МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

84-ої науково-практичної конференції
студентів і молодих вчених з міжнародною участю

«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ»

12-13 березня 2015 року
м. Івано-Франківськ

Головний редактор – Ректор ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Заслужений діяч науки і техніки України, д. мед. н., професор **М.М. Рожко**

Редакційна колегія:

Перший проректор, д.б.н. професор **Г.М. Ерстенюк**
Проректор з наукової роботи, д.мед.н., професор **І.П. Вакалюк**
Науковий керівник Студентського наукового товариства та Товариства молодих вчених, д.мед.н., професор **Н.М. Воронич-Семченко**
Голова Товариства молодих вчених – к.мед.н., доцент **З.Я. Гурик**
Голова Ради Студентського наукового товариства **– О.Р. Оріщак**
Заступник Голови Ради СНТ **– М.М. Островський, С.В. Варунків**
Секретар Ради СНТ **– О.М. Луцак**

Організаційний комітет:

Ващук Д.М., Волинський Д.А., Гавенко Б.В., Галанджій М.-А.В., Геник І.К., Гохкаленко І.Д., Гурмак А.В., Дмитрук Ю.І., Засідко В.В., Линдюк М.Д., Луцак Ю.М., Синькович Н.М., Сілецька О.В., Соловій Р.Д., Петраш А.В., Юркевич Б.Є.

Дизайн палітурки: **Петришин І.Ю.**

Конференція включена до «Реєстру з'їздів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових семінарів і пленумів, які проводитимуться у 2015 році» Міністерства охорони здоров'я України

Шановні колеги!
Дорогі учасники та гості 84-ї науково-практичної конференції студентів і молодих учених!

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» радий вітати на Прикарпатті талановиту молодь!

Цей рік особливий для університету, адже навчальному закладу виповнюється 70 років. За роки плідної праці Станіславський державний медичний інститут став потужним навчальним закладом, який проводить великий об'єм навчальної, лікувально-діагностичної і наукової роботи. Сьогодні ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» має медичний, стоматологічний, фармацевтичний факультети, факультет підготовки іноземних громадян, Навчально-науковий інститут післядипломної освіти. З метою підвищення фахової підготовки в університеті відкриті навчально-практичні центри «Медицина», «Стоматологія», «Фармація», функціонують Університетська клініка, студентський профілакторій, спортивно-оздоровчий комплекс, відпочинково-рекреаційний комплекс «Арніка». Основним напрямком наукової роботи університету є розробка нових медичних технологій діагностики і лікування захворювань людини. У досягненнях університету велике значення мають наукові розробки студентів і молодих вчених, які стосуються фундаментальних і клінічних досліджень. Своєрідним підсумком наукової діяльності і співпраці є щорічна конференція, у якій беруть участь студенти і молоді вчені не тільки ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», але і науковці вищих навчальних закладів України та інших держав.

Сподіваюся, що представлені цьогоріч на конференції розробки і наступні досягнення молодих науковців слугуватимуть збереженню здоров'я населення України. Бажаю Вам, дорогі студенти та молоді вчені, міцного здоров'я, Божого благословення, мудрості, терпіння, творчої наснаги та нових творчих звершень. Зичу усім учасникам конференції натхнення на добру науку та творчу працю! Бажаю підкорити нові вершини знань, досягти омріяної мети, зустріти справжніх і надійних друзів! Нехай світлим, радісним й плідним буде кожен Ваш крок. Переконаний, Ваші здібності, талант, високі патріотичні почуття стануть запорукою нових визначних успіхів, котрими пишатиметься Україна.

Ректор
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Заслужений діяч науки і техніки України,
доктор медичних наук, професор,
Лауреат Державної премії України
у галузі науки і техніки

М. М. Рожко

Наукові керівники (куратори) СНТ

Проф. Верхатський С.А.

Проф. Ротенберг Д.Л.

Проф. Хананаєв Л.І.

Проф. Клименко А.О.

Проф. Купновицька І.Г.

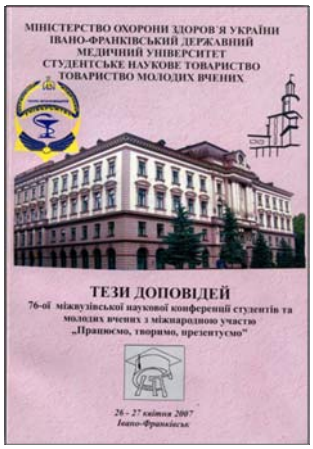
Проф. Буянова О.В.

Проф. Вірстюк Н.Г.

Проф. Воронич-Семченко Н.М.

Матеріали студентських наукових конференцій

2014 рік



2007 рік

1991 рік

Ректор, Заслужений діяч науки і техніки проф. Рожко М.М.

Акад. Бабенко Г.О. та проф. Райцес В.С., 1967 рік

Проф. Нейко Є.М., проф. Купновицька І.Г., 1978 рік

Гурток з акушерства та гінекології проводить проф. Лановий І.Д., 1983 рік

Доц. Грижак І.Г. ознайомлює студентів наукового гуртка з історією кафедри

Проф. Семенів Д.В., доц. Дзюбак О.Д. на засіданні наукового гуртка, 1983 рік

Заняття наукового гуртка проводить проф. Попович Ю.І.

