н., проф. Берзенко В.С.)
м. Київ, Україна

Актуальність: Пріоритетним соціальним завданням суспільства та держави є збереження та укріплення здоров'я підростаючого покоління. Тому аналіз чинників, що впливають на здоров'я дітей та впровадження методів донозологічної діагностики є актуальною проблемою сучасної педіатрії.

Мета: Вивчити адаптаційні можливості школярів молодших класів з підтвердженням йододефіцитом.

Матеріали і методи: Визначення йодурії у разових порціях сечі з подальшим розрахунком медіани; фізичної витривалості дітей з визначенням індексу Руф'є (IP); оцінка рівня функціонування системи кровообігу та її адаптаційного потенціалу з розрахунком індексу функціональних змін (ІФЗ) в умовних одиницях (балах). Вміст йоду у сечі визначали перекисно-каталітичним напівкількісним методом, а результати оцінювали за критеріями ВООЗ /МРКЙДЗ (2001,2007). IP оцінювався по 5 градациям: менше 3 – високий рівень, 4-6 – вище середнього (добрий), 7-9 – середній, 10-14 – нижче середнього (задовільний), більше 15 – низький. ІФЗ розраховувався за формулою: $ІФЗ = 0,011xЧСС + 0,014xХСАТ + 0,008xДАТ + 0,014xвк + 0,009xмаса\ тіла - 0,009xзріст - 0,27$.

Інтерпретація результатів проводилась за модифікацією Л.В. Квашиної та співавторів, адаптованої для дитячого віку (2007).

Результати досліджень: Було обстежено 50 дітей віком 6-12 років. Виявлено йодну недостатність у

більшої частини обстежених школярів. У 33 дітей (66 %) медіана йодурії була в межах 70-100 мкг/л, що є показником йододефіциту (ЙД) легкого ступеня. У 10 дітей (20 %) медіана становила менше 70 мкг/л, що відповідало ЙД середнього ступеня важкості, і тільки у 7 (14 %) школярів екскреція йоду з сечею була оптимальною (100-200 мкг/л).

Відповідно до отриманих результатів, серед школярів з ЙД легкого та середнього ступенів важкості показник функціонального резерву серцево-судинної системи (ССС) був нижче середнього (10-14 балів) у 16 (32 %) дітей, а 29 (58 %) дітей мали його низький рівень (більше 15 балів). І лише у 5 (10 %) дітей ІР був середній (7-9 балів). Аналіз ІФЗ свідчить, що значна частина обстежених мала напруження механізмів адаптації – 38 (76 %), незадовільну адаптацію – 7 (14 %) дітей, отримані результати свідчать про низький рівень адаптаційних можливостей у школярів з підтвердженим йододефіцитом.

Висновок: Зміни функціонального стану та адаптаційних резервів ССС пов'язані, певним чином, із забезпеченістю організму йодом.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ГІМНАЗІЇ, ЩО МАЮТЬ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНУ ДИСПЛАЗІЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Потереїко А.В. / Potereiko A.V.

*Наукові керівники: к.мед.н., доц. Васюкова М.М.,
к.мед.н. Казакова Л.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра педіатрії №1
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Березенко В. С.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. За останні роки збільшилась кількість навчальних закладів нового типу (гімназій, ліцеїв), які передумовлюють значне навчальне навантаження дитини, що впливає на стан фізичного здоров'я. Нечисленними дослідниками проводилось вивчення цього інтегративного показника, який характеризує адаптаційні можливості організму дитини, у дітей раннього шкільного віку та не враховували інтенсивності шкільного навантаження.

Мета: Оцінка фізичного розвитку та адаптаційних можливостей дітей середнього шкільного віку з урахуванням преморбідного фону, яким є недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали і методи. В роботі було обстежено 94 дитини, у 63 (67%) з яких була діагностовано НДСТ., оцінювали фізичний розвиток (за центильними стандартами) та адаптаційні резерви серцево-судинної системи на фізичне навантаження (за індексом Руф'є).

Результати. За клініко-інструментальними дослідженнями встановлено, що частіше зустрічався MASS-фенотип (57,2%), ніж елерсоподібний та марфаноподібний фенотипи (23,8% і 19,0% відповідно). Фізичний розвиток у більшості дітей був середнім., у дітей конт-

рольної групи частіше реєструвались показники вище середніх та дисгармонійний розвиток за рахунок надлишкової маси тіла. Оцінка функціональних можливостей серцево-судинної системи показала, що кількість дітей з рівнем вище середнього та високим загалом була дуже низька, незалежно від наявності НДСТ або без неї (12,7% та 9,7% відповідно). Серед обстежених переважали діти, що мали індекс Руф'є нижче середнього та низький, причому дітей з НДСТ було менше.

Висновки: Фізичний розвиток дітей контрольної групи був кращим ніж у дітей з НДСТ, але не корелював з адаптаційними можливостями серцево-судинної системи учнів на фізичне навантаження, які були дуже низькі незалежно від наявності НДСТ. Адаптаційні можливості серцево-судинної системи з високим та середнім рівнем частіше зустрічались у дітей з НДСТ, ніж у дітей контрольної групи, що підтверджує необхідність систематичних фізичних навантажень у навчальних закладах з підвищеним шкільним навантаженням для покращення фізичного здоров'я дитини.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ

*Резніков Ю.П., Івашин Є.В., Крат В.В. /
Reznikov Y.P., Ivashyn Y.V., Krat V.V.*

Науковий керівник – проф., д.мед.н Березенко В.С.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

Кафедра педіатрії №1

(зав.кафедри – проф., д.мед.н. Березенко В.С.)

Актуальність. Муковісцидоз (МВ) – системне, генетично обумовлене, аутосомно-рецесивне захворювання, обумовлене мутацією гена CFTR, характеризується ураженням залоз зовнішньої секреції (переважно дихальної та травної систем), яке приводить до фатальних наслідків. Широка поширеність МВ, важка поліорганна недостатність, необхідність постійного нагляду у відповідних фахівців з залученням багатопрофільної допомоги зумовлюють незгасаючий інтерес до даного захворювання.

Матеріали та методи. Діагноз МВ заснований на типових легневих проявів, проявах шлунково-кишкового тракту, сімейного анамнезу, і позитивних результатів випробувань хлоридів поту, а також молекулярно-генетичного дослідження. Неонатальний скринінг, який повсюдно впроваджений, значно спрощує постнатальну діагностику та практично унеможливує виявлення запущених випадків, проте через ряд причин можливою є запізніла діагностика даного захворювання.

Основна частина. Середній вік на момент постановки діагнозу МВ становить 6-8 місяців; двом третинам пацієнтів ставлять діагноз до 1 року. Вік на момент постановки діагнозу, клінічні прояви, тяжкість симптомів і швидкості прогресування захворювання в органах, що беруть участь коливається в широких межах. Клінічні прояви залежать від віку пацієнта при поста-

новці діагнозу. Кишкова форма починається в ранньому дитячому віці, часто після переходу на штучне вигодування, через недостатність панкреатичних ферментів. МВ у новонароджених може маніфестувати з меконіальною непрохідністю, кишковою атрезією, пролапсом прямої кишки. Ураження печінки проявляється у вигляді жирової інфільтрації, холестатичного гепатиту і цирозу. Легенева форма обумовлена гіперпродукцією в'язкого секрету в бронхолегеневій системі і призводить до обструктивного синдрому, приєднання вторинної інфекції. Діти вмирають від важкої дихальної та серцевої недостатності. Змішана форма МВ є найбільш важкою і включає клінічні симптоми як легеневої, так і кишкової форм.

Висновки. Питання лікування МВ на сьогоднішній день залишається відкритим у зв'язку з відсутністю етіотропної терапії. Усім хворим необхідна постійна замісна ферментна терапія високоєфективними мікросферичними препаратами з рН-чутливою оболонкою. Майбутнє у питанні лікуванні МВ відводиться генотерапії, яка на даний момент знаходиться у стані розробки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЕРГЕНСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Руднев М.О. / Rudnev M.O.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Прохорова М.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №2

(Зав.кафедрою.: д.мед.н., член-кор.

НАМН України, проф. Волосовець О.П.)

м. Київ, Україна

Актуальність: Перевагою в патогенетичній терапії алергічного риніту і бронхіальної астми є алерген-специфічна імунотерапія (АСІТ). АСІТ – метод, здатний змінити патофізіологічні механізми atopічних захворювань, призупинити формування більш тяжких їх форм на фоні зниження вживання протиалергічних лікарських препаратів, продовжити стійку ремісію.

Мета: Оцінити ефективність підшкірної алерген-специфічної імунотерапії пилюковими алергенами у пацієнтів з бронхіальною астмою легким персистуючим перебігом та цілорічним алергічним ринітом (БАЛПП з ЦАР), з бронхіальною астмою середньотяжким персистуючим перебігом та цілорічним алергічним ринітом (БАСТПП з ЦАР).

Методи: Під спостереженням було 50 дітей з бронхіальною астмою у віці від 4 до 16 років, із них: 25 пацієнтів з бронхіальною астмою легким персистуючим перебігом (БАЛПП), у 10 дітей – цілорічний алергічний риніт (ЦАР), 25 обстежених з бронхіальною астмою середньотяжким персистуючим перебігом (БАСТПП), 12 хворих – ЦАР. Проводились загальноклінічні методи дослідження, лабораторне дослідження крові і назального секрету у дітей в динаміці, діагностичні алергени для шкірних прік-тестів.

Результати досліджень та їх обговорення: Результати статистичного аналізу підтвердили зниження загального балу клінічних проявів, частоти виникнення симптомів і прийому препаратів «невідкладної терапії» у пацієнтів, які отримували АСІТ. До кінця дослідження ЗБКП знизився на 82,4% – з БАЛПП та ЦАР, 75,8% – з БАСТПП та ЦАР, а кількість днів з симптомами – на 89,6% – з БАЛПП та ЦАР, 86,5% – з БАСТПП та ЦАР в порівнянні з даними до початку лікування. Результати порівняльного аналізу підтвердили зниження ЗБКП на 75,6% у пацієнтів, які одержували АСІТ, в порівнянні з контрольною групою.

Висновки: Після проведеного лікування підшкірною алергенспецифічною імунотерапією відмінний ефект спостерігався у 88, 2% хворих з бронхіальною астмою легкого персистуючого перебігу та цілорічним алергічним ринітом, у 86,8% пацієнтів з бронхіальною астмою середньотяжкого персистуючого перебігу та цілорічним алергічним ринітом.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЇ НА ФОНІ ТИКОЗНИХ РОЗЛАДІВ

Сардалова І.А., Бадрук Т.О. / Sardalova I. A., Badruk T.O.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(Зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник) м. Київ, Україна

Актуальність: Згідно з даними останніх досліджень частота синдрому тикозних гіперкінезів у дітей шкільного віку досягає приблизно 25%. Враховуючи це, дана проблема може вважатися однією із найактуальніших серед проблем, які заважають дітям вести повноцінний спосіб життя.

Мета: Визначити особливості психоемоційного статусу у дітей, хворих на вегетативні дисфункції на фоні тикозних розладів.

Матеріали та методи: Було обстежено 30 дітей на виявлення проявів тикозних гіперкінезів на базі ДКЛ №6. Дослідження було проведене з використанням тестів на виявлення рівня та видів тривожності, депресивності, і визначення емоцій гніву, страху та радості.

Результати: Тикозні гіперкінези проявлялися вторинними нав'язливими рухами мимічної мускулатури у 66,7% дітей. Нав'язливі рухи пальців рук та плечового поясу у 33,3%. Прояви заїкання було встановлено у 33,3%. В залежності від наявності даних клінічних проявів було сформовано 2 групи дітей: «Основна» (10 дітей з проявами гіперкінезів) та «Контрольна» (20 дітей з різними формами ВСД). Підвищення рівня тривожності: 1 група – у 90%, 2 група – 55%. Підвищення депресивності: 1 гр. – у 40%, 2 гр. – 20%. Підвищення шкільної, міжособистісної та самооціночної тривожності проявили 70% дітей першої групи, і 25% гр. № 2.

Підвищення самооціночної та міжособистісної виявлено у 10% досліджених гр. №1, і лише 5% у гр. №2; За даними визначення трьох базових емоцій було встановлено: підвищення рівня гніву та страху у 40% дітей гр. №1, і 25% у дітей гр. №2. Зниження рівня радості виявлено у 20% дітей як гр. №1, так і гр. №2.

Висновок: Наведені результати свідчать про те, що у дітей з тикозними гіперкінезами більш виражена схильність до підвищеної тривожності, депресивності, надмірної боязливості, порівняно з дітьми контрольної групи.

Дана група дітей потребує особливого психологічного догляду та методів корекції.

РАННЄ ПЛАВАННЯ: ПЕРЕВАГИ ТА РИЗИКИ

Семаньків І.Б. / Semankiv I.B.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Шеремета О.Е.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Кафедра педіатрії №2 (Завідувач кафедри: д. мед. н., проф. Беш Л. В.) м. Львів, Україна

Актуальність: Щороку все більшої популярності в Україні набуває практика проведення занять плавання для дітей грудного, переддошкільного віку. Скептики стверджують, що дана діяльність є шкідливою, як для дитини (небезпеку несе хімічний склад води басейну, негативні психологічні наслідки факту «топлення»), так і для матері (припинення лактації). Прихильники ж переконані, що раннє плавання сприяє розвитку малюка.

Мета роботи: Дослідити самопочуття, стан здоров'я дітей віком від 0 до 5 років, які систематично відвідують заняття в басейні. Вивчити їхній психомоторний розвиток. Встановлення можливого зв'язку між плаванням та лактацією у матерів

Матеріали та методи дослідження: Для вивчення та порівняння ступеня психомоторного розвитку та стану здоров'я дітей, лактації матерів розроблена анкета. Запитання про психомоторний розвиток складені на основі шкал розвитку Griffiths – GES та Centre for Disease Control's. Всього в опитуванні взяв участь 31 респондент. Анкетування проводилось у клубах раннього плавання та соціальних мережах.

Результати дослідження: За даними проведеного анкетування встановлено, що у 100% дітей відсутні будь-які алергічні реакції на воду в басейнах (при цьому у 29% гіперергічна реакція на алергени різної природи). Стосовно інших фізичних негативних впливів тільки в 1 дитини – інколи печіння очей. В 78,6% (віком 1-5р.), 92,3% (0-1р.) малюків спостерігається покращення сну та апетиту після плавання. 100% респондентів-матерів відзначили, що дане заняття не вплинуло негативно на лактацію. При вивченні психомоторного розвитку дітей до 1 року спостерігається безпосередній взаємозв'язок між термінами початку відвідування басейну та різницею між таблично визначеним та реальним віком. Так, найбільша різниця (3міс) виявлена у дитини, яка майже від народження плаває, найменша ж – у досліджуваного (0), який розпочав заняття 1 місяць тому. Серед старшої

групи (1-5років) 77,08% могли виконати завдання (спрямовані на вивчення когнітивної сфери) для 2-ох річних, при наявності в ній 45% дітей віком від 1 до 2 років.

Висновок: Встановлено, що за дотримання гігієнічних нормативів вода у басейнах не є шкідливою для дітей навіть наймолодшого віку. Заняття плавання позитивно впливають на загальне самопочуття та психомоторний розвиток дитини. Така динаміка свідчить про відсутність психологічного стресу для малюка. Плавання не є фактором припинення лактації, а відповідно позбавлення дитини всіх переваг грудного вигодування.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Слобода А.О., Друзенко М.Г. / Sloboda A.O., Druzenko M.G.

Науковий керівник: к. мед. н., ас. Гнилоскуренко А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(Зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник) м. Київ, Україна

Актуальність: Найтяжчою формою вегетативної дистонії (ВД) є пароксизмальна вегетативна недостатність (ПВН), яка характеризується періодичними проявами вегетативних кризів, що можуть провокувати синкопе та в подальшому призводити до органічних пошкоджень органів та систем. Найбільш інформативним методом оцінки вегетативної регуляції є аналіз варіабельності ритму серця (ВРС).

Мета: Оцінити ВРС у дітей з ПВН та порівняти з показниками групи дітей з ВСД по гіпертензивному типу.

Матеріали та методи дослідження: Дослідження проводилось на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва. Досліджувались результати холтерівського моніторингу (DiaCard v1.0 Solvaig) 21-ї дитини з ПВН віком від 8-ми до 17-ти років. Групою порівняння були діти з ВСД за гіпертензивним типом.

Результати: Серед пацієнтів з ПВН показник активності парасимпатичної ланки RMSSD був підвищений у 47,6% пацієнтів та у 52,38% — збільшення компонентів високочастотних хвиль (HF). Крім того, у більшості хворих дітей з ПВН визначено зниження компоненту низькочастотних хвиль (LF), тоді як у дітей з ВСД по гіпертензивному типу — підвищення у 92%. Встановлено підвищення хвиль з дуже низькою частотою (VLF) у дітей з ПВН- 80,95%, ВСД по гіпертензивному типу- 92%. Спостерігається помірне стресорне напруження вегетативної регуляції у 76,2% пацієнтів з ПВН. При чому тонус парасимпатичної нервової системи помірно підвищений – у 28,58%, виражено підвищений-у 38,09% у цих дітей. Барорефлекторна регуляція не по-

рушена у всіх досліджуваних, але амплітуда добових ритмів знижена-у 33.33%.

Висновки: Отримані результати свідчать про зниження активності симпатичного судинного центра та центрів енергометаболічного обміну у пацієнтів з ПВН, а також компенсаторне підвищення активності механізмів саморегуляції, тоді як у дітей з діагнозом ВСД по гіпертензивному типу спостерігається симпатикотонія з компенсаторним збільшенням активності блукаючого нерва.

ПАТОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СТАТУС У ПАЦІЄНТІВ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Ющенко О.О., Родь Я.О., Кирилович М.С.,
Ясинецька К.О, Філозоф М.В. /
Yushchenko O.O., Rod Y.O., Kirilovich M.S.,
Yasinetska K.O, Filozop M.V.*

*Науковий керівник: д.мед.н, проф. Мітюряєва І.О.,
к.мед.н., ас. Гнилоскуренко Г.В.*

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра педіатрії №4

*(зав. каф.: акад. НАМН України,
д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Відомо, що вегетативна нервова система (ВНС) значно впливає на морфологічну структуру, функціональну активність щитоподібної залози (ЩЗ), а ЩЗ за рахунок гормональної регуляції призводить до змін активності різних відділів ВНС. Останнім часом значно зростає частота виявлення тяжкої форми вегетативної дисфункції – пароксизмальної вегетативної недостатності(ПВН).

Мета: Дослідити поширеність патології ЩЗ та визначити стан мікроелементного забезпечення у дітей хворих на ПВН.

Матеріали та методи: Було обстежено 165 дітей з ПВН віком від 7-17 років (середній вік – 14,06 ± 0,18), які перебували на лікуванні в Центрі вегетативних дисфункцій ДКБ № 6 м. Києва. Усім пацієнтам проводили УЗД ЩЗ, визначали рівень гормонів ЩЗ (Т3, Т4, ТТГ і АТПО) в крові з наступною консультацією ендокринолога. Рівень мікроелементів вимірювали рентгено-флуоресцентним методом у волоссі та у плазмі за допомогою портативного енерго-дисперсійного-рентгено-флуоресцентного спектрометра «ElvaX». Статистична обробка результатів проводилась з використанням програмних пакетів MS Excel та SPSS 22,0.

Результати: Після проведених обстежень та консультації ендокринолога у 79 (47,8%) була виявлена патологія ЩЗ. За результатами УЗД ЩЗ – структура неоднорідна у 62% пацієнтів, капсула ущільнена у 8,9%, вузли виявлені у 8,9%, фолікули у 22,8%, знижена ехогенність спостерігається у 7,5%, підвищена у 3,8%, анехогенні вклучення у 30,4%, гіпоехогенні вклучення 3,8%, гіперехогенні вклучення 12,7%. По результатах визначення гормонів та заключення ендокринолога встановлено дифузний нетоксичний зоб – 12,8% хворих, дифузний токсичний зоб – 7,7%, вузловий зоб – 5,1%, аутоімунний тиреоїдит – 6,4%, гіпотиреоз – 7,7%. У інших пацієнтів виявлені порушення були інтерпретовані як явища йододефіциту. Так, у всіх дітей, хворих на ПВН визначається дефіцит йоду і селену у волоссі та бром у плазмі крові. Крім того, концентрація цинку у волоссі знижена у 50% дітей, та у плазмі крові у 13 %, а селену у 38% дітей з ПВН. За результатами кореляційного аналізу зміни розміру щитоподібної залози мають позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок із вмістом бром у волоссі $r=0,312$ ($p<0,05$) та неоднорідна структура щитоподібної залози корелює з вмістом йоду у волоссі $r=0,384$ ($p<0,05$).

Висновок: Патологія ЩЗ зустрічається майже у половини дітей (47%), що хворіють на ПВН. Також встановлений значний дисбаланс мікроелементного стану у цих хворих, в тому числі йододефіцит, що потребує відповідної корекції.

**КОНФЕРЕНЦІЯ
«ТРАНСФЕР НОВІТНІХ МЕДИЧНИХ
ТА СТОМАТОЛОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОХОРОНУ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

**27.04.2017 РОКУ, ВЦ «КИЇВЕКСПОПЛАЗА»,
ВУЛ.САЛЮТНА 2-Б, ПАВІЛЬЙОН №3**

**ОРГАНІЗАТОР: НАУКОВО-ДОСЛІДНА ЧАСТИНА НМУ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

АБСТРАКТИ КОНФЕРЕНЦІЇ

ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Когут Е.Г.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.,
ас., Дячук Х. Г.

Ужгородський національний університет

Кафедра ортопедичної стоматології
(в.о.зав.каф. – д.мед.н., проф. Фера О.В.)
м. Ужгород, Україна

Актуальність теми. Актуальність проблеми захворюваності на пульпіт обумовлена значною поширеністю та недостатнім вивченням чинників формування даного стоматологічного захворювання.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки впливу природних та антропогенних факторів навколишнього середовища і соціальних умов, що зумовлюють виникнення та поширеність захворюваності на пульпіт, провести наукове обґрунтування даної патології.

Матеріали і методи. Проведено анкетування на основі клінічних обстежень у 200 пацієнтів із захворюванням на пульпіт. Вік пацієнтів був встановлений у межах від 15 до 17 років. Для обробки отриманих результатів ми використовували коефіцієнт рангової кореляції, критерій Стьюдента, коефіцієнт репрезентативності, коефіцієнт ймовірності, варіації та достовірність розбіжності. На основі категоризації результатів було проведено формулювання висновків і положень щодо даного захворювання.

Результати досліджень. У ході досліджень був проведений аналіз зв'язків факторів навколишнього середовища з захворюваністю на пульпіт. Зробивши математичний аналіз даних анкетування було проведено між чинників, які безпосередньо призводять до виникнення пульпіту.

Фактори, які найбільше впливають на виникнення пульпіту у підлітків, віком від 15 до 17 років: частота стресових ситуацій, механічна травма ЩЛД, вид продуктів харчування у щоденному раціоні, частота прийому їжі, вид водопостачання та дотриманням правил гігієни ротової порожнини.

Висновки. 1. У ході математичного обробки даних і в результаті проведених нами досліджень, було отримано підтвердження взаємозв'язків між факторами довкілля та захворюваністю на пульпіт, на підставі визначених коефіцієнтів Стьюдента, Спірмена та Пірсона.

2. Досліджено, що частота стресових ситуацій і травма ЩЛД є одними із головних чинників виникнення даного захворювання, оскільки їх виявлено у всіх вікових групах дослідження.

3. Виявлено, що такі фактори довкілля як місце проживання, рівень прибутку, тривалість сну не впливають на виникнення захворюваності на пульпіт серед обстеженої групи осіб.

4. Для ранньої профілактики та ефективного лікування пульпіту у осіб віком від 15 до 17 років необхідно здійснювати регулярні профілактичні цільові медичні візити до стоматолога, дотримуватись встановлених гігієнічних норм та вимог, а також зменшити чи усунути вплив вищенаведених факторів ризику виникнення даної патології.

ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ХАРАКТЕРУ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ, СПОСОБУ ЖИТТЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Шевченко Д.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.

Ужгородський національний університет

Кафедра ортопедичної стоматології,
стоматологічний факультет
(в.о. зав.каф. – д.мед.н., проф. Фера О.В.)
м. Ужгород, Україна

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки впливу природних та антропогенних факторів навколишнього середовища і соціальних умов, що зумовлюють виникнення та поширеність захворюваності на пульпіт серед населення віком 15-17 років м. Ужгорода та Ужгородського району.

Матеріали і методи. Проаналізовано первинну стоматологічну документацію (індивідуальну картку стоматологічного хворого), досліджено статистику захворюваності на пульпіт населення м. Ужгород за 2010–2015 роки та проведено соціологічне опитування серед 200 пацієнтів віком від 15 до 17 років, хворих на пульпіт. Для проведення запланованого нами дослідження була сформована авторська анкета, яка містила 34 питання, де з'ясувалися характер і режим харчування, спосіб життя, чинники довкілля, які в тій чи іншій мірі впливали на виникнення, формування та перебіг захворюваності на пульпіт. Опитування здійснювалося серед пацієнтів стоматологічної поліклініки СОЗ УМВС та учнів УЗОШ І-ІІІ ст. №20 – ліцею “Лідер”.

Отримані результати. Встановлено взаємозв'язок між характером і режимом харчування, частотою стресових ситуацій, тривалістю сну, механічною травмою щелепно-лицевої ділянки, дотриманням правил гігієни порожнини рота та виникненням пульпіту в осіб віком від 15 до 17 років.

Висновки. 1. У ході статистичної обробки даних були отримані підтвердження взаємозв'язків між характером та режимом харчування, способом життя, чинниками

довкілля та захворюваністю на пульпіт на підставі визначених коефіцієнтів Стюдента, Спірмена та Пірсона.

2. Встановлено взаємозв'язки між характером та режимом харчування, частотою стресових ситуацій, механічною травмою щелепно-лицевої ділянки, видом водопостачання та способом вживання води і дотриманням правил гігієни ротової порожнини із захворюваністю на пульпіт.

3. Вплив таких факторів довкілля, як місце проживання, рівень прибутку, тривалість сну не суттєво впливають на виникнення захворюваності на пульпіт серед обстеженої групи осіб. Також, такі фактори, як наявність домашніх тварин, контакт з агресивними хімічними речовинами та контакт з ґрунтом в незначній мірі впливають на виникнення захворюваності на пульпіт у даній віковій групі.

4. Для ранньої профілактики та ефективного лікування пульпіту у осіб віком від 15 до 17 років необхідно здійснювати регулярні профілактичні цільові стоматологічні огляди, оптимізувати характер, режим і добовий раціон харчування.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF ENDODONTIC TREATMENT ACCORDING TO THE RADIOLOGICAL EXAMINATION

Крупич М.О., Хеннаві Д.Ф. / М. Krupich, D.Hennavi

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скібіцька О.О.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології
(зав. каф.: д.мед.н., професор А.В. Борисенко)
м. Київ, Україна*

Сьогодні в практику лікаря-стоматолога активно впроваджуються сучасні методи діагностики, нові технології механічного оброблення та obturaції кореневих каналів, новий ендодонтичний інструментарій, медикаментозні засоби. Проте, не дивлячись на технологічний прогрес, кількість ускладнень після ендодонтичного лікування, за даними різних авторів, складає до 75%.

Мета роботи: оцінити ефективність ендодонтичного лікування за даними рентгенологічного аналізу.

Матеріали та методи: проаналізовано 430 прицільних рентгенограм зубів пацієнтів, які звернулися до Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця з приводу первинного та повторного ендодонтичного лікування. Для об'єктивного аналізу відібрані рентгенограми зубів без анатомо-топографічних особливостей та вільно прохідні на всю робочу довжину, лікування котрих проводилося кваліфікованими лікарями-стоматологами. Успішно проведеним ендодонтичним лікуванням вважа-

лося те, що рентгенологічно відповідало наступним критеріям: пломбувальний матеріал розташовується на відстані 0-2 мм від рентгенологічної верхівки, щільність матеріалу однакова на всьому протязі кореневого каналу, відсутні проміжки між пломбувальним матеріалом і стінками кореневого каналу, немає виведення силера і/або гутаперчі в периапікальній тканині.

Результати: аналіз прицільних рентгенограм показав, що лише у 22,1% зубів ендодонтичне лікування було "успішним", відповідно у 77,9% – "неуспішним" або мало "сумнівний результат". Найчастіше на етапі інструментальної обробки траплялися: перфорації – 6,98%, відлам інструменту – 4,65% та утворення уступів – 3,48%. На етапі obturaції кореневих каналів: недопломбовані кореневі канали – 36,04%, виведення пломбувального матеріалу за верхівковий отвір – 24,41%, виведення в сусідні анатомічні утворення – 2,32%.

Висновок: аналіз прицільних рентгенограм зубів на різних етапах ендодонтичного лікування показав, що незважаючи на значний розвиток інструментального та медикаментозного забезпечення, лише у 22,1% зубів воно було проведено "успішно". Тому, питання підвищення ефективності ендодонтичного лікування зберігає свою актуальність.

Summary: the article contains analysis data 430 sighting of radiographs of the teeth on the stages of endodontic treatment. Found, that despite the significant development of instrumental and medical support, only 22.1% of all teeth, endodontic treatment was performed "successfully".

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ТА АНАЛІЗУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ЕНДЕМІЧНОМУ РЕГІОНІ

Кухарчук Л.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.

*Ужгородський національний університет,
стоматологічний факультет*

*Кафедра ортопедичної стоматології
з курсом гігієни та екології*

*(в. о. зав.каф. – д.мед.н., проф. Фера О.В.)
м. Ужгород, Україна*

Мета дослідження: вивчення особливостей формування стоматологічної захворюваності населення шляхом аналізу зв'язків між станом навколишнього середовища та виникненням стоматологічної захворюваності в ендемічному регіоні, створення поглибленої системи аналізу виникнення стоматологічної патології серед населення ендемічного регіону для прийняття обґрунтованих заходів, спрямованих на зниження рівня стоматологічної захворюваності та оптимізації стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону.

Матеріали і методи дослідження: аналіз стоматологічної медичної документації, вивчення даних екологічного моніторингу з первинних документів обласної,

міських та районних санепідемстанцій, математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм Microsoft Excel.

Результати дослідження: в результаті проведених нами досліджень, ми запропонували комплексну гігієнічну оцінку стоматологічної захворюваності населення ендемічного регіону, що дозволяє оптимізувати показники стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону.

Висновки: 1. Встановлено, що для оптимізації показників стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону необхідна комплексна гігієнічна оцінка з врахуванням багатофакторної обумовленості формування стоматологічної захворюваності.

2. Для об'єктивної оцінки та аналізу стоматологічної захворюваності населення ендемічного регіону необхідне проведення комплексного дослідження показників стоматологічної захворюваності корінного населення, еколого-гігієнічної оцінки ґрунту, гігієнічної оцінки якості та умов харчування, водопостачання, умов та факторів середовища проживання.

3. Проведений причинно-наслідковий зв'язок між факторами довкілля, соціально-побутовими умовами та показниками стоматологічної захворюваності населення дає можливість визначити потреби та пріоритети у заходах профілактичного та оздоровчого характеру, а також потребу у спеціалізованій стоматологічній допомозі населенню ендемічного регіону.

ПІДСТАВИ ДЛЯ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Федорова А.В.

Наукові керівники: к.мед.н., доц. Сороченко Г.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
(зав. каф. – д.мед.н., Савичук О. В.)*

Асистент Федорова О. А.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра судової медицини та медичного права
(зав.каф. – д.мед.н., Михайличенко Б. В.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Серед медпрацівників і пересічних громадян панує думка, що кримінальної відповідальності для лікарів-стоматологів не передбачено. Однак, і до них застосовується юридична відповідальність. Стоматологи, особливо – дитячі, також повинні бути обізнані в цьому питанні.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали законодавчі документи і літературні джерела з питань юридичної відповідальності, зокрема – дитячих тера-

певтів-стоматологів. Були використані: анонімне анкетування стоматологів та аналітичні методи обробки інформації.

Результати. На підставі узагальнення експертної та клінічної практики, даних з медичної літератури, виявилось:

підґрунтям для юридичної відповідальності є порушення прав пацієнта – недотримання правил заповнення документації, порушення протоколів лікування, недотримання санітарно-гігієнічних норм.

I. Перелік обставин, які можуть спричинити неналежну меддопомогу:

1. Нестача знань лікаря (що може бути наслідком об'єктивних причин – неповнота відомостей в науці про механізми патпроцесу тощо).

2. Недосконалість окремих методів діагностики та низький рівень оснащення поліклініки апаратурою.

3. Неналежні дії батьків пацієнта: пізні звернення по допомогу; порушення режиму лікування.

II. Порушення стоматологічної допомоги, які є приводом для звернення пацієнта до суду:

1. Згідно з ч. 1. ст. 2 Кримінального кодексу України (ККУ) скоєння професійного злочину (навмисне чи з необережності вчинене лікарем-стоматологом порушення професійних обов'язків, яке заподіяло шкоду здоров'ю пацієнта) [1].

2. Необґрунтована відмова від надання меддопомоги, що потягла за собою шкоду здоров'ю або смерть.

3. Випадки, коли дії стоматолога суперечили загальноприйнятим правилам медицини: невиконання обов'язкових вимог (не провів алергологічний тест, необґрунтовано перевищив дозу ліків) [2].

4. Згідно ст. 145 ККУ – порушення збереження лікарської таємниці.

Недотримання цих правил в стоматологічній практиці можуть сприяти ускладненням у пацієнта. Тому, особливо ретельно їх треба дотримуватись в дитячій стоматології, де незначні порушення, що виникають після неправильного лікування, можуть мати значні наслідки у дитини.

Висновки. Для уникнення підстав для притягнення стоматолога до кримінальної відповідальності, на державному рівні необхідно забезпечити:

якісне навчання стоматологів (з ознайомленням їх обов'язковому дотриманню протоколів лікування), з широким інформуванням про юридичні основи власної діяльності;

контроль за правильністю лікування.

**ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
ЗАСТОСУВАННЯ РЕЛАКСАЦІЙНИХ ШИН
ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-
СУГЛОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС**

**ELECTROMYOGRAPHIC STUDY OF APPLICATION
OF TIRE RELAXATION OF THE TREATMENT
OF PATIENTS WITH MUSCULOARTICULAR
DYSFUNCTION TEMPORALLOWER JAW JOINT**

Ващенко В.В. / V. Vashchenko

Науковий керівник: доц., к.мед.н. Костюк Т.М.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра ортопедичної стоматології
(зав.каф. – проф., д.мед.н. Неспрядько В.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Проблема виникнення функціональних змін в жувальних м'язах є актуальною в сьогоденні. За даними різних наукових джерел вона становить від 6,9% (похилий вік) і до 27,8% (підлітковий вік) у різних вікових групах. Маємо на увазі наявність підвищеної активності жувальних м'язів, їх перенапряга чи навіть спазм. Лікування порушень функції жувальних м'язів є одним з найскладніших, оскільки захворювання пов'язане з порушенням діяльності функції нейро-м'язового комплексу. Особливо складним є лікування парафункції жувальних м'язів, яка ускладнена латеральним чи дистальним зміщенням нижньої щелепи, обумовленою частковою відсутністю зубів, що супроводжується зниженням висоти нижньої третини обличчя. Поширеність даної проблеми та зростання числа пацієнтів з даною патологією спонукала до пошуку та вивчення нових методик впливу на жувальні м'язи. Зазвичай м'язово-суглобові дисфункції супроводжуються болями, відчуттям дискомфорту у жувальних м'язах та СНЩС, скутістю. Пальпація жувальних м'язів може діагностувати наявність больових точок, переважно односторонніх. Локалізація больових точок полягає переважно в латеральному крилоподібному м'язі, скроневому та медіальному крилоподібному м'язі.

Найбільш об'єктивним методом дослідження стану жувальних м'язів є електроміографія, що дозволяє виявити підвищену біоелектричну активність жувальних м'язів у стані спокою, що свідчить про їх постійну активність. Етіологічно парафункції переважно обумовлені нерво-емоційним напруженням, тому при лікуванні їх основна увага спрямована на вилучення недоцільних нейро-м'язових звичок жувального апарату. Релаксація жувальних м'язів є проміжним етапом ортопедичного лікування пацієнтів, стан яких ускладнений наявністю парафункції жувальних м'язів, і проводиться з метою гальмування звичних патологічних рефлексів. Для виконання даного етапу лікування використовуємо релаксаційні на зубні знімні шини.

Метою даного дослідження є аналіз характеру та ступеню змін електроміографічної активності жувальних м'язів у пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС на етапі лікування релаксаційною шиною.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом нашого дослідження був репрезентативний контингент хворих із клінічними проявами м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС. Клінічне обстеження хворих відповідно до поставленої мети та завдань дослідження проводилося у віковому інтервалі від 25 до 45 років. Нами було обстежено 68 пацієнтів (41 жінка та 27 чоловіків).

Всі пацієнти були обстежені згідно єдиному, розробленому нами алгоритму. Дослідження проводили з використанням комплексу ВіоЕМГ III, спеціально розробленому для запису черепно-лицьової мязевої активності як в стані спокою, так і в стані функціонування. Особливість "Комплексу ВіоЕМГ III" полягає в тому, що він використовує зрозумілі способи відображення даних, які легко та швидко інтерпретуються. Система автоматично вказує на активність, чи гіпоактивність м'язів. Це забезпечує миттєву оцінку синергії, симетрії та час активації черепно-лицьових м'язів для отримання уяви про процес оцінювання з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС. Програма дозволяє визначити параметри як в розслабленому, так і в стані щелеп в одному запису без фазового сдвигу. Запис виробився одночасно по 8 каналам. Тип підсилення-диференціальний, коефіцієнт підсилення 5000, чутливість не більше 0,3 мкВ, АПЦ 0,5 мкВ.

Результати. За 3 місяці від початку застосування релаксаційної шини на електроміограмі у 36 (52,9%) пацієнтів спостерігалася ізолінія у стані спокою. У 39 (57,3%) пацієнтів при довільному жуванні спостерігалася вирівнювання структури та наповнення жувальної хвилі, збільшення кількості жувальних циклів, вирівнювання співвідношень періодів активності та спокою жувальних м'язів.

Через 6 місяців від початку застосування релаксаційної шини на електроміограмі у 54 (79,4%) пацієнтів спостерігалася ізолінія у стані спокою. У 57 (83,8%) пацієнтів при довільному жуванні спостерігалася вирівнювання структури та наповнення жувальної хвилі, збільшення кількості жувальних циклів, вирівнювання співвідношень періодів активності та спокою жувальних м'язів. 59 (86,8%) пацієнтів відмічали загальне покращання стану та повну відсутність болю в жувальних м'язах, зникнення відчуття дискомфорту.

Висновки. Враховуючи вищезазначені данні аналізу електроміографії слід зауважити, що використання релаксаційних шин, як проміжного етапу ортопедичного лікування пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС є доцільним та бажаним. Центральна нервова система шляхом складних рефлексорних зв'язків, програмуючи функціональну активність жувальної мускулатури компенсує вже існуючі у пацієнта оклюзійні перенавантаження. Нерівномірне перенавантаження жувальної мускулатури, досягаючи фази декомпенсації, формує функціональне порушення м'язів, що може супроводжуватися низкою больових симптомів. Враховуючи можливість перебудови міотатичного рефлексу задачею лікаря є досягнення максимального сприятливого стану у пацієнта за допомогою релаксаційної шини. Надалі задачею лікаря є збереження та закріплення одержаного результату шляхом корекції та стабілізації оклюзійних співвідношень, що запобігає виникненню перенавантаженню жувальних м'язів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОХІМІЧНОЇ ПОВЕДІНКИ Ni-Cr ДЕНТАЛЬНОГО СПЛАВУ ДЛЯ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ РЕСТАВРАЦІЙ INVITRO

Гуца Д.К., Талаш В.М., Богачук В.В., Корзун В.І.

Науковий керівник: к.мед.наук, доцент Гуца Д.К.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Інститут проблем матеріалознавства
імені І.Н. Францевича НАН України

Кафедра ортопедичної стоматології
(зав. каф. – д.мед.н. В.П.Неспрядько)
м. Київ, Україна

За останні 20–30 років в науковій літературі з'явилась величезна кількість робіт, в яких вивчаються та пояснюються причини виникнення негативних реакцій з боку організму у відповідь на введення металевих зубних протезів (МЗП).

Більшість авторів вважають, що головним чинником у розвитку негативних реакцій організму на МЗП є дія електричного струму, який генерують МЗП та конструкції з різних металів чи сплавів. Величина струмів залежить від різниці потенціалів, які виникають на окремих МЗП.

Причиною ж руйнування (корозії) самих металів та їх сплавів при взаємодії із середовищем, в якому вони знаходяться, є безперервний перебіг хімічних та електрохімічних процесів.

У класичній електрохімії відомо, що між однаковими металами чи сплавами, що знаходяться в однаковому середовищі при t_{const} різниці потенціалів не існує, а, отже, не можуть виникати електричні струми.

Тому дослідники рекомендують для застосування у стоматологічній практиці, як найбільш прийнятні з точки зору біологічної індиферентності, конструкції з однорідних сплавів.

Науково обґрунтований та відмінно проведений на початку ХХ століття дослід професора В. А. Кістяківського ставить під сумнів ствердження що до відсутності різниці потенціалів для двох однакових металів, що знаходяться в єдиному середовищі.

Механізм виникнення цього явища в електрохімічній середовищі досить складний і сьогодні ще не до кінця зрозумілий.

Мета. Підвищення якості зубного протезування незнімними конструкціями зубних протезів шляхом дослідження електрохімічної поведінки Ni-Cr дентального сплаву для металокерамічних реставрацій invitro.

Матеріали та методи дослідження. Для дослідження ми обрали сплав SystemNH (Німеччина), що використовується для виготовлення каркасів металокерамічних конструкцій і складається з наступних компонентів: Ni-58,4%, Cr-26,9%, Mo-12,9%, Si-1,6%, інших < 0,1%.

Різницю потенціалів, що виникала за тривалої (5 діб) витримки двох повністю однакових зразків із сплаву System NH в розчині 3 % NaCl, що імітував фізіологічний розчин за 37 °C, реєстрували за допомогою потенціоста-

ту ПИ 50-1 в електрохімічній комірці ЯСЭ-1. Прямого контакту між зразками не було, відстань між зразками в розчині хлориду натрію була приблизно 3 см. Вимірювання потенціалу, що самовільно утворювався на зразках, проводили кожну годину з перервою на нічний час.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені вимірювання показали, що електрохімічний потенціал на двох абсолютно однакових зразках із сплаву System NH періодично змінювався як за величиною, так і за знаком. Тобто між зразками з одного і того ж сплаву, які знаходяться в єдиному середовищі, та на які не діють інші зовнішні фактори (тепло, механічний вплив та ін.) при певних умовах може протікати електричний струм.

Висновки. Існуючі на сьогодні методики вимірювання потенціалів та струмів між МЗП лише "фотографічно" відтворюють електричний баланс для конкретного моменту, і тому дають достатньо велику похибку при прийнятті рішення стосовно використання того чи іншого сплаву.

Проведення даних вимірювань дозволило визначити величини та знаки потенціалів протягом певного часу, в розчині, хімічний склад якого наближається до складу ротової рідини.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ DYNACLEFT У ДІТЕЙ З ОДНОСТОРОННІМ НАСКРІЗНИМ НЕЗРОЩЕННЯМ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

EXPERIENCE OF USING DYNACLEFT IN UNILATERAL COMPLETE CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS

Жильчук Д.Р., Крупич М.О., Шафета О.Б. /
D. Zhylchuk, M. Krupich, O. Shafeta

Науковий керівник: д.мед.н., професор Яковенко Л.М.
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
(зав. каф.: д.мед.н., професор Л.М. Яковенко)
м. Київ, Україна

Актуальність. Одним з етапів підготовки дитини до проведення хейлоринопластики є корекція положення тканин верхньої губи та незрощених фрагментів верхньої щелепи. Для зближення тканин верхньої губи використовують стрічки, методику назоальвеолярного молдинга та пристрій DynaCleft. Останній зменшує ширину дефекту м'яких тканин за рахунок сталої тяги, що передається на тканини з еластичного центру пристрою.

Завдання дослідження. Визначити ефективність застосування DynaCleft у дітей з одностороннім наскрізним незрощенням верхньої губи і/чи піднебіння на етапі підготовки до первинної хейлоринопластики.

Матеріали і методи. Досліджено 10 пацієнтів з одностороннім наскрізним незрощенням верхньої губи і/чи

піднебіння, які були розділені на 2 групи: контрольну (без використання DynaCleft) та основну (з застосуванням DynaCleft). Виміри здійснювали на 1 та 3 місяцях перед хейлоринопластиком. Ефективності застосування DynaCleft оцінювались за даними фотограмметрії з визначенням трансверзальних показників: ширини дефекту між крилами носа (al-al), їх основами (bn-bn), ротової щілини (ch-ch), на рівні узвища Лука Купідона червоної кайми (def-def).

Результати. У дітей контрольної групи ширина al-al, bn-bn, ch-ch зменшилися на 10-15%, а ширина def-def збільшилась на 8-10%. При застосуванні DynaCleft у дітей основної групи визначали зменшення ширини def-def у 1,6 раз (на 40%), ширина al-al зменшилась у 1,1 раз (на 10%), bn-bn – у 1,35 раз (на 26%). Це свідчило про позитивний результат використання DynaCleft. Але, в процесі застосування спостерігалось наступне: погана фіксація DynaCleft до шкіри дитини, подразнення шкіри в ділянці прикріплення DynaCleft, при годуванні дитини, соска тиснула на пов'язку, що погіршувало її фіксацію і призводило до необхідності заміни DynaCleft.

Висновки. Використання DynaCleft у передопераційній підготовці пацієнтів з широкими односторонніми наскрізними дефектами верхньої губи і/чи піднебіння є ефективним засобом, що підтвердилось показниками фотограмметрії. Для отримання стабільного результату необхідно здійснювати їх заміну раз на два дні з визначенням напрямку дії еластичної тяги та навчати батьків правильному їх використанню.

Summary: the article contains experience of using DynaCleft in unilateral complete cleft lip and palate patients for minimizing the deformity before primary surgery. Found, that using of DynaCleft is effective for reducing the cleft width gently guiding tissue into a better surgical position.

НАВІГАЦІЙНА «ШАБЛОННА» ХІРУРГІЯ ЯК ФАКТОР УСПІХУ ІМПЛАНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Корзун В.І., Богачук В.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Куц П.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра ортопедичної стоматології
(зав.каф. – д.мед.н. Неспрядько В.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Стоматологічне імплантологічне лікування є важливим компонентом реабілітації пацієнтів з повною або частковою вторинною адентією. Для оптимізації імплантації і зменшення кількості хірургічних і ортопедичних ускладнень лікар повинен мати певний багаж знань про анатомію щелеп, топографію кісткових орієнтирів, наявність об'єму кістки в тій чи іншій клінічній ситуації. Однак, наявність лише цих умов не є запорукою успіху імплантації. В останній час акцент змістився: від встановлення імплантатів «на око» до практично точних, прогнозованих кінцевих результатів лікування за допомо-

гою навігаційних хірургічних CAD\CAM систем. Для точного переносу хірургічного плану лікування в реальність використовуються хірургічні шаблони – спеціальні капи з біоінертного полімерного матеріалу, що мають направляючі отвори з, як правило, титановими гільзами різної довжини та діаметру для точно орієнтованого введення зубних імплантатів.

Мета дослідження. Підвищення ефективності імплантологічного лікування за допомогою використання навігаційних хірургічних шаблонів виготовлених за допомогою CAD\CAM технології методом стереолітографії.

Матеріали і методи. Для оцінки ефективності розробленої методики проведено порівняння двох груп пацієнтів з дефектами зубних рядів верхньої і нижньої щелепи, яким було проведено імплантацію.

Група I – контрольна, 5 пацієнтів, яким проводилось встановлення внутрішньокісткових імплантатів без застосування шаблонів.

Група II – 5 пацієнтів, яким проводили 3D планування і оперативне втручання з використанням навігаційних хірургічних шаблонів, виготовлених за допомогою CAD\CAM технології у програмному середовищі Siplant (Materialise, Бельгія).

Отримані результати. Встановлено 21 імплантат, 11 з яких у попередньо спланованому положенні, визначеному за допомогою 3D планування і 10 без використання навігаційних систем. Імплантати встановлені за допомогою хірургічних шаблонів були позиціоновані у кістці у найбільш правильному положенні згідно наявної клінічної ситуації, що підтверджують дані контрольного рентгенологічного дослідження. Виготовлені пластмасові провізорні конструкції.

Висновки. Віртуальне планування імплантації та майбутньої супраконструкції є обґрунтованим методом лікування часткової та повної адентії. Хірургічні шаблони дають змогу визначити правильний напрямок для формування ложа імплантату, а отже, отримати відмінний функціональний і естетичний результат лікування.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF ENDODONTIC TREATMENT ACCORDING TO THE RADIOLOGICAL EXAMINATION

Крупич М.О., Хеннаві Д.Ф./ M.Krupich, D.Hennavi

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скібіцька О.О.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології
(зав. каф.: д.мед.н., професор А.В. Борисенко)
м. Київ, Україна*

Сьогодні в практику лікаря-стоматолога активно впроваджуються сучасні методи діагностики, нові техно-

логії механічного оброблення та obturaції корневих каналів, новий ендодонтичний інструментарій, медикаментозні засоби. Проте, не дивлячись на технологічний прогрес, кількість ускладнень після ендодонтичного лікування, за даними різних авторів, складає до 75%.

Мета роботи: оцінити ефективність ендодонтичного лікування за даними рентгенологічного аналізу.

Матеріали та методи: проаналізовано 430 прицільних рентгенограм зубів пацієнтів, які звернулися до Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця з приводу первинного та повторного ендодонтичного лікування. Для об'єктивного аналізу відібрані рентгенограми зубів без анатомо-топографічних особливостей та вільно прохідні на всю робочу довжину, лікування котрих проводилося кваліфікованими лікарями-стоматологами. Успішно проведеним ендодонтичним лікуванням вважалося те, що рентгенологічно відповідало наступним критеріям: пломбувальний матеріал розташовується на відстані 0-2 мм від рентгенологічної верхівки, щільність матеріалу однакова на всьому протязі кореневого каналу, відсутні проміжки між пломбувальним матеріалом і стінками кореневого каналу, немає виведення силера і/або гутаперчі в периапікальні тканини.

Результати: аналіз прицільних рентгенограм показав, що лише у 22,1% зубів ендодонтичне лікування було "успішним", відповідно у 77,9% – "неуспішним" або мало "сумнівний результат". Найчастіше на етапі інструментальної обробки траплялися: перфорації – 6,98%, відлам інструменту – 4,65% та утворення уступів – 3,48%. На етапі obturaції корневих каналів: недопломбовані кореневі канали – 36,04%, виведення пломбувального матеріалу за верхівковий отвір – 24,41%, виведення в сусідні анатомічні утворення – 2,32%.

Висновок: аналіз прицільних рентгенограм зубів на різних етапах ендодонтичного лікування показав, що незважаючи на значний розвиток інструментального та медикаментозного забезпечення, лише у 22,1% зубів воно було проведено "успішно". Тому, питання підвищення ефективності ендодонтичного лікування зберігає свою актуальність.

Summary: the article contains analysis data 430 sighting of radiographs of the teeth on the stages of endodontic treatment. Found, that despite the significant development of instrumental and medical support, only 22.1% of all teeth, endodontic treatment was performed "successfully".

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ТА АНАЛІЗУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ЕНДЕМІЧНОМУ РЕГІОНІ

Кухарчук Л.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.

*Ужгородський національний університет,
стоматологічний факультет*

*Кафедра ортопедичної стоматології
з курсом гігієни та екології*

*(в. о. зав.каф. – д.мед.н., проф. Фера О.В.)
м. Ужгород, Україна*

Мета дослідження: вивчення особливостей формування стоматологічної захворюваності населення шляхом аналізу зв'язків між станом навколишнього середовища та виникненням стоматологічної захворюваності в ендемічному регіоні, створення поглибленої системи аналізу виникнення стоматологічної патології серед населення ендемічного регіону для прийняття обґрунтованих заходів, спрямованих на зниження рівня стоматологічної захворюваності та оптимізації стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону.

Матеріали і методи дослідження: аналіз стоматологічної медичної документації, вивчення даних екологічного моніторингу з первинних документів обласної, міських та районних санепідемстанцій, математично-статистичні методи обробки даних з використанням комп'ютерних програм Microsoft Excel.

Результати дослідження: в результаті проведених нами досліджень, ми запропонували комплексну гігієнічну оцінку стоматологічної захворюваності населення ендемічного регіону, що дозволяє оптимізувати показники стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону.

Висновки:

1. Встановлено, що для оптимізації показників стоматологічного здоров'я населення ендемічного регіону необхідна комплексна гігієнічна оцінка з врахуванням багатofакторної обумовленості формування стоматологічної захворюваності.

2. Для об'єктивної оцінки та аналізу стоматологічної захворюваності населення ендемічного регіону необхідне проведення комплексного дослідження показників стоматологічної захворюваності корінного населення, еколого-гігієнічної оцінки ґрунту, гігієнічної оцінки якості та умов харчування, водопостачання, умов та факторів середовища проживання.

3. Проведений причинно-наслідковий зв'язок між факторами довкілля, соціально-побутовими умовами та показниками стоматологічної захворюваності населення дає можливість визначити потреби та пріоритети у заходах профілактичного та оздоровчого характеру, а також потребу у спеціалізованій стоматологічній допомозі населенню ендемічного регіону.

МЕТОДИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОКЛЮЗІЙНОГО СПІВВІДНОШЕННЯ ЗУБНИХ РЯДІВ

Мемедляєв Р.Д.

Науковий керівник: к.м.н. Лисейко Н.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра ортопедичної стоматології
(зав. каф. – д. мед. н., професор Неспрядько В.П.)
м. Київ, Україна*

Актуальність: Проблема діагностики оклюзійних порушень на сьогоднішній день набуває особливого значення через широку розповсюдженість серед пацієнтів захворювань пародонта, скронево-нижньощелепного суглоба, твердих тканин зуба, причиною яких є саме порушення контактів зубів-антагоністів.

Матеріали і методи: аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури.

Мета дослідження: визначити, проаналізувати та узагальнити дані джерел як вітчизняної, так і зарубіжної літератури щодо методів діагностики оклюзійного співвідношення зубних рядів.

Отримані результати: Методи дослідження оклюзії можна поділити на клінічні, параклінічні та інструментальні. Клінічні методи (зовнішній огляд зубних рядів, аускультация) через їх суб'єктивність та неточність є найгіршими для діагностики оклюзійних співвідношень. Найбільш популярними на сьогодні є отримання оклюдограм шляхом реєстрації відбитків зубів на пластинках бюгельного воску, аналіз діагностичних моделей в артикуляторі та маркування супраконтактів із використанням спеціального копіювального паперу. М.К. Драгобецький, Х.А. Каламкарів, Т.В. Нікітіна застосовують для отримання оклюдограми воскову пластину, нижня поверхня якої вкрита алюмінієвою фольгою, що попереджує її деформацію. Spigі запропонував апарат для фіксації воскової пластини, за допомогою якого вона вводиться в порожнину рота пацієнта та дозволяє отримувати оклюдограми без деформації. Реєстрацію оклюзійних контактів D. Gutman et al здійснюють методом фотооклюзії. Отримують відбиток на прозорій пластмасовій пластинці та оглядають у поляризованому світлі. S. Fitzig et al використовують спеціальну відбиткову ложку з нанесенням на неї полімерного покривного лаку.

Для діагностики оклюзійних співвідношень використовують також денситометри – пристрої для дослідження щільності плоских об'єктів. Спочатку за спеціальною методикою виготовляють оклюдограми, які потім фотографують і проводять повний аналіз на скануючому денситометрі "Chromoscan-3". За допомогою цієї методики можна провести порівняльний аналіз загальної щільності оклюзійних контактів до та після ортопедичного та ортодонтчного лікування, визначити показник середньої величини їх приросту, порівняти площу контактів до та після протезування.

Дуже зручним та точним є використання інтраоральних сканерів для отримання цифрових відбитків, після

чого за допомогою спеціального програмного забезпечення можливе визначення порушень оклюзійних співвідношень.

Найбільш точним та інформативним є використання апарату "T-scan", що дозволяє визначити послідовність, синхронність, площу та силу кожного контакту як в статичній, так і в динаміці. Для цього пацієнту треба накусити індивідуальну пластинку – ультра тонкий сенсор, на моніторі відображаються результати у вигляді дво- та тривимірної активних діаграм, за допомогою яких лікар може не тільки розпізнати проблемні точки, необхідні для формування ідеальної оклюзії, але й наочно показати пацієнтові причину патології.

Один із сучасних точних методів визначення оклюзійних співвідношень – за допомогою вимірювальних плівок Fuji Prescale. Він базується на аналізі інтенсивності фарбування відбитків, отриманих при змиканні зубів. Дана плівка містить в собі мікрокапсули з барвником, що під дією жувального тиску руйнуються. Це призводить до утворення стійкого червоного фарбування в місці контакту. Для отримання більш точних результатів необхідно порівнювати фарбування з шаблоном, що враховує температуру та вологість, які повинні відповідати умовам проведення експерименту.

Висновок: Існує велика кількість методів дослідження оклюзійних співвідношень зубних рядів. Сучасні методи мають більший ступінь точності, але питання достовірності потребує подальшого вивчення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗУБОЛИЦЕВОЇ КОМПОЗИЦІЇ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

RESEARCH OF TOOTHFACIAL COMPOSITION IN STUDENTS OF DENTAL FACULTY

Момро М.В., Суровцев С.В. / M. Momro, S. Surovtsev

Науковий керівник: д.мед.н., професор Біденко Н.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
(зав. каф.: д.мед.н., професор Савичук О.В.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. На сьогодні дуже важливе значення для осіб молодого віку має естетичний вигляд обличчя. Важливо знати переважаючі форми та співвідношення фронтальної групи зубів для правильного планування їх реставрації.

Мета і завдання дослідження – дослідити та визначити переважуючі типи посмішки та відповідність естетичним критеріям фронтальної ділянки зубних рядів у студентів стоматологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали та методи. Досліджено типи посмішок та відповідність естетичним критеріям фронтальної ділянки зубних рядів у 105 студентів стоматологічного факультету

ту НМУ імені О. О. Богомольця методом фотографування. Для отримання фотографій використовувався цифровий дзеркальний фотоапарат Canon EOS 1100D. Здійснено вимірювання та аналіз даних на фотографіях.

Результати дослідження. Виявлено, що найчастіше в студентів стоматологічного факультету зустрічається комісуральний тип посмішки (75,24%). Рідше зустрічаються ікловий (21,9%) та складний (2,86%) типи посмішки. Щодо стосується видів посмішки, то превалуючим є I тип (52,38%), далі – IV тип (43,81%), V тип (2,86%), II тип (0,95%). Було проведено дослідження форми центральних різців. За результатами дослідження отримано такі результати: найчастіше зустрічаються різці прямокутної форми (47,62%), достатньо часто зустрічаються різці трикутної форми (35,24%), різці овальної форми було визначено в 17,14% випадків. При дослідженні співвідношення ширини центрального різця до ширини видимої частини латерального різця у фронтальній проекції отримано такі результати: “золотому перерізу”, тобто значенню 1,6-1,7 відповідають 26,67% студентів. Показник нижче цього значення встановлено у 51,43%, а вище – у 21,9% студентів стоматологічного факультету. Співвідношення ширини центрального різця до видимої частини латерального різця та видимої частини латерального різця до видимої частини ікла у фронтальній проекції, що становить 1,6 маємо лише у 3,8% студентів стоматологічного факультету.

Висновки: 1. Превалуючим типом посмішки у студентів стоматологічного факультету є комісуральний (75,24%).

2. 3,8% студентів має гармонійне співвідношення ширини центрального різця до видимої частини латерального різця та видимої частини латерального різця до видимої частини ікла у фронтальній проекції.

Summary: In this work are presented analysis of 105 photos, where we investigated the types of smiles and matching aesthetic criteria of frontal area of the dentition.

лено порушенням основних життєво-важливих функцій дихання та годування у них вже одразу після народження. Налагодження цих функцій є найпершою задачею, яка потребує вирішення.

Мета. Визначення оптимального способу ведення дітей раннього віку з СПР в залежності від діагностичних критеріїв.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз 10 історій хвороб дітей з СПР від дня народження до 2, 5 місяців, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неонатальному центрі Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання (ВОДТМО). Аналіз проводився за розробленою картою обстеження, дані оброблялись статистично.

Результати дослідження. Встановлено, що серед дітей з СПР частіше народжуються дівчатка (71,5%), а рідше – хлопчики (28,5%). Всі малюки народжувалися в строк із середньою вагою 3129±539 г, що відповідало фізіологічній нормі. Лише одна дитина була недоношеною з вагою 1760 г. За шкалою Апгар на 5 хвилині їх оцінювали у 8-9 балів. Сутурація крові при цьому становило 95-96%, що відповідало достатньому забезпеченню тканин киснем. У однієї дитини цей показник був знижений до 88%, що було обумовлено аспіраційною пневмонією. З часом у дітей з СПР розвивався гіпоксично-ішемічний синдром, який був складовою діагнозу при виписці. Годування всіх дітей здійснювали через зонд та виписували їх із зондом, відмічаючи згасання смоктального рефлексу. У 90 % дітей спостерігалися супутні вродженні вади: вроджена дисплазія кульшових суглобів, дитяча гемангіома обличчя, субкомпенсований пілоростеноз.

Висновки. Діти з СПР при народженні мали соматичні компенсовані показники, які з часом погіршувались. Це обумовлено не налагодженими функціями годування та дихання, які потребують обов'язкової корекції.

Summary: The article assessed the physical condition of children with Pierre Robin sequence. Determining the necessary direction of rehabilitation of patients.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПІВ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ З СЕКВЕНЦІЄЮ П'ЄРА РОБЕНА

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR DETERMINING STAGES OF TREATMENT IN CHILDREN WITH PIERRE ROBIN SEQUENCE

Соловей С. В. / S. Solovei

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

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
(зав.каф. д.мед.н., професор Яковенко Л.М.)
м.Київ, Україна*

Актуальність. Ведення дітей з секвенцією П'єра Робена (СПР) є важкою задачею як для лікарів загального профілю, так і для щелепно-лицевих хірургів. Це обумов-

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАТЕРАЛЬНОГО КРИЛОПОДІБНОГО М'ЯЗУ У ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

Стремський Я.О.

*Науковий керівник: доц. каф.,
канд. мед. н. Костюк Т.М.*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра ортопедичної стоматології
(зав. каф. – д.мед.н. В. П. Неспрядько)
м. Київ, Україна*

Актуальність: М'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу (МСД СНЩС) – одна з

найбільш поширених проблем в стоматології. За даними вітчизняних та зарубіжних вчених поширеність цієї патології становить до 63%. Поліетіологічність та різноманітність клінічних проявів обумовлюють як складну діагностику, так і складність в виборі методу лікування даної патології.

Щодо розвитку МСД, то існує декілька теорій її виникнення: оклюзійно-артикуляційна та міогенна. Оклюзійно-артикуляційна теорія визначає причину патології СНЩС через невірне розташування структурних елементів суглобу, яке може бути обумовлене різними причинами: втратою зубів, підвищеним патологічним стиранням, неправильним прикусом, тощо. Міогенна теорія базується на уяві про те, що порушення функції суглобу обумовлено зміщенням суглобового диску допереду внаслідок підвищеного тонуусу *musculus pterygoideus lateralis*. Однак, морфологічним особливостям жувальних м'язів при МСД СНЩС в доступних літературних джерелах приділяється досить мало уваги. Неможливість адекватної діагностики стану жувальних м'язів у пацієнтів з МСД СНЩС призводить до вибору невірної тактики лікування і, як наслідок, до незадовільного результату. Однією з найбільш важкодоступних для клінічної діагностики м'язів є *musculus pterygoideus lateralis*.

Мета дослідження: Метою нашого дослідження було вивчення особливостей морфології *musculus pterygoideus lateralis* за даними магнітно-резонансної томографії, а також визначення залежності між виявленими особливостями і клінічними симптомами МСД СНЩС.

Матеріали та методи: На базі кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця нами було обстежено 44 пацієнти віком від 28 до 45 років, що мали клінічні прояви дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу. Всі пацієнти були обстежені згідно єдиному розробленому та затвердженому на кафедрі протоколу досліджень. Основну увагу серед параклінічних методів приділяли магнітно-резонансній томографії (МРТ) СНЩС. Стандартне МРТ проводилося на томографі Toshiba 1,5 Тл (Японія).

Томографія СНЩС проводилася з обох сторін, в косо-сагітальній та косококорональній площині із застосуванням імпульсних послідовностей у положенні закритого та відкритого рота пацієнта. Товщина зрізу – 0,5 мм, загальна кількість зрізів – 16, час дослідження (1 імпульсна послідовність) – 0,5 хвилин.

Результати дослідження: Було встановлено, що у всіх без винятку пацієнтів (100%), що мали клінічні симптоми міосуглобової дисфункції СНЩС на МРТ були наявні ділянки з гіпоінтенсивним МР-сигналом. Вогнища потовщень в бічному крилоподібному м'язі пацієнтів з вираженою больовою симптоматикою спостерігали в ділянці сухожилко-м'язового переходу (3-5) та в ділянці м'язового черевця (7-9) – вони простежувалися по ходу волокон і їх густина складала 79-82 НУ (при нормі 60-65 НУ). В пацієнтів, що не мали больової симптоматики аналогічні вогнища потовщень в бічному крилоподібному м'язі були локалізовані лише в ділянці сухожилко-м'язового переходу в кількості 1-3. 87,5% обстежених пацієнтів мали гіпоінтенсивні МР-ділянки, а 67,7% пацієнтів мали

симетричні правий та лівий м'яз, у 32,3% – спостерігалася асиметрія. У пацієнтів досліджуваної групи в 93% випадках на МР-томограмах СНЩС та жувальних м'язів спостерігалася дислокація суглобового диску, а також ділянки потовщення в *musculus pterygoideus lateralis* від 1 до 3 мм в діаметрі. Вони простежувалися по ходу волокон, їх густина складала 80-83 НУ, (N = 60-65 НУ).

Висновки: Можемо зробити висновок, що в 93 % досліджених пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу мають морфологічні порушення *musculus pterygoideus lateralis*, що підтверджено проведеним дослідженням. Зважаючи на вищезазначене, слід відзначити, що МРТ є доступним, необхідним та високоефективним методом діагностики стану бічного крилоподібного м'язу.

УСУНЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ ОРБИТИ: НОВА СТРАТЕГІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З АСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ

ELIMINATION OF POST TRAUMATIC DEFECTS OF THE ORBIT: A NEW STRATEGY FOR THE REHABILITATION OF VICTIMS WITH THE USE OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

*Д.М. Черногорський, А.В. Копчак, Ю.В. Чепурний /
Y. Cherpurnii, A. Korchak, D. Chernogorskyi*

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра стоматології

*(зав. каф.: д.мед.н., професор Антоненко М.Ю.)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Реабілітація постраждалих з посттравматичними дефектами орбіти (ПДО) залишається актуальною медико-соціальною проблемою. Зменшення частоти незадовільних результатів оперативних втручань лежить у згадженій роботі спеціалістів суміжних спеціальностей.

Метою роботи було розробити мультидисциплінарну стратегію реабілітації постраждалих з дефектами стінок орбіти із застосуванням САД/САМ технологій.

Матеріали і методи. Нами проведено лікування 24 хворих з ПДО із застосуванням мультидисциплінарного підходу, який полягав у проведенні клінічного та рентгенологічного обстеження (КТ), оцінки офтальмологічного статусу, визначення етапності оперативних втручань. Для планування реконструктивних операцій створювали віртуальні моделі орбіт в програмному середовищі та обчислювали їх об'єм. Лікування ПДО проводили індивідуальними імплантатами, виготовленими методами швидкого прототипування з титану або РЕЕК. Результати лікування оцінювали клінічно та на підставі порівняльного аналізу післяопераційних комп'ютерних томограм.

Результати. Проведено лікування 26 пацієнтів з ПДО. У 13 з них для усунення дефекту застосовували індивідуалізовані імплантати з РЕЕК, у 5 випадках – індивідуалізованими імплантатами з титану. У 7 пацієнтів з дефектами дна орбіти проводили його реконструкцію стандартними титановими сітчастими імплантатами. Усунення естетичного дефекту було досягнуто в 79,2% випадків, покращення в 20,8% випадків. При порівнянні результатів комп'ютерного моделювання до операції з результатами оперативного втручання нами виявлено відсутність статистично достовірної різниці в кількості випадків виникнення енофтальму ($\chi^2=2.18$, $p>0.05$), диплопії ($\chi^2=3.33$, $p>0.05$) та положення індивідуалізованих пластин ($\chi^2=2.27$, $p>0.05$).

Висновки. Таким чином, запропонований мультидисциплінарний підхід до вирішення проблеми ПДО дозволяє покращити результати лікування постраждалих, а застосування комп'ютерного моделювання дозволяє спланувати лікувальні заходи та спрогнозувати їх результати з високим рівнем вірогідності.

Summary: Thus, given the multidisciplinary approach to the problem, PDO allows to improve the results of treatment of victims. The use of computer modeling allows to plan remedial measures, as well as to predict their results.

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ОБРОБКИ РАН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

ULTRASOUND WOUND DEBRIDEMENT IN THE COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA

Романова А.Ю., Копчак А.В., Рибак В.А., Чепурний Ю.В. /
A. Romanova, A. Korchak, V. Rybak, Y. Chepurnii

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра стоматології

(зав. каф.: д.мед.н., професор Антоненко М.Ю.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Низькочастотна ультразвукова обробка ран (УЗО) є новим перспективним методом лікування гнійно-некротичних захворювань, що успішно використовується в загальній хірургії, травматології та комбустіології. При цьому відомості про застосування методу в щелепно-лицевій хірургії, зокрема при важких гнілісно-некротичних флегмонах обмежені, а результати досліджень контроверсійні.

Мета. Вивчити клінічну ефективність застосування УЗО в комплексному лікуванні гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД).

Матеріали та методи. В дослідження включено 24 хворих з гнійно-запальними процесами ЩЛД (середній вік $36,7\pm 10,8$ років), розділених на 2 рівні групи (основну і

контрольну). В контрольній групі в комплексі лікувальних заходів застосовували традиційну некректомію. В основній групі використовували УЗО, апаратом "Sonoca185" (SpringGmbH). Ефективність лікування в обох групах визначали за динамікою основних клінічних симптомів і порівнювали з використанням критерію χ^2 Пірсона та U-критерія Манна-Уїтні в програмі SPSS Statistics v.22.

Результати та обговорення. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі в основній групі склала $4,58\pm 1,08$ діб, в контрольній – $5,8\pm 1,14$ діб ($U=26$; $p<0,05$). На 3 добу лікування в основній групі виявлено статистично достовірне зниження кількості випадків, де зберігались гнійні виділення з рани ($\chi^2=5.39$, $p<0.05$). На 5 добу у пацієнтів основної групи рівень гнійної ексудації залишався вірогідно нижчим ($\chi^2=4.8$, $p<0.05$), а кількість випадків із ознаками активного формування грануляційної тканини в рані – вищою ($\chi^2=7.76$, $p<0.01$). На 7 добу розбіжності за рівнем ексудації ставали недостовірними ($\chi^2=1.26$, $p>0.05$), однак в основній групі повна епітелізація ранової поверхні відзначалась у всіх пацієнтів, а в контрольній групі лише в 58,3% випадків ($\chi^2=4.17$, $p<0.05$).

Висновки. УЗО рани є ефективним методом в лікуванні гнійно-запальних захворювань ЩЛД, що дозволяє вірогідно знизити активність гнійної ексудації, пришвидшити появу грануляцій та загоєння рани за рахунок очищаючої, бактерицидної та стимулюючої дії УЗ.

Summary: Ultrasound wound debridement with Sonoca 185 (SpringGmbH) is an effective method in the treatment of inflammatory diseases of maxillofacial area.

ОСОБЛИВОСТІ ОТРИМАННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ФАКТОРАМИ РОСТУ (PRGF ENDORET) В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДИВІДУАЛЬНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПАЦІЄНТА.

THE USE OF PLASMA RICH IN GROWTH FACTORS (PRGF ENDORET) BASED ON INDIVIDUAL VARIABILITY OF PLATELET FUNCTIONAL ACTIVITY.

Павличук Т.О., Копчак А.В., Рибак В.А.,
Натрус Л.В., Черновол П.А. /
T. Pavlychuk, A. Korchak, V. Rybak,
Natrus L., P. Chernovol

Науковий керівник: д. мед. н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра стоматології

Інститут експериментальної
та клінічної медицини

(зав. каф.: д. мед. н., професор Антоненко М.Ю.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Одним з поширених методів отримання "тромбоцитарних концентратів" є методика PRGF

EndoRet (Plasma Rich in Growth Factors), ВТІ (Vitoria, Іспанія). Отримання PRGF EndoRet передбачає збільшення концентрації тромбоцитів (PLT) в плазмі шляхом центрифугування крові згідно стандартизованого протоколу. При цьому вплив індивідуальних гематологічних параметрів пацієнта на концентрацію PLT в PRGF та її клінічну ефективність залишається недостатньо вивченим.

Мета. Дослідити вміст PLT та їх функціональні властивості у PRGF в залежності від індивідуальних гематологічних параметрів пацієнта.

Матеріали і методи. В дослідження включено 30 пацієнтів з дефектами щелеп, яким передопераційно проводили клінічний аналіз крові, коагулограму та вивчення агрегатограми із наступним виготовленням двох фракцій PRGF (F1 та F2) за стандартною методикою. В кожній з них визначали вміст PLT та інших формених елементів крові, досліджували морфологію фібринової мембрани. Отримані дані аналізували із використанням методів математичної статистики в програмі SPSS Statistics (IBM, США), використовуючи критерій Мана-Уїтні, коефіцієнт кореляції Пірсона та регресійний аналіз.

Результати. Співвідношення між вмістом PLT у фракції F2 та нативній крові, в середньому становило 1,48; вміст PLT у фракції F1 виявлявся в 1,3 рази меншим ніж в нативній крові ($p < 0,05$). Основними чинниками, що визначали вміст PLT у PRGF були їх вихідний вміст, гематокрит і концентрація фібриногену, а співвідношення PLT у фракціях залежало лише від гематокриту. Було виявлено зворотну залежність між агрегаційною активністю PLT та їх вмістом у фракції F2 ($r = -0,39$; $p < 0,05$). Вірогідного впливу PLT у PRGF на клінічну ефективність проведених хірургічних втручань виявлено не було.

Висновок. Основними чинниками, що впливають на концентрацію PLT у PRGF є їх вихідний вміст, гематокрит та концентрація фібриногену. При застосуванні PRGF в клінічній практиці необхідно враховувати не лише концентрацію PLT, але й їх функціональну активність.

Summary: The main factors that influence to the platelet concentrate in PRGF were the initial number platelet in blood, hematocrit and fibrinogen concentration, and the ratio of platelets in fractions depended only on hematocrit. This explain the lack of statistically significant influence of platelets amount in PRGF on clinical efficiency of surgery.

CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НОВОУТВОРЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

CAD/CAM TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Буртин О.В., Черногорський Д.М.,
Копчак А.В., Чепурний Ю.В. /

O. Burtyn, D. Chernogorskyi, A. Kopychak, Y. Cherpurnii

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра стоматології

(зав.каф., д.мед.н., професор Антоненко М.Ю.)
м. Київ, Україна

Актуальність. При лікуванні новоутворень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) перевагу надають радикальним хірургічним втручанням з первинним або відстроченим заміщенням пострезекційного дефекту. Застосування комп'ютерного моделювання та CAD/CAM технології дозволяє суттєво збільшити прецизійність резекцій та реконструкцій кісток обличчя, водночас має низку обмежень та особливостей, пов'язаних зі складною анатомією лицевого черепа.

Метою роботи було оцінити можливості CAD/CAM технології в лікуванні пацієнтів з новоутвореннями ЩЛД.

Матеріали та методи. В дослідження залучено 15 пацієнтів з новоутвореннями ЩЛД, яким перед початком лікування проводилась комп'ютерна томографія (КТ), біопсія новоутворення та сканування поверхні обличчя. На основі отриманих даних усім хворим проводили віртуальну симуляцію операцій, створювали 3-D моделі кісток, навігаційні хірургічні шаблони (12 хворих), та індивідуальні імплантати (8 хворих). При лікуванні 11 пацієнтів здійснювали радикальне видалення новоутворень з одномоментним заміщенням дефектів. В інших випадках реконструкції проводили відтерміновано. Результати лікування оцінювали за даними контрольної КТ, яку співставляли із віртуальним планом втручання.

Результати та їх обговорення. Застосування удосконалених алгоритмів CAD/CAM технологій дозволило спланувати операційні втручання, визначити прогноз та з високою точністю відтворити бажаний результат. Відновлення складної анатомічної форми резектованої ділянки проводили використовуючи удосконалені алгоритми індивідуалізації фіксаторів за стереолітографічними моделями, їх виготовлення методом SLA, моделювання і адаптації кісткових трансплантатів за допомогою навігаційних шаблонів.

При порівнянні результатів комп'ютерного моделювання до операції з результатами оперативного втручання нами виявлено відсутність статистично достовірної різниці в кількості випадків клінічно-значимих відмінностей за наступними параметрами: зона резекції ($\chi^2 = 2,2$, $p > 0,05$) симетрія обличчя ($\chi^2 = 3,3$, $p > 0,05$), положення імплантатів ($\chi^2 = 2,29$, $p > 0,05$).

Висновки. CAD/CAM технології дозволяють вірогідно підвищити точність проведення операцій, віртуально спрогнозувати та клінічно відтворити бажаний анатомічний та функціональний результат у пацієнтів з новоутвореннями ЩЛД.

Summary. In present study the investigation of the efficacy of CAD/CAM technology in the treatment and rehabilitation of patients with tumors, tumor-like lesions and postsurgical defects of the head and neck was performed.

ЗАСТОСУВАННЯ ОДНОЕТАПНИХ ІМПЛАНТАТІВ ROOTT COMPRESSIVE ТА КІСТКОВИХ АУТОТРАНСПЛАНТАТІВ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТИ КІСТОК ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПУ

DENTAL IMPLANTATION USING ROOTT COMPRESSIVE ONE-PIECE DENTAL IMPLANTS AND AUTOLOGOUS BONE GRAFTS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH FACIAL BONE DEFECTS

Ходем А.А., Рибак В.А., Павличук Т.О. /
A. Khadem, V. Rybak, T. Pavlychuk

Науковий керівник: д. мед. н., професор Колчак А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра стоматології

(зав. каф.: д. мед. н., професор Антоненко М.Ю.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Реабілітація пацієнтів з дефектами кісткової тканини щелеп є однією з найскладніших проблем реконструктивної хірургії обличчя, що має як естетичний так і функціональний аспект. Використання кісткових ауто трансплантатів (КАТ) є ефективним методом заміщення кісткових дефектів, враховуючи їх високий остеогенний потенціал. Водночас можливості встановлення і навантаження дентальних імплантатів на ділянці кісткової пластики є предметом дискусії. Відомо, що успіх дентальної імплантації значною мірою визначається процесами ремоделювання кісткової тканини КАТ, перебіг яких важко передбачити.

Мета. Дослідити зміни об'єму та щільності КАТ, при заміщенні дефектів щелеп в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді та визначити їх вплив на інтеграцію та функціонування дентальних імплантатів, встановлених на ділянці кісткового трансплантату.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 29 пацієнтів з післяопераційними та посттравматичними дефектами верхньої і нижньої щелеп. Всім пацієнтам було проведено заміщення кісткових дефектів кортикально-губчастим КАТ з гребеня клубової кістки. Через 11-18 місяців після інтеграції кісткового блоку 19 пацієнтам за показаннями встановлено одноетапні дентальні імпланти системи ROOTT (Литва). Ранні та відстрочені результати

кісткової реконструкції були оцінені за клінічними та рентгенологічними критеріями. Зміни об'єму та щільності КАТ визначали за даними КТ в строки 6 та 12 місяців після операції. Статистичні розрахунки проводили в програмі SPSS Statistics (IBM SPSS, США), використовуючи критерій Мана-Уїтні, та коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результат. За даними КТ об'єм дефектів, що підлягали заміщенню склав $3\pm 3,4$ см³. Зменшення об'єму КАТ в процесі перебудови склало $38,2\pm 16\%$. Найбільш інтенсивно перебудова трансплантата відбувалася в перші 6 місяців, в наступному процесі резорбції суттєво уповільнювались. В строк 12 міс після реконструкції відзначали вірогідне збільшення мінеральної щільності КАТ ($p < 0,05$) порівняно зі строком 6 місяців, що створювало сприятливі умови для встановлення дентальних імплантатів. Ускладнення (інфікування, оголення трансплантату, відторгнення пластини та періімпланти) відзначені у 17,5% пацієнтів. Вірогідного впливу розмірів КАТ та його мінеральної щільності на ризик виникнення ускладнень в цій серії виявлено не було.

Висновки: Кісткова пластика КАТ з гребеня клубової кістки є ефективним методом заміщення дефектів щелеп, що створює сприятливі умови для реабілітації пацієнтів протезними конструкціями з опорою на дентальні імпланти.

Summary: bone augmentation with cortico-cancellous graft from iliac crest create positive conditions for dental implants

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ТА ПОВСЯКДЕННОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Коршак В.М., Бахтізіна А.О., Торопчина М.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації
та спортивної медицини
м. Київ, Україна

Самооцінка здоров'я суттєво видозмінюється в процесі індивідуального життя людини. Одна і та ж сама зміна життєдіяльності може бути сприйнята різними людьми зовсім різним чином.

Метою дослідження: покращення якості життя молоді з обмеженою руховою активністю в повсякденному житті шляхом формування мотивації до самокорекції фізичної підготовленості.

Матеріали та методи: Дослідження проведено у 154 студентів соціометричним, соматометричним і статистичним методом.

Результати: Порівнюючи масу тіла на час опитування з масою, яка була рік тому назад, по мірі погіршення самооцінки здоров'я спостерігалась тенденція до її зростання. В групах молоді з відмінною, дуже доброю і доб-

рою самооцінкою ця різниця була в межах 1 – 1.5 кг, а в групах з посередньою і поганою – досягала статистичної значимості (відповідно 4.5 ± 0.96 кг і 6.2 ± 1.24 кг, $P < 0.05$). При цьому, також зростала величина співвідношення обхвату талії до стегон (1.08 ± 0.06 з посередньою і поганою самооцінкою проти 0.86 ± 0.05 в – з відмінною і дуже доброю самооцінкою, $P < 0.05$). У більшості молоді (88 %) з відмінною самооцінкою здоров'я 25 % робочого часу був пов'язаний з ходьбою. Серед молоді з нижчою самооцінкою на це вказали лише поодинокі опитані. Помірними та інтенсивними фізичними вправами не менше 20 хвилин на добу займались переважно молоді люди з відмінною самооцінкою здоров'я. Молодь з поганою самооцінкою здоров'я такими вправами не займалась.

Висновки. Малорухливий спосіб життя молоді супроводжується зростанням маси тіла і відповідно погіршенням самооцінки свого здоров'я. Це, ймовірно, в подальшому буде формувати мотивацію до діагностики різних патологічних процесів, включаючи проведення непотрібного коштовного інструментального обстеження і може призвести до шкідливих психологічних та соціально – економічних наслідків.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ.

Столяр В.Г.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна*

При розробці наукових напрямків дентальної імплантації пацієнти старше 60 років розглядаються зі стандартної точки зору, як правило без акценту на цю вікову категорію. Разом з тим, у пацієнтів похилого і старечого віку є вікові специфічні особливості і зв'язані з цим фактори ризику, які суттєво ускладнюють застосування метода дентальної імплантації, а в деяких випадках повністю виключає можливість його застосування у цієї категорії пацієнтів. Основні складності при дентальній імплантації виникають у пацієнтів з атрофованим альвеолярним відростком. В зв'язку з природнім старінням населення ця проблема з кожним днем стає гостріша.

Мета дослідження: підвищити ефективність протезування осіб похилого віку шляхом застосування впроваджені програми мотивації осіб похилого віку до проведення дентальної імплантації.

Матеріали та методи дослідження. 50 хворим яким планується вживлення на нижній щелепі 4 імпланти. Вік пацієнтів 60–75 років.

Результати дослідження. Було сформовано дві групи пацієнтів. Перша група пацієнти, які на всіх етапах імплантації дотримувалися програми мотивації. Друга група пацієнти, які імплантувалися довільно. Психологічна підго-

товка пацієнтів на всіх етапах імплантації є дуже важливою особливо якщо зуби були втрачені в молодому віці, адже відсутність зубів відкладає відбиток на психіку людини. В людини виникає відчуття неповноцінності. Тому психологічна підготовка пацієнтів на етапі доімплантаційної підготовки є дуже необхідною і має велике значення на подальший перебіг імплантації.

Заключення: застосування програми мотивації забезпечило ефективне приживлення імплантів в 100% пацієнтів, які дотримувалися програми. Психологічна підготовка на всіх етапах імплантації – є важливим фактором профілактики ускладнень імплантації у осіб похилого віку.

НОВИЙ СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Черняк В.А., Музиченко П.Ф., Дубенко Д.Є.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра оперативної хірургії
та топографічної анатомії
м. Київ, Україна*

Актуальність. На сьогодні, в Україні щорічно виконується більше 20000 оперативних втручань з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК), а щорічний приріст захворювання складає близько 3%. Основні тенденції сучасної флебології це – малоінвазивні та косметичні оперативні втручання. Проте, єдиним патогенетично обумовленим методом терапії ВХНК є усунення вертикального рефлюксу по стовбурам великої та малої підшкірних вен, що найчастіше досягається венектомією за Бебкотом. Даний метод, в сучасних умовах, не відповідає вимогам хірургів та пацієнтів через свою травматичність, і як наслідок, спричиняє велику кількість ускладнень, збільшує тривалість реабілітації та період непрацездатності хворих. Через це, особливою увагою приділяється методам ендовенозної абляції.