Проф. Боцюрко В.І., проф. Воронич-Семченко Н.М. на засіданні гуртка з ендокринології, 1990 рік

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології (1982 рік - зліва, 2003 рік - справа)

Кафедра дитячих інфекційних хвороб, доц. Зубик Б.А.

Кафедра загальної хірургії, проф. Геник С.М., 1987 рік

Кафедра внутрішньої медицини, засідання гуртка з акад. Середюком Н.М.

Проф. Ковальчук Л.Є., кафедра медичної біології і медичної генетики

Проф. Сулима В.С. на гуртку з травматології, 1981р.

Консультативний прийом з групою студентів проводять доц. Іванов С.О., доц. Музиченко Н.І.

ІСТОРІЯ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОГО ТОВАРИСТВА УНІВЕРСИТЕТУ

д. мед. н., професор Хананаєв Л. І.

Студентське наукове товариство (СНТ) було організовано у 1950 році. Перші наукові гуртки виникли на теоретичних кафедрах – нормальної фізіології, нормальної анатомії та біохімії. У позаурочний час студенти-ентузіасти під керівництвом викладачів поглиблювали свої знання: на перших порах займались вивченням літератури, а на кафедрі нормальної фізіології вивчали біоелектричні потенціали збудливих тканин. Поступово створювались гуртки і на інших кафедрах. Пригадується бурхливе засідання старшокурсників клінічних кафедр навесні 1949 року. Пізніше стало відомо, що були створені гуртки на клінічних кафедрах для поглиблення фахових знань студентів у позаурочний час.

Навесні 1950 року пройшла перша наукова конференція з участю представників гуртків від теоретичних і клінічних кафедр. Для керівництва рухом студентів за поглиблення наукових знань було створено СНТ по аналогії з клінічними товариствами хірургів і терапевтів. Першим головою СНТ став студент-старшокурсник Григорій Іванович Цюрупа. Він відрізнявся великою цілеспрямованістю у навчанні і наукових пошуках, згодом став професором, начальником кафедри Самарської військово-медичної академії. Голова СНТ Г. Цюрупа разом із Радою СНТ і куратором СНТ організували і провели дві інститутські наукові студентські конференції. Загалом уже проведено 83 студентських наукових конференцій. Першим куратором товариства від викладацького складу був професор Верхратський Сергій Авраамович. У 1952 році його замінив професор Ротенберг Давид Лазарович. З 1968 року і до 1986 року куратором СНТ був професор Хананаєв Леонід Іванович, а з 1986 по 1988 рік - професор Клименко Анатолій Олексійович. У наступні роки кураторами СНТ були професор Купновицька Ірина Григорівна, професор Буянова Олександра Василівна, професор Вірстюк Наталія Григорівна. Сьогодні науковим наставником СНТ є професор Воронич-Семченко Наталія Миколаївна. Головою СНТ традиційно обирався студент 4-5 курсу інституту.

За історію університету у різні роки кращими були визнані наукові гуртки при кафедрах біохімії (зав. доцент Є.Ф. Шамрай, професор Г.О. Бабенко), анатомії людини (зав. доц. Н.О. Журавська, професор Ю.П. Мельман), фізіології (зав. професор В.С. Райцес, професор І.В. Ємельяненко), госпітальної хірургії (зав. професор С.А. Верхратський, професор В.Ф. Сенютович), госпітальної терапії (зав. професор М.Л. Авіосор), загальної терапії (зав. професор П.М. Вакалюк, професор М.М. Бережницький) та ряд інших. У даний час при кожній клінічній і теоретичній кафедрі працюють студентські наукові гуртки.

Студенти-гуртківці з успіхом виступали з доповідями за результатами наукових досліджень на конференціях у Києві, Сімферополі, Чернівцях, Ужгороді та інших містах, приймали участь у різноманітних конкурсах на кращу студентську наукову роботу, нагороджувались пам'ятними відзнаками і медалями. Активно займались у студентських гуртках такі відомі вчені та фахівці-медики: професор С.М. Геник, професор Б.В. Шутка, професор І.П. Ванджура, професор М.І. Пітик, професор В.А. Левицький, професор І.П. Герелюк, І. Семак, С. Рохкінд та інші. Кращі гуртківці – відмінники навчання рекомендувались для науково-педагогічної роботи в інституті. Станіславський медичний інститут (нині ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет») позбувся кадрового голоду і впродовж багатьох років забезпечується власними кадрами асистентів, доцентів, професорів. Зокрема, доцент З.Ж. Гуде, професор М.О. Ковтуняк, професор В.О. Смолинська, професор Ю.М Гузєєв, професор І.І. Гудивок, професор М.Г Шевчук, професор П.М. Вакалюк, професор М.М. Бережницький, доцент О.С. Телев'як, професор Т.В. Котурбаш, професор М.В. Долішній, професор А.Ю. Сопільник, професор С.М. Геник, професор І.Г. Дацун, професор І.В. Ємельяненко, професор М.І. Пітик, доцент М.П. Косякова, академік Є.М. Нейко, професор М.М. Рожко, професор І.П. Герелюк, професор М.Д. Василюк та багато інших стали викладачами, очолили і очолюють медичний університет, теоретичні і клінічні кафедри, приносили і приносять славу нашій Alma mater