Мета роботи. Розробка та експериментальне обґрунтування методу ендовенозної абляції (ендовенозного електрозварювання), зниження кількості постопераційних ускладнень, у порівнянні із стандартними методиками. Розробка спеціалізованих ендовенозних інструментів для оптимізації оперативного втручання.

Матеріали і методи. Дослідження виконувались за допомогою апарату “ЕК-300М” у режимі “зварювання ручне” на патанатомічних препаратах та на 10 кролях породи Шиншила (використовувались стегові, клубові, підключичні, нижні порожнисті вени) на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Результати роботи. Застосування методу ендовенозної абляції у всіх досліджуваних випадках призвело до повної оклюзії оперованої судини, що підтверджувалось неможливістю подальшого введення інструменту,

відсутністю кровотечі та наступним дослідженням вени (розсічення на всьому протязі). У всіх випадках використання методу не спостерігалось опікових уражень перивазальних тканин та перфорації стінки вени.

Висновки. Запронований метод відповідає вимогам патогенетичного обґрунтування терапії ВХНК, має задовільний косметичний ефект, є менш травматичним у порівнянні із стандартними методами. При експериментальному дослідженні метод ендовенозної абляції задовільнив поставлені вимоги: повну оклюзію судини, відсутність ураження оточуючих тканин, відсутність перфорації судини під час оперативного втручання.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра терапії

Лизогуб В.Г., проф., д.мед.н.; ас. Савченко О.В.,
к.мед.н.; ас. Меркулова І.О.
м. Київ, Україна

За останніми даними зростання середнього об'єму еритроцитів (MCV) стійко асоціюються з порушеннями мікроциркуляції в тканинах організму [1], зростанням жорсткості судинної стінки [2], зменшенням продукції та вивільнення оксиду азоту та, навіть, впливає на функціональну активність прилеглих тканин [3]. Структурні зміни еритроцитів (ЕЦ) прямо пов'язані з особливостями жирно-кислотного спектру (ЖКС) фосфоліпідів (ФЛ) їх мембран [4].

Мета: Виявити морфологічні особливості ЕЦ крові у хворих на ІХС в поєднанні з ФП.

Матеріали та методи: В ході роботи було обстежено 94 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в поєднанні з різними клінічними формами фібриляції передсердь (ФП) – І група, 30 хворих на ІХС без ФП – II група та 20 практично здорових осіб – КГ. Всі діагнози встановлювались на основі діючих протоколів МОЗ України [6;7]. Всі досліджувані групи були статистично однорідні та співставні. Всім обстежуваним визначались рівень ЕЦ крові, MCV, ЖКС ФЛ мембран ЕЦ крові.

Результати: Виявлено, що рівень ЕЦ крові не відрізнявся у досліджуваних групах ($p > 0,05$). Показники MCV були вище в I групі ($87,32 \pm 0,55$; $p < 0,05$) ніж в II групі ($84,81 \pm 1,12$) та КГ ($81,70 \pm 1,32$). При аналізі показників ЖКС ФЛ мембран ЕЦ крові було виявлено такі кореляційні зв'язки середньої сили: прямий між вмістом пальмітинової кислоти в ФЛ мембран ЕЦ та MCV ($r = 0,523$; $p < 0,05$), зворотній між вмістом лінолевої кислоти в ФЛ мембран ЕЦ та MCV ($r = -0,381$; $p < 0,05$), зворотній між вмістом арахідонової кислоти в ФЛ мембран ЕЦ та MCV ($r = -0,310$; $p < 0,05$) у хворих на ІХС в поєднанні з ФП. А у хворих на ІХС без ФП між MCV та вмістом пальмітинової

кислоти в ФЛ мембран ЕЦ було виявлено прямий середньої сили кореляційний зв'язок ($r = 0,491$; $p < 0,05$) та зворотні середньої сили кореляційні зв'язки між вмістом міристинової кислоти ($r = -0,477$; $p < 0,05$), арахідонової кислоти ($r = -0,318$; $p < 0,05$) та MCV.

Висновки: Було виявлено зростання MCV ЕЦ, також визначені взаємозв'язки між MCV ЕЦ та змінами ЖКС ФЛ мембран ЕЦ у хворих на ІХС в поєднанні з ФП. Що є ознакою наявності глибоких морфо-функціональних змін в організмі на фоні ІХС в поєднанні з ФП.

ДИНАМІКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПОПЕРЕКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КОМБІНОВАНОЇ ТРАКЦІЇ ХРЕБТА

Мельниченко Л.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної
медицини
м. Київ, Україна

Серед пацієнтів, що страждають від болю у спині, 50 % мають біль поперекової локалізації. Пік захворюваності припадає на людей працездатного віку (чоловіків віком 35–44 років, жінок – 25–34 років) і з кожним роком відмічається його “омолодження”. Ці хворі змушені значно обмежувати фізичну активність, у них виробляється так званий больовий стереотип поведінки, який призводить до вираженого скорочення рухових можливостей та погіршення якості життя.

Одним з методів лікування є застосування комбінованої тракції хребта, що оптимально поєднує тракцію з його розвантаженням, тобто оптимізує процес витягування хребта згідно фізіологічних особливостей будови тіла пацієнта, клінічних проявів хвороби та дозволяє індивідуалізувати силу тракції.

Мета дослідження: вивчити ефективність використання комбінованої тракції хребта в комплексному лікуванні хворих з міофасціальним больовим синдромом поперекової локалізації.

Матеріали та методи. Для оцінки ефективності лікування всі обстежені (149 хворих) були поділені на контрольну групу (69 хворих) і основну групу (80 хворих), у яких досліджувалася динаміка больового синдрому до та після лікування. Для оцінки больового синдрому використовувались шкали МакГілла та ВАШ.

До лікування в обох групах переважав сенсорний компонент болю за шкалою болю МакГілла. У всіх хворих переважав біль, що тягне, тупий та стріляючий біль. Після лікування інтенсивність больових відчуттів знизилась у обох групах, але в основній – достовірно краще.

За шкалою ВАШ інтенсивність болю до лікування в основній групі була $70,8 \pm 0,6$ мм, а у контрольній –

69,2±0,4мм, після лікування склала 4,4 ± 0,6 та 14,8 ± 0,1 відповідно, різниця склала 10,4 мм (p<0,001).

Висновки. Ефективність комплексного відновного лікування з використанням комбінованої тракції у хворих з МФБС поперекової локалізації за динамікою інтенсивності болю за шкалами МакГілл та ВАШ була достовірно кращою у порівнянні з традиційним лікуванням.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ МЕТОДУ ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЇ ТА МРТ У ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Ткаченко М.М., Король П.О.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра радіології та радіаційної медицини
м. Київ, Україна

Мета. Оцінити діагностичну інформативність методу остеосцинтиграфії (ОСГ) та МРТ у хворих на деформуючий остеоартроз при ендопротезуванні кульшових та колінних суглобів.

Матеріали і методи. За допомогою методу ОСГ та МРТ було обстежено 65 хворих на деформуючий остеоартроз (з них – 38 пацієнтів на коксартроз та 27 хворих на гонартроз) яким планується ендопротезування (44 жінок та 21 чоловіків) віком від 37 до 85 років (середній вік 51,8±3,2).

Результати та їх обговорення. У 17 (26%) пацієнтів за даними МРТ – незначне звуження суглобової щілини та загострення суглобових країв за рахунок незначних кісткових розростань, локальні відкладення вапна у вигляді гіперденсних ділянок; при ОСГ – відсоток включення радіофармпрепарату (РФП) в ділянках підвищеного накопичення компонентів суглобів складав (+10%) – (+150%). У 36 (55%) хворих на МРТ – виражене звуження суглобової щілини, значний субхондральний склероз та крайові кісткові розростання, поверхневі язви, тріщини, фібриляції, зменшення хряща < 50%; на ОСГ – відсоток включення РФП у вогнищах підвищеного накопичення компонентів суглобів складав (+151%) – (+350%). У 12 (19%) пацієнтів на МРТ – різке зменшення висоти суглобової щілини (до волосяної лінії), значна деформація суглобових кінців за рахунок її сплюснення, остеопороз, в хрящевій тканині – виразки, тріщини, фібриляція, зменшення хряща > 50%; при ОСГ – відсоток включення РФП у вогнищах гіперфіксації компонентів суглобів складав більше ніж (+350%). Діагностична інформативність методу ОСГ: чутливість – 93,4%, специфічність – 62,5%, точність – 83,2%; методу МРТ: чутливість – 90,7%, специфічність – 92,1%, точність – 91,4%. Отже, МРТ має більшу специфічність ніж ОСГ – 92,1% та 62,5%, відповідно; в той час як ОСГ має більшу чутливість ніж МРТ – 93,4% та 90,7%, відповідно.

Висновки. ОСГ та МРТ доцільно застосовувати в діагностичному скринінгу пацієнтів при ендопротезуванні

кульшових та колінних суглобів. ОСГ може використовуватись у визначенні стадії поширеності патологічного процесу в суглобах, а в комплексі з МРТ – для моніторингу динаміки патологічного процесу після ендопротезування.

АНАЛІЗ СТАНУ ПРОХОДЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Дорофєєва О.Є., Овдій М.О., Волинець Л.М.,
Гриценко К.М., Павлів В.О., Перепелиця М.І.,
Дружинін О.В., Квачук І.В., Соломаха К.М.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної
медицини
м. Київ, Україна

В Україні на ішемічну хворобу серця (ІХС) серед дорослих припадає 67,6% випадків смерті у структурі хвороб системи кровообігу (серед працездатного – 54,8%). Вирішальне місце в лікуванні ІХС займають хірургічні методи ревазуляризації міокарду, серед яких аорто-коронарне шунтування (АКШ) та стентування коронарних артерій (СКА). Важливий аспект відновлення після хірургічного лікування ІХС є комплексне затосування фізичної реабілітації, основна мета, якої полягає в розширенні адаптаційних можливостей організму, що дозволяє поліпшити стан здоров'я завдяки досягнутому рівню фізичної тренуваності та збільшенні витривалості організму.

Мета дослідження: підвищити ефективність фізичної реабілітації та вторинної профілактики хворих після хірургічного лікування ІХС.

Матеріали та методи. Аналіз стану проходження фізичної реабілітації хворих після оперативного лікування ІХС в районному реабілітаційному центрі Дніпровського району м. Києва показав, що за 2011-2015 рік до відділення поступило 76 хворих після оперативного лікування ІХС серед яких 70% (53 пацієнти) після СКА та 30% (23 пацієнти) після АКШ. Серед хворих переважали чоловіки 74%, середній вік яких склав 66,8 років та жінки 26%, середній вік 64,5 років. З кожним роком починаючи з 2011 року спостерігалось збільшення пацієнтів після СКА у порівнянні з пацієнтами після АКШ. У 2011 році до відділення реабілітації надійшло 43% після АКШ та 57% після СКА, 2012 році 35% АКШ та 65% СКА, 2013 рік 35% АКШ та 65% СКА, 2014 році 35% АКШ та 65% СКА, 2014 році 25% АКШ та 75% СКА, 2015 році 11% АКШ та 89% СКА. Встановлено, що лише 46% хворих які були на обліку у кардіолога пройшли курс фізичної реабілітації, решта 54% фізичну реабілітацію не проходили.

Висновки. Необхідно залучати більше пацієнтів після хірургічного лікування ІХС до фізичної реабілітації на всіх її етапах та налагоджувати взаємозв'язок з суміжними спеціалістами.

ЛОКАЛЬНЕ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Довбня Ю.В., Ярославська С.М.,
Варивода М.П., Павленко В.І.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Національна дитяча спеціалізована лікарня
"Охматдит"

Актуальність. Проблема підвищення якості післяопераційного знеболювання досить остається актуальною і остаточно не вирішеною у дорослих і дітей.

Матеріали та методи. Застосували методику катер в рани у 53 пацієнтів віком від 5 до 17 років з травмою черевної порожнини, апендициту кишковою непрохідністю і 5 дітей від 9 місяців до 4 років з інвагінацією, апендицитом, кишковою непрохідністю. На етапі ушивання рани (операції на черевній порожнині) між м'язовим шаром та апоневрозом розташовують епідуральний катетер. Кінчик катетера на м'язовому шарі розташовують на 2–3 см нижче "середини рани", зворотній кінець катетера виводять через підшкірно-жирову клітковину на шкіру, 4–5 см вище верхнього краю рани, на шкірі катетер фіксується стерильною пов'язкою. Рана ушивається пошарово. При довжині рани (15-ть і більше сантиметрів) можливе розташування додаткового катетера з ціллю рівномірного розповсюдження місцевого анестетика на протязі всієї довжини рани. Можливе також пошарове розташування катетерів: перший шар між м'язами та апоневрозом, другий розташування катетера в підшкірно-жировій клітковині. Зворотні кінці катетера виводяться вище верхнього краю рани на шкіру, з ціллю унеможливлення витікання місцевого анестетика під дією сили тяжіння. Місцеві анестетики: бупівакаїн 0,25%-0,5% розчин, ропівакаїн 0,2% розчин. Стартова доза 2мг\кг\разова. Підтримуюча доза 0.1-0.2мг\кг\год. Болюс вводити разово 1 раз на 6-ть годин. Передбачене введення місцевих анестетиків і лінеоматом. Больовий синдром оцінювався у дітей раннього віку за шкалою поведінки FLACC, CHEOPS і допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) старше 5 років.

Результати. В лікуванні комбінованої болі (соматична+вісцеральна) оптимальним варіантом було мультимодальне знеболення, комбінація місцевого анестетика з НПЗЗ. У 40 хворих больовий синдром по ВАШ 0-3 балів (легкий), хворі отримували через 4-6 годин місцеві анестетики, парацетамол (інфулган) або анальгін, нурофен. У 11 хворих помірний больовий синдром 4-6 балів по вищевказаним шкалам, отримували місцевий анестетик та комбінацію з двох НПЗЗ через 4-6 годин. Підлітки (15–17 років) отримували дексалгін. У 8 хворих больовий синдром по ВАШ сильний біль більше 6-9 балів, що потребувало введення наркотичних препаратів в першу добу

Виводи. Методика виконання проста, підвищує якість знеболення і протікання післяопераційного періоду, зменшує необхідність використання наркотичних анальгетиків, сприяє ранній активації. Методика може бути використана у дітей та дорослих з абдомінальною хірургічною патологією.

МОЖЛИВОСТІ ДИНАМІЧНОЇ ГЕПАТОБІЛІСЦИНТИГРАФІЇ В ОЦІНЦІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ РІЗНИХ ПАТОЛОГІЯХ ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

Ткаченко М. М., Романенко Г.О., Макаренко А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра радіології та радіаційної медицини
м. Київ, Україна

Постійне зростання у всьому світі захворювань гепатобіліарної системи (ГБС) змушують застосовувати не тільки анатомо-топографічні, а і функціональні методи досліджень. В протоколах обстеження хворих з патологією ГБС основне місце належить статичним методам досліджень. Тому, більш актуальними, стають радіонуклідні методи діагностики, які можуть одночасно надавати не тільки статичні, а й оцінювати функціональні показники, не мають побічних реакцій і дають низьке променеве навантаження.

Метою дослідження було провести аналіз функціонального стану ГБС при різних патологіях за допомогою динамічної гепатобілісцинтиграфії (ДГБСГ) з Tc^{99m} – Мезида активністю 1,1 Мбк/кг.

Матеріали та методи. Застосовували гамма-камеру ОФЕКТ-1 з комп'ютерним забезпечення *SpectWork* (Україна). Було обстежено 44 хворих, віком 33 – 67 років, із хронічним холециститом (ХХ), після холецистектомії (ЖКХ) і дискінезіями різного генезу. Виявлено, що у хворих з ХХ, після холецистектомії і дискінезіями за гіпотонічним типом, секреторна здатність гепатоцитів уповільнюється. При дискінезіях за гіпертонічним типом, секреторна функція печінки залишається практично у межах норми. Тісний взаємозв'язок між секреторною і екскреторною здатністю, при тривало існуючих запальних процесах та дискінезіях за гіпотонічним типом, підтверджує аналіз екскреторної здатності гепатоцитів. Концентраційна здатність ЖМ значно погіршувалась при ХХ і дискінезіях за гіпотонічним типом, спостерігались явища холестазу. При дискінезіях за гіпертонічним типом посилювалось і концентраційна і скоротлива здатність ЖМ. Оцінка динамічних процесів позапечінкових жовчних ходів і порушення діяльності сфінктера Одді показала, що явища спазму і холестазу виражені при ХХ та у хворих з дискінезіями за гіпотонічним типом. При дискінезіях за гіпертонічним типом показники залишались у межах норми, як і у хворих після холецистектомії.

Висновки. Об'єктивну оцінку функціонального стану гепатобіліарної системи необхідно застосовувати для уточнення активності захворювання, ефективності запровадженого лікування, визначення субклінічних ознак хронізації і прогресування патологічного процесу в печінці і жовчному міхурі, прогнозу подальшого перебігу хвороби у пацієнтів з різноманітними захворюваннями печінки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПОДАГРИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кондратюк В.Є., Никула Т.Д., Синиця Ю.П.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2
м. Київ, Україна

Мета: оцінити ефективність застосування кверцетину при комплексній терапії у хворих на подагру (П) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали: в дослідження включено 62 хворих на П з АГ, які на фоні базисної терапії (алопуринол 300 мг, лозартан 100 мг та амлодипін 10 мг) не досягли цільового рівня сечової кислоти (СК) – основна група. Середній вік загальної групи пацієнтів – $56,8 \pm 0,9$ років, тривалість П і АГ (відповідно $6,4 \pm 0,3$ і $6,5 \pm 0,3$ років). Хворі протягом 6 тижнів приймали додатково до базисної терапії кверцетин у дозі 2 г тричі на добу, з наступним переходом на 2 г на добу до 12 тижнів. Група контролю – 20 хворих на П з АГ співставних за віком і тривалістю патології, що знаходилися лише на базисній терапії.

Усім хворим проводили вимірювання артеріального тиску (АТ); пробу на ендотеліязалежну вазодилатацію за Celermajer із визначенням приросту діаметру плечової артерії ("D, %) та доплерехокардіографію із розрахунком співвідношення максимальної швидкості раннього діастолічного наповнення до максимальної швидкості ранньої діастолічної хвилі руху фіброзного кільця мітрального клапана (E/E'); визначали рівень СК крові. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми STATISTICA 8.0.

Результати: на фоні базисної терапії в основній групі відмічалася зниження рівня СК крові з $523,3 \pm 13,2$ мкмоль/л до $469,6 \pm 11,2$ мкмоль/л (через 6 тижнів) і більш виражено через 12 тижнів – до $371,1 \pm 5,6$ мкмоль/л ($p < 0,001$). У контрольній групі рівень СК знижувався менш суттєво – з $511,7 \pm 3,1$ мкмоль/л до $483,4 \pm 4,2$ мкмоль/л (6 тижнів) та до $452,7 \pm 5,7$ мкмоль/л (12 тижнів) ($p < 0,05$). Гіпоурикемічний ефект асоціювався зі зниженням середньодобового систолічного АТ (ССАТ) та діастолічного АТ – (СДАТ) у обох групах, але у основній ССАТ достовірно знизився з $147,5 \pm 1,9$ мм рт. ст. до $143,7 \pm 1,3$ мм рт. ст. та до $138,3 \pm 1,3$ мм рт. ст. (відповідно на 6 та 12-му тижні) ($p < 0,001$), СДАТ знизився від $95,4 \pm 1,4$ мм рт. ст. до $89,4 \pm 1,1$ мм рт. ст. (6 тижнів) та до $84,4 \pm 0,8$ мм рт. ст. (12 тижнів) ($p < 0,001$). У контрольній групі не демонструвалося достовірного зниження ССАТ – з $142,3 \pm 3,1$ мм рт. ст. до $139,8 \pm 3,4$ мм рт. ст. (6 тижнів) та до $137,5 \pm 2,1$ мм рт. ст. (12 тижнів) і СДАТ ($p = 0,08$) – з $94,2 \pm 1,9$ мм рт. ст. до $91,1 \pm 1,5$ мм рт. ст. – на 6 тижні та до $89,8 \pm 1,1$ мм рт. ст. – на 12 тижні. "D (маркер ендотеліальної дисфункції) достовірно зріс у основній групі від $5,8 \pm 0,7\%$ до $14,9 \pm 0,7\%$ на 6 тижні та до $17,3 \pm 0,7\%$ на 12 тижні лікування ($p < 0,001$). У контрольній групі "D" мав тенденцію до зростання від $6,2 \pm 1,1\%$ до $9,3 \pm 0,8\%$ (6 тижнів) та до $11,4 \pm 0,9\%$ (12 тижнів) ($p = 0,08$). E/E' (показник, який характеризує стан діастолічної функції

серця) достовірно зменшився у основній групі лише на 12 тижні лікування (від $8,72 \pm 0,17$ до $8,59 \pm 0,14$) при торпідності його у контролі.

Висновки: У хворих на подагру у поєднанні з АГ комплексна стандартна 12-ти тижнева терапія з додаванням метаболітотропного препарату кверцетину є ефективною, що проявлялося як зниженням АТ, так і рівня урикемії. Антигіпертензивна та уратзнижувальна дія комбінованої терапії асоціювалася з покращанням функцію ендотелію артерій та діастолічної функції серця.

ПІДГОТОВКА УПРАВЛІНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ НА ЗАСАДАХ МОДУЛЬНОГО ПРИНЦИПУ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ОСВІТНО-ПРОФЕСІЙНОЇ ПРОГРАМИ

В.І. Журавель, Т.А. Вежновець

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра менеджменту охорони здоров'я

Зростання ролі людських ресурсів у роботі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) і зумовлена цим соціалізація та психологізація управління потребують нових стратегій та механізмів освітньо-професійного забезпечення в системі медичної допомоги (СМД).

Мета дослідження: підходи організаційного проектування в системі післядипломної освіти управлінського персоналу на засадах модульного принципу багатопрфільної освітньо-професійної програми.

Матеріали та методи. Наразі перед фахівцями з управління СМД постають завдання управління: наданням послуг, змінами та протиріччями на засадах стратегіко-ситуаційного менеджменту і ризик-менеджменту.

В умовах планової економіки управління СМД сприймалося як додаток до медичної спеціальності, а не як окрема професія, що не дозволяло враховувати виклики часу, загрози, потреби пацієнтів, громади та персоналу і відповідного позиціонування МЗ у зовнішньому середовищі.

Сьогодні у керма МЗ повинні стати менеджери СМД з управлінською, економічною, юридичною і психологічною підготовкою, які здатні працювати в умовах непередбачуваності ситуації і конкуренції.

Вищенаведеним вимогам сприяє розроблена на засадах модульного принципу програма 18 місячної післядипломної підготовки керівників МЗ, з очно-заочною формою навчання, за спеціальністю "Управління охороною здоров'я", яка відповідає стандартам Всесвітньої федерації медичної освіти та ЄРБ ВООЗ стосовно програм післядипломної освіти для управлінських кадрів СМД.

Висновок: Багатопрфільна освітньо-професійна програма післядипломної освіти керівників у СМД навчальної дисципліни "Управління охороною здоров'я" дозволяє реалізувати викладення теоретичного матеріалу та забезпечити практичну частину освітньої підготовки за фахом "організація та управління охороною здоров'я".

**ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ
ТРОМБОВЕНОЗНИХ УСКЛАДНЕНЬ
У ХВОРИХ НА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИЙ
КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК**

Фомін П.Д., Іванчов П.В.,
Заплавський О.В., Андрусенко О.М.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра хірургії №3
м. Київ, Україна

Кровотечі із злоякісних пухлин товстої кишки за зведеними статистичними даними складають від 9 до 16% в структурі кишкових кровотеч. Велике значення проблеми визначається високою частотою післяопераційних ускладнень, котрі тягнуть за собою зростання питомої ваги летальних випадків.

Мета дослідження: визначення ефективних профілактичних підходів, що сприяють зниженню частоти тромбовенозних ускладнень (ТВУ) у хворих на гострокровоточивий колоректальний рак (ГКРР).

Матеріали та методи. З 2002 по 2016 рр у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами знаходилося на лікуванні 307 хворих з ГКРР. Вік хворих від 41 до 94 р, з індексом поліморбідності 4,7 у чоловіків та 5,3 – у жінок. Оперовано 134 (43,6%) пацієнти: радикально – 115 (85,8%), нерадикально – 19 (14,2%).

Результати досліджень. З метою дослідження динаміки та частоти розвитку ТВУ ми провели аналіз результатів лікування хворих з ГКРР у двох періодах: I (2002-2010 рр) – 69(51,5%) пацієнтів, яким профілактика ТВУ в післяопераційному періоді проводилась низькомолекулярними гепаринами I покоління, або не проводилась взагалі; II (2011-2016 рр) – 65(48,5%) пацієнтів, яким профілактика ТВУ проводилась препаратами групи беміпарину в рекомендованій дозі 3500 МО/добу. В II періоді ТВУ виникли у 2(3,1%) пацієнтів (периферичний тромбофлебіт), в I – у 8(11,6%) (ТЕЛА (3), тромбоз глибоких вен (2), тромбоз периферичних вен (3)), що вказує на зниження кількості ТВУ у 3,7 рази. Летальність від ТВУ у I періоді склала 1,5% (1 випадок), в II періоді летальних випадків не було.

Висновки. Використання препаратів групи беміпарину у післяопераційному періоді лікування хворих з ГКРР є ефективним на що вказує зменшення частоти ТВУ в II періоді лікування у 3,7 рази.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВИХ РІВНІВ
СКЛЕРОСТИНУ ТА DICKKOPF-1 З КЛІНІКО-
ЛАБОРАТОРНИМИ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИМИ
ПОКАЗНИКАМИ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ
ЗІ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ**

Яременко О.Б., Шинькарук Ю.Л.,
Федьков Д.Л., Меліксетян А.В.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Кафедра внутрішніх хвороб
стоматологічного факультету
м. Київ, Україна

Підвищення рівнів С-реактивного білка (СРБ) та швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) визначають не у всіх хворих зі спондилоартритами (СпА). Тому актуальним є пошук лабораторних маркерів активності запально-дегенеративних процесів у цих хворих.

Мета дослідження: оцінити взаємозв'язок склеростину та Dickkopf-1 (Dkk-1) з активними запальними змінами сакроіліальних сполучень (СІС) за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), активністю захворювання та функціональним статусом хворих зі СпА.

Матеріали та методи. 79 хворим зі СпА (63,3% чоловіки) визначали рівні склеростину та Dkk-1. Активні запальні зміни СІС оцінювали за Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) МРТ рахунком (n=46). Визначали рівень СРБ, ШОЕ, інтегральні індекси: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI).

Результати. Виявлено негативну кореляцію склеростину з BASDAI ($r=-0,381$, $p=0,041$) у жінок. У хворих з дуже високою активністю за ASDAS-СРБ спостерігали позитивну кореляцію склеростину з BASFI ($r=0,449$, $p=0,032$). Виявлено достовірний взаємозв'язок Dkk-1 з СРБ ($r=0,243$, $p=0,031$) та SPARCC МРТ рахунком ($r=0,351$, $p=0,017$). У хворих з нижчою активністю за SPARCC відзначали позитивну кореляцію між Dkk-1 та запальними змінами СІС ($r=0,400$, $p=0,043$), а також негативну кореляцію з BASDAI ($r=-0,513$, $p=0,017$).

Висновки. Сироватковий рівень Dkk-1 позитивно корелює зі ступенем активності за СРБ та SPARCC МРТ рахунком, при цьому не відповідає активності за BASDAI. У жінок відзначається негативна кореляція склеростину з активністю захворювання за BASDAI.

ЛІМФОДРЕНАЖНИЙ МАСАЖ (ЛДМ) ОБЛИЧЧЯ І ТІЛА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМПЛЕКСНОЇ МЕТОДИКИ ЯПОНСЬКОГО МАСАЖУ КОБИДО

Доктор мед.наук Дорофєєва Е.Е., к.м.н. Волюнец Л.Н.,
к.м.н. М. А. Овдій, Симоненко Е.А.

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фізичної реабілітації і спортивної
медицини НМУ ім.О.О.Богомольця, кабінет
терапевтичної косметології "СЕЛЕНА"
м. Київ, Україна

Сучасній жінці добре знайомі проблеми хронічної втоми, мігрєні, відчуття "маски-стресу". Зростання інтенсивності до цієї проблеми не є випадковим, незважаючи на різноманітність інноваційних технологій у відновній терапії, в перед- і післяопераційному періоді в загальній хірургії, в дерматологічній і косметологічній практиці.

Метою дослідження: оцінити ефективність застосування комплексної методики ЛДМ в комбінації з масажною методикою КОБИДО.

Матеріали і методи. Вивчалась дія лімфодренажного масажу у 47 жінок в комплексі з масажною методикою КОБИДО та олій "Аурум" з "Votox- комплексом"-пептидом.

Вживана комплексна методика без операції обумовлює м'який релакс і великий спектр дії та можливостей, що кардинально відрізняється від більшості класичних мануальних масажів, сприяє розблокуванню міофасціальних блоків, усуненню нерівномірної стягнутості, спазмів м'язів і скелетних зв'язків, атонії, целюліту, передчасних зморшок. Швидко досягається ефект природної підтяжки без хірургічного втручання, дренаж токсинів прискорює регенерацію шкіри, підвищує пружність і еластичність її, що особливо важливо при необхідності дотримання строгої дієти. Комплекс олій "Аурум" з "Votox-комплексом"-пептид кардинально прискорює відновлення судин, гідроліпідної мантії, мікроциркуляцію і оксигенацію шкіри, стимулює вироблення колагену.

Висновки: Наш досвід показує, що вживана методика, починаючи з третьої процедури, робить повноцінний терапевтичний і естетичний ефект після операцій, практично уповільнюючи процеси старіння. Цю методику можна використати в програмі "Возраст-стоп" як окремо взяті техніку, так невід'ємну частину більшості SPA -

ЛІКУВАННЯ НЕМЕЛАНОМНОГО РАКУ ШКІРИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ АПЛІКАЦІЙНОЇ БРАХІТЕРАПІЇ

^{1,2}Гороть І.В., ¹Ткаченко М.М.,
²Козак О.В., ²Ременник О.І.

¹Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра радіології та радіаційної медицини,
²КЗ КОР "Київський обласний онкологічний
диспансер", Відділення променевої терапії
м. Київ, Україна

Щороку реєструється понад 20 тис. нових випадків захворюваності на немеланомний рак шкіри (НМРШ), який посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності серед чоловіків і друге місце серед жінок після раку грудної залози. При своєчасно поставленому діагнозі (T_{1-2}, N_0, M_0) є можливість проведення радикального лікування завдяки брахітерапії.

Мета роботи. Оцінити ефективність лікування НМРШ шляхом застосування аплікаційної HDR брахітерапії.

Матеріал та методи. Проведено лікування 49 пацієнтів із локальними стадіями НМРШ: $T_{is}, N_0, M_0 - 1$ (2%), $T_1, N_0, M_0 - 38$ (77,6%), $T_2, N_0, M_0 - 10$ (20,4%). Згідно гістологічного заключення базальноклітинний рак діагностовано у 30 пацієнтів (61%), плоскоклітинний – 18 (37%), хвороба Боуена – 1 (2%). Первинне пухлинне вогнище локалізувалося на носі у 19 пацієнтів, щоці – 11, лобі – 7, волосяній частині голови – 5, ділянці вуха – 4, губі – 3. Всі пацієнти опромінювалися на апараті *MicroSelectron* (джерело ^{192}Ir , HDR) шляхом аплікаційної брахітерапії. Кількість інтерстатів та їх розміщення залежали від розмірів і локалізації пухлини з додатковим опроміненням 0,3-0,5 см по відношенню до видимої межі утворення. Планування проводили під 3D КТ контролем за допомогою програмного забезпечення *Oncentra 3.1*. РОД становили 6 Гр, число фракцій – 6 при щоденному опроміненні. Контроль результатів лікування проводили щомісячно перші 4 міс, далі – 1 раз у квартал. Пацієнти спостерігалися протягом 1-4 р. після закінчення лікування.

Результати. Протягом перших 2-3 тижнів після завершення курсу брахітерапії (СОД 36 Гр) у всіх пацієнтів спостерігалися місцеві променеві реакції I-II ступеня (тимчасовий набряк, гіперемія оточуючих тканин, до яких підводили 60-80% ізодозу згідно з рекомендаціями). З 3-4 тижня променеві реакції вщухали, а на їх місці утворювалася кірка, під якою формувалася нова молода тканина. Через 3 міс у всіх пацієнтів спостерігали повний регрес пухлинного вогнища.

Висновок. Завдяки застосуванню аплікаційної HDR брахітерапії в режимі опромінення 36 Гр за 6 фракцій спостерігається повний регрес первинного пухлинного вогнища без видимих косметологічних дефектів.

СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ГАСТРОЄНОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА

Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Бельський О.Б.,
Гармаш Д.О., Козак Ю.С., Кошман І.С.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра хірургії №3
м. Київ, Україна

Наслідки субтотальної резекції шлунка (СРШ) з приводу гострокровоточивого раку антрального відділу з розвитком синдрому малого шлуночка, важкого демпінг-синдрому, значного зниження маси тіла вимагають корекції і подальшого вдосконалення оперативних втручань для поліпшення якості життя прооперованих пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.

Метою дослідження була розробка способу гастроєнопластики (ГЄП) після СРШ для покращення якості життя прооперованих пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Розроблено спосіб апаратної (циркулярним і лінійними степлерами) гастроєнопластики (ГЄП) з використанням петлі худі кишки для збільшення обсягу кукси шлунка після СРЖ (Пат. UA № 103895 U, 2015). Прооперовано двоє чоловіків у віці 42 і 58 років з кровоточивим раком антрального відділу шлунка T2N0M0 і T1N0M0. Спосіб апаратної ГЄП після СРЖ при гострокровоточивому раку шлунка полягає в тому, що під час виконання дистальної СРШ проксимальну межу перетину шлунка на весь просвіт до стравоходу здійснюють апаратом Proximat-100, після чого накладають кисетний шов на дистальний відділ кукси ближче до великої кривизни шлунка, викроюють сегмент тонкої кишки на судинній брижовій аркаді і зшивають проксимальну його частину у вигляді двохстволки апаратом Proximat-100, накладають анастомоз між проксимальним кінцем зшитого сегмента тонкої кишки і куксою шлунка циркулярним степлером Ethicon 29мм або 33мм, дистальний кінець сегмента тонкої кишки зшивають з дванадцятипалою кишкою (ДПК) циркулярним степлером Ethicon 25мм, ушивають отвір в сегменті тонкої кишки, відновлюють безперервність тонкої кишки за дуоденосюнальним переходом циркулярним степлером Ethicon 21мм через поперечну ентєротомію відвідної петлі, ушивають ентєротомію дворядним швом. Контрольне рентгенологічне дослідження вказало на збільшення загального обсягу кульгя-резервуар до 500-600 мл. Через 6 місяців і 1 рік стан хворих добрий, 3-4 разове харчування в день, демпінг-синдрому, дефіциту маси тіла, анемії і прогресування пухлинного процесу не відмічено.

Висновки. У пацієнтів молодого і середнього віку СРЖ при гострокровоточивому раку антрального відділу доцільно доповнювати реконструктивною ГЄП з включенням ДПК, яка поліпшує якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «БІШОФІТ ПОЛТАВСЬКИЙ» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Федянович І.М., Дементьєва О.В.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра терапевтичної стоматології
м. Київ, Україна

Провідне місце в структурі хвороб пародонту займає генералізований пародонтит. Відомо, що урбанізація і пов'язана з нею алергізація населення асоціюється з неприємним прогнозом щодо поширеності на генералізований пародонтит. Не дивлячись на значну кількість методів лікування, різноманітність лікарських форм та медикаментів, що застосовуються в пародонтології, терапія генералізованого пародонтита залишається недостатньо ефективною і потребує подальшого удосконалення. Не є випадковим зростання інтересу до застосування засобів мінерального походження. Багатокомпонентний склад мінерального концентрату обумовлює їх комплексну дію.

Метою дослідження: оцінити ефективність застосування вітчизняного мінерального концентрату «Бішофіт Полтавський» у комплексній терапії генералізованого пародонтиту.

Матеріали та методи. Діагностику захворювань пародонту здійснювали за класифікацією М.Ф.Данилевського (1994). Стан тканин пародонту оцінювали за загально визнаними рекомендаціями. (В.С. Іванов, 1998).

Об'єктивними критеріями клінічного перебігу генералізованого пародонтиту в динаміці лікування слугували показники пародонтальних індексів КПП, ПГ та окремих клінічних тестів: кровоточивість ясен, патологічна рухомість зубів, втрата кісткової тканини.

«Бішофіт Полтавський» має у своєму складі сульфати, магній, натрій, калій, кальцій, специфічні сполуки (бром та йод), що визначає його протизапальну, антиоксидантну, мембраностабілізуючу, імуномодельючу та детоксикуючу та регенеруючу дію.

«Бішофіт Полтавський» застосували у вигляді зрошень, аплікацій на ясна та інстиляцій в пародонтальні кишени. З цією метою використали розчин з розрахунку 2 мл на 200 мл води. У разі загостреного перебігу – у формі гелю. Для досягнення стійкої ремісії призначали всередину по 100 мл 2 рази на день (10 мл концентрату на 1 л води).

Висновки. При застосуванні у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит мінерального концентрату «Бішофіт Полтавський» досягається збереження клініко-рентгенологічної стабілізації патологічного процесу в тканинах пародонту у віддалені терміни, що підтверджується динамікою клініко-лабораторних показників.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С КИСТОЙ КОПЧИКА

Ярославская С.Н., Кисель Н.П., Кисель Д.О., Рудько О.В.

Национальный медицинский университет
имени А.А.Богомольца

Национальная детская специализированная
больница "Охматдет"
г. Киев, Украина

Оперативное вмешательство по поводу кисты копчика предполагает вынужденное положение на операционном столе – на животе, а следовательно необходимость адекватной вентилиации, эндотрахеального наркоза. 36 пациентам в возрасте от 12 до 17 лет проведено анестезиологическое обеспечение. У 12 детей – это повторное оперативное вмешательство под наркозом, так как перед этим было нагноение кисты. Часто сопутствующей патологией в подростковом периоде является ожирение, что также необходимо учитывать при выборе параметров вентилиации и при пробуждении. 11 детей было с ожирением 1-2 степени, у 3-х – ожирение 3 степени. Еще одной особенностью был психоэмоциональный фон, на проявление которого влиял синдром "полного ребенка" и был почти в одинаковой мере выражен у девочек и мальчиков, у которых набор веса и изменения метаболизма пришелся на период начала полового созревания. Эмоциональная лабильность, тревожность (оценивали по тестам Спилбергена-Ханина, Люшера), поддерживались вегетативными реакциями: умеренно выраженной тахикардией, влажностью ладоней. У 3 детей акне на коже лица вызывали состояния раздражительности. Все эти вегетативные сдвиги необходимо учитывать на вводимом наркозе и при выходе. Перед началом оперативного вмешательства вводили цефалоспорины третьего поколения.

Мониторинг: ЧСС, Ад, SpO₂, FiO₂, EtCO₂, концентрация севорана на вдохе и выдохе (газоанализатор аппарата Felix), режим вентилиации PCV, ДО 7-8 мл/кг, FiO₂ 0,5, КОС артериализованная капиллярная кровь, параметры ИВЛ во время анестезии не меняли. Обязательно зонд в желудок, раздувание манжетки интубационной трубки, укладка с валиками под таз и грудную клетку. Длительность оперативного вмешательства 82,36±7,6 мин, наркоза 97,28±3,12 мин. Вводный наркоз пропофол 1% 3 мг/кг, фентанил, 0,05% – 5 мкг/кг, релаксация эсмероном или тракриумом 0,6 мг/кг, поддержание пропофолом и севораном.

Для профилактики рвоты и тошноты в послеоперационном периоде в/в осетрон, послеоперационное обезболивание нестероидные противовоспалительные, подросткам с 16 лет ингибиторы ЦОГ (дексалгин). Особенность послеоперационного периода – нельзя сидеть в течение недели, это также беспокоило практически всех детей и особенно опорожнение кишечника, хотя этот момент и тактику обсуждали до операции и наркоза за несколько дней. До операции у подростков 15-17 лет отмечалась тревожность и беспокойство за послеоперационный период. У 12-14 проявлялась боязнь проснуться вовремя наркоза

и болевого фактора после операционном периоде, особенно это было выражено у пациентов, у которых было оперативное вмешательство в ургентном порядке по поводу нагноения кисты копчика. Тошнота в послеоперационном периоде отмечалась у 8 пациентов, имеющих проблемы с желчевыводящей системой и у двух детей это было связано с эмоциональным фоном, на проявление которого у одного ребенка влияли взаимоотношения с родственниками. Болевую реакцию оценивали по шкале ВАШ (визуально-аналогово). Обезболивающие были расписаны планомерно, однако у 9 детей были прорывные боли, которые потребовали дополнительного введения обезболивающих. Таким образом, анестезиологическое обеспечение кисты копчика имеет свои особенности у подростков, которые необходимо учитывать для создания условий безопасной анестезии течения послеоперационного периода.

ЛОКАЛЬНЕ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Довбня Ю.В., Ярославська С.М.,
Варивода М.П., Павленко В.І.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Національна дитяча спеціалізована лікарня
"Охматдит"
Київ, Україна

Проблема підвищення якості післяопераційного знеболювання досить остається актуальною і остаточно не вирішеною у дорослих і дітей.

Матеріали та методи. Застосували методику катер в рани у 53 пацієнтів віком від 5 до 17 років з травмою черевної порожнини, апендициту кишковою непрохідністю і 5 дітей від 9 місяців до 4 років з інвагінацією, апендицитом, кишковою непрохідністю. На етапі ушивання рани (операції на черевній порожнині) між м'язовим шаром та апоневрозом розташовують епідуральний катетер. Кінчик катетера на м'язовому шарі розташовують на 2–3 см нижче "середини рани", зворотній кінець катетера виводять через підшкірно-жирову клітковину на шкіру, 4–5 см вище верхнього краю рани, на шкірі катетер фіксується стерильною пов'язкою. Рана ушивається пошарово. При довжині рани (15-ть і більше сантиметрів) можливе розташування додаткового катетера з ціллю рівномірного розповсюдження місцевого анестетика на протязі всієї довжини рани. Можливе також пошарове розташування катетерів: перший шар між м'язами та апоневрозом, другий розташування катетера в підшкірно-жировій клітковині. Зворотні кінці катетера виводяться вище верхнього краю рани на шкіру, з ціллю унеможливлення витікання місцевого анестетика під дією сили тяжіння. Місцеві анестетики: бупівакаїн 0,25%-0,5% розчин, ропівакаїн 0,2% розчин. Стартова доза

2мг\кг\разова. Підтримуюча доза 0.1-0.2мг\кг\год. Болус вводили разово 1 раз на 6-ть годин. Передбачене введення місцевих анестетиків і лінеоматом. Больовий синдром оцінювався у дітей ранного віку за шкалою поведінки FLACC, CHEOPS і допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) старше 5 років.

Результати. В лікуванні комбінованої болі (соматична+вісцеральна) оптимальним варіантом було мультимодальне знеболення, комбінація місцевого анестетика з НПЗЗ. У 40 хворих больовий синдром по ВАШ 0-3 балів (легкий), хворі отримували через 4-6 годин місцеві анестетики, парацетамол (інфулган) або анальгін, нурофен. У 11 хворих помірний больовий синдром 4-6 балів по вищевказаним шкалам, отримували місцевий анестетик та комбінацію з двох НПЗЗ через 4-6 годин. Підлітки (15-17 років) отримували дексалгін. У 8 хворих больовий синдром по ВАШ сильний біль більше 6-9 балів, що потребувало введення наркотичних препаратів в першу добу

Висновки. Методика виконання проста, підвищує якість знеболення і протікання післяопераційного періоду, зменшує необхідність використання наркотичних анальгетиків, сприяє ранній активації. Методика може бути використана у дітей та дорослих з абдомінальною хірургічною патологією.

Також були показано, що нанопорошки пригнічують експресію генів *E2F8* та *USP7* у печінці. Окремо досліджувалась мембранотоксична дія наноTiN. Методами квантово-хімічних розрахунків визначено можливість реалізації механізму токсичної дії наноTiN з поверхнею плазматичної мембрани клітини. Квантово-хімічне моделювання проводили за допомогою програмного пакету *Gaussian 09*. Оптимізацію молекули здійснювали напівемпіричним методом AM1, з базисним набором функцій 3-21G. Були проведені розрахунки геометрії, збуджених станів наночастинок та компонент, з яких складається поверхня мембрани.

Висновки: молекулярно-генетичні дослідження свідчать про генотоксичну дію нанопорошків тугоплавких сполук металів. Ширина забороненої зони для системи частинок нітриду титану становить $E_g = 3,83\text{eV}$. Рівні НОМО (верхня заповнена молекулярна орбіталь) та ЛУМО (незайнята молекулярна орбіталь) знаходяться при $E = -3,29\text{eV}$ та $E = 0,54\text{eV}$ відповідно. Дипольний момент дорівнює $D = 0,98\text{D}$, що впливає на перерозподіл електронної густини на компонентах біомембрани і може слугувати причиною їх ушкодження.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ТА КВАНТОВО-ХІМІЧНІ ОБГРУНТУВАННЯ МЕХАНІЗМУ ТОКСИЧНОЇ ДІЇ НАНОЧАСТИНОК БЕЗКИСНЕВИХ СПЛУК МЕТАЛІВ

¹Солоха Н.В., ¹Мінченко Д.О., ²Гончаренко Н.А.,
²Ковальова Д.О., ¹Брухно Р.П.

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

³Київський національний університет імені Тараса Шевченка,
Київ, Україна

Питання токсикологічної оцінки наноматеріалів є досить актуальним на даний час, так як відбувається масштабна розробка та використання нанопродукції у всіх сферах життєдіяльності. Звичайно й зростає кількість працівників, що працюють в умовах виготовлення наноб'єктів. Проведені нами натурні виробничо-гігієнічні дослідження свідчать про наявність реального ризику впливу наночастинок на організм операторів.

Матеріали, методи і результати. Досліджували вплив наночастинок нітриду титану і дисиліциду хрому на експресію групи генів (NAMPT, UPS7, E2F8, FAS/TNFSF6, TBX3 та IL13RA2), що кодують різні регуляторні ферменти, рецептори і транскрипційні фактори, які відіграють важливу роль у різних метаболічних шляхах і, таким чином, контролюють проліферацію і апоптоз. Виявили, що тривалий вплив на мишей наночастинок безкисневих тугоплавких сполук металів призвів до збільшення експресії мРНК NAMPT, FAS, TBX3 та IL13RA2 у печінці, причому більш виражені зміни були виявлені для TBX3 та IL13RA2.

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АМАНТАДИНУ СУЛЬФАТУ ПРИ ЛІКУВАННІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ І СИМПТОМУ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РС

Соколова Л.І., Мяловицька О.А., Довбонос Т.А.,
Матюшко М.Г., Хижняк Ю.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ

Поширеність когнітивних розладів у хворих на розсіяний склероз (РС) коливається від 45 до 60%, симптом втоми виявляється у 53-92% хворих, залежно від вибірки пацієнтів і діагностичних критеріїв. Враховуючи останні дослідження, які показали, що когнітивні порушення і симптом втоми можуть мати спільний патогенетичний механізм, а саме розвиток оксидантного стресу, глутаматна ексайтотоксичність, і, як наслідок, пошкодження нейронів, важливим є вивчення впливу препаратів з нейропротекторними властивостями, не тільки на симптом втоми, а й на когнітивні функції.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності амантадину сульфату, що блокує глутаматну ексайтотоксичність і має нейропротекторні властивості, не тільки на симптом втоми, а й на когнітивні функції.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз терапевтичної ефективності препарату амантадину сульфат (по 100 мг вранці і ввечері) у лікуванні 25 хворих (основна група) на РС впродовж 1 місяця. Контрольну групу склали 30 пацієнтів, які отримували традиційну судинно-метаболічну терапію. Для виявлення втоми і визначення ступеня її тяжкості використовувалася шкала FSS (Fatigue Severity Scale). Ефективність лікування симптому втоми

оцінювалася за допомогою шкали MFIS (Modified Fatigue Impact Scale). Динаміку показників когнітивних функцій до і після лікування визначали за допомогою шкали MoCA (Monreal Cognitive Assessment).

Результати. Симптом втоми згідно шкали FSS визначався у всіх пацієнтів, від легкого до важкого ступеню, з переважанням середньої і вираженої втоми: $5,34 \pm 0,23$ бали. На фоні лікування препаратом амантадину сульфату (основна група) відмічалася статистично значима позитивна динаміка балу MFIS у вигляді його зниження з $48,9 \pm 4,34$ до $28 \pm 3,2$ ($p < 0,001$). При оцінці підгруп пацієнтів з рецидивуючо-ремітуючим РС (PPPC) та вторинно-прогресуючим РС (ВППС) також були отримані статистично достовірні результати: зниження балу MFIS відповідно з $51,3 \pm 6,4$ до $27,7 \pm 4,14$ ($p < 0,001$) та з $45,6 \pm 5,84$ до $28,3 \pm 5,49$ ($p = 0,004$). Когнітивні порушення також покращувались на фоні лікування даним препаратом (з $23,71 \pm 2,34$ до $26,36 \pm 2,43$, $p < 0,001$), але достовірною дана різниця була лише у пацієнтів з PPPC ($p = 0,032$), у хворих же на ВППС дана позитивна динаміка не досягла статистичної значимості ($p = 0,063$). При оцінці окремих когнітивних функцій, згідно шкали MoCA, достовірно покращилася увага і оперативна пам'ять у пацієнтів з PPPC ($p = 0,034$, $p = 0,021$ відповідно).

Висновки. Застосування препарату амантадину сульфату, який блокує глутаматну ексайтотоксичність і володіє нейропротекторними властивостями не тільки достовірно сприяє зменшенню вираженості втоми, але поліпшує когнітивні функції.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ТІАТРИАЗОЛІНУ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ОБТЯЖЕНОГО ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Соколова Л.І., Прокопів М.М.,
Антоненко К.В., Третет Г.С.

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця
Кафедра неврології
м. Київ, Україна

Ішемічний інсульт – невідкладний стан, що потребує екстреної госпіталізації хворих у спеціалізовані інсультні відділення. Разом з тим, у більшості хворих виникнення «катастрофи» у мозку поєднується з ураженням серця та судин, є багато хронічних хронічних соматичних захворювань, які ведуть до різноманітних метаболічних порушень. Це ускладнює перебіг основного захворювання, погіршує відновлення та наслідки інсульту.

Метою дослідження: оцінити ефективність застосування препарату Тіотриазолін в комплексному лікуванні хворих на гострий ішемічний інсульт, обтяженого ішемічною хворобою серця.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне дослідження 15 пацієнтів віком від 61 до 83

років в гострий період ішемічного інсульту. Оцінку тяжкості неврологічного дефіциту проводили за допомогою шкали NIHSS. Локалізацію інсультного вогнища визначали за допомогою МРТ головного мозку.

Тіотриазолін належить до препаратів вітчизняного виробництва (АТ Галичина за участі НВО Фарматрон). Фармакологічний ефект препарату зумовлений його протиішемічною, мембраностабілізуючою та антиоксидантною дією. Вплив тіотриазоліну реалізується за рахунок посилення компенсаторної активації анаеробного гліколізу, активації процесів окислення у циклі Кребса зі збереженням АТФ. Сильні відновлювальні властивості тіолової групи, що входить до складу препарату, спричиняють її взаємодію з активними формами кисню та ліпідними радикалами.

Тіотриазолін призначали на тлі традиційної базисної терапії по 4 мл (100мг) внутрішньовенно струминно впродовж 10 днів, в подальшому (з 11 дня) призначали препарат внутрішньо по 1 табл. (100мг) 3 рази на день впродовж 1 місяця.

Висновки. Застосування Тіотриазоліну у комплексному лікуванні хворих на гострий ішемічний інсульт, обтяженого ішемічною хворобою серця, вело до статистично значимого регресу неврологічної симптоматики, покращення функціонального виходу, зменшення частоти та вираженості ангінозних нападів у спокої та при фізичному навантаженні.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ОРГАНУ ЗОРУ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Жупан Б.Б.

Національний військово-медичний клінічний
центр «ГВКГ»
м. Київ, Україна

Мета: на підставі аналізу стану надання медичної допомоги при пораненнях і травмах органу зору за даними лікування поранених в АТО розробити шляхи вдосконалення офтальмологічної допомоги на етапах медичної евакуації.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували історії хвороб поранених, що лікувались у Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ», матеріали наукових літературних джерел інформації.

Методи дослідження: системний аналіз і статистичний.

Результати та обговорення. Досвід надання офтальмотравматологічної допомоги, накопичений в умовах збройних конфліктів досить переконливо показав, що її ефективність значною мірою визначається не тільки кваліфікацією фахівців, наявністю відповідного оснащення, а й чіткою організацією лікувально-евакуаційних заходів. Основними проблемами є відсутність першої допомоги

при пошкодженнях ока і орбіти призводить до втрати дорогоцінного часу, а в подальшому, після реанімації потерпілого і повернення його до життя, повернути зір вже буває неможливо. В умовах медичного забезпечення збройного конфлікту рання спеціалізована офтальмологічна допомога проводиться силами штатних офтальмологів або офтальмологами груп посилення. Одне з основних завдань офтальмолога, працюючого на етапах евакуації, полягає в проведенні якісного медичного сортування. В першу чергу він зобов'язаний виділити групу поранених, що мають тяжкі поєднані травми. За відсутності загрози для життя виділяються наступні потоки: поранені з легкими ушкодженнями; поранені з ушкодженнями середньої тяжкості; поранені з тяжкими ушкодженнями.

Розроблено методичні рекомендації з організації медичної допомоги пораненим при ушкодженнях органу зору в умовах збройного конфлікту.

Висновки. 1. Розроблену організаційну схему надання медичної допомоги пораненим з ушкодженнями органу зору доцільно використовувати при плануванні лікувально-евакуаційних заходів в умовах існуючого збройного конфлікту і надзвичайних ситуаціях мирного часу.

2. Методичні рекомендації з організації медичної допомоги пораненим при ушкодженнях органу зору в умовах збройного конфлікту та методика надання медичної допомоги при пораненнях і травмах органу зору можуть бути включеними у програми навчання слухачів Української військово-медичної академії і студентів ВНЗ МОЗ України, які навчаються за програмою офіцерів запасу медичної служби на кафедрах медицини катастроф і військової медицини для засвоєння найбільш оптимальних варіантів організації надання медичної допомоги в локальних війнах, збройних конфліктах і надзвичайних ситуаціях мирного часу.

КОЛЕБАНИЯ ОФТАЛЬМОТОНУСА ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ИОЛ НА ФОНЕ ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНОЙ ГЛАУКОМЫ

Курилина Е.И., Чурюмов Д.С., Баран Т.В.

Национальный медицинский университет
имени А.А.Богомольца
г. Киев

Актуальность. Псевдоэксфолиативная глаукома (ПЭГ), отличается резистентностью к медикаментозной терапии и характеризуется большим размахом суточных колебаний ВГД. Сочетание ПЭГ с катарактой считается наиболее неблагоприятным в связи с высоким риском развития серьезных осложнений. Факоэмульсификация (ФЭК) сама по себе позволяет добиться гипотензивного эффекта у больных глаукомой.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния ФЭК с имплантацией ИОЛ на среднесуточный уро-

вень и суточные колебания ВГД и состояние поля у больных ПЭГ в отдаленные сроки наблюдения.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 26 человек (28 глаз): 8 мужчин, 18 женщин с начальной и развитой ПЭГ с умеренно повышенным ВГД. В основную группу вошли 15 пациентов (26 глаз), получавших гипотензивную терапию по поводу ПЭГ и подвергшихся ФЭК с имплантацией ИОЛ. Срок наблюдения до ФЭК составил не менее 12 мес. Группу сравнения составили 15 больных (25 глаз), получавших только местную гипотензивную терапию. Возраст больных в основной группе составил 68.9 ± 0.85 лет, в группе сравнения – 66.7 ± 1.33 лет.

ФЭК с имплантацией ИОЛ проводилось по стандартной методике. Всем пациентам проводились: визометрия, биомикроскопия переднего отрезка глаза, офтальмоскопия, компьютерная периметрия на анализаторе Humphrey по программе 30-2 и 60-4, и ОКТ переднего отрезка и ДЗН (СНВС + комплекс ГКС).

Результаты и обсуждение. Было выявлено достоверное снижение ВГД и уровня его суточных флуктуаций в обеих группах, однако более выраженные изменения были получены в группе пациентов, перенесших ФЭК: 17.8 ± 0.21 мм рт.ст.; в группе сравнения – 19.88 ± 0.28 ($p=0.001$). Суточные флуктуации ВГД составили 2.6 ± 0.18 и 5.2 ± 0.31 ($p=0.001$) соответственно. В обеих группах наблюдалось улучшение показателей чувствительности при статической периметрии: MD до проведения ФЭК в основной группе составил – 5.12 ± 0.25 dB, в группе сравнения – 4.41 ± 0.11 ($p=0.014$). К концу наблюдения, при этом результаты были достоверно выше в основной группе: индекс MD = 0.92 ± 0.22 dB, в группе сравнения: 0.66 ± 0.43 dB ($p=0.001$).

Заключение. ФЭК служит важным этапом лечения ПЭГ достоверно приводящим к снижению уровня и среднесуточных флуктуаций ВГД в основной группе больных, повышая качество жизни больных, и способствуя стабилизации ГОН в отдаленном периоде. Это различие удерживалось на протяжении всего периода наблюдения. Достижение нормального ВГД в основной группе обеспечивалось меньшим количеством применяемых гипотензивных капель, чем в группе сравнения. Отмечено также улучшение зрительных функций в обеих группах больных, но было достоверно более выражено у пациентов, перенесших ФЭК.

СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ДЕФЕКТУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ДІТЕЙ З НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

*Васьківська Марія Олександрівна,
Дідора Андрій Миколайович*

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна*

Закриття дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи забезпечує підтримку структур носа, м'яких тканин верхньої губи, створює сприятливі умови для прорізування ікла та розвитку верхньої щелепи, підвищує ефективність ортодонтичного лікування. Основними питаннями на сьогодні залишається вибір та кількість кісткового матеріалу, що використовується при пластиці альвеолярного відростка, а також оцінка результатів його використання в після операційному періоді.

Мета визначення об'єму дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи за допомогою мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ лицевого черепа) та програми Nogos для планування ліквідації дефектів альвеолярного відростка у дітей з вродженим однобічним незрощенням губи і піднебіння.

Матеріали і методи 7 дітей з вродженим наскрізним однобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння віком від 15 років до 18 років. Мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ лицевого черепа) та обробка даних програмою Nogos.

Результати. Проведено МСКТ лицевого черепа 7-ми дітей віком від 15 до 18 років з вродженим наскрізним однобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння до ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи. Визначені найбільш інформативні вимірювання дефекту альвеолярного відростка: 1) верхня межа – апекс коренів зубів, що знаходяться в ділянці незрощення, або чітко виражений кортикальний шар верхньої щелепи; 2) нижня межа – висота емалево-дентинного з'єднання шийок зубів, що знаходяться в ділянці незрощення; 3) ширина дефекту – межа кортикального шару фрагментів верхньої щелепи справа і зліва в ділянці незрощення. Всі отримані дані були оброблені за допомогою програми Nogos і визначено об'єм дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи, який в середньому складав 1,5 смі.

Висновки. Визначення об'єму дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи за такими показниками з використанням програми Nogos дозволяє спланувати кількість аутотрансплантата та оцінити результати кісткової пластики в післяопераційному періоді.

УСКЛАДНЕННЯ ВПРОВАДЖЕНИХ ВИВИХІВ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Ковтун Т.О.

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна*

Провідне місце в структурі травматичних уражень зубів у дітей займають пошкодження фронтальної групи верхньої щелепи. З них близько 15% випадків припадає на впроваджені вивихи постійних зубів (ПЗ). Несвоєчасне або неправильне лікування призводить до різних видів ускладнень.

Мета дослідження: Виявити зв'язок між методами лікування впроваджених вивихів ПЗ у дітей та видами ускладнень, які їх супроводжують.

Матеріали та методи: Аналіз 1147 історій хвороб дітей з травмами кісток ЩЛД та зубів, які знаходились на лікуванні в клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця з 2009 по 2016 роки за розробленою картою, статистична обробка.

Результати: При впровадженому вивисі ПЗ відбувається пошкодження судинно-нервового пучка у вигляді його компресії або перерозтягнення. Найбільш поширеним методом лікування таких вивихів є репозиція травмованого ПЗ в зубний ряд. При виконанні її в ПЗ з несформованим коренем у 47% припинявся апексогенез, а у 23 % відбувався лізіс кореня. При недостатній за тривалістю та адекватністю фіксації ПЗ змінював своє положення – у 38%, руйнування кісткових структур альвеоли до 2/3 довжини кореня відмічалось у 3%. Це призводило, в подальшому, до втрати ПЗ, що негативно впливало на гармонійний розвиток щелеп у дітей.

У разі прорізування ПЗ за рахунок саморегуляції, зміни його положення спостерігалось у 36% випадків. Це в подальшому вимагало ортодонтичного лікування.

Крім того, всі ПЗ після впровадженого вивиху потребували ЕОД-контролю для вирішення питання необхідності подальшого ендодонтичного лікування.

Висновки: Дослідження зв'язку між методами лікування впроваджених вивихів ПЗ у дітей та розвитком ускладнень дають змогу прогнозувати їх та проводити профілактичні заходи.

**ПРОТОКОЛИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ТА КРИТЕРІЇ ЇХ ОЦІНКИ У ДІТЕЙ
З ВРОДЖЕНИМИ НАСКРІЗНИМИ ОДНОБІЧНИМИ
НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ
В УКРАЇНІ ТА СВІТІ**

Шафета Олег Борисович

*Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
м. Київ, Україна*

Мета – проаналізувати сучасні протоколи хірургічного лікування дітей з вродженими наскрізними односторонніми незрошеннями верхньої губи та піднебіння (ВНОНВП) та критерії оцінки ефективності.

Матеріали і методи. Були проведені антропометричні дослідження моделей щелеп дітей 5 річного віку з ВНОНВП за методикою GOSLON, де оцінювали розвиток верхньої щелепи та проводили порівняльний аналіз 3-х етапного та 2-х етапного протоколів лікування. 3-х етапний (клініка кафедри) включав: в 3-6 міс. – хейлоринопластика; після року – велоластика; в 3,5-4 роки – уранопластика. 2-х етапний (клініка “Centrihno”, Бауру, Бразилія) складався з хейлоринопластики симультанно з уранопластиком в 3-6 міс.; велоластики в 12 міс. Ортодонтична реабілітація дітей при 3-х етапному протоколі починалася до хейлоластики (до 3-6 міс.); при 2-х етапному з 5 років.

Результати. Оцінка результатів лікування дітей в клініці кафедри показала, що діти з ВНОНВП I категорії Goslon становлять 5%. В таких хворих формується правильне міжщелепне співвідношення (ортогнатичний прикус), тому, в майбутньому вони не потребують ортодонтичного лікування. 2 категорія складала – 65-70% випадків, що відповідало формуванню прямого прикусу. Такі діти потребують нетривалого ортодонтичного лікування. 3 категорія дітей – 20-25%, мала мезіалізацію прикусу і в наступному потребувала довготривалого ортодонтичного лікування. Діти, які ввійшли в 4 категорію складають 5-10%, розвиток верхньої щелепи в них значно затриманий, тому в майбутньому не виключає необхідності ортогнатичного хірургічного лікування.

В порівнянні з даними клініки “Centrihno” діти з ВНОНВП мають: гарні результати (2-а категорія) – 66% випадків, задовільні (3-я категорія) – 30% і незадовільні (4-а категорія) – 10%.

Висновки. 1. 3-х етапний протокол лікування дозволяє активно розвиватися верхній щелепі та мінімізує вторинні деформації її в післяопераційному періоді. Нижчий відсоток деформацій та дизоклюзій пояснюється тим, що в наших протоколах використовуються більш шадні хірургічні методики, проводяться втручання на тканинах піднебіння в більш пізні строки та використовується весь комплекс ортодонтичного лікування на всіх етапах реабілітації.

2. 2-х етапний протокол дає змогу зменшити кількість операцій, але негативно впливає на розвиток верхньої щелепи. Вищий відсоток деформацій пояснюється тим, що втручання на тканинах піднебіння проводяться в

більш ранні строки, ортодонтична реабілітація починається лише в період змінного прикусу.

**ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЇ ГІБРИДНОЇ ЗОНИ
ДЕНТИНУ ІНТАКТНИХ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ
ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ АДГЕЗИВНИХ
СИСТЕМ**

О.І. Лютіков

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
м. Київ, Україна*

Сучасні протоколи реставраційного лікування тимчасових зубів передбачають широке застосування композитних матеріалів, проте гістологічні особливості будови твердих тканин тимчасових зубів зумовлюють ряд особливостей застосування цих матеріалів.

Мета: оцінити морфологічні особливості гібридної зони дентину інтактних тимчасових молярів при використанні різних адгезивних систем згідно рекомендацій виробників.

Матеріали та методи: 40 видалених тимчасових молярів були відпрепаровані в межах плащового дентину та відновлені композитним матеріалом світлового твердіння із застосуванням наступних адгезивних систем: група 1 – Optibond FL (Kerr), група 2 – Optibond SoloPlus (Kerr), група 3 – Single Bond Universal (3M) etch&rinse, група 4 – Single Bond Universal (3M) self-etch, згідно рекомендацій фірм виробників. Через 24 години були виготовлені мезіо-дистальні шліфи з подальшим поліруванням, демінералізацією та депротейнізацією. Морфологічна характеристика гібридної зони оцінювалась за допомогою скануючого електронного мікроскопа JSM-6700F (JOEL, Японія) при збільшенні 1000x-5000x. Статистична обробка здійснювалась із застосуванням однофакторного ANOVA тесту ($p < 0,05$).

Результати: Товщина гібридного шару досліджуваних адгезивних систем складала $11,24 \pm 1,10$; $12,45 \pm 0,76$; $9,03 \pm 1,26$ та $3,61 \pm 0,57$ відповідно до використаних груп ($p < 0,01$). Довжина полімерних пробок в дентинних трубочках статистично значимо відрізняється при застосуванні різних адгезивних систем: група 1 ($94,21 \pm 14,19$) > група 2 ($39,97 \pm 4,46$) = група 3 ($36,68 \pm 11,86$) > група 4 ($8,63 \pm 0,39$) ($p < 0,01$). Полімерні пробки утворені адгезивними системами груп 1-3 характеризуються множинністю та вираженою конічною формою в основі, чисельними бічними відгалуженнями у латеральних каналці дентинних трубочок (група 2). В групі 4 виявлені поодинокі, короткі пробки циліндричної форми.

Висновки: Адгезивні системи з окремим етапом протравлення дентину забезпечують формування стабільної гібридної зони з чисельними полімерними пробками та товстим гібридним шаром, забезпечуючи надійну ретенцію та герметизацію дентинних трубочок.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ НЕЙРОСПЕЦИФІЧЕСКИХ БІЛКІВ ПРИ ПЕЧІНКОВІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Манжалій Е.Г., Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Лисяний Н.І.

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Інститут нейрохірургії
імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України
м. Київ*

Манжалій Е.Г. – кандидат медичних наук, докторант кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, 02225, вул. П. Запорожця, 26, КМКЛ № 3

Никула Т.Д. – Заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки України, дійсний член Української академії наук, Нью-Йоркської академії наук, академік Академії наук вищої освіти України, д.м.н., професор, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 02225, вул. П. Запорожця, 26, КМКЛ № 3, м. Київ, 540-96-69, 540-56-91 каф.

Мойсеєнко В.О. – академік Академії наук вищої освіти України, д.м.н., професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 02225, вул. П. Запорожця, 26, КМКЛ № 3, м. Київ, 0677779249 моб.

Лисяний Н.І. – доктор медичних наук, Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України,

Мета – встановити рівень аутоантитіл до нейроспецифічних антигенів: загального мозкового антигену (ОМА), основного білка мієліну (ОБМ), білків S100 і нейроспецифічної енолази (НСЕ) у пацієнтів з печінковою енцефалопатією (ПЕ).

Матеріали і методи. Твердофазний імунофлюоресцентний аналіз.

Результати та їх обговорення. У сироватці крові пацієнтів з ПЕ визначали рівень аутоантитіл до ОБМ, S100, НСЕ, ОМА за допомогою твердофазного ІФА з використанням специфічних антитіл (Sigma). Досліджували кореляцію між рівнем даних аутоантитіл і загальним показником неврологічного статусу пацієнтів в балах. Реєстрував значне підвищення рівня аутоантитіл до ЗМЗ, S100 білків, НСЕ і ОАЯ у пацієнтів з ПЕ. Виявлена позитивна кореляція між рівнем зазначених білків і ступенем неврологічних порушень у хворих. Отже, зазначені показники можна вважати маркерами ступеня тяжкості ПЕ.

Висновки. Збільшення титр аутоантитіл до даних НСБА є важливим показником для діагностики ПЕ. Визначення рівнів аутоантитіл дає нам привід зв'язати збільшення цих параметрів з патологічним процесом.

ANALYSIS OF ANTIMALARIAL MEDICINES IN NIGERIA

M.C. Dele-Afolayan

Scientific supervisor: associate professor, PhD V.N. Aliekperova

Bogomolets National Medical University

*Department of Organization and Economics
in Pharmacy*

*(the head of the department: associate professor,
PhD L.O. Gala)
Kyiv, Ukraine*

Background. Malaria is one of the major life-threatening disease aside from HIV/AIDS and Meningitis and the leading cause of child deaths in Nigeria that conforms the actuality of chosen topic.

Objective. Market of antimalarial medicines in Nigeria.

Materials and methods. Data collection via the internet journals, people living in Nigeria, foreign students in Ukraine and pharmacies in Nigeria. Systematic method, content analysis and surveys.

Results. All the active ingredients are used by the nation's manufacturers to make antimalarial medicines, this is due to the fact that Nigeria is a country with major key players in pharmaceutical industry even though she is still a developing country. NAFDAC (National Agency for Food Drug Administration and Control) regulates imports, exports, manufacture, advertisement, distribution, sales and use of antimalarial medicines. The citizens of Nigeria prefer foreign antimalarial medicines – Swizz pharmaceutical company Novartis sets about 14% of Nigerian's market. The most popular foreign producers of such type of drugs are from China and India – individually they contribute 27% from all pharmaceutical importers The most effective and popular trade name is Coartem (Novartis) that contains Artemether plus Lumefantrine. Most masses prefer to use tablets because it is easily accessible and cheaper than injections – about 64% from general medical forms presented on Nigerian's antimalarial medicines market. Oral suspension sets about 23% followed by powder – 9% and oral solution – 4%. The average price of antimalarial medicines used in Nigeria is about 5 USD so this type of medicines can be considered available for Nigerian's population, but this price is not fixed in different regions of Nigeria.

Conclusion. Analysis of antimalarial medicines in Nigeria has been carried out. It is revealed the most popular pharmaceutical importers, trade names, ingredients, medical form, average prices, etc.

Summary. In Nigeria, Malaria affects about 60% of the country's population yearly so marketing research of antimalarial medicines is of great importance. Our analysis showed key marketing information devoted to this type of medicines.

PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY (POEM) AS SURGICAL TREATMENT OF ACHALASIA

Y. Nazarov, A. Kurbanov, V. Sydorenko, A. Apriamova

Bogomolets National Medical University

Department of Surgery № 3

*(the head of the department: acad. of NAS
and NAMS of Ukraine, professor, PhD P. Fomin)
Kyiv, Ukraine*

Achalasia is a severe disease of muscles of lower esophageal body and lower esophageal sphincter (LES) that prevents relaxation of the sphincter and leads to an absence of peristalsis of the esophagus, progressive dysphagia, and plenty of complications, including esophagitis, lungs pathology, weight loss and cancer of the esophagus. Achalasia is a rare disease and affects 1–10 out of 100000 persons per year. Treatment of achalasia can be conservative or surgical. Conservative treatment includes botulinum toxin injection and endoscopic pneumatic dilation. However, in connection with the late diagnosis of the disease, surgical treatment is usually required. Gold standard of surgical treatment of achalasia is Heller's myotomy (cardiomyotomy) and fundoplication. There are thoracotomic, laparotomic and laparoscopic approaches for Heller's myotomy. Among fundoplication methods used, there are Dor, Toupet and Nissen modifications. High level of traumatization led to the search for new methods of surgical treatment though. Among them peroral endoscopic myotomy (POEM), which was first applied in 2008 in Japan. Now more than 5000 clinical procedures have been performed in several centers across the world (Vivek Kumbhari etc, 2015). In many cities in developed countries of Europe and Asia, USA, Canada, and Australia POEM is already used in the treatment of achalasia. POEM implies the dissection of the circular muscles of the esophagus and LES by utilizing a submucosal tunneling method. Therefore, POEM is a less invasive exible endoscopic alternative. The short-term clinical success of POEM was reported to be from 82% to 100% – until 12 months, mostly > 90%, which is highly effective (median – 93,8%).

Summary. POEM is a novel method for the treatment of achalasia. POEM is the least invasive surgical method in the treatment of achalasia. It has been a short time since the introduction of this method into medical practice, however, POEM show good treatment results, the number of complications does not exceed the same parameters of Heller's myotomy. Thus, it is necessary to introduce this method into medical practice in Ukraine, and also to monitor the long-term outcomes of treatment of POEM for more accurate conclusions about the quality and results of this method.

**СТУПІНЬ ТЯЖКОСТІ ДІАБЕТИЧНОЇ
МІКРОАНГІОПАТІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК
У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ
ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

**SEVERITY OF DIABETIC MICROANGIOPATHY
OF LOWER EXTREMITIES IN PATIENTS WITH
COMPLICATED DIABETIC FOOT SYNDROME**

Белінська В.О. / V. Belinska

Науковий керівник: доц., д.мед.н. І.Л. Савон

ДЗ "Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України"

Кафедра амбулаторної, гнійно-септичної хірургії та ультразвукової діагностики

(зав. каф.: доц., д.мед.н. І.Л. Савон)

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Поширеність цукрового діабету (ЦД) серед населення різних країн коливається від 2 до 13% за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, а синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у кожного шостого хворого.

Мета. Визначити ступінь тяжкості діабетичної мікроангіопатії у хворих на ускладнений.

Матеріали та методи. Обстежено 216 пацієнтів на ускладнений СДС, що лікувалися в м. Запоріжжя за період 2013-2016 рр. Визначали пальце-пальцевий індекс (ППІ) та виконували лазерну доплерівську флоуметрію (ЛДФ) на першому пальці ураженої стопи та першому пальця кисті з обчисленням індексу мікроциркуляції (ІМ) і шунтування (ІШ).

Результати. У 17,1% пацієнтів ППІ > 1,0, що свідчило про розвиток медіакальцинозу. При легкому ступеню мікроангіопатії – ІМ > 0,4 та ІШ < 0,6, зміни в мікроциркуляторному руслі пов'язані з порушенням нейрогенної регуляції та зворотні на фоні консервативної терапії, при цьому ризик ампутації, навіть на рівні стопи, є мінімальним. При ІМ > 0,4 та ІШ ≥ 0,6 зміни більш пов'язані з ішемічним компонентом, але шляхом консервативної терапії в більшості випадків вдається обмежити патологічний процес та уникнути високої ампутації – мікроангіопатія середньої тяжкості. При ІМ ≤ 0,4 ІШ завжди був ≥ 0,6, що свідчило про незворотні порушення мікроциркуляції з великим ризиком ампутації на рівні гомілки або стегна – тяжка мікроангіопатія.

Висновки. Хворі на ускладнений СДС мають порушення кровоплину в нижніх кінцівках різного ступеня тяжкості. ППІ при розвитку склерозу Менкеберга втрачає свою ефективність. ЛДФ дає можливість визначити наявність, ступінь тяжкості та переважаючий етіологічний чинник діабетичної мікроангіопатії за об'єктивними критеріями у будь-якого пацієнта, підібрати оптимальний обсяг лікування та спрогнозувати ризик ампутації.

Summary. LDF (laser doppler flowmetry) method makes it possible to quickly and easily determine the presence, severity and predominant etiologic factor for diabetic microangiopathy clearly defined objective criteria in any patient choose the best amount of his treatment and predict the risk of amputation.

**ВПЛИВ НАНОЧАСТИНОК ГАДОЛІНІУ
ОРТОВАНАДАТУ НА РЕПРОДУКТИВНУ
ФУНКЦІЮ САМЦІВ ЩУРІВ
З НЕОНАТАЛЬНИМИ ВТРУЧАННЯМИ**

**THE INFLUENCE OF GADOLINIUM
ORTHOVANADATE NANOPARTICLES
ON THE REPRODUCTIVE FUNCTION OF MALE
RATS WITH NEONATAL INTERVENTIONS**

Белкіна І.О. / I. Belkina

Науковий керівник: к.біол.н. Н.О. Карпенко

ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України"

м. Харків, Україна

Актуальність. Великої значущості набули порушення чоловічої репродуктивної функції, виникаючі внаслідок дії несприятливих чинників у критичні періоди онтогенезу. Традиційні засоби корекції не завжди є ефективними, що обумовлює актуальність пошуку новітніх ефективних лікувальних засобів.

Мета. Визначити ефективність наночастинок (НЧ) гадолінію ортованадату ($GdVO_4$) для корекції неонатально індукованих розладів чоловічої репродуктивної функції.

Матеріали та методи. Відтворено модель сумісної дії у підсосний період емоційного стресу та фітоестрогенів (ФЕ). 10 міс самцям щурів з репродуктопатією 70 діб надавали НЧ $GdVO_4$ (0,33 мг/кг) або препарат порівняння трибестан (68 мг/кг). Вивчали масу органів, спермограму, в сироватці крові та 10 % гомогенаті печінки та сім'яників визначали вміст тригліцеридів (ТГ), загального холестерину (ЗХ), вільного аргініну, сумарний вміст нітрат-та нітрит-аніонів (NO_x), активність аланінамінотрансферази (АЛТ), аспаратамінотрансферази (АСТ). Контроль – інтактні тварини.

Результати. Неонатальне обтяження ФЕ на тлі стресування призводило до зниження відносної маси сім'яників та їх придатків, підвищення відсотку патологічних та мертвих спермій. У сироватці знижувався вміст аргініну, збільшувався вміст NO_x , ТГ та ЗХ, активність АЛТ. У сім'яниках зростав NO_x , у печінці знижувалась активності АЛТ. У тварин, що одержували НЧ або трибестан відносна маса органів та параметри спермограми не відрізнялися від контролю, а показники, що були погіршені внаслідок неонатальних втручань, покращились. У сироватці крові НЧ та трибестан нормалізували вміст аргініну, ЗХ, ТГ. У печінці НЧ, трибестан нормалізували активність АЛТ.

Висновки. Застосування НЧ $GdVO_4$ у дорослому віці позитивно впливає на андрогензалежні органи, сперматогенез та метаболічні процеси у самців щурів з неонатально індукованою гіпофертильністю.

Summary. Interventions in early ontogeny disrupt reproductive function in adult age and are accompanied by metabolic disorders. Nanoparticles of gadolinium orthovanadate are effective compounds for correcting reproductive disorders in males.

**ПАНКРЕАТИЧНА ЕКЗОКРИННА
НЕДОСТАТНІСТЬ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ
ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ:
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І КОРЕКЦІЇ**

**EXOCRINE PANCREATIC INSUFFICIENCY AS A
COMPLICATION OF DIABETES MELLITUS TYPE 1
IN CHILDREN: FEATURES OF DIAGNOSTICS
AND CORRECTION**

Варварук О.А. / O. Varvaruk

Науковий керівник: проф., д.мед.н. В.Д. Лукашук

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

Кафедра педіатрії № 5

(зав. каф.: проф., д.мед.н. В.Д. Лукашук)

м. Київ, Україна

Актуальність. Цукровий діабет 1 типу (ЦД 1) є найчастішою причиною ранньої інвалідизації дітей внаслідок розвитку діабетичних хронічних ускладнень. Одним із них є панкреатична екзокринна недостатність (ПЕН). Частота випадків ПЕН у дітей з ЦД 1 становить 42–65%. Найбільш ефективним методом корекції ПЕН є призначення замісної ферментної терапії (ЗФТ).

Мета. Визначити особливості клініки і змін копрограми у дітей з ПЕН при ЦД 1 і провести аналіз вказаних показників на 14 день ЗФТ.

Матеріали та методи. Проведено аналіз даних історій хвороб та обстеження 106 дітей з діагнозом ЦД 1 віком від 1 до 17 років. У всіх визначали фекальну панкреатичну еластазу-1 (Е-1), копрограму, проводили клінічне обстеження, до і після ЗФТ. 65 хворих з верифікованим діагнозом ПЕН склали основну групу; 41 дитина з ЦД 1 без ПЕН – групу порівняння.

Результати. У всіх дітей основної групи визначалося зниження Е-1 (медіана 126,37 мкг/г). Легка ПЕН була діагностована у 23 дітей, середня – у 28, тяжка у – 14. Найвираженішу симптоматику, мали діти з тяжкою ПЕН (21,5%). При легкій і середній – симптоми зустрічалися рідше. При аналізі показників копрограми найчастіше визначалася стеаторея (від 26,1% при легкій ПЕН до 100% при тяжкій). У 17 дітей з ПЕН легкого ступеня зміни копрограми були відсутні. Контроль ЗФТ проводився за динамікою клінічних проявів і копрограми на 14 день. Позитивні зміни відмічалися у всіх пацієнтів. У дітей з легкою ПЕН повністю зникли біль, метеоризм та діарея, нудота і зниження апетиту зменшилися в 3 і 2 рази відповідно. У дітей з середньою ПЕН прояви больового синдрому та зниженого апетиту спостерігалася майже у 30% дітей; на третину – зменшилася кількість дітей з нудотою, на 14% – з метеоризмом і на 7% – з діареєю. При тяжкій ПЕН – у 3 рази зменшився больовий синдром, нудота і метеоризм; у 80% і 65% дітей відповідно – прояви діареї і зниженого апетиту. У дітей групи порівняння рівень Е-1 був в межах норми (медіана Е-1 272,2 мкг/г). Клінічні ознаки, зміни копрограми були відсутні.

Висновки. ЗФТ забезпечує суттєве скорочення клінічних ознак ПЕН вже при 2 тижнях тривалості терапії.

Ймовірно, що продовження ЗФТ до 1 місяця сприятиме повному зникненню симптомів ПЕН.

Summary. Enzyme replacement therapy provides reduction of clinical signs of exocrine pancreatic insufficiency (EPI) even at treatment duration of 2 weeks only. We recommend continuing this treatment for a month for resolve of EPI symptoms.

**ЛІКУВАННЯ ДИСКOLORИТУ ЗУБІВ
В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

**MODERN METHODS OF TREATMENT
OF TEETH DISCOLORATION**

Дуднікова М.О. / M. Dudnikova

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра терапевтичної стоматології
(зав. каф.: проф., д.мед.н. А.В. Борисенко)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Зростаючі естетичні вимоги пацієнтів до кольору зубів викликають необхідність ефективної допомоги пацієнтам зі зміною кольору твердих тканин зубів, що на сьогоднішній день є актуальною медико-соціальною проблемою.

Мета. Розробити індивідуальні диференційовані алгоритми лікування дисколориту зубів з урахуванням клінічної ситуації.

Матеріали та методи. Клінічне обстеження та індексна оцінка стоматологічного статусу 135 пацієнтів із визначенням кольору твердих тканин зубів (шкала Віта), індексів гігієни (ОНІ-S, API), інтенсивності та поширеності запалення в яснах (РМА); електронно-мікроскопічні; статистичні.

Результати. Застосування запропонованих диференційованих алгоритмів лікування дисколориту зубів сприяло покращенню кольору зубів за шкалою Віта, підвищенню рівня індивідуальної гігієни та зменшенню запального процесу в яснах.

Висновки. Усі запропоновані диференційовані алгоритми лікування дисколориту зубів виявилися ефективними, оскільки не лише сприяли усуненню дисколориту зубів, але й усували фактори ризику.

Summary. Increasing aesthetic demands of patients to the color of teeth are actual medical and social problem. On the basis of the got results of research the differentiated medical and preventive complexes of correction of teeth discoloration are worked out and approved depending on a clinical situation. High efficiency of the worked out complexes is shown in the nearest and remote terms of supervision.

**КУЛЬТИВОВАНІ МУЛЬТИПОТЕНТНІ
МЕЗЕНХІМАЛЬНІ СТРОМАЛЬНІ КЛІТИНИ
ЕНДОМЕТРІЮ ЛЮДИНИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ
В РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ**

**HUMAN CULTURED MULTIPOTENT
MESENCHYMAL STROMAL CELLS
OF ENDOMETRIUM FOR REGENERATIVE
MEDICINE USE**

Злацька А.В. / A. Zlatska

Науковий керівник: д.мед.н. С.М. Новікова

*ДУ "Інститут генетичної та регенеративної
медицини НАМН України"*

*Відділ генетичної діагностики
(зав. відд.: член-кор. НАМН України,
проф., д.мед.н. Н.Г. Горovenko)
м. Київ, Україна*

Актуальність. Значний регенеративний потенціал ендометрію обумовлений наявністю пулу стовбурових клітин – мезенхімальних, епітеліальних та ендотеліальних клітин-попередників. Тому ендометрій є перспективним об'єктом для отримання мультипотентних мезенхімальних стромальних клітин (ЕН-ММСК) для їх використання в регенеративній медицині.

Мета. Отримати культуру ЕН-ММСК та вивчити їхні морфофункціональні характеристики.

Матеріали та методи. Зразки ендометрію (n = 10) були отримані за допомогою біопсії у першу фазу менструального циклу у жінок із гіпоплазією ендометрію. У всіх випадках було отримано добровільну письмову інформовану згоду на проведення досліджень. Фрагменти ендометрію були дисоційовані шляхом ферментативної обробки протягом 1 год у розчині 0,05% колагенази ІА і 0,05% пронази. Клітини культивували в середовищі DMEM:F12, з додаванням 10% ЕТС, L-глутаміну і 1 нг/мл FGF-2 у мультигазових інкубаторах при 5% CO₂ і 5% O₂. Первинна культура клітин ендометрію є досить гетерогенною за морфологією. Для проведення досліджень використовували клітини третього пасажу, коли селективну перевагу мали фібробластоподібні клітини. Вивчення каріотипу проводили за допомогою GTG-забарвлення.

Результати. Дослідження імунофенотипу з використанням методу проточної цитометрії виявило наступний фенотип культивованих ЕН-ММСК: CD49f+CD73+CD90+CD105+ CD140b+CD146+CD166+нестін+CD34-CD45-CD56-CD184-CD309-CD325-CD326-Lgr5-ALP-HLA-DR-. Час подвоєння популяції складав 29,6±1,3 год. Культури диференціювались в адипо-, остео- та хондрогенному напрямках. Клоногенний потенціал ЕН-ММСК складав 35,7%. ЕН-ММСК мали стабільний каріотип при тривалому культивуванні у низькокисневих умовах (до P8). Секретом культивованих ЕН-ММСК оцінювали за допомогою BioRad Multiplex assay. Дослідження виявило секрецію: IL-1ra, IL-6, IL-8, IFN-γ, VEGF, GM-CSF, FGF-2, IP-10, MCP-1.

Висновки. Отримані культури ЕН-ММСК відповідають мінімальним критеріям ISCT щодо ММСК. ЕН-ММСК ефективно розмножуються у культурі, зберігаю-

чи при цьому потенціал до мультилінійного диференціювання та стабільний каріотип, що робить їх перспективним об'єктом для використання в регенеративній медицині та репродуктології.

Summary. In current study the phenotype, karyotype stability, and morphofunctional properties of human cultured multipotent mesenchymal stromal cells of endometrium have been studied. The potential use of this cell type in regenerative medicine was assessed.

**ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДУ
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ**

**DIFFERENTIAL APPROACH TO THE CHOICE
OF SURGICAL TREATMENT OPTION
IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY**

Кривопустов М.С. / M. Kryvopustov

*Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця*

*Кафедра загальної хірургії № 2
(зав. каф.: професор, д.мед.н. О.Ю. Іоффе)
м. Київ, Україна*

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2015) в Україні ожиріння мають 17,1% чоловіків та 22,6% жінок серед населення віком ≥ 18 років. Особлива увага, з огляду на суттєві ризики для здоров'я пацієнта, приділяється проблемі морбідного ожиріння.

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом диференційного вибору оптимального методу оперативного втручання на підставі аналізу ефективності використання внутрішньошлункового балону на доопераційному етапі лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено та проліковано 32 пацієнта з морбідним ожирінням, яким встановлювався внутрішньошлунковий балон терміном на 6 місяців з метою підготовки до радикального бариатричного втручання та подальшого визначення оптимального варіанту хірургічного лікування на підставі аналізу ефективності попереднього його використання. Хворі були розподілені за відсотком втрати надлишкової маси тіла (% EWL) на 2 групи, які мали % EWL < 20–8 осіб (25%) та ≥ 20–24 хворих (75%).

Результати. Лапароскопічне шлункове шунтування було виконано у 18 хворих, з них 8 (25%) без цукрового діабету 2 типу, які мали % EWL < 20 та 10 (31,25%) хворих з цукровим діабетом 2 типу, які мали % EWL ≥ 20. Лапароскопічне регульоване бандажування шлунку здійснено у 11 (34,38%) хворих без цукрового діабету 2 типу, у котрих застосування внутрішньошлункового балону виявилось ефективним (% EWL ≥ 20). Рукавна резекція "sleeve gastrectomy" виконана у 3 (9,37%) пацієнтів без цукрового діабету 2 типу з % EWL ≥ 20. Приріст відсотку втрати надлишкової маси тіла (% EWL) через 12 місяців

після виконання оперативного втручання після лапароскопічного шлункового шунтування склав 24,18%, після лапароскопічного регульованого бандажування шлунку – 20,20% та після “sleeve gastrectomy” – 13,28%.

Висновки. При показнику % EWL < 20%, що свідчить про неефективність рестриктивних методик, бариатричним втручанням вибору мають бути шунтуючі операції, насамперед, – лапароскопічне шлункове шунтування. При показнику % EWL ≥ 20% у пацієнтів з морбідним без супутнього цукрового діабету 2 типу доцільно використовувати рестриктивні методики, а саме регульоване бандажування шлунку або рукавну резекцію.

Summary. Differential approach to the choice of surgical treatment option in patients with morbid obesity was studied.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ НА ОСНОВІ НАНОСОРБЕНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

THE USE OF THE DRUG WITH COMPLEX ACTION THAT CONTAINS NANOSORBENTS FOR THE TREATMENTS OF TRAUMATIC LESIONS OF ORAL MUCOSA

Крупич М.О., Хеннаві Д.Ф. / M. Krupich, D. Hennavi

Наукові керівники: ¹доц., к.мед.н. О.О. Скібіцька,
²доц., к.мед.н. В.С. Скібіцький

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

¹Кафедра терапевтичної стоматології
(зав. каф.: проф., д.мед.н. А.В. Борисенко)

²Кафедра ортопедичної стоматології
(зав. каф.: проф., д.мед.н. В.П. Неспрядько)
м. Київ, Україна

Актуальність. Ерозивно-виразкові ураження травматичної етіології є одними із найчастіших захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР), близько 45% із них пов'язані з використанням різноманітних ортопедичних конструкцій. Для ефективного лікування даних уражень необхідним є застосування багатокомпонентних композицій лікарських препаратів, таким вимогам відповідають сорбенти у поєднанні з різними лікарськими препаратами. Інститутом хімії поверхні НАН України (д.фарм.н. Герасенко І.І. та співав. (2008р.)) розроблена наноконпозиція Метроксан – комплексний препарат на основі матриці, який містить адсорбенти поліметилсилоксан (ПМС) – 28,0% і вискодисперсний діоксид кремнію (ВДК) – 63,0%, а також декаметоксин – 1,5% та метронідазол – 7,5%. Лікувальний ефект препарату досягається комплексною дією: ПМС адсорбує низько- та середньомолекулярні чинники запалення; ВДК має водопоглинальну дію, адсорбує мікроорганізми, патогенні білки і продукти некролізу; двочетвертинна амонієва сполука декаметоксин сприяє змочуванню гідрофобного ПМС та

одночасно діє як антимікробна субстанція. Метронідазол активний щодо анаеробної мікрофлори.

Мета. Оцінити ефективність використання наноконпозиції Метроксан у комплексному лікуванні ерозивно-виразкових захворювань СОПР травматичної етіології.

Матеріали та методи. Проведене комплексне лікування 10 хворих із травматичними виразками СОПР різної локалізації. Хворі були поділені на основну групу (5 чол.) – лікування із використанням препарату комплексної дії на основі наноконпозиції Метроксан та контрольну групу (5 чол.) – лікування загальноприйнятими медикаментозними препаратами.

Результати. Після усунення причини та проведеного одного сеансу лікування в основній групі на другу добу починалася епітелізація виразкових поверхонь. У 80,0% повна “видима” епітелізація настала на третю добу (після двох сеансів лікування), у 20,0% – на четверту добу. У контрольній групі повна “видима” епітелізація відмічалася лише на 6-7 добу, що майже у два рази довше ніж в основній групі.

Висновки. Застосування наноконпозиції Метроксан на етапах лікування ерозивно-виразкових захворювань СОПР травматичної етіології скорочує терміни лікування до 2-3 сеансів, що в середньому в 2 рази швидше ніж при лікуванні загальноприйнятими медикаментозними препаратами.

Summary. We present here the results of nanosorbents use on different stages of treatment of traumatic lesions of oral mucosa. High efficacy of proposed method of treatment was observed in these patients.

РОЗРОБКА БІОСЕНСОРНОГО МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ ГЛУТАМАТУ У БІОЛОГІЧНИХ ЗРАЗКАХ ДЛЯ ДОСЛІДНИЦЬКИХ ТА ДІАГНОСТИЧНИХ ЦІЛЕЙ

DEVELOPMENT OF THE BIOSENSOR METHOD OF GLUTAMATE DETECTION IN BIOLOGICAL SAMPLES FOR RESEARCH AND DIAGNOSTICAL PURPOSES

Кучеренко Д.Ю., Кучеренко І.С.,
Солдаткін О.О., Дзядевич С.В. /
D. Kucherenko, I. Kucherenko,
O. Soldatkin, S. Dzyadevych

Науковий керівник: професор О.П. Солдаткін

Київський національний університет
імені Т. Шевченка

Інститут високих технологій

Кафедра молекулярної біотехнології
та біоінформатики

(зав. каф.: проф. О.І. Корнелюк)
м. Київ, Україна

Актуальність. У центральній нервовій системі (ЦНС) ссавців глутамат є основним збуджуючим медіатором,

який бере участь у здійсненні більшості функцій головного мозку. Порушення транспорту глутамату є характерною рисою патогенезу багатьох нейрологічних захворювань. Розробка методології використання глутамат-чутливого біосенсора для аналізу активного транспорту глутамату у нервових терміналях головного мозку дозволить широко використовувати цей сенсор у медицині, а також у біохімічних та біотехнологічних дослідженнях.

Мета. Оптимізація біосенсора для оцінки кінетичних характеристик процесів транспорту глутамату у нервовій системі.

Матеріали та методи. Для створення біосенсора було використано глутаматоксидазу, іммобілізовану за допомогою глутарового альдегіду на поверхню амперометричного дискового платиного електроду. Для покращення селективності біосенсора використовували додаткову мембрану з поліфенілендіаміну.

Результати. Проведено оптимізацію умов іммобілізації ферменту на поверхню робочого електроду (перевірено залежність роботи біосенсора від концентрації ферменту, глутарового альдегіду та часу іммобілізації). Показано, що біосенсор характеризується доброю відтворюваністю відгуків та операційною стабільністю, а також досліджено його аналітичні характеристики. Розроблено і апробовано методичний підхід для аналізу вивільнення глутамату з нервових терміналей.

Висновки. Аналітичні характеристики запропонованого біосенсора дозволяють використовувати його для визначення концентрацій глутамату в біологічних зразках. Проведені вимірювання глутамату в зразках синапсом показують можливість практичного використання біосенсора. Висловлюємо подяку колективу Т.О Борисової за надання зразків синапсом.

Summary. Studying of glutamate-involving processes is important for research and medical purposes. In the present work an amperometric biosensor for detection of glutamate in biological liquids is proposed, its work was evaluated during analysis of glutamate in synaptosome samples.

ЗАСТОСУВАННЯ ПОЖИВНОГО СТЕБЛА З АУТОПЕРІКАРДА ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА ФРАГМЕНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ У ЛІВОМУ ПЕРЕДСЕРДІ

APPLICATION OF A NUTRITIOUS STEM FROM AUTOPERICARDIUM AT MITRAL VALVE REPLACEMENT AND FRAGMENTING OPERATIONS IN THE LEFT ATRIUM

Леошко І.В. / I. Leoshko

Науковий керівник: проф., д.мед.н. В.В. Попов
ДУ "Національний інститут серцево-судинної
хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України"

Відділення набутих вад серця
(зав. відд.: проф., д.мед.н. В.В. Попов)
м. Київ, Україна

Актуальність. Проблема порушення ритму у пацієнтів з перенесеним протезуванням клапана є однією з актуальніших у сучасній кардіохірургії. Синдром слабкості синусового вузла (СССВ) практично завжди має прогресуючий перебіг. Розвиток дисфункції синусового вузла призводить до підвищення загальної летальності приблизно на 4-5% в рік. Alpert і Flaker наводять дані, що в США від СССР страждає 0,05% населення. За даними В.А. Шульман і співавторів частота СССР становить 0,0296%. Серед хворих у віці старше 65 років частота виявлення СССР – 1 на кожні 600 кардіологічних пацієнтів. Ознаки захворювання синусового вузла відзначаються у 6,3–24,0% хворих, в зв'язку з чим цим хворим проводилася імплантація водія ритму.

Мета. Вивчення можливостей запропонованої методики аутоперикардального поживного стебла для поліпшення результатів відновлення синусового ритму при протезуванні мітрального клапана (ПМК) та профілактики слабкості синусового вузла. До аналізованої групи включено 261 пацієнта з ізольованою мітральною вадою ІV стадії, які перебували на хірургічному лікуванні у відділенні хірургічного лікування набутих вад серця Інституту. Пластику ЛП виконано у 139 (53,2%) пацієнтів з метою його зменшення, а також для виключення розповсюдження хвиль re-entry.

Матеріали та методи. До аналізованої групи включено 261 пацієнта з ізольованим мітральним пороком ІV стадії, які перебували на хірургічному лікуванні у відділенні хірургії набутих вад серця Національного інституту серцево-судинної хірургії НАМН України з 1 січня 2009 року до 1 січня 2016 року. Чоловіків було 111 (42,5%), жінок – 150 (57,5%). Вік коливався від 39 до 72 років (середній $59,3 \pm 7,3$ років). 89 (34,1%) пацієнтів відносилися до ІІІ класу за класифікацією NYHA, 172 (65,9%) пацієнтів – до ІV класу. У 255 пацієнтів було виконано ПМК: 1) зі збереженням задньої стулки Мк (214 пацієнтів), 2) зі збереженням задньої стулки Мк + транслокацією папілярних м'язів передньої стулки у зріз фіброзного кільця лівого атріовентрикулярного отвору (39 пацієнтів), 3) з повним збереженням обох стулок мітрального клапана (2 пацієнта). І у 6 пацієнтів виконано

пластику мітрального клапану. Фрагментація в ЛП проводилася в низькорадіочастотному режимі (25-35 Ватт діатермія) за варіантом операції лівий Maze-3,4. У 13 пацієнтів (основна група) операція була доповнена імплантацією в зону синусового вузла живильної ніжки-стебла з аутоперікарда.

Результати. З 261 оперованих пацієнтів на госпітальному етапі померло 5 пацієнтів (госпітальна летальність 1,9%). В основній групі ніхто не помер. У групі порівняння (248 пацієнтів) протезування мітрального клапану в поєднанні з операцією Лабіринт в низькорадіочастотному режимі дозволяє успішно відновити правильний ритм в 76,2% випадків на госпітальному етапі та стабілізувати його протягом півроку-року після операції. Однак, зважаючи на слабкість синусового вузла було імплантовано 4 (1,5%) електрокардіостимулятора в післяопераційний період. В основній групі не було відзначено випадків слабкості синусового вузла і спостерігалось 100% відновлення правильного ритму впродовж року після операції. При виписці відновлення синусового ритму в групі пацієнтів з пластику ЛП було вище, ніж в альтернативній групі: 85,6% (n = 119/139) і 73,7% (n = 90/122) (p < 0,05). Зважаючи на слабкість синусового вузла електрокардіостимулятор довелося імплантувати в 3 (1,2%) випадках на госпітальному етапі і 1 через рік після операції. У групі порівняння синусовий ритм відновився відразу після операції у 12 (92,5%) пацієнтів, при виписці по ЕКГ відзначався у 12 (92,5%) і через 2 роки відзначений у 100,0% випадків. Синдром слабкості синусового вузла не відзначений у жодному випадку.

Висновки. Запропонована та впроваджена методика імплантації живильної ніжки-стебла аутоперікарда в зону синусового вузла проста у виконанні, нетравматична і водночас дозволяє отримати чудовий клінічний результат у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді. Отримані дані найближчого віддаленого періоду дозволяють нам оптимістично оцінити можливості запропонованої методики, однак вимагають накопичення клінічного матеріалу.

Summary. The aim of current investigation lies in research of possibilities of intraoperative renewal of sinus rhythm by proposed method during mitral valve replacement (MVR). 261 patients with IV stage of isolated mitral valve disease, who were operated in the institute, were included into analyzed group. 261 patients underwent MVR with Maze operation. Plastic reconstruction of left atrium (LA) was performed in 139 (59,3%) patients for prevention of the spread of re-entry waves. Operation of LA's fragmentation (Maze-3,4) was performed in all cases by radio-frequency method (25–30 watt) and also with ligation and resection of LA's auricle. Among 261 operated patients 5 patients died in hospital. Renewal of sinus rhythm in patients with plastic reconstruction of LA was 85,7 %, than is higher than in alternative group (74,5%) (p < 0,05). At the end of operation autopericardial patch was implanted in the sinus node area in 13 patients. During 2 years at the follow-up period sick sinus syndrome and atrial fibrillation didn't occur. MVR with Maze operation allows successful renewal of sinus rhythm in inpatient setting and stabilization of the state during half-year after operation.

ЗНАЧЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ CD44S У КЛІТИНАХ РАКУ ЯЄЧНИКА

SIGNIFICANCE OF ADHESION MOLECULE CD44S EXPRESSION IN OVARIAN CANCER CELLS

¹Новак Н.О., ²Задворний Т.В., ¹Вакуленко Г.О. /
N. Novak, T. Zadorniy, G. Vakulenko

¹Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра онкології
(зав. каф.: д.мед.н. Р.І. Верещак)

²Інститут експериментальної патології,
онкології і радіобіології
імені Р.Є. Кавецького НАН України
м. Київ, Україна

Актуальність. Рак яєчника (РЯ) відноситься до найбільш злоякісних новоутворень органів жіночої статевих системи, для якого характерна дисемінація пухлинних клітин по черевній порожнині.

Мета. Встановити зв'язок молекули адгезії CD44s з особливостями пухлинного процесу в яєчнику. Задача – дослідити особливості експресії CD44s у клітинах папілярних і солідних структур серозного папілярного РЯ.

Матеріали та методи. Використані зразки видалених пухлин яєчника у 28 хворих на РЯ II-III стадії віком від 30–66 років. Застосовані клінічні, гістологічний, імуногістохімічний методи.

Результати. Встановлена значна індивідуальна варіабельність експресії CD44s: загальна кількість клітин з помірною і сильною експресією коливалась у різних пухлинах від 19,6% до 29,8% і становила у середньому 24,4±2,3%. Відзначена більша частота експресії CD44s по краю пухлинних папілярних структур, в окремих пухлинних клітинах та в їх кластерах, тоді як експресія CD44s у солідних осередках пухлин була меншою.

Висновки. Наявність експресії CD44s в описаних структурах РЯ свідчить про збільшені адгезивні властивості пухлинних клітин. Експресію маркера адгезії CD44s можна розцінити як предиктивний індивідуальний маркер високого ступеня злоякісності і можливого метастазування РЯ по черевній порожнині.

Summary. The heterogeneity of adhesion molecule CD44s expression in cells of various morphological structure of papillary serous ovarian cancer was detected. CD44s expression in single cells, their clusters and papillary structures may be individual predictive markers of degree of malignancy and possible expansion on mesotelium of abdominal cavity.

**ВПЛИВ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА
ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЛОКАЛЬНОЇ
АНАЕРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНОЇ
*FUSOBACTERIUM NECROPHORUM***

**AN INFLUENCE OF SILVER NANOPARTICLES
IN THE MODEL OF LOCAL *FUSOBACTERIUM
NECROPHORUM* ANAEROBIC INFECTION**

Прыскока А.О., Сімонов П.В. / A. Pryskoka, P. Simonov

Науковий керівник: член-кор. НАН і НАМН України,
проф., д.мед.н. І.С. Чекман

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фармакології
(зав. каф.: проф., д.мед.н. Г.В. Зайченко)
м. Київ, Україна

Актуальність. Інфекції шкіри та м'яких тканин становлять проблему охорони здоров'я через зростання тяжкості перебігу та ризику ускладнень. Актуальною є розробка протимікробних лікарських засобів для терапії даної патології, зокрема на основі наночастинок срібла (НЧС). Визначення фармакологічної активності цих речовин *in vivo* – важливий етап доклінічного вивчення потенційних лікарських засобів.

Мета. Дослідити вплив НЧС на регенерацію тканин при моделюванні у щурів локальної анаеробної інфекції, викликаной *Fusobacterium necrophorum*.

Матеріали та методи. У 12 щурів лінії Wistar моделювали абсцес підшкірним введенням *F. necrophorum*. З 5 по 9 день, після розкриття, абсцес промивали колоїдними розчинами НЧС у концентраціях 1,0 мг/мл та 7,0 мг/мл або препаратом порівняння коларголом (10,0 мг/мл). Динаміку одужання визначали за впливом на гістологічну структуру тканин зони зараження, а також за концентрацією мукопротеїдів у плазмі крові.

Результати. На 10-ту добу розвитку абсцесу у щурів, які не отримували лікування, спостерігали сформоване велике гнійно-некротичне вогнище. Після п'яти днів промивання ран НЧС виявили прискорення процесу загоєння абсцесу за гістологічними ознаками у порівнянні з коларголом, що проявлялося у відсутності лейкоцитів в осередку запалення, проростанні сполучної тканини всередину ділянки абсцесу, а також зниженням вмісту мукопротеїдів при застосуванні НЧС у концентраціях 1,0 мг/мл та 7,0 мг/мл на 7,5% та 9,8% відповідно в порівнянні із контролем патології.

Висновки. Одержані дані щодо позитивного впливу на регенерацію тканин при моделюванні анаеробної інфекції вказують на доцільність продовження доклінічних досліджень з метою впровадження у медичну практику протимікробних лікарських засобів на основі НЧС.

Summary. An influence of silver nanoparticles on tissue regeneration in the model of local *F. necrophorum* anaerobic infection was studied. The results showed that this substance was a promising antimicrobial for the treatment of skin and soft tissue infections.

**РЕДОКС-ЗАЛЕЖНІ МЕХАНІЗМИ
КАРДІОПРОТЕКЦІЇ
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ
ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 1 ТИПУ**

**REDOX-DEPENDENT MECHANISMS
OF CARDIOPROTECTION IN EXPERIMENTAL
DIABETES MELLITUS TYPE 1**

¹Ситник І.М., ²Вовк А.В. / I. Sytnyk, A. Vovk

Наукові керівники: проф., д.мед.н. М.В. Хайтович,
д.біол.н. А.П. Бурлака

¹Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра клінічної фармакології
та клінічної фармації
(зав. каф.: проф., д.мед.н. М.В. Хайтович)

²Інститут експериментальної патології,
онкології та радіобіології
імені Р.Є. Кавецького НАН України
м. Київ, Україна

Актуальність. Супероксидні радикали (СР) є основним джерелом пошкоджень, які формують серцево-судинні ускладнення при цукровому діабеті (ЦД), а їх рівень зростає у мітохондріях клітин тканин, чутливих до впливу високих концентрацій глюкози та її метаболітів. На сьогоднішній день активно проводяться дослідження N-ацетилцистеїну (НАС) для корекції діабетичних ускладнень в експериментах *in vivo*. Проте, не встановлено можливі механізми кардіопротекції шляхом впливу на генерування СР.

Мета. Дослідити в експерименті редокс-залежні механізми кардіопротекції у щурів при ЦД 1 типу.

Матеріали та методи. Дослідних тварин розподілено на 5 груп: контроль (n=6); ЦД 1 (n=8; щури із ЦД 1 типу); НАС (n=8; щури із ЦД 1, які отримували N-ацетилцистеїн); LOS (n=7; щури із ЦД 1, які отримували лозартан); НАС+LOS (n=6; щури із ЦД 1, які отримували комбінацію НАС та LOS). Швидкість генерування СР в мітохондріях клітин аорти та рівень NO визначали методом електронного парамагнітного резонансу з використанням технології Spin Trapping, в якості спінового уловлювача використовували диетилдитіокарбамат. Молекулярний маркер окисного пошкодження ДНК – 8-охоG – визначали спектрофотометрично методом аналізу ультрафіолетових спектрів елюатів після їх твердофазної екстракції.

Результати. Виявлено вірогідне зниження швидкості мітохондріальної генерації СР аорти групи НАС у 2 рази ($0,28 \pm 0,08$ нМ/г тканини^{”хв}), групи LOS у 1,8 раз ($0,32 \pm 0,03$ нМ/г тканини^{”хв}) та їх комбінації в 2,2 рази ($0,25 \pm 0,06$ нМ/г тканини^{”хв}) порівняно із ЦД 1 $0,53 \pm 0,13$ нМ/г тканини^{”хв} ($p < 0,01$). Статистично значуще підвищився рівень NO в аорті щурів, які отримували НАС – $0,79 \pm 0,09$ нМ/г тканини^{”хв} проти ЦД 1 $0,56 \pm 0,08$ нМ/г тканини^{”хв} ($p < 0,05$). Рівень 8-охоG збільшився у всіх фармакологічних групах, зокрема для LOS ($2,3 \pm 0,26$ нмоль/добу/г) та для групи НАС ($1,90 \pm 0,27$ нмоль/добу/г), що

перевищував такі у групи ІДД 1 у 2,6 рази та 2,2 рази відповідно ($p < 0,01$).

Висновки. Результати досліджень вказують на позитивний вплив N-ацетилцистеїну та лозартану відносно токсичної дії супероксидного радикалу, протидіючи мітохондріальній дисфункції та подальшому пошкодженню ДНК, зумовлюючи відновлення міокардіальної функції при цукровому діабеті 1 типу.

Summary. Results of the study confirmed positive action of N-acetylcysteine and losartan on toxic influence of superoxide radical, counteracting the mitochondrial dysfunction and further DNA damage, contributing to the restoration of myocardial function in diabetes mellitus type 1.

ФАРМАКОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ НАНОЧАСТИНОК НУЛЬ-ВАЛЕНТНОЇ МІДІ В УМОВАХ МОДЕЛІ АБСЦЕСІВ ШКІРИ І М'ЯКИХ ТКАНИН ЩУРІВ

PHARMACOLOGICAL ACTION OF ZERO-VALENT COPPER NANOPARTICLES IN RAT SKIN AND SOFT TISSUE ABSCESS MODEL

Сімонов П.В., Віжунів В.Л. / P. Simonov, V. Vizhunov

Науковий керівник: член-кор. НАН і НАМН України,
проф., д.мед.н. І.С. Чекман

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра фармакології

(зав. каф.: проф., д.мед.н. Г.В. Зайченко)
м. Київ, Україна

Актуальність. Інфекції шкіри і м'яких тканин є глобальною проблемою медицини. Наночастинки міді розглядаються як потенційні діючі речовини засобів для терапії даної патології. Етапом доклінічного вивчення таких ліків є встановлення фармакологічної активності в умовах модельованих інфекційних процесів.

Мета. Визначити фармакологічну активність водної дисперсії наночастинок нуль-валентної міді в умовах моделі абсцесів шкіри і м'яких тканин щурів.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на 15 щурах лінії Wistar. Абсцеси моделювали шляхом підшкірної ін'єкції 1,5 мл суспензії *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus zooepidemicus*, *Pseudomonas aeruginosa*. З 5 по 9 добу в групах лікування розкритий абсцес промивали водною дисперсією наночастинок нуль-валентної міді (0,64 чи 6,4 мг/мл) або препаратом порівняння міді сульфатом (2,5 мг/мл). Фармакологічну активність наночастинок оцінювали за зовнішнім станом і поведінкою тварин, динамікою зміни маси тіла, гістологічною структурою тканин зони зараження, гематологічними показниками.

Результати. Застосування наночастинок нуль-валентної міді забезпечило зникнення проявів інфекції на 2 добу лікування і не призвело до зменшення маси тіла тварин,

сприяло нормалізації гістологічної структури тканин та гематологічних показників, тоді як міді сульфат виявився менш ефективним (прояви інфекції протягом всього періоду лікування, зменшення маси тіла на 6,98% на 12 добу, ознаки збереження інфекційного агента в зоні зараження, зменшення кількості лейкоцитів на 47,2% порівняно з інтактними тваринами).

Висновки. Отримані дані щодо фармакологічної активності вказують на доцільність продовження вивчення водної дисперсії наночастинок нуль-валентної міді з метою подальшого її застосування для терапії інфекцій шкіри і м'яких тканин.

Summary. Pharmacological action of zero-valent copper nanoparticles in rat skin and soft tissue abscess model was studied. It is expedient to continue studies of this water dispersion as an active substance of novel antimicrobial drugs.

РОЗРОБКА АМПЕРОМЕТРИЧНОЇ БІОСЕНСОРНОЇ СИСТЕМИ ДЛЯ ОДНОЧАСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЛАКТАТУ ТА ПІРУВАТУ

DEVELOPMENT OF AMPEROMETRIC BIOSENSOR SYSTEM FOR THE SIMULTANEOUS DETERMINATION OF LACTATE AND PYRUVATE

Топольнікова Я.В., Книжнікова Д.В.,
Кучеренко І.С., Солдаткін О.О. /
Ya. Topolnikova, D. Knyzhnykova,
I. Kucherenko, O. Soldatkin

Науковий керівник: к.біол.н., О.О. Солдаткін
Інститут молекулярної біології і генетики НАН
України

Відділ механізмів трансляції
генетичної інформації

(зав. відд.: проф., д.біол.н. Г.В. Єльська)
м. Київ, Україна

Актуальність. Піруват та лактат є одними з ключових молекул у біохімічних шляхах. Підвищена концентрація пірувату спостерігається у випадках дефіциту вітаміну B_1 , респіраторного алкалозу, отруєння миш'яком та ртуттю, та патологіях печінки. Підвищена концентрація лактату виникає при тканинній гіпоксії, розладах печінки, нирок, цукровому діабеті, тощо. Тому вимірювання лактату використовується в відділеннях реанімації та інтенсивної терапії для оцінки тяжкості стану пацієнта, прогнозу імовірності шоківих станів та смертності пацієнтів. Також у клінічних умовах інформативним є відношення лактату до пірувату (ЛПВ), так на сьогодні ЛПВ у венозній крові використовується для розрізнення вроджених дисфункцій піруватдегідрогеназного комплексу та інших форм вродженого лактатацидозу у новонароджених, для діагностики септичних станів. Тому актуальною є розробка системи для одночасної оцінки концентрацій лактату та пірувату у крові.

Мета. Розробка біосенсорної системи на основі двох біосенсорів для вимірювання лактату та пірувату.

Матеріали та методи. Для виготовлення біосенсорів, лактатоксидаза та піруватоксидаза були іммобілізовані за допомогою поперечного зшивання глутаровим альдегідом, або шляхом інкапсуляції у полімері PVA-SbQ, на поверхні платинових дискових електродів.

Результати. У роботі порівняно різні способи іммобілізації ензимів (лактатоксидази та піруватоксидази). Показано, що лактатоксидаза добре іммобілізується поперечною зшивкою за допомогою глутарового альдегіду, у той час як піруватоксидазі необхідні більш м'які умови іммобілізації, зокрема, інкапсуляція у полімері PVA-SbQ. Досліджено основні аналітичні характеристики біосенсорів для визначення лактату та пірувату, такі як відтворюваність, лінійний діапазон визначення речовин, межа вимірювання.

Висновки. Розроблено біосенсорну систему для визначення пірувату та лактату, оптимізовано спосіб іммобілізації ензимів і характеристики біосенсорів.

Summary. Measurement of lactate and piruvate concentrations in biological fluids is important for clinical diagnosis. In the present work the biosensor system for determination of lactate and piruvate was developed. Different methods of enzyme immobilization were compared, main analytical characteristics of the biosensors were studied, i.e. reproducibility of responses, linear range, minimal limit of detection. It is planned to apply developed biosensors for lactate and piruvate determination in blood serum samples.

ІНОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ПРЕКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ

INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN CLINICAL DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY PROCESSES OF VAGINAL MUCOSA

Шако В.А., Щерба О.А., Ластовецька Л.Д.,
Бу Вейвей, Рамазанова Д.М. /
V. Shako, E. Sherba, L. Lastovetska,
Bu Weiwei, D. Ramazanova

Науковий керівник: к.мед.н. О.А. Щерба
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра акушерства і гінекології № 3
(зав. каф.: проф., д.мед.н. В.О. Бенюк)
м. Київ, Україна

Актуальність. За даними сучасних досліджень більше 90% людей інфіковані вірусом простого герпесу. У 73% дорослого населення в сироватці крові виявляються антитіла до вірусу простого герпесу 2 типу (ВПГ-2), який призводить до розвитку рецидивуючого генітального герпесу (РГГ). Впровадження сучасних іноваційних технологій

преклінічної діагностики запального процесу на клітинному рівні, дає змогу підвищити чутливість і точність діагностичних маніпуляцій та скоротити термін їх проведення. На сьогоднішній день, на достатньому рівні, не виявлено стан клітин слизової оболонки піхви та їх функціональної активності в умовах запального процесу, що викликаний ГГ.

Мета. З'ясувати ступень ураження слизової оболонки шийки матки і піхви у жінок з ГГ.

Матеріали та методи. Обстежено 66 жінок з цервіковагінітом, спричиненим РГГ віком від 18 до 30 років. Для визначення впливу клінічних ознак захворювання на функції клітин слизових оболонок піхви та шийки матки нами проведено вивчення їх електрокінетичних властивостей за методикою В.І. Шахбазова в модифікації В.О. Бенюка, О.А. Щерби.

Результати. Аналізуючи вікову структуру нами встановлено, що групою ризику є категорія пацієнтів віку від 20 до 25 років (34,8%). Усі жінки хворіли від 3 до 8 років ($4,5 \pm 0,6$), з частотою рецидивів захворювання від 2 до 12 на рік ($6,2 \pm 1,3$), а 13,0% пацієнок відзначали загострення захворювання щомісячно. При дослідженні показників електрокінетичної активності клітин плоского епітелію у жінок з РГГ нами встановлено зниження кількості рухливих клітин у 2 рази, збільшення кількості нерухомих клітин на 73%, зниження індексу рухомих/нерухомих клітин у 11,4 рази; зниження середньої швидкості пробігу ядра клітини в 7,5 разів, зниження амплітуди зміщення ядер у 1,6 раз, зниженням амплітуди зміщення плазмолем у 2 рази, зниження співвідношення амплітуди зсуву плазмолем до зсуву ядер у 1,4 рази відносно групи контролю, що свідчить про зменшення інтенсивності метаболізму в клітинах слизової оболонки піхви в умовах ГГ.

Висновки. У жінок з інфекційними захворюваннями, особливо спричиненими такими вірусними інфекціями, як РГГ, доцільно досліджувати електрокінетичні властивості клітин плоского епітелію піхви, що є критерієм тяжкості запального процесу і маркером ефективності лікування.

Summary. In women with infectious diseases, especially caused by such viral infections as recurrent genital herpes, it is advisable to investigate the electrokinetic properties of cells of squamous epithelium of vagina. That is the severity criterion of inflammation process and the marker of treatment efficacy.

ФАРМАКОЛОГІЯ НАНОФОСФОРУ

PHARMACOLOGY OF NANOPHOSPHORUS

Штокалюк К.В. / K. Shtokalyuk

Науковий керівник: проф., д.мед.н. Н.О. Горчакова

Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця

Кафедра фармакології

(зав. каф.: проф., д.мед.н. Г.В. Зайченко)

м. Київ, Україна

Актуальність. Фосфор відіграє важливу роль в обмінних процесах, входить до складу нуклеїнових кислот, макроергічних сполук, фосфоліпідів. Значна кількість фосфору міститься в кістковій тканині, менша – у тканинах мозку, м'язах, крові. Фосфор входить до складу лікарських засобів. Завдяки нанотехнологіям фосфор застосовують у вигляді частинок нанофосфору (НФ), що здатні до агломерації, володіють парамагнітною чутливістю, радіоактивними властивостями. НФ застосовують для створення засобів візуалізації багатофункціональних нанозондів, транспортерів лікарських засобів. Фосфор входить до складу фосфідів, сполук з металами, які використовують у томографії.

Мета. Встановити галузь застосування НФ.

Матеріали та методи. Аналіз літератури з бази даних PubMed.

Результати. НФ можна отримати на основі зеленого випромінювання, здійснюючи синтез гідротермальним способом. НФ поглинає ультрафіолетове випромінювання, що може перетворюватися у видиме світло. Нові матеріали на основі НФ перспективні для візуалізації. З аналізу досліджень з вивчення НФ виявлено, що НФ володіє радіоактивними властивостями, підвищує частоту люмінесценції. При цьому час лікування зменшується і без використання органічних розчинників. При візуалізації результатів показано, що кількість наночастинок у печінці швидше досягає свого піку, вони повільно виводяться із жовчю. НФ застосовується для візуалізації пухлин та для переносу лікарських засобів.

Висновки. Отримані експериментальні та клінічні дані свідчать про важливу роль НФ у функціонуванні організму, створенні засобів візуалізації пухлинних процесів, при застосуванні у вигляді транспортерів лікарських засобів в органи-мішені.

Summary. Experimental data shows that nanophosphorus plays an important role in organism functioning and is used for visualization purposes in oncology, as well as for drug delivery.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СКЛАДАННЯ ЗАЯВОК НА ВИНАХІД І КОРИСНУ МОДЕЛЬ ДЛЯ НАУКОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

*Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця 31.03.2017 р. протокол №11*

*Рекомендовано Науковою Координаційною Радою
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*

УКЛАДАЧІ

Писєва В.В., Дінець А.В., професор Черенько Т.М.,
Селіна В.І., професор Копчак А.В., професор Пінський Л.Л.

1. ВСТУП

1.1. АКТУАЛЬНІСТЬ

Методичні рекомендації щодо складання заявки на винахід і корисну модель (надалі по тексті – методичні рекомендації) розроблені на основі Закону України “Про охорону прав на винаходи і корисні моделі”¹ (надалі по тексті – Закон), Правил складання і подання заявки на винахід та заявки на корисну модель² (надалі по тексті – Правила), Правил розгляду заявки на винахід та заявки на корисну модель³.

Визначення спеціальних термінів, які використовуються у Методичних рекомендаціях, наводяться відповідно до їх визначень у ст. 1 Закону:

Установа – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері інтелектуальної власності;

Апеляційна палата – колегіальний орган Установи для розгляду заперечень проти рішень Установи щодо набуття прав на об’єкти інтелектуальної власності та інших питань, віднесених до її компетенції згідно Закону;

винахід (корисна модель) – результат інтелектуальної діяльності людини в будь-якій сфері технологій;

секретний винахід (секретна корисна модель) – винахід (корисна модель), що містить інформацію, віднесену до державної таємниці;

службовий винахід (корисна модель) – винахід (корисна модель), створений працівником: у зв’язку з виконанням службових обов’язків чи дорученням роботодавця за умови, що трудовим договором (контрактом) не передбачене інше; з використанням досвіду, виробничих знань, секретів виробництва і обладнання роботодавця;

службові обов’язки – зафіксовані в трудових договорах (контрактах), посадових інструкціях функціональні обов’язки працівника, що передбачають виконання робіт, які можуть привести до створення винаходу (корисної моделі);

доручення роботодавця – видане працівникові у письмовій формі завдання, яке має безпосереднє відношення до специфіки діяльності підприємства або діяльності роботодавця і може привести до створення винаходу (корисної моделі);

¹Закон України від 15 грудня 1993 р. № 3687-ХІІ “Про охорону прав на винаходи та корисні моделі” зі змінами та доповненнями станом на 05.12.2012. [Електронний ресурс] // ВВР – Режим доступу до закону: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3687-12>

²Правила складання та подання заявки на винахід та заявки на корисну модель. Затверджені наказом Міністерства освіти і науки України від 22.01.2001 р. № 22, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 27 лютого 2001 р. за № 173/5364 зі змінами та доповненнями в редакції від 14.04.2005 р. [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2001. – № 9. – С. 382. – стаття 386. – Режим доступу до правил: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0173-01&print=1>.

³Правила розгляду заявки на винахід та заявки на корисну модель. Затверджені наказом Міністерства освіти і науки України від 15.03.2002 № 197, зареєстровані в Міністерстві юстиції України 15 квітня 2002 р. за № 364/6652 [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2002. – № 16. – С. 356. – стаття 887. – Режим доступу до правил: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0364%2D02&p=1111410261307734>

роботодавець – особа, яка найняла працівника за трудовим договором (контрактом);

винахідник – людина, інтелектуальною, творчою діяльністю якої створено винахід (корисну модель);

патент – охоронний документ, що засвідчує пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель);

патент на винахід – різновид патенту, що видається за результатами кваліфікаційної експертизи заявки на винахід;

кваліфікаційна експертиза (експертиза по суті) – експертиза, що встановлює відповідність винаходу умовам патентоздатності (новизні, винахідницькому рівню, промисловій придатності);

формальна експертиза (експертиза за формальними ознаками) – експертиза, у ході якої встановлюється належність зазначеного у заявці об'єкта до переліку об'єктів, які можуть бути визнані винаходами (корисними моделями), і відповідність заявки та її оформлення становленим вимогам;

ліцензія – дозвіл власника патенту (ліцензіара), що видається іншій особі (ліцензіату), на використання винаходу (корисної моделі) на певних умовах;

заявка – сукупність документів, необхідних для видачі Установою патенту;

заявник – особа, яка подала заявку чи набула прав заявника в іншому встановленому законом порядку;

пріоритет заявки (пріоритет) – першість у поданні заявки;

дата пріоритету – дата подання заявки до Установи чи до відповідного органу держави – учасниці Паризької конвенції про охорону промислової власності, за якою заявлено пріоритет;

міжнародна заявка – заявка, подана згідно з Договором про патентну кооперацію;

реєстр – Державний реєстр патентів і деклараційних патентів України на винаходи, Державний реєстр деклараційних патентів України на корисні моделі, Державний реєстр патентів і деклараційних патентів України на секретні винаходи, Державний реєстр деклараційних патентів України на секретні корисні моделі;

заклад експертизи – уповноважений Установою державний заклад (підприємство, організація) для розгляду і проведення експертизи заявок;

державна система правової охорони інтелектуальної власності – установа і сукупність експертних, наукових, освітніх, інформаційних та інших відповідної спеціалізації державних закладів, що входять до сфери управління Установи;

Укрпатент – Державне підприємство “Український інститут промислової власності”.⁴

1.2. ПРАВОВА ОХОРОНА ВИНАХОДІВ (КОРИСНИХ МОДЕЛЕЙ)

Відповідно до статті 6. Закону умовами надання **правової охорони** для винаходів та корисних моделей визначено наступні:

1. Правова охорона надається винаходу (корисній моделі), що не суперечить публічному порядку, принципам гуманності і моралі та відповідає **умовам патентоздатності**.

2. Об'єктом винаходу (корисної моделі), правова охорона якому (якій) надається згідно законом, може бути:

- **продукт** (пристрій, речовина, штам мікроорганізму, культура клітин рослини і тварини тощо);
- **процес** (спосіб);
- **нове застосування відомого продукту чи процесу**.

Продукт як об'єкт технології – це матеріальний об'єкт як результат діяльності людини. Таким продуктом, зокрема, є пристрій, механізм, система (комплекс) взаємодіючих пристроїв, споруда, виріб, речовина, штам мікроорганізму, культура клітин рослини і тварини та інший біологічний матеріал, у тому числі трансгенна рослина і тварина.

Процес як об'єкт технології – це дія або сукупність дій, виконуваних щодо продуктів та інших матеріальних об'єктів за допомогою принаймні одного продукту і спрямованих на досягнення певного технічного результату. Таким процесом, зокрема, є виготовлення, обробка, переробка продукту та контролювання його якості, перетворення речовини, енергії, даних, вимірювання параметрів, діагностування, лікування, керування процесом, який є об'єктом технології.

В свою чергу умовами патентоздатності винаходу, корисної моделі законодавець у ст. 7 Закону визначив наступні:

- для винаходу
- новизна
- винахідницький рівень
- промислова придатність
- для корисної моделі:
- новизна
- промислова придатність

Винахід (корисна модель) визнається **новим**, якщо він не є частиною рівня техніки. Відповідно до Правил, об'єкти, що є частиною рівня техніки, для визначення новизни винаходу повинні враховуватися лише окремо. Рівень техніки включає всі відомості, які стали загальнодоступними у світі до дати подання заявки до Установи або, якщо заявлено пріоритет, до дати її пріоритету.

⁴ З метою підвищення ефективності державної системи правової охорони інтелектуальної власності з урахуванням пріоритетного для України напрямку європейської інтеграції, для досягнення належного та ефективного рівня охорони й захисту прав інтелектуальної власності Державна служба інтелектуальної власності України (далі – ДСІВ) 14.04.2015 перейменувала Державне підприємство “Український інститут промислової власності” у Державне підприємство “Український інститут інтелектуальної власності” і затвердила його статут. При цьому відновлено історичне скорочене найменування підприємства – “Укрпатент”.

Рівень техніки включає також зміст будь-якої заявки на видачу в Україні патенту (у тому числі міжнародної заявки, в якій зазначена Україна) у тій редакції, в якій цю заявку було подано спочатку, за умови, що дата її подання (а якщо заявлено пріоритет, то дата пріоритету) передреє тій даті, яка зазначена у частині четвертій цієї статті, і що вона була опублікована на цю дату чи після цієї дати.

Винахід має винахідницький рівень, якщо для фахівця він не є очевидним, тобто не впливає явно із рівня техніки.

Винахід (корисна модель) визнається промислово придатним, якщо його може бути використано у промисловості або в іншій сфері діяльності.

Як зазначено у Правилах, з метою подання заявки продукт чи процес вважається відомим, якщо він розкритий у будь-якому джерелі інформації, у тому числі в будь-якій заявці на винахід (корисну модель), зокрема в заявці, що подається.

Правова охорона згідно з Законом не поширюється на такі об'єкти технології:

- сорти рослин і породи тварин;
- біологічні в своїй основі процеси відтворення рослин та тварин, що не відносяться до небіологічних та мікробіологічних процесів;
- топографії інтегральних мікросхем;
- результати художнього конструювання.

Також, не визнаються винаходами (корисними моделями) власне:

- відкриття, наукові теорії та математичні методи;
- методи інтелектуальної, господарської, організаційної та комерційної діяльності (планування, фінансування, постачання, обліку, кредитування, прогнозування, нормування тощо);
- правила виконання фізичних вправ, проведення ігор, конкурсів, аукціонів;
- проекти та схеми планування споруд, будинків, територій;
- умовні позначення (дорожні знаки, маршрути, коди, шрифти тощо), розклади, інструкції;
- комп'ютерні програми;

форма представлення інформації (наприклад, у вигляді таблиці, діаграми, графіка, за допомогою акустичних сигналів, вимовляння слів, візуальних демонстрацій, книг, аудіо- та відеодисків).

2. ПОРЯДОК ОДЕРЖАННЯ ПАТЕНТУ

Згідно статті 12 Закону для реєстрації винаходу, корисної моделі та отримання охоронного документа особі, яка бажає отримати патент і має на це право, необхідно подати до Установи відповідну заявку. За дорученням заявника заявку може бути подано через представника у справах інтелектуальної власності або іншу довірену особу.

Склад заявки

Відповідно до Закону, заявка складається українською мовою і повинна містити:

- заяву про видачу патенту на винахід (корисну модель);

- опис винаходу (корисної моделі);
- формулу винаходу (корисної моделі);
- креслення (якщо на них є посилання в описі);
- реферат.

Заявка на винахід повинна стосуватися одного або групи винаходів, пов'язаних єдиним винахідницьким задумом (вимога єдиності винаходу).

Відповідно до Правил, група винаходів визнається пов'язаною єдиним винахідницьким задумом, якщо має місце технічний взаємозв'язок між цими винаходами, що виражається однією або сукупністю однакових чи відповідних суттєвих ознак, які визначають внесок у рівень техніки кожного із заявлених винаходів, які розглядаються в сукупності.

Вимога єдиності винаходу визнається дотриманою, якщо:

- заявка стосується одного винаходу, тобто одного продукту, процесу (способу), у тому числі нового застосування відомого продукту чи процесу;
- заявка стосується одного винаходу, який охарактеризований з розвитком або уточненням окремих конкретних варіантів його здійснення, що не супроводжується заміною чи вилученням окремих ознак, наведених у незалежному пункті формули винаходу;
- заявка стосується групи винаходів, які пов'язані єдиним винахідницьким задумом.

Вимозі єдиності може відповідати група винаходів, зокрема, якщо заявка стосується:

- винаходів, один з яких призначений для одержання (виготовлення) іншого, наприклад, пристрій або речовина та процес одержання (виготовлення) зазначеного пристрою або речовини в цілому чи їх частини;
 - винаходів, один з яких призначений для здійснення іншого, наприклад, процес і пристрій для здійснення зазначеного процесу в цілому чи однієї з його дій;
 - винаходів, один з яких призначений для використання іншого (в іншому), наприклад процес або пристрій та його частина;
 - процес і речовина, яка призначена для використання в зазначеному процесі;
 - нове застосування відомого пристрою або речовини та процес з їх новим застосуванням; нове застосування відомого пристрою або речовини та пристрій або композиція, складовою частиною яких вони є, тощо;
 - винаходів, які є об'єктами одного виду, однакового призначення і які забезпечують одержання одного і того самого технічного результату (варіанти).
- Заявка на корисну модель повинна стосуватися однієї корисної моделі (вимога єдиності корисної моделі).
- Вимога єдиності корисної моделі визнається дотриманою, якщо:
- заявка стосується однієї корисної моделі, тобто одного продукту, процесу (способу), у тому числі нового застосування відомого продукту чи процесу;

- заявка стосується однієї корисної моделі, яка охарактеризована з розвитком або уточненням окремих конкретних варіантів її здійснення, що не супроводжується зміною чи вилученням окремих ознак, наведених у незалежному пункті формули.

Обсяг правової охорони, що надається, визначається формулою винаходу (корисної моделі). Тлумачення формули повинно здійснюватися в межах опису винаходу (корисної моделі) та відповідних креслень.

Дія патенту, виданого на спосіб одержання продукту, поширюється і на продукт, безпосередньо одержаний цим способом.

Вимоги до оформлення матеріалів заявки на винахід та корисну модель детально визначені у Правилах, та наводяться без зміни їх тексту.

Як було вказано вище заявка на отримання патенту на винахід і корисну модель містить безпосередньо заяву, опис, формулу, реферат та за необхідності креслення.

Для зручності подальшого користування в цих Методичних рекомендаціях буде охарактеризовано вимоги до написання кожного із складових елементів заявки окремо.

2.1. ЗАЯВА ПРО ВИДАЧУ ПАТЕНТУ УКРАЇНИ НА ВИНАХІД/КОРИСНУ МОДЕЛЬ

Вимоги до складання заяви про видачу патенту зазначені у **розділі 5 Правил та наводяться** з дотриманням нумерації та без зміни їх тексту проте з адаптацією їх відповідно до мети даних Методичних рекомендацій.

“5. Заява про видачу патенту”

5.1. Заяву про видачу патенту України на винахід (корисну модель) слід подавати українською мовою за формою, яка наведена в додатку 1 до Правил.⁵ Якщо відомості не можуть бути повністю розміщені за браком місця у відповідних графах, то їх наводять на додатковому аркуші за тією самою формою із зазначенням у відповідній графі заяви – “див. на окремому аркуші”.

5.2. У графі, що розташована у верхній частині заяви (без зазначення коду), заявник зазначає порядковий номер заявки, визначений ним. При цьому реквізит “дата одержання” заповнюється Укрпатентом під час одержання заявки.

5.3. Графи з кодами (21), (22), що розташовані у верхній частині заяви, заявником не заповнюються, вони призначені для зазначення реквізитів заявки після її подання до Установи.

5.4. Розділу 5 виключено на підставі Наказу Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 26.02.2004.

5.5. Графи з кодами (86) і (87) заповнюються у випадку прийняття міжнародної заявки, що містить зазначення України, на експертизу. За кодом (86) зазначають реєстраційний номер та дату подання міжнародної заявки, установлені відомством-одержувачем. У графі за кодом (87) зазначаються номер і дата міжнародної публікації міжнародної заявки.

5.6. У графі, що містить прохання видати патент України, необхідно зазначити, який різновид патенту просить видати заявник, зробивши у відповідній клітинці позначку “X”.

За кодом (71) для фізичної особи (фізичних осіб) зазначають повне ім'я, місце проживання; для юридичної особи (юридичних осіб) зазначають повне найменування (згідно з установчими документами), місцезнаходження.

Якщо заявником є винахідник, декілька винахідників чи всі винахідники, то їх місце проживання наводять на звороті заяви у графі за кодом (72).

Для іноземної особисті здійснюється транслітерація (передача транскрипційних знаків певної мови літерами української абетки) повного імені або найменування зазначеної особи. Після українського зазначення наводять у дужках ці самі відомості мовою оригіналу. Місце проживання або місцезнаходження заявника (за потреби) наводять мовою оригіналу і зазначають код держави згідно із стандартом VOIB ST.3.

Для заявників – юридичних осіб України зазначають код відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), для заявників, що проживають чи мають постійне місцезнаходження за межами України, зазначають код держави згідно із стандартом VOIB ST.3.

Якщо заявників декілька, то зазначені відомості наводяться для кожної особи окремо.

5.7. Якщо заявник має підстави скористатися правом пріоритету попередньої заявки відповідно до статті 15 Закону (3687-12), то у відповідній клітинці заяви необхідно зробити позначку “X” і зазначити номер та дату подання попередньої заявки. Відомості про попередню заявку, подану в державі – учасниці Паризької конвенції (995_123), наводять за кодами (31), (32), (33). За кодом (33) зазначають код держави, до якої подано попередню заявку, відповідно до стандарту VOIB ST.3. Відомості про попередню заявку, подану до Установи, наводять за кодом (66). Відомості про попередню заявку, з якої виділено цю заявку, наводять за кодом (62). Якщо попередніх заявок декілька, то наводять відомості щодо кожної заявки. Відомості про заявку, додаткові матеріали до якої оформлені відповідно до частини 7 статті 16 Закону (3687-12) як ця заявка, наводять за кодом (62). (Пункт 5.6 розділу 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 26.02.2004).

5.8. За кодом (54) наводять повну назву винаходу (групи винаходів) чи корисної моделі, яка повинна збігатися з назвою, наведеною в описі.

5.9. За кодом (98) зазначають адресу для листування між заявником та Укрпатентом, повне ім'я або найменування адресата. Листування може здійснюватися за будь-якою зручною для заявника адресою на території України. За наявності телефону, факсу чи іншого засобу зв'язку їх вказують.

⁵Форма заповненої заяви наводиться у Додатках до Методичних рекомендацій з урахуванням загального фахового спрямування цільової аудиторії.

5.10. Якщо заявник користується послугами представника то за кодом (74) зазначають повне ім'я та реєстраційний номер представника у справах інтелектуальної власності або повне ім'я іншої довіреної особи. (Пункт 5.9 розділу 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 6.02.2004)

5.11. Якщо заявник бажає прискорити публікацію заявки, у відповідній клітинці треба зробити позначку "X".

5.12. Розділ заяви "Перелік документів, що додаються" заповнюють за допомогою позначок "X" у відповідних клітинках із зазначенням кількості примірників і аркушів кожного документа. У клітинці "інші документи", якщо такі є в матеріалах заяви, необхідно зазначити назву документа. (Пункт 5.11 розділу 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 26.02.2004)

5.13. Якщо право на подання заявки й одержання патенту передано винахідником чи роботодавцем правонаступнику, то в графі "Підстави щодо виникнення права на подання заявки і одержання патенту" відповідну підставу зазначають позначкою "X". Якщо заявником (заявниками) є єдиний винахідник чи всі винахідники, то ця графа не заповнюється.

5.14. За кодом (72) наводять дані про винахідника (винахідників): повне ім'я та місце проживання. Для іноземного винахідника здійснюється транслітерація (передача транскрипційних знаків певної мови літерами української абетки) повного імені і поряд, у дужках, ці самі дані мовою оригіналу, а замість його місця проживання проставляють назву держави та її код згідно із стандартом ВОІВ ST.3. Якщо винахідники є заявниками, то вони проставляють підписи у правій графі.

5.15. Якщо винахідник (винахідники) не бажає (бажають) бути згаданим (згаданими) у публікації відомостей про заявку та (або) відомостей про видачу патенту, то у відповідній графі заяви робиться про це запис, що підписується винахідником (винахідниками), який (які) не бажає (бажають) бути згаданим (згаданими).

5.16. Заповнення останньої графи заяви "Підпис(и) заявника (ів)" є обов'язковим, крім випадку, коли всі заявники є винахідниками і їх підписи проставлені в графі за кодом (72).

Якщо заявником є юридична особа, то заяву підписує особа, що має на це повноваження. Підпис складається з повного найменування посади особи, яка підписує заяву, особистого підпису, ініціалів, прізвища і скріплюється печаткою. Особистий підпис може бути власноручним, принтерним (у вигляді виведеної з комп'ютера друкованої копії) або штамповим. (Абзац другий пункту 5.15 розділу 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 26.02.2004).

Якщо заявник доручив ведення справ за заявкою представнику, то останній може ставити свій підпис

замість заявника. (Абзац третій пункту 5.15 розділу 5 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 154 (з0332-04) від 26.02.2004)

У цій графі також проставляють дату підпису.

Якщо будь-які відомості наводять на додатковому аркуші, то його треба підписати в такому самому порядку.

3. ОПИС ВИНАХОДУ/ КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Вимоги до написання опису винаходу і корисної моделі наведені у пункті 6 Правил, та як було зазначено вище, у межах даних Методичних рекомендацій наводяться без зміни тексту з дотриманням оригінальної нумерації але з коментарями для заявника, які викладені у форматі заміток підстроковим посиланням.

6. Опис винаходу (корисної моделі)

6.1. Призначення опису

Опис повинен розкривати суть винаходу (корисної моделі) настільки ясно і повно, щоб його (її) міг здійснити фахівець у зазначеній галузі.

6.2. Структура опису

6.2.1. Опис починається із зазначення індексу рубрики діючої редакції МПК⁶, до якої належить винахід (корисна модель), назви винаходу і містить такі розділи:

- галузь техніки, до якої належить винахід (корисна модель);
- рівень техніки;
- суть винаходу (корисної моделі);
- перелік фігур креслення (якщо на них є посилання в описі);
- відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу (корисної моделі).

6.2.2. Для кращого розуміння і більш стислого викладення опису дозволяється інша послідовність наведення розділів або їх частин, якщо цього вимагає характер винаходу (корисної моделі).

6.2.3. Не допускається заміна розділу опису в цілому або його частини посиланням на інформаційне джерело, що містить необхідні відомості, навіть якщо це опис до раніше поданої заявки чи опис до охоронного документа.

6.3. Назва винаходу (корисної моделі) повинна відповідати суті винаходу (корисної моделі) і, як правило, характеризувати його (її) призначення.

Назву винаходу (корисної моделі) слід викладати в однині.

Винятки складають:

- назви, які не вживаються в однині;
- назви винаходів (корисних моделей), що є хімічними сполуками, охопленими загальною структурною формулою

Назва групи винаходів, що є об'єктами, один з яких призначений для одержання (виготовлення), здійснення

⁶Для визначення індексу діючої редакції Міжнародної патентної класифікації, необхідно перейти на Офіційний сайт Державного підприємства "Український інститут інтелектуальної власності" (Укрпатент) у розділ Бази даних – Інформаційно-довідкові системи (ІДС) – Винаходи та корисні моделі - І ДС "Міжнародна патентна класифікація. Українська версія (2016.01)", яка надає можливість здійснити пошук відповідного класу за ключовими словами.

або використання іншого, повинна містити повну назву одного винаходу і скорочену – іншого.

Назва групи винаходів, що є об'єктами, один з яких призначений для використання в іншому, повинна містити повні назви винаходів, які входять до групи.

Назва групи винаходів, що є варіантами, повинна містити назву одного об'єкта групи із зазначенням у дужках слова "варіанти".

6.4. Галузь техніки, до якої належить винахід (корисна модель)

У цьому розділі зазначають галузь техніки, до якої належить винахід (корисна модель), а також, за потреби, галузь застосування винаходу (корисної моделі). Якщо таких галузей декілька, то зазначають ті з них, які мають перевагу.

6.5. Рівень техніки

6.5.1. У розділі "Рівень техніки" наводять рівень техніки, відомий заявнику і який можна вважати корисним для розуміння винаходу (корисної моделі) і його (її) зв'язку з відомим рівнем.

Зокрема, наводять дані про відомі заявнику аналоги винаходу (корисної моделі) з виділенням серед них аналога, найбільш близького за сукупністю ознак до винаходу (корисної моделі).

6.5.2. Аналог винаходу (корисної моделі) – це засіб того самого призначення, який відомий з джерел, що стали загальнодоступними до дати подання заявки до Установи, або, якщо заявлено пріоритет, до дати пріоритету, і характеризується сукупністю ознак, подібних до сукупності суттєвих ознак винаходу (корисної моделі).

Якщо аналогів декілька, тоостаннім описують найбільшчий аналог.

При описуванні кожного з аналогів наводять бібліографічні дані джерела інформації, де він розкритий, його ознаки із зазначенням тих з них, що збігаються з суттєвими ознаками винаходу (корисної моделі), що заявляється, та зазначають відомі заявнику причини, що перешкоджають одержанню очікуваного технічного результату.

Для виявлення та обґрунтування причин, що перешкоджають при використанні найближчого аналога одержанню очікуваного технічного результату, необхідно проаналізувати технічні властивості аналога, обумовлені сукупністю притаманних йому ознак, характер виявлення цих властивостей при його використанні і показати їх недостатність для досягнення очікуваного технічного результату.

6.5.3. При описуванні групи винаходів відомості про аналоги наводять для кожного винаходу.

6.6. Суть винаходу (корисної моделі)

6.6.1. Суть винаходу (корисної моделі) виражається сукупністю суттєвих ознак, достатніх для досягнення технічного результату, який забезпечує винахід (корисна модель).

Ознаки належать до суттєвих, якщо вони впливають на технічний результат, якого можна досягти, тобто перебувають у причиннонаслідковому зв'язку із зазначеним результатом.

6.6.2. У цьому розділі детально розкривають технічну задачу, на вирішення якої направлений винахід (корисна

модель) та технічний результат, якого можна досягти при здійсненні винаходу (корисної моделі).

Технічна задача, як правило, полягає у створенні об'єкта, характеристики якого відповідають заданим вимогам. Цим об'єктом може бути пристрій, спосіб тощо.

6.6.3. Під технічним результатом розуміють виявлення нових властивостей або покращання характеристик відомих властивостей об'єкта винаходу (корисної моделі), що можуть бути одержані при здійсненні винаходу (корисної моделі).

Технічний результат може бути виражений, наприклад, у зменшенні чи збільшенні крутного моменту, у зниженні чи підвищенні коефіцієнта тертя, зменшенні чи збільшенні частоти або амплітуди коливань, у зменшенні спотворювань сигналу, у структурному перетворенні в процесі кристалізації, у поліпшенні контакту робочого органу із середовищем тощо.

Технічним результатом може бути одержання технічних засобів певного призначення уперше.

Рекомендується навести також й інші відомі заявнику види технічного результату, одержання яких забезпечує винахід (корисна модель), у тому числі і в конкретних формах його використання.

Для групи винаходів зазначені відомості, у тому числі і стосовно технічного результату, наводяться для кожного винаходу.

У цьому розділі, якщо це можливо, обґрунтовують причинно-наслідковий зв'язок між ознаками винаходу (корисної моделі) й очікуваним технічним результатом.

6.7. Перелік фігур креслення

У цьому розділі опису, крім переліку фігур, наводять стислі пояснення того, що зображено на кожній з них.

Якщо суть винаходу (корисної моделі) пояснюють інші ілюстративні матеріали (наприклад, фотографії), то наводять стисле пояснення їх змісту.

Таблиці нумерують окремо.

6.8. Відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу (корисної моделі)

6.8.1. У цьому розділі розкривають можливість одержання зазначеного в розділі "Суть винаходу (корисної моделі)" технічного результату при здійсненні винаходу (корисної моделі).

6.8.2. Можливість здійснення винаходу (корисної моделі), суть якого(ої) характеризують з використанням ознаки, яку подано загальним поняттям, зокрема, на рівні функціонального узагальнення, підтверджують або описом засобу для реалізації цієї ознаки безпосередньо в матеріалах заявки, або посиланням на відомість такого засобу чи методів його одержання.

6.8.3. Якщо для характеристики винаходу (корисної моделі) використовують виражені у вигляді інтервалу значень кількісні ознаки, то у прикладах здійснення винаходу мають бути наведені відомості, що підтверджують можливість одержання технічного результату у межах зазначеного інтервалу.

6.9. Підпис

Опис винаходу (корисної моделі) підписують у тому самому порядку, що й заяву про видачу патенту.

4. ФОРМУЛА ВИНАХОДУ/КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Вимоги та рекомендації до складання формули винаходу / корисної моделі встановлені у пункті 7 Правил, які наводяться відповідно до джерела інформації без доповнень але з стилістичними змінами.

7. Формула винаходу (корисної моделі)

7.1. Призначення формули винаходу (корисної моделі) і вимоги до формули

7.1.1. Формула винаходу (корисної моделі) призначена для визначення обсягу правової охорони, яка надається патентом. 7

7.1.2. Формула винаходу (корисної моделі) повинна виражати його(її) суть і викладатися ясно та стисло.

7.1.3. Формула винаходу (корисної моделі) визнається такою, що виражає суть винаходу (корисної моделі), якщо вона містить сукупність його (її) суттєвих ознак, достатню для досягнення зазначеного заявником технічного результату.

7.1.4. Формула винаходу (корисної моделі) повинна базуватися на описі й характеризувати винахід (корисну модель) тими самими поняттями, що містить опис винаходу (корисної моделі).

7.1.5. Ознаки винаходу (корисної моделі) у формулі винаходу (корисної моделі) викладають таким чином, щоб забезпечити можливість їх ідентифікації, тобто однозначного розуміння їх змісту фахівцем на основі відомого рівня техніки.

7.1.6. Якщо заявка містить креслення, то для кращого розуміння ознак, зазначених у формулі винаходу (корисної моделі), у їх взаємозв'язку з відповідними позиціями на кресленнях допускається після зазначення ознаки у формулі винаходу (корисної моделі) проставляти відповідні позиції в дужках. При цьому зазначення позиції не обмежує обсяг правової охорони, що визначається формулою.

7.1.7. Характеристика ознаки винаходу (корисної моделі) у формулі винаходу (корисної моделі) не може бути замінена посиланням на опис чи креслення. Заміна допускається у виняткових випадках, коли неможливо виразити ознаку інакше. Заявник повинен показати, що така необхідність існує.

7.1.8. Ознаку винаходу (корисної моделі) доцільно характеризувати загальним поняттям (що виражає функцію, властивість тощо), яке охоплює різні окремі форми його реалізації, якщо саме ці характеристики, які містяться в загальному понятті, забезпечують у сукупності з іншими ознаками досягнення зазначеного заявником технічного результату.

Якщо таке поняття відсутнє або узагальнення несправомірне, то ознака винаходу (корисної моделі) може бути виражена як альтернатива.

Ознака винаходу (корисної моделі) може бути виражена як альтернатива за умови, що така ознака при будь-якому зазначеному в альтернативі виборі у сукупності з іншими ознаками забезпечує досягнення одного і того самого технічного результату.

7.2. Структура формули винаходу (корисної моделі)

Формула винаходу (корисної моделі) може бути одноланковою чи багатоланковою і включати відповідно один або декілька пунктів.

7.2.1. Одноланкову формулу винаходу (корисної моделі) застосовують для характеристики одного винаходу (корисної моделі) сукупністю суттєвих ознак, які не мають розвитку чи уточнення щодо окремих випадків його виконання або використання.

7.2.2. Багатоланкову формулу винаходу (корисної моделі) застосовують для характеристики одного винаходу (корисної моделі) з розвитком і(або) уточненням сукупності його (її) ознак стосовно деяких випадків виконання і використання винаходу (корисної моделі) або для характеристики групи винаходів.

7.2.3. Багатоланкова формула, що характеризує один винахід (корисну модель), має один незалежний пункт і наступний (наступні) за ним залежний (залежні) пункт (пункти).

7.2.4. Багатоланкова формула, що характеризує групу винаходів, має декілька незалежних пунктів, кожний з яких характеризує один з винаходів групи. При цьому кожний з винаходів групи може бути охарактеризований із залученням залежних пунктів, підпорядкованих відповідному незалежному пункту.

7.2.5. При складанні багатоланкової формули дотримуються таких правил:

- незалежні пункти, як правило, не повинні містити посилань на інші пункти формули, однак такі посилання допускаються, якщо вони дають змогу викласти даний незалежний пункт без повторення в ньому повністю змісту інших пунктів;
- залежні пункти формули групуються разом з тим незалежним пунктом, якому вони підпорядковані, у тому числі, коли для характеристики різних винаходів групи залучаються залежні пункти однакового змісту;
- пункти багатоланкової формули винаходу (корисної моделі) нумеруються арабськими цифрами, починаючи з 1 (у порядку їх викладення).

7.3. Складання формули винаходу (корисної моделі)

7.3.1. Пункт формули винаходу (корисної моделі) складається, як правило, з обмежувальної частини, яка включає ознаки винаходу (корисної моделі), які збігаються з ознаками найближчого аналога, у тому числі родово поняття, що характеризує призначення об'єкта, та відмітної частини, яка включає ознаки, що відрізняють винахід (корисну модель) від найближчого аналога.

Обмежувальна й відмітна частини пункту формули відокремлюються одна від одної виразом "який (яка, яке) відрізняється тим, що...".

Без поділу на обмежувальну й відмітну частини, зокрема, складають формулу винаходу (корисної моделі), яка характеризує:

- індивідуальну сполуку;
- штам мікроорганізму, культуру клітин рослин і тварин;
- нове застосування відомого продукту чи процесу;
- винахід (корисну модель), що не має аналогів.

Формулу (або кожний пункт багатоланкової формули) викладають одним реченням.

7.3.2. Незалежний пункт формули винаходу (корисної моделі) повинен стосуватися лише одного винаходу

(однієї корисної моделі) або групи винаходів, заявлених як альтернатива.

У незалежний пункт формули винаходу чи корисної моделі (або в кожний незалежний пункт формули, що характеризує групу винаходів) включають сукупність ознак, достатніх для досягнення технічного результату. Зазначена сукупність ознак визначає обсяг правової охорони.

7.3.3. При складанні незалежного пункту формули слід урахувати, що сукупність ознак, достатніх для досягнення технічного результату, повинна бути передана певним набором ознак, властивих цьому об'єкту.

7.3.4. Незалежний пункт формули винаходу (корисної моделі) не визнається таким, що стосується одного винаходу (корисної моделі), якщо він містить:

- викладені як альтернатива ознаки, які не забезпечують одержання того самого технічного результату, або викладені як альтернатива групи ознак, причому кожна з альтернативних груп включає кілька функціонально самостійних ознак (вузол або деталь пристрою);
- операція способу, речовина, матеріал або прилад, застосовані в способі; інгредієнт композиції і т. ін.), у тому числі, коли вибір однієї з таких альтернативних ознак залежить від вибору, який зроблено щодо іншої (інших) ознаки (ознак);
- характеристику винаходів, які стосуються об'єктів різного виду чи сукупності засобів, кожний з яких має своє власне призначення, а в цілому зазначена сукупність не реалізує спільного призначення.

7.3.5. До залежного пункту формули винаходу (корисної моделі) включають ознаки, що розвивають чи уточнюють сукупність ознак, зазначену в незалежному пункті формули, у тому числі шляхом розвитку чи уточнення окремих ознак цієї сукупності, та необхідні лише в окремих випадках виконання винаходу (корисної моделі) або його (її) використання.

7.3.6. Обмежувальна частина залежного пункту формули включає родові поняття, що відображає призначення винаходу (корисної моделі), викладене, як правило, скорочено в порівнянні з наведеним у незалежному пункті, і містить посилання на незалежний пункт і/або залежний (залежні) пункт (пункти), якого (яких) він стосується.

7.3.7. Підпорядкованість залежних пунктів незалежному може бути безпосередньою і опосередкованою, тобто з посиланням на один або декілька залежних пунктів.

7.3.8. Безпосередню підпорядкованість залежного пункту застосовують тоді, коли для характеристики винаходу (корисної моделі) в окремому випадку його виконання чи використання поряд із ознаками цього пункту необхідні лише ознаки, зазначені в незалежному пункті формули.

7.3.9. Опосередковану підпорядкованість залежного пункту незалежному застосовують, якщо для зазначеної характеристики, окрім ознак незалежного пункту формули, необхідні ще й ознаки одного чи кількох інших залежних пунктів формули.

7.3.10. При підпорядкованості залежного пункту декільком пунктам формули посилання на них зазначають з використанням альтернативи.

7.3.11. У залежному пункті формули, що характеризує один об'єкт, в усіх випадках під поняттям "Пристрій за п.1" розуміють повний зміст першого пункту формули, а саме сукупність усіх без винятку ознак, наведених у його обмежувальній та відмітній частинах.

7.3.12. Якщо залежний пункт сформульовано таким чином, що має місце заміна або вилучення ознаки незалежного пункту формули, якому він підпорядкований, то залежний пункт не може бути визнаний таким, що разом із зазначеним незалежним пунктом характеризує один винахід (корисну модель).

7.4. Підпис

Формулу винаходу (корисної моделі) підписують у тому самому порядку, що й заяву про видачу патенту.

5. КРЕСЛЕННЯ

Вимоги до оформлення креслень та інших графічних зображень, які містяться в матеріалах до заявки на видачу патенту України на винахід і корисну модель, наведені у пункті 8 Правил:

8. Креслення

8.1. Графічні зображення (власне креслення, схеми, діаграми тощо) оформлюють на окремому аркуші (окремих аркушах). У правому верхньому куті кожного аркуша зазначають назву винаходу (корисної моделі).

8.2. Для пояснення суті винаходу (корисної моделі) як додаток до інших графічних матеріалів можуть бути подані фотографії. У виняткових випадках фотографії можуть бути подані як основний вид ілюстративних матеріалів, наприклад, для ілюстрації етапів виконання хірургічних операцій.

Формат фотографій повинен бути таким, щоб не виходив за розміри полів аркушів документів заявки. Фотографії малого формату слід наклеювати на аркуші встановленого формату з дотриманням вимог до якості аркуша.

6. РЕФЕРАТ ВИНАХОДУ І КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Характеристика вимог до написання реферату винаходу і корисної моделі наводиться у пункті 9 Правил, та наводиться без змін, для дотримання законодавчих вимог в оригінальному їх викладенні, з стилістичними доповненнями, які в Методичних рекомендаціях використовуються для акцентування уваги заявника.

9. Реферат

9.1. Реферат є скороченим викладом змісту опису винаходу (корисної моделі), який включає назву винаходу (корисної моделі), характеристику галузі техніки, якої стосується винахід (корисна модель), і (або) галузь його (її) застосування, якщо це не зрозуміло з назви, характеристику суті винаходу (корисної моделі) із зазначенням технічного результату, якого мають досягти. Суть винаходу (корисної моделі) в рефераті характеризують шляхом вільного викладу формули, переважно такого, при якому зберігаються всі суттєві ознаки кожного незалежного пункту.

9.2. Реферат складають лише з інформаційною метою. Він не може братися до уваги з іншою метою, зокрема для тлумачення формули винаходу (корисної моделі) і визначення рівня техніки.

Реферат складають таким чином, щоб він міг служити ефективним засобом пошуку у відповідній галузі техніки.

9.3. Рекомендований обсяг тексту реферату становить до 1000 знаків.

Текст реферату слід викладати окремими короткими реченнями і уникати складних у стилістичному плані зворотів.

Математичні та хімічні формули, а також креслення можуть бути включені до реферату, якщо без них скласти реферат неможливо. Креслення, наведені в рефераті, мають бути виконані на окремому аркуші і додаватися до реферату. Креслень має бути стільки примірників, скільки примірників містить реферат.

9.4. Реферат може містити також деякі додаткові відомості, зокрема посилання на кількість незалежних залежних пунктів формули винаходу (корисної моделі), графічних зображень, таблиць.

7. ОФОРМЛЕННЯ ДОКУМЕНТІВ ЗАЯВКИ

Відповідно до Правил, документи заявки, а саме: заяву про видачу патенту, опис і формулу винаходу (корисної моделі), креслення і реферат подають у трьох примірниках. Документи, які потребують подальшого перекладу, можуть бути подані мовою оригіналу в одному примірнику, а їх переклад – у трьох примірниках.

В свою чергу вимоги до оформлення документів заявки детально викладені у пункті 3 Правил, де зокрема зазначено наступне (нумерація підпунктів наведена відповідно до оригінального джерела):

3.2.2. Усі документи заявки на винахід (корисну модель) слід оформляти таким чином, щоб можна було зберігати їх тривалий час і безпосередньо репродукувати в необмеженій кількості копій.

3.2.3. Документи заявки друкують на аркушах білого паперу форматом 210 x 297 мм. Кожний документ заявки починають на окремому аркуші, при цьому другий і наступні аркуші нумерують арабськими цифрами.

Кожний аркуш використовують лише з одного боку з розміщенням рядків паралельно меншому боку аркуша.

Мінімальний розмір полів аркушів опису, формули, реферату становить, мм:

- ліве – 25;
- верхнє – 20;
- праве і нижнє – 20.

Креслення виконують на аркушах білого паперу форматом 210 x 297 мм.

Мінімальний розмір полів аркушів креслень становить, мм:

- ліве – 25;
- верхнє – 25;
- праве – 10;
- нижнє – 15.

3.2.4. Усі документи друкують шрифтом чорного кольору. Текст опису, формули винаходу (корисної моделі) і реферату друкують через 2 інтервали або через

1,5 інтервалу при комп'ютерному наборі з висотою літер не менше ніж 2,1 мм.

3.2.5. Латинські назви, латинські і грецькі літери, графічні символи, математичні і хімічні формули допускається вписувати чорним, пастою або тушшю чорного кольору.

3.2.6. Бібліографічні дані джерел інформації в документах заявки наводяться таким чином, щоб можна було знайти це джерело інформації.

3.3. Графічні зображення

3.3.1. Графічні зображення (власне креслення, схеми, діаграми) виконують відповідно до правил креслення, на щільному, білому, гладкому папері чорними чіткими лініями і штрихами, які не витираються, без розтушовування і розмальовування.

3.3.2. Масштаб і чіткість зображень вибирають такими, щоб при репродукуванні з лінійним зменшенням розмірів до 2/3 можливо було розпізнати всі деталі.

Висота цифр і літер має бути не менше 3,2 мм. Цифрові та літерні позначення мають бути чіткими, товщина їх ліній повинна відповідати товщині ліній зображення. Цифри та літери не слід брати в дужки та лапки.

3.3.3. На кресленнях використовують переважно прямокутні (ортогональні) проєкції (у різних видах, розрізах й перерізах), в окремих випадках допускається також використання аксонометричної проєкції.

Кожний елемент на кресленні виконують пропорційно всім іншим елементам, за винятком випадків, коли для чіткого зображення елемента необхідне розрізнення пропорцій.

3.3.4. Розміри на кресленнях не позначають, їх наводять, за потреби, в описі.

Креслення виконують без будь-яких написів, за винятком необхідних слів, таких як “вода”, “пара”, “відкрито”, “закрито”, “розріз за А-А”.

3.3.5. Окремі фігури розміщують таким чином, щоб аркуші були максимально заповненими і креслення можна було читати при вертикальному розташуванні довгих боків аркуша.

Якщо фігури, що розміщені на двох і більше аркушах, являють собою частини єдиного креслення, то їх розміщують таким чином, щоб це креслення можна було скомпонувати без пропусків будь-якої із зображених на різних аркушах фігур.

На одному аркуші креслення можна розміщувати декілька фігур, при цьому слід чітко відмежовувати їх одну від одної.

3.3.6. Елементи фігур позначають арабськими цифрами відповідно до посилань на них у описі винаходу (корисної моделі). Одні й ті самі елементи на декількох фігурах позначають одними й тими ж цифрами.

Позначення, про які не згадують в описі винаходу (корисної моделі), на кресленнях не проставляють і навпаки.

3.3.7. Якщо графічні зображення представлені у вигляді схеми, то при її виконанні застосовують стандартизовані умовні графічні позначення.

Якщо схема представлена у вигляді прямокутників як графічних позначень елементів, то крім цифрового позначення безпосередньо в прямокутник, якщо це мож-

ливо, вписують і назву елемента. Якщо розміри графічного зображення елемента не дозволяють цього зробити, то назву елемента можна зазначити на виносній лінії (за потреби, у вигляді напису під цим елементом).

На схемах одного виду допускається зображення окремих елементів схем іншого виду (наприклад, на електричній схемі допускається зображення елементів кінематичних, гідравлічних схем тощо).

3.3.8. Кожне графічне зображення (фігура) нумується послідовно арабськими цифрами (фіг. 1, фіг. 2 тощо) незалежно від виду цього зображення (креслення, схема, діаграма тощо) і нумерації аркушів відповідно до черговості наведення їх у тексті опису. Якщо опис винаходу (корисної моделі) пояснює лише одне графічне зображення, то воно не має нумерації.

3.4. Хімічні формули

У документах заявки можуть бути використані хімічні формули.

Структурні формули хімічних сполук подають (як і креслення) з нумерацією кожної структурної формули як окремої фігури і наведенням посилань на відповідні позначення.

При написанні структурних хімічних формул слід використовувати загальноживані символи елементів і чітко вказувати зв'язки між елементами і радикалами.

3.5. Математичні формули і символи

В описі, формулі і рефераті винаходу (корисної моделі) можуть бути використані математичні вирази (формули) і символи.

Форма подання математичного виразу не регламентується.

Усі літерні позначення, які є в математичних формулах, мають бути розшифровані. При цьому розшифрування літерних позначень подають у порядку їх використання в формулі.

Для позначення інтервалів між величинами допускається використання знаку “-” (від і до), в інших випадках слід писати словами “від” і “до”.

При вираженні величин у відсотках знак відсотка (%) слід ставити після числа. Якщо величин декілька, то знак відсотка ставлять перед їх переліком і відокремлюють від них двокрапкою.

Математичні позначення “>”, “<”, “=” та інші використовуються лише в математичних формулах, а в тексті їх слід писати словами (більше, менше, дорівнює тощо).

Перенос у математичних формулах допускається лише по знаку.

Пояснення до математичної формули слід писати стовпцем і після кожного рядка ставити крапку з комою.

3.6. Вимоги до оформлення документів заявки, визначені Правилами, застосовуються також до будь-яких матеріалів, поданих після подання заявки, наприклад, до сторінок, що містять виправлення, та до змінених пунктів формули винаходу (корисної моделі).

У Правилах також наводиться характеристика вимог щодо оформлення матеріалів заявки відносно кожного з об'єктів винаходу і корисної моделі, які можуть отримати правову охорону у режимі відповідно винаходу або корисної моделі.

Так, у пункті 10 Правил наведено особливості змісту заявки на винахід щодо пристрою, у пункті 11 відносно речовини, як об'єкту патентування, у пункті 12 щодо штаму мікроорганізму, культури клітин рослин і тварин, у пункті 13 щодо процесу, або способу, та у пункті 14 щодо нового застосування відомого продукту чи процесу.

8. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ ЗАЯВКИ НА ВИНАХІД ЩОДО ПРИСТРОЮ

У Правилах визначено критерії для оформлення заявки на винахід щодо пристрою, так зазначено наступне (нумерація підпунктів наведена відповідно до оригінального джерела):

10.1. Для характеристики об'єкта винаходу “пристрій” використовують, зокрема, такі ознаки:

- наявність конструктивного (конструктивних) елемента(елементів);
- наявність зв'язків між елементами;
- взаємне розташування елементів;
- форму виконання елемента (елементів) або пристрою в цілому;
- форму виконання зв'язків між елементами;
- параметри та інші характеристики елемента (елементів) та їх взаємозв'язок;
- матеріал, з якого виготовлено елемент (елементи) або пристрій в цілому, середовище, що виконує функцію елемента, та інші характеристики.

10.2. Особливості викладення опису винаходу

10.2.1. У розділі опису “Відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу” наводять опис пристрою в статичному стані. При описуванні конструктивних елементів пристрою дають посилання на фігури креслень. Цифрові позначення конструктивних елементів в описі повинні відповідати цифровим позначенням на кресленнях.

10.2.2. Після описування пристрою в статичному стані описують дію (роботу) пристрою або спосіб його використання з посиланням на цифрові позначення елементів конструкції, які зображені на кресленнях і, за потреби, на інші ілюстративні матеріали (епюри, часові діаграми тощо).

У деяких випадках для кращого розуміння винаходу та стислості викладення опису допускається інша послідовність викладення цього розділу.

10.2.3. Якщо пристрій містить елемент, охарактеризований на функціональному рівні, і форма його реалізації передбачає використання багатофункціонального засобу, що програмується (настроюється), то наводять відомості, які підтверджують можливість здійснення таким засобом конкретної, призначеної йому в складі даного пристрою функції. Якщо, крім таких відомостей, наводять алгоритм, наприклад обчислювальний, то його переважно подають у вигляді блок-схеми або, якщо це можливо, у вигляді відповідного математичного виразу.

10.3. Особливості формули винаходу

10.3.1. Пристрій у формулі характеризують у статичному стані.

У формулі можна зазначити про можливість реалізації елементом пристрою певної функції, про виконан-

ня елемента рухомим, наприклад, з можливістю повертання або обертання тощо.

10.3.2. Для усунення невизначеності при характеристиці пристрою сукупність його ознак повинна вказувати не лише на наявність елементів, а й на зв'язки між ними і/або їхнє взаємне розташування.

Посилання на елемент, який не включено до формули, допускається, якщо це посилання не призводить до невизначеності в характеристиці пристрою.

9. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ ЗАЯВКИ НА ВИНАХІД ЩОДО РЕЧОВИНИ

Правила визначають критерії для оформлення заявки на винахід щодо речовини, так зазначено наступне (нумерація підпунктів наведена відповідно до оригінального джерела):

11.1. Для характеристики об'єкта винаходу "речовина" використовують такі ознаки:

11.1.1. Для характеристики індивідуальних хімічних сполук, зокрема, використовують:

- для низькомолекулярних сполук – якісний склад (атоми певних елементів), кількісний склад (число атомів кожного елемента); зв'язок між атомами, взаємне розташування їх у молекулі, виражене хімічною структурною формулою, чи в кристалічній решітці;
- для високомолекулярних сполук – хімічний склад і структуру однієї ланки макромолекули, структуру макромолекули в цілому (лінійну, розгалужену), періодичність ланок, молекулярну масу, молекулярно-масовий розподіл, геометрію і стереометрію макромолекули, її кінцеві та бокові групи;
- для індивідуальних сполук з невизначеною структурою – фізико-хімічні та інші характеристики, у тому числі ознаки способу одержання, що дають змогу їх ідентифікувати;
- для індивідуальних сполук, що належать до об'єктів генетичної інженерії, – послідовність нуклеотидів (для фрагментів нуклеїнових кислот) або фізичну карту (для рекомбінантних нуклеїнових кислот і векторів), а також послідовність амінокислот, фізико-хімічні та інші характеристики, що дають змогу їх ідентифікувати.

11.1.2. Для характеристики композицій, зокрема, використовують:

- якісний (інгредієнти) склад;
- кількісний (вміст інгредієнтів) склад;
- структуру композиції;
- структуру інгредієнтів.

11.1.3. Для характеристики речовин, одержаних шляхом ядерного перетворення, зокрема, використовують:

- якісний (ізотопний) склад елемента, кількісний склад (число протонів та нейтронів);
- основні ядерні характеристики: період напіврозпаду, тип та енергія випромінювання (для радіоактивних ізотопів).

11.1.4. Для характеристики композицій невизначеного складу, зокрема, використовують фізико-хімічні,

фізичні та утилітарні показники та ознаки способу одержання.

11.2. Особливості викладення опису винаходу

11.2.1. До назви винаходу, що є індивідуальною сполукою, включають її найменування за однією з прийнятих у хімії номенклатур (переважно міжнародної номенклатури хімічних сполук IUPAC); також може бути включене зазначення її конкретного призначення, а для біологічно активних сполук – вид біологічної активності.

11.2.2. При викладенні розділу "Відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу" для винаходу, що є новою індивідуальною сполукою з визначеною структурою, наводять визначену відомими методами структурну формулу, фізико-хімічні константи, описують спосіб, яким вона вперше була одержана, і показують можливість застосування цієї сполуки за певним призначенням.

11.2.3. Для індивідуальної сполуки, що є об'єктом генетичної інженерії, наводять послідовність нуклеотидів (для фрагментів нуклеїнових кислот) або фізичну карту (для рекомбінантних нуклеїнових кислот і векторів), а також послідовність амінокислот, фізико-хімічні та інші характеристики, що дають змогу їх ідентифікувати. Описують спосіб, яким нова індивідуальна сполука була вперше одержана, і показують можливість застосування цієї сполуки за певним призначенням.

11.2.4. Для біологічно активної сполуки наводять показники кількісних характеристик активності та токсичності і, за необхідності, вибірність дії та інші показники.

11.2.5. Якщо винаходом є група (ряд) нових індивідуальних сполук з визначеною структурою, що описується загальною структурною формулою, то слід підтвердити можливість одержання усіх сполук групи шляхом наведення загальної схеми способу одержання, а також, принаймні, одного прикладу одержання конкретної сполуки групи (ряду). Якщо група (ряд) містить сполуки з різними за хімічною природою радикалами, то кількість прикладів повинна бути достатньою для підтвердження можливості одержання сполук із цими різними радикалами. Для одержаних сполук також наводять їх підтвержені відомими методами структурні формули, фізико-хімічні константи, а також докази можливості реалізації зазначеного призначення із підтвердженням такої можливості щодо деяких сполук з різними за хімічною природою радикалами.

11.2.6. Якщо нова сполука одержана з використанням штаму мікроорганізму, культури клітин рослин чи тварин, то слід навести відомості про спосіб біосинтезу за участю цього штаму мікроорганізму, культури клітин рослин чи тварин, дані про нього, а, за необхідності, і про його депонування.

11.2.7. Якщо нові сполуки є біологічно активними, то наводять показники їх активності і токсичності і, за потреби, вибірність дії та інші показники.

11.2.8. Якщо винахід є проміжною сполукою, то слід показати можливість одержання з неї нового кінцевого продукту з конкретним призначенням чи з біологічно активними властивостями або можливість переробки її у відомий кінцевий продукт.

11.2.9. Якщо винахід є засобом для лікування, профілактики або діагностики певного захворювання, то наводять достовірні дані, що підтверджують його придатність для лікування, профілактики або діагностики зазначеного захворювання. За можливості, наводять відомості, які пояснюють вплив використання цього засобу на етіопатогенез захворювання. Бажано наводити відомості про клінічні випробування із зазначенням способу і дози приймання засобу, результати його випробування на гостру токсичність та спосіб складання рецептури.

11.2.10. Якщо винахід є композицією (сумішшю, розчином, сплавом тощо), то в наведених прикладах зазначають інгредієнти, що входять до складу композиції, їх характеристику і кількісне співвідношення. Якщо композиція містить нову сполуку, то описують спосіб одержання композиції і цієї сполуки.

11.2.11. В усіх прикладах уміст кожного інгредієнта зазначають у такому одиничному значенні, яке відповідає зазначеному у формулі винаходу інтервалу значень (при вираженні кількісного співвідношення інгредієнтів у формулі винаходу у відсотках за масою або за об'ємом сумарний вміст усіх інгредієнтів, що зазначені в прикладі, має дорівнювати 100%).

11.3. Особливості формули винаходу

11.3.1. У формулу, яка характеризує індивідуальну хімічну сполуку будь-якого походження, включають її назву або позначення. У формулу може бути включене призначення або вид біологічної активності. Для сполуки з визначеною структурою включають структурну формулу, а для сполуки із невизначеною структурою – фізико-хімічні та інші характеристики, що дають змогу її ідентифікувати, зокрема:

- для антибіотиків та інших низькомолекулярних речовин – джерело виділення (штам мікроорганізму або культуру клітин рослин чи тварин), елементний склад, молекулярну масу, оптичну активність речовини, дані спектрального аналізу, колір і фізичний стан речовини, її розчинність та реакції забарвлювання;
- для нативних ферментів – джерело виділення (штам мікроорганізму або культуру клітин рослин чи тварин), субстратну специфічність, молекулярну масу, рН-оптимум, термо- та рН-стабільність, ізоелектричну точку, константу Міхаеліса, інгібітор ферменту;
- для моноклональних антитіл – джерело одержання (штам мікроорганізму або культуру клітин рослин чи тварин), клас (підклас) імуноглобуліну і тип легких ланцюгів, специфічність, характеристику антигену – мішені, константу сполучення, молекулярну масу, ізоелектричну точку і, залежно від природи антигену, – комплемент – сполучну або нейтралізуючу, або літичну, або аглютинуючу, або преципітувальну активність, або цитотоксичність (у кількісному вираженні);
- для протективних антигенів – штам – джерело виділення, локалізацію і природу антигену в структурах штаму, метод виділення, біохімічний склад

(для антигенів полісахаридної природи – склад моносахаридів, для антигенів білкової природи – амінокислотний склад та інше), молекулярну масу, ізоелектричну точку і (або) ізоелектричну рухливість.

11.3.2. Для об'єктів генетичної інженерії до формули винаходу включають послідовність нуклеотидів (для фрагментів нуклеїнових кислот) і опис фізичної карти (для рекомбінантних нуклеїнових кислот), а також послідовність амінокислот, фізико-хімічні та інші характеристики, що дають змогу її ідентифікувати, зокрема, походження (складові частини), фізичну карту із зазначенням генетичних маркерів і регуляторної ділянки, кон'югативність (для плазмід), ємкість вектора, спектр хазяїв (для векторів), послідовність нуклеотидів стороннього фрагмента нуклеїнової кислоти (структури гена) і назву речовини, що кодується (для рекомбінантних нуклеїнових кислот і фрагментів нуклеїнових кислот).

11.3.3. У формулу винаходу, що характеризує композицію, включають якісний (інгредієнти) склад та, за необхідності, кількісний (вміст інгредієнтів) склад композиції, її структуру та структуру інгредієнтів.

11.3.4. Відмітні ознаки винаходу, що є композицією, вводяться у формулу за допомогою дієслова “містить” з поясненням “додатково”, якщо це необхідно для підкреслення введення інгредієнта в композицію.

Кількісний вміст інгредієнтів композиції слід виражати в будь-яких однозначних одиницях, як правило, двома значеннями, які характеризують мінімальну (нижню) і максимальну (верхню) межі вмісту, при цьому вміст одного з інгредієнтів можна характеризувати словом “решта”.

Зазначення кількісного вмісту антибіотиків, ферментів, анатоксинів тощо можна характеризувати в інших одиницях, ніж одиниці решти компонентів у композиції, наприклад, у тис. од. відносно масової кількості решти інгредієнтів композиції.

11.3.5. Для композицій, призначення яких визначається лише активним початком, а інші компоненти є нейтральними носіями із кола тих, що традиційно застосовуються у композиціях цього призначення, допускається зазначення у формулі лише цього активного початку і, за необхідності, його кількісного вмісту у складі композиції, у тому числі виразом “ефективна кількість”.

Іншим варіантом характеристики такої композиції може бути додаткове зазначення у формулі винаходу інших компонентів (нейтральних носіїв) у формі загального поняття, наприклад, “цільова добавка”. У цьому випадку, за потреби, зазначається кількісне співвідношення “активного початку” і “цільової добавки”.

11.3.6. Якщо як ознака винаходу зазначена складна відома речовина, то допускається використання її специфічної назви з обов'язковим зазначенням функції або властивостей цієї речовини та її основи. У цьому випадку в описі винаходу має бути наведене джерело інформації, у якому ця речовина описана, і занеобхідності, наведений повний склад і спосіб одержання цієї речовини.

10. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ ЗАЯВКИ НА ВИНАХІД ЩОДО ШТАМУ МІКРООРГАНІЗМУ, КУЛЬТУРИ КЛІТИН РОСЛИН І ТВАРИН

12.1. Для характеристики об'єкта винаходу "штам мікроорганізму, культура клітин рослин і тварин" використовують такі ознаки:

12.1.1. Для характеристики індивідуальних штамів мікроорганізмів, зокрема, використовують:

- культурально-морфологічні характеристики із зазначенням температури вирощування та віку культури (характеристику вегетативних клітин, колоній, повітряного і субстратного міцелію для мікроміцетів та актиноміцетів, стадії росту в рідкому середовищі для бактерій; дріжджів, міководоростей);
- фізіолого-біохімічні характеристики (характерні метаболіти, відношення до температури, кисню, рН, використання джерел азоту та вуглецю);
- хемо- та генотаксономічну характеристику;
- кариологічну характеристику (для еукаріот);
- маркерні характеристики: генетичну, антигенну, біохімічну, фізіологічну;
- біотехнологічну характеристику: назву корисної речовини, яку виробляє штам, або інше призначення штаму із зазначенням стабільності корисної властивості при тривалому культивуванні, рівень активності (продуктивності);
- вірулентність, антигенну структуру, імуногенність, серологічні особливості, онкогенність, чутливість до антибіотиків, антагоністичні властивості (для штамів мікроорганізмів медичного та ветеринарного призначення);
- характеристику батьківських штамів (партнерів), принцип гібридизації (для штамів гібридних мікроорганізмів).

Використовують також інші характеристики, що дають змогу ідентифікувати індивідуальні штами мікроорганізмів.

12.1.2. Для характеристики індивідуальних штамів культур клітин рослин або тварин, зокрема, використовують:

- родовід культур;
- число пасажів на час паспортизації;
- стандартні умови вирощування;
- культуральні властивості;
- ростові (кінетичні) характеристики;
- характеристику культивування в організмі тварини (для гібрида);
- цитогенетичні (кариологічні) характеристики;
- цитоморфологічні характеристики;
- здатність до морфогенезу (для клітин рослин);
- дані щодо приналежності до певного виду (для клітин тварин);
- онкогенність (для культур клітин тварин, включаючи гібридоми);
- маркерні характеристики: цитогенетичні, імунологічні, біохімічні, фізіологічні;
- контамінаційні характеристики (найпростіші гриби, дріжджі, бактерії, мікоплазми, віруси);

- біотехнологічні характеристики: назву і (або) характеристику корисної речовини, яку продукує культура, чи інше призначення культури із зазначенням стабільності корисної властивості при тривалому культивуванні, вихід продукту в середовищі, рівень активності (продуктивності);
- кріоконсерваційні характеристики та інші характеристики, що дають змогу ідентифікувати індивідуальні штами культури клітин рослин або тварин.

12.1.3. Для характеристики консорціумів мікроорганізмів, культур клітин рослин і тварин додатково до зазначених для індивідуальних штамів ознак, зокрема, використовують: походження (джерело виділення), фактор і умови адаптації та селекції, таксономічний склад, подільність, число і домінуючі компоненти, культурально-морфологічні і фізіолого-біохімічні ознаки індивідуальних компонентів, типи і фізіологічні особливості консорціуму в цілому, співвідношення і заміненість штамів, характеристики нових індивідуальних штамів та інші характеристики, що дають змогу їх ідентифікувати.

12.2. *Особливості викладення опису винаходу*

12.2.1. До назви винаходу, що є штамом мікроорганізму або культурою клітин рослин чи тварин, уключають латинську наукову назву роду і виду мікроорганізму або культури клітин рослин чи тварин, прізвище (прізвища) автора (авторів) виду і призначення штаму мікроорганізму або культури клітин рослин чи тварин. Назва мікроорганізму або культури клітин рослин чи тварин має бути викладена відповідно до вимог міжнародних кодексів бактеріологічної, ботанічної і зоологічної номенклатур. Наприклад, для бактерій мають бути вказані назви, які входять у "Схвалені списки назв бактерій" або в доповнення до них, які публікуються в "International Journal of Systematic and Evolutionary Microbiology".

Назви мікроорганізмів, які не увійшли до зазначеного списку або доповнення до нього, можуть бути наведені у формі неназваного виду – "Sp." (Species) із зазначенням несправжньої назви в дужках з позначкою "inv.", наприклад, "Штам бактерій *Bacillus* "Sp." (*B. amulolyticum*) "inv." – продуцент амілази".

12.2.2. Характеризуючи найближчий аналог винаходу, що є штамом мікроорганізму, культурою клітин рослин і тварин, наводять також відомості про вихід цільового продукту в середовищі, про рівень активності (продуктивності) і спосіб їх визначення (тестування). Якщо штам є продуцентом речовини, то додатково наводять відомості про продуковану речовину.

12.2.3. При викладенні відомостей, які підтверджують можливість здійснення винаходу, для штаму мікроорганізму, культури клітин рослин і тварин зазначають номенклатурні дані і дані про походження штаму або культури клітин рослин чи тварин; дані щодо кількісного і якісного складів живильних середовищ (посівного та ферментаційного), умов культивування (температура, рН, питомий масоперенос O₂, освітлення тощо), часу ферментації, рівня активності (продуктивності) штаму і способів її визначення (тестування), характеристики біосинтезу, корисних (цільових) продуктів, виходу продукту в середовищі. Для продуцентів нових продуктів

(наприклад, антибіотиків, ферментів, моноклональних антитіл тощо) зазначають спосіб виділення та очищення цільових продуктів.

Можливість здійснення винаходу, що є штамом мікроорганізму, культурою клітин рослин чи тварин, підтверджують посиланням на те, де або як може бути одержаний цей штам мікроорганізму, культура клітин рослин чи тварин.

12.2.4. Можливість одержання штаму мікроорганізму, культури клітин рослин чи тварин підтверджують шляхом опису способу його одержання таким чином, щоб фахівець у відповідній галузі міг реалізувати винахід за описом або наданням відомостей про депонування штаму мікроорганізму в офіційній колекції – депозитарії. При цьому дата депонування має передувати даті подання заявки, а якщо заявлено пріоритет, то даті її пріоритету.

12.2.5. Відомості про депонування штаму мікроорганізму мають містити:

- назву й місцезнаходження депозитарію, у якому здійснено депонування;
- дату депонування у цьому депозитарії;
- реєстраційний номер, присвоєний депонованому штамму мікроорганізму.

Депонування штаму мікроорганізму з метою патентної процедури вважається таким, що відбулося, якщо воно здійснено в депозитаріях України, перелік яких наведено у додатку 2⁷. Якщо заявник є іноземною особою чи особою, що проживає або має постійне місцезнаходження поза межами України, або якщо даний штам мікроорганізму не може бути задепонованим у депозитаріях України, то депонування здійснюється у будь-якій установі, яка має статус міжнародного органу з депонування відповідно до Будапештського договору про міжнародне визнання депонування мікроорганізмів з метою патентної процедури (Будапешт, 1977, переглянутий у 1980 р.

12.2.6. Для консорціумів мікроорганізмів і культур клітин рослин і тварин зазначають метод перевірки наявності компонентів, метод виділення (селекції) і ознаки, за якими проводилася селекція, стабільність консорціуму як такого при тривалому культивуванні, стійкість до зараження побічними мікроорганізмами.

12.3. Особливості формули винаходу

У формулу, яка характеризує штам мікроорганізму, культуру клітин рослин чи тварин, включають латинські назви роду і виду мікроорганізму (культури клітин рослин чи тварин), до якого належить штам мікроорганізму

(культура клітин рослин чи тварин), призначення штаму мікроорганізму (культури клітин рослин чи тварин) і якщо штам мікроорганізму депоновано, то назву або аббревіатуру офіційної колекції – депозитарію та реєстраційний номер депонованого об'єкта.

11. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ ЗАЯВКИ НА ВИНАХІД ЩОДО ПРОЦЕСУ (СПОСОБУ)

Правилами визначено ознаки, якими охарактеризується процес (спосіб) як об'єкт винаходу, так зокрема зазначено наступне:

13.1. Для характеристики об'єкта винаходу “процес” використовують, зокрема, такі ознаки:

- наявність дії або сукупності дій;
- порядок виконання таких дій у часі (попередньо, одночасно, у різних сполученнях тощо);
- умови виконання дій: режим, використання речовин (вихідної сировини, реагентів, каталізаторів тощо), пристроїв (приспосувачів, інструментів, обладнання тощо), штамів мікроорганізмів, культур клітин рослин чи тварин.

13.2. Особливості викладення опису винаходу

13.2.1. До назви винаходу, що є процесом одержання високомолекулярної сполуки невизначеного складу, включають назву цієї сполуки і, за потреби, її призначення.

До назви винаходу, що є процесом одержання речовини (суміші невизначеного складу), включають призначення чи біологічно активні властивості цієї речовини.

13.2.2. У розділі “Рівень техніки” для винаходу, що є процесом одержання нової індивідуальної сполуки, у тому числі високомолекулярної сполуки або об'єкта генетичної інженерії, наводять відомості про процес одержання її відомого структурного аналога.

Якщо винахід є процесом одержання суміші невизначеного складу з конкретним призначенням або біологічно активними властивостями, то аналогом може бути процес одержання суміші з тим самим призначенням або тими самими біологічно активними властивостями.

13.2.3. У розділі опису “Відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу” наводять посилання на послідовність дій (заходів, операцій) щодо матеріальних об'єктів, а також на умови проведення цих дій, конкретні режими (температура, тиск тощо) і, якщо це необхідно, на пристрої, речовини, штами мікроорганізмів, культури клітин рослин чи тварин, які при цьому використовують.

13.2.4. При використанні в процесі нових речовин розкривають процес їх одержання.

Перелік депозитаріїв, які проводять депонування штамів мікроорганізмів з метою здійснення патентної процедури

Назва депозитарію, його місцезнаходження	Групи мікроорганізмів
Інститут мікробіології і вірусології Національної академії наук України, вул.Заболотного, 154, м.Київ, 03143	Непатогенні
Київський науково-дослідний інститут епідеміології та інфекційних хвороб МОЗ та його філії узвіз Протасів Яр, 4, м.Київ, 03038	Патогенні для людини
Державний науково-контрольний інститут біотехнології і штамів мікроорганізмів Мінагрополітики України вул. Донецька, 30Е, м.Київ, 03151	Патогенні для тварин

⁷ Додаток 2 до пункту 2.2.5 Правил складання і подання заявки на винахід та заявки на корисну модель.

При описуванні процесу, що характеризується використанням відомих засобів (пристроїв, речовин і штамів мікроорганізмів, культур клітин рослин чи тварин), достатньо посилання на ці засоби. При використанні невідомих засобів наводять їх характеристику. При використанні штаму мікроорганізму, культури клітин рослин чи тварин наводять посилання на те, де або як може бути одержаний відповідний штам мікроорганізму або культура клітин рослин чи тварин.

13.2.5. Можливість одержання штаму мікроорганізму підтверджують шляхом опису процесу його одержання таким чином, щоб фахівець у відповідній галузі міг реалізувати винахід за описом, або наданням відомостей про його депонування в офіційній колекції – депозитарії. При цьому дата депонування має передувати даті подання заявки, а якщо заявлено пріоритет, то даті її пріоритету.

13.2.6. Для винаходу, що є процесом одержання індивідуальної хімічної сполуки невизначеної структури, зазначають потрібні для її ідентифікації дані про вихідні реагенти для одержання цієї сполуки, а також відомості, які підтверджують можливість реалізації зазначеного заявником призначення, у тому числі бажано навести відомості про властивості, що обумовлюють її призначення.

13.2.7. Для винаходу, що є процесом одержання суміші невизначеного складу та(або) структури, крім даних про вихідні реагенти для одержання цієї суміші, зазначають дані, необхідні для її ідентифікації, та відомості, які підтверджують можливість реалізації вказаного заявником призначення, у тому числі бажано навести дані про властивості, що обумовлюють призначення цієї суміші.

13.2.8. Для винаходу, що є процесом одержання нової групи (ряду) сполук, яку можна описати загальною структурною формулою, наводять, принаймні, один приклад одержання конкретної сполуки групи (ряду). Якщо група (ряд) містить сполуки з різними за хімічною природою радикалами, то кількість прикладів повинна бути достатньою для підтвердження можливості одержання сполук з цими різними радикалами. Для сполук, що входять до групи (ряду), наводять підтверджені відомими методами структурні формули і їх фізико-хімічні характеристики. В описі слід також дати відомості про призначення або біологічно активні властивості нових сполук.

13.2.9. Якщо винахід є процесом лікування, профілактики або діагностики певного захворювання, то наводять достовірні дані, що підтверджують його придатність для лікування, профілактики або діагностики зазначеного захворювання. За можливості, наводять відомості, які пояснюють вплив на етіопатогенез захворювання або зв'язок між етіопатогенезом і діагностичними показниками, що використовуються.

13.2.10. Для винаходу, що є процесом одержання виробу, деякі елементи якого чи сам виріб виготовлені з матеріалу невизначеного складу і структури, наводять дані про властивості використовуваного матеріалу та експлуатаційні характеристики цих елементів і(або) виробу в цілому.

13.3. Особливості формули винаходу

13.3.1. Для усунення невизначеності при характеристиці процесу сукупність його ознак повинна вказувати

не лише на наявність дій з матеріальними об'єктами, а і на порядок (послідовність) їх виконання в часі.

13.3.2. Для характеристики дії (заходу, операції тощо) як ознаки процесу треба використовувати дієслова активного стану, дійсного способу, теперішнього часу, третьої особи множини, наприклад, “нагрівають”, “зволожують”, “загартовують” тощо.

12. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ ЗАЯВКИ НА ВИНАХІД ЩОДО НОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВІДОМОГО ПРОДУКТУ ЧИ ПРОЦЕСУ

Для характеристики об'єкта винаходу “нове застосування відомого продукту чи процесу”, відповідно до Правил, використовують такі ознаки:

- коротка характеристика об'єкта, що застосовується, достатня для його ідентифікації;
- зазначення нового призначення цього об'єкта.

14.2. Особливості викладення опису винаходу

14.2.1. Назва винаходу щодо нового застосування відомого продукту чи процесу повинна починатися зі слова “Застосування”, після якого наводиться назва відомого продукту або процесу і зазначається його нове застосування.

14.2.2. При описуванні рівня техніки аналогами об'єкта винаходу “нове застосування відомого продукту чи процесу” мають бути, відповідно, відомі продукти чи процеси (способи) того самого призначення, що й винахід.

Якщо об'єктом винаходу є нове застосування відомого продукту чи процесу, то при описуванні винаходу наводять характеристику відомого об'єкта (із зазначенням бібліографічних даних джерела інформації, у якому він описаний), а також відомості щодо його відомого і нового застосування і, якщо це можливо, відомості щодо властивостей, які обумовлюють можливість його нового застосування. 14.2.3. У розділ опису “Відомості, які підтверджують можливість здійснення винаходу” включають відомості, що підтверджують можливість застосування відомого продукту чи процесу, як це передбачено винаходом.

14.3. Особливості формули винаходу

Якщо об'єктом винаходу є нове застосування відомого продукту чи процесу, то формула має таку структуру: “Застосування... (дають назву чи характеристику продукту чи процесу) як... (зазначають нове призначення зазначеного продукту чи процесу)”

13. ДОДАТКИ

13.1. ДОДАТОК 1. ПРИКЛАД ЗАЯВКИ НА РЕЧОВИНУ СПОЛУКА 1-1-ДІЕТИЛКАРБОКСИ-2-ЕТОКСИ-2-ТРИФТОРМЕТИЛЕТИЛЕН З ПОТЕНЦІЙНИМИ ФІЗІОЛОГІЧНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

МПК: C07D 239/553 (2006.01)
C07C 21/18 (2006.01)
C07C 21/185 (2006.01)
A61K 33/16 (2006.01)

Корисна модель належить до хімії галогензаміщених алкенів, а саме до 1,1-діетилкарбоксі-2-етокси-2-триф-

В ІЧ-спектрі синтезованої сполуки спостерігаються смуги поглинання, які характерні для групи -CF₃ в області 400, 415, 470, 560, 905, 995, 1180, 1230, 1295 см⁻¹, для групи, -COC₂H₅ в області 1050-1150 см⁻¹. Частоти подвійних зв'язків C=C знаходяться в області 1315, 1600 см⁻¹, а C=O в області 1735 см⁻¹.

В ПМР-спектрі синтезованої сполуки спостерігаються сигнали: у вигляді триплету при 1,19 15 м.д., який відповідає шести протонам двох груп -CH₃ складноєфірних груп молекули, мультиплету при 4,069-4,141 м.д. шести протонів в фрагментах -OCH₂ складноєфірних, груп молекули та етоксигрупи, мультиплету при 3,475-3,643 м.д. трьох протонів -CH₃ етоксигрупи.

Таким чином, можна зробити висновок, що сполука з потенційними фізіологічними властивостями, аналогічно до відомих галоген(фтор) вмісних лікарських засобів може бути перспективною для подальшого вивчення як потенційно фізіологічно активна.

Методика синтезу 1,1-діетилкарбоксі-2-етокси-2-трифторметилетилен.

Приготування розчину № 1 (I Стадія реакції).

6,13 г натрію металевого (0,268 моль) розчиняють в 250 мл метанолу безводного, додають краплями через ділильну лійку 43,0 г діетилового ефіру маленової кислоти (40 мл, 0,268 моль) та 62,0 г трифтороцтової кислоти (40 мл, 0,543 моль) при перемішуванні реакційної суміші та нагріванні. Кип'ятять суміш протягом 6 годин, охолоджують до кімнатної температури, відганяють простою перегонкою розчинник. Залишок – скловидну масу білого кольору заливають діетиловим ефіром. Осад білого кольору (продукт А), що випадає фільтрують та використовують на наступній стадії реакції.

Приготування розчину № 2 (II Стадія реакції). 8,0 г (0,0287 моль) продукту А розчиняють в 55 мл сухого дихлоретану при кімнатній температурі додають 6 г (0,0287 моль) п'ятихлористого фосфору. Реакційна суміш гріється та набуває молочного забарвлення. Гарячий розчин перемішують з кип'ятінням 5 годин, охолоджують, осад, що утворився відфільтровують та промивають дихлоретаном, відганяють простою перегонкою розчинник. Залишок – масло, яке очищують перегонкою у вакуумі (продукт В). Практичний вихід 6,31 г (80 %). Т. кип. 56-59 о С (25 мм рт. ст.), n_D 25 D 1,3010.

Приготування розчину № 3 (III Стадія реакції). 5,9 г (7,5 мл, 0,128 моль) етилового спирту безводного додають краплями до 1 г (0,0036 моль) продукту В при перемішуванні реакційної суміші та нагріванні до 60-70 °С.

Кип'ятять суміш протягом 2 годин, фільтрують гарячий розчин, випарюють. Залишок – зеленого забарвлення масло заливають діетиловим ефіром, осад, що утворюється відфільтровують. Залишок – кристалічний осад з ароматним запахом, який тане при кімнатній температурі і перетворюється на масло з легким жовтим відтінком (продукт С).

Практичний вихід 0,5 г (49 %). Т. кип. 65-68 °С (25 мм рт. ст.), n_D 25 D 1,6870.

Індивідуальність синтезованої сполуки контролювали методом тонкошарової хроматографії, склад підтверджували даними елементного аналізу.

Спектр ПМР синтезованої сполуки записували на приладах "Bruker WP-200" (виробник, "Bruker", Switzerland), "Varian T-60" (виробник "Varian", USA) з робочою частотою 200-132 МГц у виді розчину ДМСО-D₆ (внутрішній стандарт ТМС).

ІЧ-спектр записували на спектрофотометрі UR-20 (виробник "Charles Ceise Hena", Germany).

ТІХ виконували на пластинках Silufol-254. ГРХ визначали на газорідному хроматографі "Perkin Elmer" з УФ-детектором (виробник "Perkin", Germany).

Хроматограму, ІЧ-, ПМР-спектри кінцевого продукту ідентифікували у порівнянні з хроматограмами, ІЧ-, ПМР-спектрами вихідних сполук. Синтезована сполука – ароматне масло з легким жовтуватим відтінком, яке кристалізується на повітрі.

Дані елементного аналізу на С, Н, F синтезованої сполуки відповідають обчисленим значенням.

В ІЧ-спектрі синтезованої сполуки ідентифіковано сигнали зв'язків -CF₃ в області 400, 415, 470, 560, 905, 995, 1180, 1230, 1295 см⁻¹, для групи -OC₂H₅ в області 1050-1150 см⁻¹.

Частоти подвійних зв'язків C=C знаходяться в області 1315, 1600 см⁻¹, а C=O в, області 1735 см⁻¹. ІЧ-спектр синтезованої сполуки характеризуються інтенсивними сигналами груп -C₂H₅ при 2800-3000 см⁻¹.

Співвідношення інтегральних інтенсивностей сигналів в ПМР-спектрі синтезованої сполуки підтверджує наявність в молекулі протонів двох груп складноєфірного фрагменту (-OC₂H₅)₂ та групи -OC₂H₅.

Спостерігається сигнал у вигляді триплету при 1.19 м.д., який відповідає шести протонам двох груп -CH₃ складноєфірних груп молекули, мультиплету при 4,069-4,141 м.д. шести протонів в фрагментах -OCH₂ складноєфірних груп молекули та етоксигрупи, мультиплету при 3,475-3,643 м.д. трьох протонів -CH₃ етоксигрупи. Фізико-хімічні характеристики та дані елементного аналізу синтезованої сполуки наведено в таблиці.

Знайдено, у% С Н F	Брутто-формула	Обчислено, у%, С Н F	ІЧ-спектр (КВг), см ⁻¹ γ C-Hal, Alk, C=O, C=C	Спектр ПМР (ДМСО-D ₆ ТМС), д, м.д. (J, Гц)
46,38; 5,26; 19,89	C ₁₁ H ₁₅ O ₅ F ₃	46,5; 5,32; 20,06	400, 415, 470, 560 (CF ₃), 905, 995, 1180, 1230, 1295 (CF ₃), 1050-1150 (OC ₂ H ₅), 1315, 1600 (C=C), 1735 (C=O), 2800-3000 (C ₂ H ₅)	1.19 (6H, т., J ² H, n7.2Гц, 2CH ₃), 3.475-3.504 (3H, м., -OCH ₂ CH ₃), 4.069-4.141 (6H, м., J ³ H, h 7.2Гц, J ² H, h 3.6Гц, 3OCH ₂)

Порядковий номер заявки, визначений заявником		Дата одержання		
(22) Дата подання заявки	Пріоритет	(51) МПК	ЕВ	(21) Номер заявки
(86)	Реєстраційний номер та дата подання міжнародної заявки, установлені відомством-одержувачем			
(87)	Номер і дата міжнародної публікації міжнародної заявки			
ЗАЯВА про видачу патенту України	ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ Державне підприємство “Український інститут інтелектуальної власності” вул. Глазунова, 1, м. Київ-42, 01601			
Подаючи нижчезазначені документи, прошу (просимо) видати: патент України на винахід позицію виключено <input checked="" type="checkbox"/> патент України на корисну модель				
(71) Заявник(и)			Код за ЄДРПОУ (для українських заявників)	
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м.Київ-4, 01601 (UA)			02010787	
(вказується повне ім'я або найменування заявника(ів), його (їх) місце проживання або місцезнаходження та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST.3. Дані про місце проживання винахідників-заявників наводяться за кодом (72))				
Прочу (просимо) встановити пріоритет заявки пунктів формули винаходу за заявкою N _____ за датою: подання попередньої заявки в державі – учасниці Паризької конвенції (навести дані за кодами (31), (32), (33)) подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку (навести дані за кодом (62)) подання до Установи попередньої заявки (навести дані за кодом (66))				
(31) Номер попередньої заявки	(32) Дата подання попередньої заявки	(33) Код держави подання попередньої заявки згідно із стандартом ВОІВ ST.3	(62) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку	(66) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки
(54) Назва винаходу (корисної моделі) Сполука 1-1-діетилкарбоксі-2-етокси-2-трифторметилетилен з потенційними фізіологічними властивостями				
(98) Адреса для листування Відділ інтелектуальної власності та трансферу технологій, Національний медичний університет, бульвар Шевченка, 13, м.Київ, 01601 Телефон Телеграф Факс				
(74) Повне ім'я та реєстраційний номер представника у справах інтелектуальної власності або повне ім'я іншої довіреної особи				

Перелік документів, що додаються	Кількість арк.	Кількість прим.						
<input checked="" type="checkbox"/> опис винаходу	7	3	Підстави щодо виникнення права на подання заявки й одержання патенту (без подання документів), якщо винахідник(и) не є заявником(ами): є документ про передачу прав винахідником(ами) або роботодавцем(ями) правонаступнику(ам) є документ про право спадкування					
<input checked="" type="checkbox"/> формула винаходу	1	3						
<input checked="" type="checkbox"/> креслення та інші ілюстративні матеріали								
<input checked="" type="checkbox"/> реферат	1	3						
документ про сплату збору за подання заявки								
документ, який підтверджує наявність підстав для зменшення збору або звільнення від сплати збору								
документ про депонування штаму								
копія попередньої заявки, яка підтверджує право на пріоритет								
переклад заявки українською мовою								
документ, який підтверджує повноваження довіреної особи (довіреність)								
інші документи:								
міжнародний звіт про пошук								
<table border="1"> <tr> <td>(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)</td> <td>Місце проживання та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)</td> <td>Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)</td> </tr> <tr> <td>Вельчинська Олена Василівна</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)	Місце проживання та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)	Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)	Вельчинська Олена Василівна	
(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)	Місце проживання та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)	Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)						
Вельчинська Олена Василівна								
<p>Я (ми) _____ (повне ім'я) _____</p> <p>прошу (просимо) не згадувати мене (нас) як винахідника(ів) при публікації відомостей стосовно заявки на видачу патенту</p> <p>Підпис(и) винахідника(ів) _____</p>								
<p align="center">Проректор з наукової роботи, професор _____ Т.М. Черенько</p> <p>Підпис(и) заявника(ів) _____</p>								
Дата підпису М. П.	Якщо заявником є юридична особа, то підпис особи, що має на це повноваження, із зазначенням посади скріплюється печаткою. Якщо всі винахідники виступають заявниками, то їх підписи наводяться за кодом (72).							

**13.2. ДОДАТОК 2. ПРИКЛАД ЗАЯВКИ НА ПРИСТРІЙ
ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПРОМИВАННЯ РАН**

МПК (2006) А61М 1/00

Винахід відноситься до медичної техніки і може бути використаний при лікуванні гнійних ран, атакож при первинній хірургічній обробці ран.

Відомий пристрій для обробки ран, який включає емність з пробкою, в якій закріплені дві трубки, одна з яких приєднана до джерела вакуума, а друга дистальним кінцем входить у порожнину рани[1].

Недолік цього пристрою полягає в тому, що він незручний у користуванні. Відомий також пристрій для промивки ран (ППР), який включає циліндричний корпус

з промивочною та герметизуючою камерами, закріплені в корпусі поворотний очисний диск з хвостовиком та паралельними виступами на протилежних торцях, а також закріплені в стінках корпусу промивочну, відсмоктуючу та вакуумну еластичні трубки, дистальні кінці яких приєднані до відповідних джерел живлення [2].

Цей пристрій є найбільш близьким до винаходу по технічній суті та ефекту, що досягається.

Недолік відомого пристрою полягає в тому, що він не забезпечує рівномірну промивку поверхні рани, а це знижує якість промивки. Це викликано тим, що подача та відсмоктування промивочної рідини (ПР) відбувається в пристінних зонах промивочної камери, тобто не по всьому периметру камери, а її переміщення між ними гальмується ворсовими виступами очисного диска. Тому ПР при її переміщенні нерівномірно розподіляється по поверхні рани, знижуючи цим якість промивки.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення ППР шляхом усунення гальмування ПР та забезпечення її відсмоктування по периметру промивочної камери, що дозволяє підвищити рівномірність її розподілу по поверхні рани, а отже, підвищити якість промивки.

Поставлена задача вирішується тим, що в ППР, який включає циліндричний корпус з промивочною та герметизуючою камерами, осередкованими в корпусі очисний диск з хвостовиком та виступами на протилежних торцях, а також закріплені в корпусі промивочну, відсмоктуючу та вакуумну еластичні трубки, дистальні кінці яких приєднані до відповідних джерел живлення, згідно винаходу диск обладнаний центральним наскрізним отвором, в якому розташована промивочна трубка, і фланцем, діаметр якого дещо менший внутрішнього діаметра промивочної камери, а виступи виконані в формі радіально розташованих пластин (ребер).

Виконання диска з отвором, в якому розташована промивочна трубка, та з фланцем, діаметр якого дещо менший внутрішнього діаметра промивочної камери, забезпечує рівномірний розподіл поверхні рани ПР, оскільки її подача відбувається по центру, а відсмоктування – по всьому периметру камери, а не локально, як це має місце в прототипі.

Виконання виступів очисного диска в формі радіально розташованих пластин зменшує гальмування ПР при її переміщенні в камері, так як розташування виступів співпадає з напрямком руху ПР.

Рівномірний розподіл ПР по поверхні рани та зменшення гальмування її руху підвищує якість промивки.

Пристрій для промивки ран показаний на фіг. 1, загальний вигляд, на фіг. 2 – вигляд знизу по фіг. 1.

Пристрій містить корпус 1 з промивочною 2 та герметизуючою 3 камерами. В корпусі розташований очисний диск 4, який має хвостовик 5 та виступи 6 на протилежних торцях. Диск 4 закріплений в корпусі 1 з можливістю обертання навколо своєї осі та зафіксований від осьового зміщення напресованим на нього лімбом 7. Диск 4 обладнаний центральним наскрізним – отвором 8, в якому закріплена промивочна трубка 9 та

фланці 10, діаметр А якого дещо менший внутрішнього діаметру А₁ камери 2. Виступи 6 диска 4 виконані в формі радіально розташованих на фланці 10 пластин, товщиною “а” та довжиною “l”. Фланець 10 з поверхнею камери 2 створює радіальний зазор К, та кільцеву порожнину 11, яка з'єднана з закріпленою в корпусі 1 відсмоктуючою трубкою 12. В камеру 3 вмонтована вакуумна трубка 13.

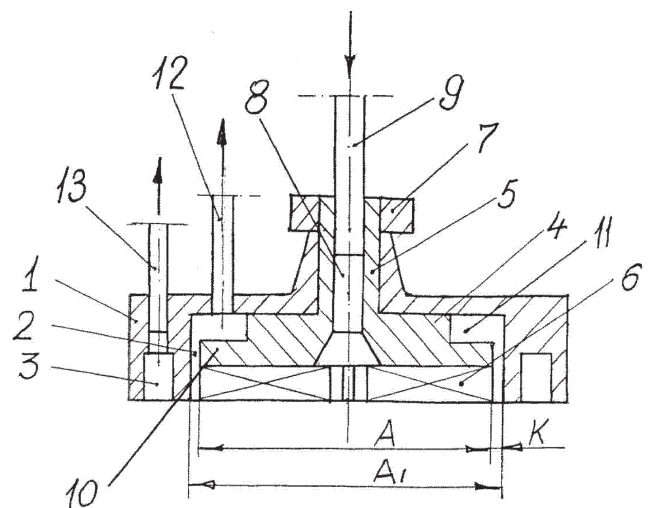
Промивочна, відсмоктуюча та вакуумна трубки виконані еластичними і підключаються дистальними кінцями до відповідних джерел живлення (на рисунках не показано) в ролі яких можуть використовуватись відомі пристрої.

Працює ППР наступним чином.

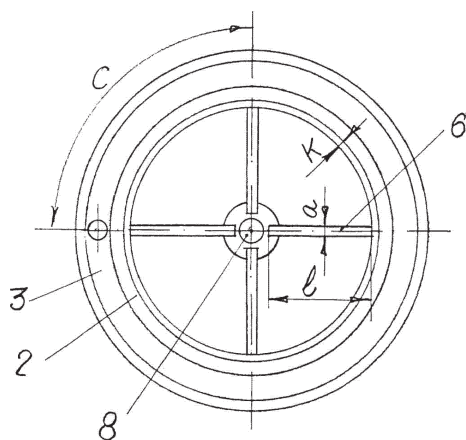
Корпус 1 прикладають до тіла пацієнта так, щоб рана опинилась всередині промивочної камери. В камері 3 створюють вакуум, під дією якого корпус присмоктується до шкіри, забезпечуючи цим герметичність раньової поверхні. Після цього по трубці подають ПР в камеру 2, а по трубці 12 – відсмоктують її. Витікаючи з трубки 9 по отвору 8 на поверхню рани, ПР рівномірно розподіляється між виступами 6 диска 4 перетікає між ними в радіальному напрямку, здійснюючи промивку поверхні рани. Досягаючи стінки промивочної камери, ПР разом з продуктами промивки (гній, кров, частки тканини), через зазор К всмоктується в кільцеву порожнину 11, звідки через трубку 12 виводиться за межі корпуса 1. При необхідності механічного видалення поверхні рани некротичних мас, користуючись лімбом 7, повертають зворотньо-поступово диск 4 в межах кута трохи більшого від кута С між пластинами 6.

Так як ПР рівномірно розподіляється по поверхні рани, не гальмується при перетіканні, і відсмоктується по периметру камери, то якість промивки підвищується. Одночасно з цим скорочується тривалість промивки та розхід ПР.

Крім промивки, цей пристрій може використовуватись для лікування ран газо-рідинним, або газовими середовищами, наприклад, киснем.



Фіг. 1



Фіг. 2

Формула корисної моделі

Пристрій для промивання ран, що містить циліндричний корпус з промивальною та герметизуючою камерами, співвісно закріплений в корпусі поворотний

очисний диск з хвостиком та виступами на протилежних торцях, а також, еластичні промивну, відсмоктувальну та вакуумну трубки, який відрізняється тим, що диск обладнаний центральним наскрізним отвором, в якому розташована промивальна труба, і фланцем, діаметр якого на 5–7 мм менше внутрішнього діаметра промивальної камери, а виступи виконані у формі радіально розташованих пластин.

РЕФЕРАТ

Винахід належить до медичної техніки і може бути використаним при лікуванні гнійних ран, а також при первинній хірургічній обробці ран. Пристрій для промивки ран включає циліндричний корпус з промивочною та герметизуючою камерами, співвісно закріплених у корпусі, очисний диск з хвостиком та виступами на протилежних торцях, а також закріплені у корпусі промивочну, відсмоктуючу та вакуумну еластичні трубки, дистальні кінці яких приєднані до відповідних джерел живлення.

Порядковий номер заявки, визначений заявником		Дата одержання		
(22) Дата подання заявки	Пріоритет	(51) МПК	ЕВ	(21) Номер заявки
(86) Реєстраційний номер та дата подання міжнародної заявки, установлені відомством-одержувачем				
(87) Номер і дата міжнародної публікації міжнародної заявки				
ЗАЯВА про видачу патенту України		ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ Державне підприємство “Український інститут інтелектуальної власності” вул. Глазунова, 1, м. Київ-42, 01601		
Подаючи нижчезазначені документи, прошу (просимо) видати: патент України на винахід позицію виключено <input checked="" type="checkbox"/> патент України на корисну модель				
(71) Заявник(и)		Код за ЄДРПОУ (для українських заявників)		
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)		02010787		
(вказується повне ім'я або найменування заявника(ів), його (їх) місце проживання або місцезнаходження та код держави згідно із стандартом ISO 3166-1:2002)				
Дані про місце проживання винахідників-заявників наводяться за кодом (72)				
Пропшу (просимо) встановити пріоритет заявки пунктів формули винаходу за заявкою N _____ за датою: подання попередньої заявки в державі – учасниці Паризької конвенції (навести дані за кодами (31), (32), (33)) подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку (навести дані за кодом (62)) подання до Установи попередньої заявки (навести дані за кодом (66))				
(31) Номер попередньої заявки	(32) Дата подання попередньої заявки	(33) Код держави подання попередньої заявки згідно із стандартом ISO 3166-1:2002	(62) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку	(66) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки

(54) Назва винаходу (корисної моделі) ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПРОМИВАННЯ РАН			
(98) Адреса для листування Відділ інтелектуальної власності та трансферу технологій, Національний медичний університет, бульвар Шевченка, 13, м.Київ, 01601, Телефон Телеграф Факс			
(74) Повне ім'я та реєстраційний номер представника у справах інтелектуальної власності або повне ім'я іншої довіреної особи			
Перелік документів, що додаються	Кількість арк.	Кількість прим.	Підстави щодо виникнення права на подання заявки й одержання патенту (без подання документів), якщо винахідник(и) не є заявником(ами): є документ про передачу прав винахідником(ами) або роботодавцем(ями) правонаступнику(ам) є документ про право спадкування
<input checked="" type="checkbox"/> опис винаходу	7	3	
<input checked="" type="checkbox"/> формула винаходу	1	3	
<input checked="" type="checkbox"/> креслення та інші ілюстративні матеріали	2	1	
<input checked="" type="checkbox"/> реферат	1	3	
документ про сплату збору за подання заявки			
документ, який підтверджує наявність підстав для зменшення збору або звільнення від сплати збору			
документ про депонування штаму			
копія попередньої заявки, яка підтверджує право на пріоритет			
переклад заявки українською мовою			
документ, який підтверджує повноваження довіреної особи (довіреність)			
інші документи:			
міжнародний звіт про пошук			
(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)	Місце проживання та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)	Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)	
Маланчук Владислав Олександрович Тривайло Михайло Семенович Копчак Андрій Володимирович Гарляускайте Ірена Юстинасівна Печека Світлана Анатоліївна			
Я (ми)	_____ (повне ім'я) _____		
прошу (просимо) не згадувати мене (нас) як винахідника(ів) при публікації відомостей стосовно заявки на видачу патенту			
Підпис(и) винахідника(ів)			
Підпис(и) заявника(ів)	Проректор з наукової роботи, професор _____ Т.М. Черенько		
Дата підпису	Якщо заявником є юридична особа, то підпис особи, що має на це повноваження, із зазначенням посади скріплюється печаткою. Якщо всі винахідники виступають заявниками, то їх підписи наводяться за кодом (72).		
М. П.			

13.3. ДОДАТОК 3. ПРИКЛАД ЗАЯВКИ НА СПОСІБ ПЛАСТИКИ НЕОВАГІНИ У ТРАНССЕКСУАЛІВ ЧОЛОВІЧО-ЖІНОЧОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, точніше хірургії і такого її розділу, як пластикна хірургія, і призначена для покращання результатів хірургічного лікування транссексуалізму чоловічої/жіночої (Ч/Ж) трансформації і, зокрема, зменшення частоти ускладнень у цій групі оперативних втручань.

В останні 10 років в Україні спостерігається значне збільшення кількості виконуваних пластичних операцій, метою яких є корекція статі, зокрема при транссексуалізмі. Це спонукає до пошуку шляхів покращання результатів пластичних операцій і, особливо, при хірургічній корекції статевих органів, зокрема неовагінопластиці. Аналіз існуючих способів оперативного втручання показує їхню недостатню ефективність, відносно високий рівень ускладнень, пов'язаних з небажаним випадінням неовагіни.

Так, відомий спосіб пластики неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації, який полягає у використанні методики так званої “пенальної інверсії” та пластики вагіни з комплексною інверсією пенальної та скротальної шкіри [1]. Недоліками цього способу є погана нервова чутливість внутрішніх стінок неовагіни, що зменшує сексуальне задоволення від статевого акту, а також схильність стінок неовагіни до випадання [2].

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб неовагінопластики за методикою “пенальної інверсії”, описаний М.О. Мілановим та Р.Т. Адамяном [3], вибраний як прототип. Цей спосіб створення піхви у транссексуалів Ч/Ж трансформації, полягає у формуванні вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пеніса із збереженою голівкою, що вивертається у попередньо сформований в позаміхуровому клітковинному просторі канал, який слугує стінкою неовагіни та фіксується до оточуючих тканин простим притисканням шляхом тугої тампонади порожнини неовагіни марлевими серветками. Спосіб-прототип має наступні недоліки. При недостатньому зростанні стінок неовагіни з оточуючими тканинами позаміхурового клітковинного простору можливе ускладнення – випадіння неопіхви, що спостерігається у 20 % випадків використання даного способу.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у зменшенні частоти ускладнень неовагінопластики за рахунок більш надійної фіксації сформованої з пенального футляра неовагіни у позаміхуровому клітковинному просторі за рахунок стимуляції росту сполучної тканини у місцях фіксації її стінок.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти ускладнень, що виникають при формуванні неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що передбачає формування вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пеніса із збереженою голівкою, що вивертається у попе-

редньо сформований в позаміхуровому клітковинному просторі канал, який слугує стінкою неовагіни та фіксується до оточуючих тканин простим притисканням шляхом тугої тампонади порожнини неовагіни марлевими серветками, згідно з корисною моделлю, між стінкою шкірно-спонгіозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці та оточуючими його тканинами позаміхурового клітковинного простору вшивають 3-4 клаптики проленої сітки діаметром 4 мм.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є додаткове вшивання клаптиків проленої сітки діаметром 4 мм. Завдяки цьому забезпечується більш надійна фіксація стінок шкірно-спонгіозного пенісного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці між оточуючими його тканинами позаміхурового клітковинного простору (за рахунок додаткового розростання сполучної тканини), чим попереджається небажане випадіння неовагіни в післяопераційному періоді. За доступними літературними даними такий спосіб пластики неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації невідомий.

Суть корисної моделі ілюструється схематичними кресленнями, на яких представлені різні етапи пластики неовагіни:

На Фіг. 1 – Видалення яєчок та кавернозних тіл, формування шкірно-спонгіозного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці, мобілізація всієї губчастої частини уретри, де

- 1) шкірно-спонгіозний клапоть,
- 2) судинно-нервова ніжка,
- 3) губчаста частина уретри,
- 4) голівка статевого члена,
- 5) мошонка.

На Фіг. 2 – Формування в позаміхуровому клітковинному просторі (spatium retrovesicale) порожнини для розміщення неопіхви, де

- 6) сухожилковий центр промежини,
- 7) порожнина для розміщення неопіхви у позаміхуровому клітковинному просторі.

На Фіг. 3 – Вивертання шкірно-спонгіозного вільного клаптя, фіксація на зовнішній поверхні стінки неовагіни 3-4 шматочків проленої сітки розміром діаметром 0,4 см; переміщення (за стрілкою) шкірно-спонгіозного вільного клаптя всередину сформованої у позаміхуровому клітковинному просторі (spatium retrovesicale) порожнини, де

- 6) сухожилковий центр промежини,
- 7) порожнина для розміщення неопіхви у позаміхуровому клітковинному просторі,
- 8) шматочки проленої сітки діаметром 0,4 см.

На Фіг. 4 – Формування статевих губ та зовнішньої частини уретри. Накладання швів на рану та встановлення катетера Фоллея в уретру для відведення сечі, де

- 8) шматочки проленої сітки діаметром 0,4 см,
- 9) сформовані статеві губи,
- 10) сформована зовнішня частина уретри.

Запропонований спосіб пластики неовагіни у транссексуалів Ч/Ж трансформації здійснюють наступним чином. Операцію починають з розрізу шкіри мошонки 1, видалення яєчок, мобілізації всієї губчастої частини

уретри 3. Потім відокремлюють дорзальний судинно-нервовий пучок 2 від кавернозних тіл у блоці з фасціальними оболонками, починаючи від нижньобокових поверхонь кавернозних тіл. Кавернозні тіла видаляють. Пересікають уретру біля голівки статевого члена 4. Шкірно-спонгіозний футляр 4 мобілізують від оточуючих тканин таким чином, щоб він утворив вільний клапоть 1 на судинно-нервовій ніжці 2.

В області границі між сечостатевою діафрагмою миски (diaphragma urogenitale) та власно діафрагмою миски (diaphragma pelvis), що визначається як сухожилковий центр промежини 6 (centrum tendineum perinea), після часткового розтину та розведення проєкційних відділів цибулино-губчастого (m. bulbospongiosus) та сіднично-печеристого (m. ischiocavernosus) м'язів, тупим та гострим шляхом формують порожнину для розміщення неопіхви 7. Потім на верхівці та боках зовнішньої (після вивертання шкірно-спонгіозного клаптя) поверхні стінки неовагіни фіксують 3-4 шматочки проленої сітки 8 діаметром 0,4 см. Неовагіну формують шляхом вивертання шкірного клаптя 1 всередину у сформовану в позаміхурному клітковинному просторі порожнину 7 (spatium retrovesicale) зі збереженням його кровопостачання та іннервації, при цьому дном неопіхви є голівка 4 статевого члена із збереженою автономною васкуляризацією та ерогенною чутливістю. Об'єм неовагіни заповнюють шляхом тугої тампонади марлевими серветками з метою притиснення стінки неовагіни (особливо в зоні фіксації шматків проленої сітки) до оточуючих тканин. Операцію закінчують формуванням статевої губи 9 та формуванням зовнішньої частини уретри 10 в області верхнього полюса неовагіни. Накладають шви на рану та встановлюють силіконові трубчасті активні дренажі та катетер Фоллея в уретру для відведення сечі.

Конкретний приклад застосування:

Хвора С. Вік – 28 років. Історія хвороби № 2008697.

Госпіталізована 08.04.2010 р. у відділення пластичної та реконструктивної хірургії центральної міської клінічної лікарні м. Києва у плановому порядку на оперативне лікування з діагнозом: “Транссексуалізм Ч/Ж трансформації”. Протокол операції № 153 від 09.04.2010 р. Операція виконується під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворого на спині з розведеними ногами.

Після обробки операційного поля виконали розріз шкіри довжиною до 12 см по середній лінії мошонки. Після мобілізації виконали видалення яєчок. Зробили мобілізацію спонгіозної тканини уретри від кавернозних тіл статевого члена на всьому його протязі від голівки до цибулини статевого члена (місця розходження ніжок кавернозних тіл). Таким чином мобілізується вся губчаста частина уретри.

Мобілізація дорзального судинно-нервового пучка від кавернозних тіл виконували у блоці з фасціальними оболонками, починаючи від нижньобокових поверхонь кавернозних тіл. Кавернозні тіла видаляють. Уретру пересікають біля голівки статевого члена. Циркулярним розрізом біля основи статевого члена сформований

шкірно-спонгіозний футляр мобілізують від оточуючих тканин таким чином, що він становиться вільним клаптем на судинно-нервовій ніжці, довжина якої дозволяє перемішувати її в необхідну ділянку промежини.

В ділянці границі сечостатевої діафрагми миски (diaphragma urogenitale) та власно діафрагмою миски (diaphragma pelvis), що визначається як сухожилковий центр промежини (centrum tendineum perinea), з частковим розтином та розведенням проєкційних відділів цибулино-губчастого (m. bulbospongiosus) та сіднично-печеристих (m. ischiocavernosus) м'язів тупим та гострим шляхом формують порожнину для розміщення неопіхви. Таким чином, неопіхва розташовується у позаміхурному клітковинному просторі, (spatium retrovesicale), довжина якого обмежена як відстанню до очередини так і розмірами сформованого методом “пенальної інверсії” шкірного футляра неопіхви. Частковий розтин поверхневих м'язів сечостатевої діафрагми миски виконуємо для попередження здавлення у м'язовому жомі присінка неопіхви у віддаленому періоді.

На верхівці внутрішньої (після вивертання шкірного клаптя) поверхні стінки неовагіни фіксують 3-4 шматочки проленої сітки діаметром 0,4 см. Неопіхву формують шляхом вивертання даного шкірного клаптя всередину зі збереженням його кровопостачання і іннервації, при цьому дном неопіхви є голівка статевого члена із збереженою автономною васкуляризацією та ерогенною чутливістю. Об'єм неопіхви заповнюють шляхом тугої тампонади марлевими серветками з метою придавлення стінки неопіхви (особливо в зоні фіксації проленою сіткою) до оточуючих тканин. Культю уретри виводять в області верхнього полюса неопіхви з формуванням зовнішнього уретрального свища. Сечу відводять через уретру катетером Фоллея протягом 7-8 днів після операції. Статеві губи формують із залишка тканин мошонки. Силіконові трубчасті активні дренажі. Асептичні пов'язки. Антибіотикопрофілактика – внутрішньовенне введення Зінацефу 1,5 мг за 30 хвилин до початку операції.

За період з 2010 по 2014 рік у клініці кафедри хірургії № 4 було проліковано способом, що заявляється, 5 хворих з аналогічним діагнозом. За час спостереження (середня тривалість 2 роки) у жодної пацієнтки не спостерігалось небажаного випадіння неовагіни (0 % відсотків – даного ускладнення).

Джерела інформації:

1. Bouman F.G. Surgery of External Genitalia in Female-to-Male Transsexuals. Pre sented at the ЧЙ-th Symposium on Gender Dysphoria. – Cleveland: Ohio, September, 1989.
2. Edgerton M.T. Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals // Plast.Reconstr.Surg.-1970.-V.46.-P.529.
3. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Козлов Г.И. Коррекция пола при транссексуализме. – Москва, 25 1999. – 151 с.

РЕФЕРАТ

Спосіб пластики неовагіни у транссексуалів чоловічо-жіночої трансформації, що передбачає формування вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляру пенісу із збереженою голівкою, що вивертається у сформований канал позаміхурового

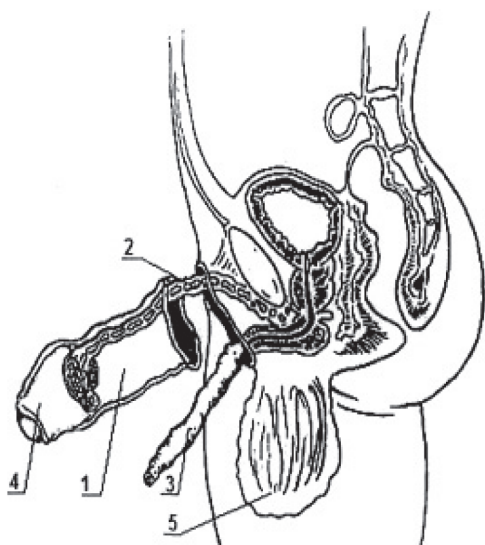
клітковинного простору в якості стінок неопіхви та фіксується до оточуючих тканин прижаттям за рахунок тугої тампонади порожнини неовагіни марлевими серветками, який відрізняється тим, що після формуванні вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пенісу із збереженою голівкою між стінкою шкірно-спонгіозного пенісного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці та оточуючими його тканинами позаміхурного клітковинного простору вшивають клаптики проленової сітки діаметром 4 мм.

Формула корисної моделі

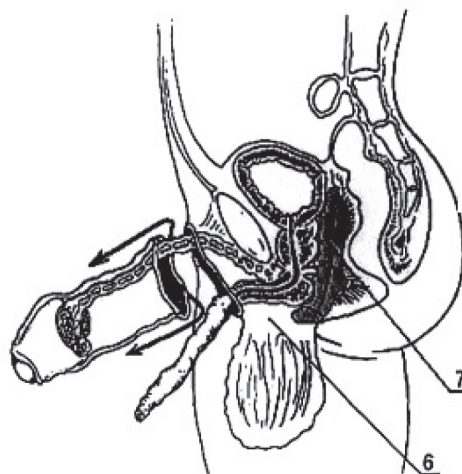
Спосіб пластики неовагіни у транссексуалів чоловічо-жіночої трансформації, що передбачає формування

вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пеніса із збереженою голівкою, що вивертається у сформований канал позаміхурного клітковинного простору як стінки неопіхви та фіксується до оточуючих тканин притисненням за рахунок тугої тампонади порожнини неовагіни марлевими серветками, який **відрізняється** тим, що після формуванні вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці зі шкірно-спонгіозного футляра пеніса із збереженою голівкою між стінкою шкірно-спонгіозного пенісного вільного клаптя на судинно-нервовій ніжці та оточуючими його тканинами позаміхурного клітковинного простору вшивають клаптики проленової сітки діаметром 4 мм.

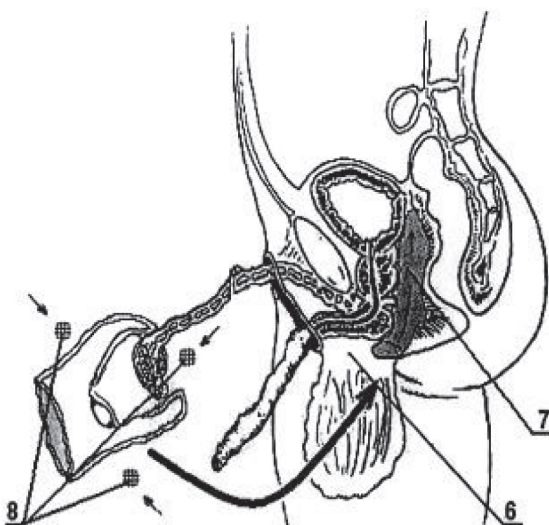
СПОСІБ ПЛАСТИКИ НЕОВАГНИ У ТРАНССЕКСУАЛІВ ЧОЛОВІЧО-ЖІНОЧОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ



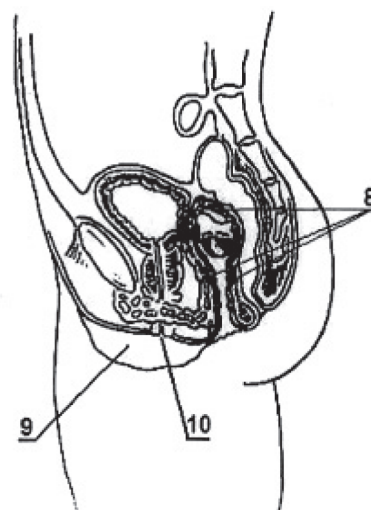
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СКЛАДАННЯ ЗАЯВОК НА ВИНАХІД І КОРИСНУ МОДЕЛЬ ДЛЯ НАУКОВЦІВ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Порядковий номер заявки, визначений заявником		Дата одержання		
(22) Дата подання заявки	Пріоритет	(51) МПК	ЕВ	(21) Номер заявки
(86)	Ресстраційний номер та дата подання міжнародної заявки, установлені відомством-одержувачем			
(87)	Номер і дата міжнародної публікації міжнародної заявки			
ЗАЯВА про видачу патенту України		ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ Державне підприємство "Український інститут інтелектуальної власності" вул. Глазунова, 1, м. Київ-42, 01601		
Подаючи нижчезазначені документи, прошу (просимо) видати: патент України на винахід позицію виключено <input checked="" type="checkbox"/> патент України на корисну модель				
(71) Заявник(и)				Код за ЄДРПОУ (для українських заявників)
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м.Київ-4, 01601 (UA)				02010787
(ззначається повне ім'я або найменування заявника(ів), його (їх) місце проживання або місцезнаходження та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST.3. Дані про місце проживання винахідників-заявників наводяться за кодом (72)				
Пропу (просимо) встановити пріоритет заявки пунктів формули винаходу за заявкою N _____ за датою: подання попередньої заявки в державі – учасниці Паризької конвенції (навести дані за кодами (31), (32), (33) подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку (навести дані за кодом (62) подання до Установи попередньої заявки (навести дані за кодом (66)				
(31) Номер попередньої заявки	(32) Дата подання попередньої заявки	(33) Код держави подання попередньої заявки згідно із стандартом ВОІВ ST.3	(62) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку	(66) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки
(54) Назва винаходу (корисної моделі) Спосіб пластики неовагіни у транссексуалів чоловічо-жіночої трансформації				
(98) Адреса для листування Відділ інтелектуальної власності та трансферу технологій, Національний медичний університет, бульвар Шевченка, 13, м.Київ, 01601 Телефон Телеграф Факс				
(74) Повне ім'я та ресстраційний номер представника у справах інтелектуальної власності або повне ім'я іншої довіреної особи				

Перелік документів, що додаються	Кількість арк.	Кількість прим.	
<input checked="" type="checkbox"/> опис винаходу	7	3	Підстави щодо виникнення права на подання заявки й одержання патенту (без подання документів), якщо винахідник(и) не є заявником(ами): є документ про передачу прав винахідником(ами) або роботодавцем(ями) правонаступнику(ам) є документ про право спадкування
<input checked="" type="checkbox"/> формула винаходу	1	3	
<input checked="" type="checkbox"/> креслення та інші ілюстративні матеріали	1	1	
<input checked="" type="checkbox"/> реферат	1	3	
документ про сплату збору за подання заявки			
документ, який підтверджує наявність підстав для зменшення збору або звільнення від сплати збору			
документ про депонування штаму			
копія попередньої заявки, яка підтверджує право на пріоритет			
переклад заявки українською мовою			
документ, який підтверджує повноваження довіреної особи (довіреність)			
інші документи:			
міжнародний звіт про пошук			
(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)	Місце проживання та код держави згідно із стандартом ВОІВ ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)		Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)
Мішалов Володимир Григорович Храпач Василь Васильович Дінець Андрій Володимирович Захарцева Ольга Іраклівна Храпач Олександр Васильович Сулік Яна Олегівна Захарченко Марія Володимирівна			
Я (ми)	_____ (повне ім'я) _____		
прошу (просимо) не згадувати мене (нас) як винахідника(ів) при публікації відомостей стосовно заявки на видачу патенту Підпис(и) винахідника(ів)			
Проректор з наукової роботи, професор _____ Т.М. Черенько Підпис(и) заявника(ів)			
Дата підпису М. П.	Якщо заявником є юридична особа, то підпис особи, що має на це повноваження, із зазначенням посади скріплюється печаткою. Якщо всі винахідники виступають заявниками, то їх підписи наводяться за кодом (72).		

13.4. ДОДАТОК 4. ПРИКЛАД ЗАЯВКИ НА СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до неврології, і може бути використана як атравматичний діагностичний спосіб прогнозування інсульту після атеротромботичного патогенетичного підтипу транзиторної ішемічної атаки.

Провідними чинниками ризику мозкового інсульту вважають транзиторні ішемічні атаки (ТІА) [1, 6, 10, 13]. Згідно з даними нещодавно проведених популяційних досліджень ризик інсульту в перші 3 міс. після ТІА коливається від 15 до 20 % [10, 8, 9] та є різним залежно від провідного патогенетичного підтипу першої ТІА [4]. Існує багато клінічних доказів високого ризику раннього розвитку ТІА та інсульту в пацієнтів з атеросклеротичним стенозом внутрішньої сонної артерії [1, 4, 6]. Враховуючи високу поширеність ТІА на Україні (95,8 випадків на 100 тис населення) [5] та їх патогенетичну гетерогенність, своєчасне і надійне прогнозування ризику інсульту після ТІА, особливо з урахуванням її патогенетичного підтипу, надзвичайно важливе для поліпшення системи вторинної профілактики мозкового інсульту з його непередбачуваним клінічним перебігом, а нерідко і фатальними наслідками.

Відомий спосіб діагностики розвитку інсульту після перенесеної ТІА ґрунтується на оцінці 7-денного прогностичного ризику за шкалою ABCD (Age, Blood pressure, Clinical features, Duration), запропонованою у 2005 році британськими дослідниками Rothwell P.M., Giles M.F. та співавторами. Проте дана шкала не є специфічною та достатньо чутливою з урахуванням гетерогенності ТІА, а оцінений прогностичний ризик на думку деяких авторів є недостатнім та з огляду на проведені нами дослідження має низьку чутливість та специфічність.

Інший спосіб – запропонована у 2007 році шкала прогностичної оцінки ризику інсульту після ТІА ABCD2 (Age, Blood pressure, Clinical features, Duration, Diabetes) [11]. Вона є доповненням до шкали ABCD за рахунок додаткового включення пункту “діабет” і більш чутлива щодо прогнозування ризику інсульту на 2, 7 та 90 добу після ТІА, порівняно з 7-денним прогнозуванням ризику за шкалою ABCD [12].

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб прогнозування ризику розвитку інсульту, вибраний як прототип, який передбачає застосування шкали прогностичної оцінки короткочасного та довготривалого (до 2-х років) ризику інсульту після транзиторної ішемічної атаки – АВН [2]. За даною шкалою ризик інсульту оцінюється по 3 пунктах: Age – вік пацієнта ≥ 60 років – 2 бали, Blood pressure – артеріальний тиск на момент розвитку симптоматики $>140/90$ мм. рт. ст. – 2 бали, Neuroimaging – нейровізуалізація: наявність нового осередку ішемії відповідного судинного басейну за даними нейровізуалізації – 3 бали.

Максимальна сума балів за даною шкалою становить 7, мінімальна – 0 балів. Групу високого ризику станов-

лять пацієнти з оцінкою в 5-7 балів, середнього – 3–4 бали, низького – 0–2 бали. Шкала має високу специфічність та чутливість, є зручною та простою у використанні.

Недоліком наведеного прототипу є те, що в ньому не враховується провідний патогенетичний підтип транзиторної ішемічної атаки, зокрема атеротромботичний, який найбільш часто є причиною як первинних, так і повторних судинних подій та не використовуються показники, що посилюють діагностичну точність прогнозу інсульту саме після атеротромботичного підтипу транзиторної ішемічної атаки.

Задачею способу, що заявляється, є прогнозування повторного інсульту у хворих атеротромботичним підтипом транзиторних ішемічних атак, який визначали шляхом підвищення діагностичної точності шкали АВН за рахунок використання специфічного для цього підтипу прогностичного чинника. Це дозволить більш точно прогнозувати повторний інсульт у разі атеротромботичного характеру судинної катастрофи.

Технічний результат, що отримується від вирішення задачі полягає у точності прогнозування повторних інсультів після атеротромботичного підтипу транзиторної ішемічної атаки залежно від рівня товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії. Це дозволяє посилити діагностичну точність прогнозу та зменшити частоту виникнення інсульту за рахунок модифікації вторинної профілактичної терапії хворих з транзиторними ішемічними атаками атеротромботичного походження.

Відмінними особливостями способу, що заявляється, є те, що при прогнозуванні повторних судинних церебральних катастроф враховувалась патогенетична гетерогенність транзиторних ішемічних атак та визначений показник товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії, який високо корелював з розвитком інсульту протягом двох років у хворих після транзиторних ішемічних атак атеротромботичного генезу; введення його до шкали АВН з присвоєнням 2-х балів дозволило з високою точністю передбачити інсульт у цих хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі шкального визначення ризику інсульту після транзиторних ішемічних атак, який включає оцінку віку, артеріального тиску, наявності вогнища свіжої ішемії головного мозку відповідного судинного басейну у пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками за даними нейровізуалізації, згідно з корисною моделлю, додатково визначають величину товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії, розраховують величину цього показника і при його значенні понад 1,23 мм прогнозують інсульт.

Розроблена нова шкала оцінки ризику інсульту після транзиторних ішемічних атак з урахуванням патогенетичного підтипу транзиторної ішемічної атаки – атеротромботичного (АТР) АВН(Sa) (Age, Blood pressure, Neuroimaging, Subtype atherotrombotic) враховує: вік пацієнта (понад 60 років – 2 бали), величину артеріального тиску на момент розвитку транзиторних ішемічних атак

(понад 160/90 мм рт. ст. – 2 бали), наявність вогнища свіжої ішемії за даними нейровізуалізації у судинному басейні, відповідному клінічним проявам ТІА (3 бали), ТКІМ ЗСА (якщо вона більше 1,23 мм – 2 бали). Максимальна сума балів за даною шкалою становить 9 балів, а мінімальна визначається оцінкою в 0 балів. Групу високого ризику становлять пацієнти з оцінкою в 5–9 балів, середнього – 3–4 балів, низького – 0–2 бали для атеротромботичного підтипу транзиторної ішемічної атаки.

Спосіб здійснюється таким чином: У хворих з транзиторними ішемічними атаками в першу добу після розвитку захворювання поряд з проведенням клініко-неврологічного та додаткового лабораторного та інструментального (магнітнорезонансно-томографічного або комп'ютерно-томографічного) досліджень проводять ультразвукове доплерографічне дослідження із визначенням товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії. Цей показник разом з такими прогностичними чинниками, як наявність вогнища гострої ішемії за даними нейровізуалізації, вік хворого, величина артеріального тиску на момент розвитку транзиторної ішемічної атаки вводять до шкали (табл. 1).

Максимальна кількість балів у разі атеротромботичного (АТР) підтипу транзиторної ішемічної атаки (ТІА) – 9 балів. До високого ризику належать хворі, у яких прогностичний бал був вищим за 5 (6–9 балів).

Для побудови шкали прогнозування ризику інсульту після транзиторної ішемічної атаки атеротромботичного підтипу розроблено формалізовану історію хвороби, в якій аналізували 27 клінічних симптомів. Вони відображають об'єм неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale / Шкала інсульту Національного інституту здоров'я) [7], дані фізикального, ультразвукового доплерографічного, лабораторного та нейровізуалізаційного обстеження 25 пацієнтів з транзиторною ішемічною атакою віком від 35 до 79 років (середній вік 58,8±2,2 року), що лікувались у відділеннях судинного профілю Олександрівської клінічної лікарні м. Києва в період з 2006 по 2008 роки.

На підставі кореляційного аналізу для атеротромботичного підтипу транзиторної ішемічної атаки знаходили додаткову ознаку (крім тих, що включені в базовий варіант шкали АВН) з найбільшим коефіцієнтом кореляції. Таким виявилась товщина комплексу інтими медіа загальної сонної артерії. Вірогідність інсульту залежно від величини цього показника розраховували за допомогою методу бінарної логістичної регресії. Відібраному

показнику надавали відповідний бал за принципами, які лягли в основу створення шкали АВН [2, 3].

Статистичну обробку даних проводили шляхом застосування пакета статистичних програм SPSS 13.0 for Windows.

За допомогою бінарного логістичного регресійного аналізу нами встановлено, що вірогідність повторного інсульту у хворого атеротромботичним підтипом транзиторних ішемічних атак, що перевищує 50 %, виникає у разі товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії (ТКІМ ЗСА), понад 1,23 мм, (див. графік).

У разі товщини комплексу інтими медіа загальної сонної артерії (ТКІМ ЗСА) понад 1,23 мм вірогідність інсульту перевищує 50 %. Якщо хворих з АТР підтипом ТІА згрупувати за показником ТКІМ ≤1,23 мм та >1,23 мм, то чутливість прогнозу інсульту лише за цими характеристиками становитиме 78,6 %, табл. 2.

Високою виявилась також і специфічність прогнозу – 72,7 %. Відсоток правильно прогнозованих результатів – точність прогнозу (Da) також був високим і склав 76 %.

Враховуючи достатньо високу вірогідність інсульту у хворих з АТР підтипом ТІА з показником ТКІМ понад 1,23 мм (78,6 %), що співставлена з такими показниками як вік хворих понад 60 років, наявність вогнища та величина АТ понад 150 мм рт. ст., ми визнали доцільним ввести цей показник до шкали прогнозу інсульту у зазначених хворих. Дотримуючись задекларованих вище принципів, цьому показникові надали 2 бали.

Порівнювали чутливість, специфічність, діагностичну точність шкали АВН та нового її варіанту з додаванням до АВН найбільш прогностично значущого для АТР підтипу – показника ТКІМ (табл. 3).

Введення до розробленої шкали такого показника як ТКІМ понад 1,23 мм підвищило діагностичну точність прогнозу інсульту у хворих з АТР підтипом ТІА до 92 % порівняно з 82 % за шкалою АВН (p=0,22) за рахунок підвищення її чутливості і специфічності до 100,0 % і 81,8 % проти відповідно 85,7 % і 72,7 % за шкалою АВН.

За способом, що заявляється, на базі міського неврологічного центру Олександрівської клінічної лікарні м. Києва було обстежено 96 хворих з транзиторними ішемічними атаками віком від 29 до 83 років (середній вік 56,3±1,3 роки). Протягом 2 річного спостереження у них було відмічено 17 (17,7 %) інсультів.

Таким чином, за допомогою способу, що заявляється, був достовірно прогнозований ризик виникнення інсульту після перенесеної ТІА АТР патогенетичного підтипу та виявлений додатковий критерій, порівняно з способом-прототипом, який дозволив підвищити діагно-

Таблиця 1

Шкала прогнозу інсульту у хворих з АТР підтипом ТІА

Прогностичний чинник	Бал
Наявність вогнища	3
Вік хворих понад 60 років	2
АТ понад 160/90 мм рт. ст.	2
ТКІМ понад 1,23 мм	2
Всього	9

Таблиця 2.

Чутливість та специфічність прогнозу інсульту у хворих з АТР підтипом ТІА, за товщиною ТКІМ ЗСА

Товщина ТКІМ, мм	Інсульт, n (%)		Всього
	Не виник	Виник	
≤1,23	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100)
>1,23	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)
Всього	11 (44,0)	14 (56,0)	25 (100)

Чутливість і специфічність прогностичної шкали інсульту
протягом 2 років з урахуванням ТКІМ у хворих з АТР підтипом ТІА та за шкалою АВН

Ризик інсульту	Шкала					
	АВН+ТКІМ			АВН		
	ІВ	ІНВ	Всього	ІВ	ІНВ	Всього
Високий	14	2	16	12	3	15
п, %	100,0	12,2	64,0	85,7	27,3	60,0
Низький	0	9	9	2	8	10
п, %	0,0	81,8	36,0	14,3	72,7	40,0
Всього	14	11	25	14	11	25
	100	100	100	100	100	100
Діагностична точність	92,0			80,0		

Примітка: ІВ – інсульт виник; ІНВ – інсульт не виник

стичну точність прогнозу за прототипом. Розроблена шкала АВН(Sa) – удосконалений варіант шкали АВН, який враховує патогенетичну гетерогенність ТІА та розрахована на прогноз у хворих з АТР підтипом ТІА. Це дозволяє не лише з достатньо високою діагностичною точністю визначити дворічні наслідки транзиторної ішемічної атаки у таких хворих, але за рахунок встановлення модифікованих чинників посилити вплив на ефективність вторинної профілактики у пацієнтів з хворобою великих судин.

Джерела інформації:

1. Віничук С.М., Прокопів М.М. (2006) Гострий ішемічний інсульт. Наукова думка, Київ, 286 с.
2. Віничук С.М. Шкала прогнозування ризику виникнення інсульту після перенесеної транзиторної ішемічної атаки / С.М.Віничук, О.С. Фартушна // Український медичний часопис. – 2009. – № 6/74 (XI-XII). – С. 69-72.
3. Пат. 46688 Україна, МПК А61В 8/06. Спосіб прогнозування ризику виникнення інсульту після транзиторної ішемічної атаки / Віничук С.М., Фартушна О.С.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – № u200910425; заявл. 15.10.2009; опубл. 25.12.2009, Бюл. № 24, 2009-5 с.
4. Жданова М.П., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С. (2007) Стан неврологічної служби України в 2006 році та перспективи розвитку. Харків, 24 с.
5. Allen CL, Bayraktutan U. (2008) Risk factors for ischaemic stroke. International Journal of Stroke, 3:105-116.
6. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al. (1989) Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke, 20:864-870.
7. Giles MF, Rothwell PM. (2007) Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol, 6(12): 1063-72.
8. Giles MF, Rothwell PM. (2008) Risk prediction after TIA: the ABCD system and other methods. Geriatrics, 63(10): 10-3, 16.
9. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. (2007) Validation and

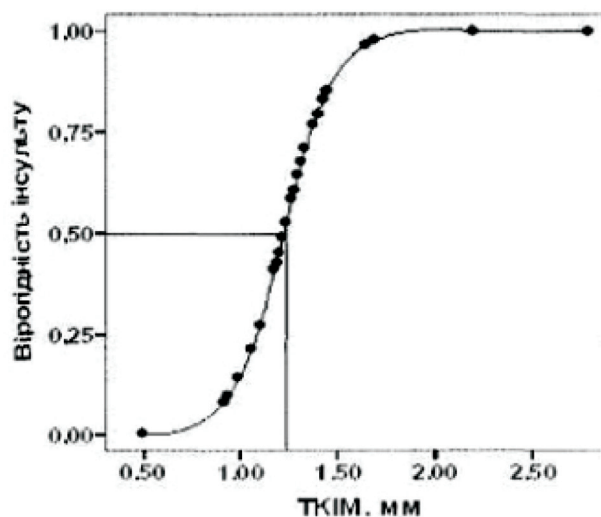
refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet, 369(9558):283-92.

10. Josephson SA, Sidney S, Pham TN, Bernstein AL, Johnston SC. (2008) Higher ABCD2 score predicts patients most likely to have true transient ischemic attack. Stroke, 39(11):3096-8.

11. Lavallee PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O, Mazighi M, Nifle C, Niclot P, Lapergue B, Klein IF, Brochet E, Steg PG, Leseche G, Labreuche J, Touboul PJ, Amarenco P. (2007) A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (sos-tia): Feasibility and effects. Lancet Neurol., 6:953-960.85.

12. Lovett JK, Dennis MS, Sandercock PAG, Bamford J, Warlow CP, Rothwell PM. (2003) Very early risk of stroke after a transient ischemic attack. Stroke; 34:138-140.

13. Rothwell PM, Giles MF, Flossmann E, Lovelock CE, Redgrave JN, Warlow CP, Mehta Z. A (2005) simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. Lancet, 366(9479):29-36.



РЕФЕРАТ

Спосіб прогнозування повторного ішемічного інсульту, що включає оцінку віку, артеріального тиску, наявності вогнища свіжої ішемії головного мозку відповідного судинного басейну у пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками за даними нейровізуалізації, який відрізняється тим, що додатково визначають величину товщини комплексу інтима медіа загальної сонної артерії, розраховують величину цього показника і в разі його підвищення понад 1,23 мм прогнозують рецидив інсульту.

Формула корисної моделі

Спосіб прогнозування повторного ішемічного інсульту, що включає оцінку віку, артеріального тиску, наявності вогнища свіжої ішемії головного мозку відповідного судинного басейну у пацієнтів з транзиторними ішемічними атаками заданими нейровізуалізації, який **відрізняється** тим, що додатково визначають величину товщини комплексу інтима медіа загальної сонної артерії, розраховують величину цього показника і в разі його підвищення понад 1,23 мм прогнозують рецидив інсульту.

Порядковий номер заявки, визначений заявником		Дата одержання		
(22) Дата подання заявки	Пріоритет	(51) МПК	ЕВ	(21) Номер заявки
(86) Реєстраційний номер та дата подання міжнародної заявки, установлені відомством-одержувачем				
(87) Номер і дата міжнародної публікації міжнародної заявки				
ЗАЯВА про видачу патенту України	ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ Державне підприємство “Український інститут інтелектуальної власності” вул. Глазунова, 1, м. Київ-42, 01601			
Подаючи нижчезазначені документи, прошу (просимо) видати: патент України на винахід позицію виключено <input checked="" type="checkbox"/> патент України на корисну модель				
(71) Заявник(и)			Код за ЄДРПОУ (для українських заявників)	
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця бул. Шевченка, 13, м.Київ-4, 01601 (UA)			02010787	
(зазначається повне ім'я або найменування заявника(ів), його (їх) місце проживання або місцезнаходження та код держави згідно із стандартом BOIB ST.3. Дані про місце проживання винахідників-заявників наводяться за кодом (72)				
Пропшу (просимо) встановити пріоритет заявки пунктів формули винаходу за заявкою N _____ за датою: подання попередньої заявки в державі – учасниці Паризької конвенції (навести дані за кодами (31), (32), (33) подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку (навести дані за кодом (62) подання до Установи попередньої заявки (навести дані за кодом (66)				
(31) Номер попередньої заявки	(32) Дата подання попередньої заявки	(33) Код держави подання попередньої заявки згідно із стандартом BOIB ST.3	(62) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки, з якої виділено цю заявку	(66) Номер та дата подання до Установи попередньої заявки
(54) Назва винаходу (корисної моделі)				
СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ				

(98) Адреса для листування

Відділ інтелектуальної власності та трансферу технологій, Національний медичний університет, бульвар Шевченка, 13, м. Київ, 01601

Телефон Телеграф Факс

(74) Повне ім'я та реєстраційний номер представника у справах інтелектуальної власності або повне ім'я іншої довіреної особи

Перелік документів, що додаються	Кількість арк.	Кількість прим.	
<input checked="" type="checkbox"/> опис винаходу	8	3	Підстави щодо виникнення права на подання заявки й одержання патенту (без подання документів), якщо винахідник(и) не є заявником(ами):
<input checked="" type="checkbox"/> формула винаходу	1	3	
<input checked="" type="checkbox"/> креслення та інші ілюстративні матеріали			
<input checked="" type="checkbox"/> реферат	1	3	
документ про сплату збору за подання заявки			
документ, який підтверджує наявність підстав для зменшення збору або звільнення від сплати збору			
документ про депонування штаму			
копія попередньої заявки, яка підтверджує право на пріоритет			
переклад заявки українською мовою			
документ, який підтверджує повноваження довіреної особи (довіреність)			
інші документи:			
міжнародний звіт про пошук			є документ про передачу прав винахідником(ами) або роботодавцем(ями) правонаступнику(ам)
			є документ про право спадкування

(72) Винахідник(и) Винахідник(и)-заявник(и) (повне ім'я)	Місце проживання та код держави згідно із стандартом VOIB ST. 3 (для іноземних осіб – тільки код держави)	Підпис(и) винахідника(ів)- заявника(ів)
Черенько Тетяна Макарівна Віничук Степан Мілентійович Фартушна Олена Євгенівна		

Я (ми) _____ (повне ім'я)

прошу (просимо) не згадувати мене (нас) як винахідника(ів) при публікації відомостей стосовно заявки на видачу патенту
Підпис(и) винахідника(ів)

Підпис(и) заявника(ів) Проректор з наукової роботи, професор _____ Т.М. Черенько

Дата підпису _____
М. П. _____
Якщо заявником є юридична особа, то підпис особи, що має на це повноваження, із зазначенням посади скріплюється печаткою. Якщо всі винахідники виступають заявниками, то їх підписи наводяться за кодом (72).