Директори, а потім ректори навчального закладу професор Ю.Г. Антонов, професор С.С. Лаврік, академік Г.О. Бабенко, професор А.Л. Дехтяр, академік Є.М. Нейко надавали великого значення організації студентської науки. Сьогодні ректор, професор М.М. Рожко всіляко сприяє розвитку творчої молоді, створюючи умови для удосконалення фахових знань, можливостей нових творчих розробок, активно підтримує участь студентів у конференціях, навчально-практичних тренінгах, програмах обміну для студентів вищих навчальних закладів.

Завдання наступних поколінь студентів і викладачів університету – постійно підвищувати рівень науково-дослідницької і навчально-методичної роботи. Цьому надихають сучасних студентів кращі зразки самовідданої праці наших попередників.

THE ANALYSIS OF EARLY PREGNANCY PROBLEM IN IVANO-FRANKIVSK REGION

Baziuk M. M.
Scientific supervisor − Tetiana Pizhuk
SHEE«Ivano-Frankivsk National Medical University»
Linguistics Department

Objectives. The goal of this work is to look into the various causes of teenage pregnancy in order to deal with this issue carefully; to analyze the statistic data on teenage pregnancy in Ivano-Frankivsk region and possible ways of preventing this problem by means of psychological support services and sex education.

Methods and Materials. Analysis of statistic data on the causes of early pregnancy and the outcomes of the pregnancy in Ivano-Frankivsk region over the last several years was performed.

Findings. Analysis of various causes of teenage pregnancy within 2014-2015 period of time reveals that the most common ones included: socio-economic factors; psychological factors; adolescent sexual behaviour; lack of discipline and control; sexual abuse of teenage girls.

Statistic data show different outcomes of early pregnancy: premature labour and/or delivery; anemia; preeclampsia; having a baby with a low birth weight.

Since pregnancies among teenagers were unintended, they ended in 30% with abortion, most of them happened within 22-27 weeks of pregnancy, affecting teenagers' health badly and causing often infertility and gynecological diseases in future. Within 2014-2015, the number of abortions reduced to 20% in comparison to the year of 2012. The number of miscarriages among teenagers increased to 10% in comparison to the year of 2013.

Conclusions. All adolescents and their families must receive information on safe contraceptives; be aware of the dangers of possible complications caused by early pregnancy as well as by unsafe abortions. There should be developed educational programs, professional trainings in the area of adolescent pregnancy prevention.

ЕПІДУРАЛЬНА АНАЛГЕЗІЯ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Арутюнян М.Г.
Науковий керівник – к.м.н., доц. К.П. Тумасян
Одеський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології

Метою роботи було вивчення позитивного впливу епідуральної аналгезії на жінку та дитину, а також знаходження оптимальної комбінації різних анальгетиків для кращого результату.

Методи і матеріали : в роботі користувалися методами анкетування та спостереження. Запропонована анкета включала такі складові: вік, кількість вагітностей, наявність показань та протипоказань для проведення аналгезії.

До групи дослідження увійшли 50 осіб віком від 16 до 35 років. Усі породіллі комплексно обстежені. Із них 30 (60%)– першовагітні, 20 (40%) – повторновагітні. Показання до проведення аналгезії: наявність больового синдрому - 60%, ускладненний перебіг вагітності (прееклампсія легкого та середнього ступеню важкості, ригідність шийки матки) - 30%; за власним бажанням жінки - 10%. Для епідуральної аналгезії використовували : Нарапін 0,125% -12 мл + Фентанил 50 мкг + Клофелин 50мкг.

Результати дослідження : 80% осіб, яким робили епідуральну аналгезію оцінка за шкалою болі (Verbal Rating Scale) складатиме – 0 балів (болю не було), у 15 % – 1 бал(дуже слабка інтенсивність), у 5%– 2 бали(біль помірної інтенсивності).

Висновок: породіллі, яким проводили епідуральну аналгезію, значно краще почували себе під час пологів та в післяпологовому періоді.

ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З РИЗИКОМ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ

Бажан О. І.
Науковий керівник – асист. О.М. Куса
ДВЗН «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри акушерства і гінекології ім.І.Д.Ланового

Проведено клінічне, лабораторне і інструментальне обстеження та лікування 150 жінок з групи високого інфекційного ризику, 65 з яких склали основну групу, 65 - групу порівняння, а 20 контрольну групу акушерськи та соматично здорових вагітних. Вік жінок коливався від 18 до 42 років, середній вік складав (27,6) років.

До групи високого інфекційного ризику відносились вагітні із наявністю вірусного, бактеріального, вірусно-бактеріального інфікування та із діагностованою парвовірусною інфекцією, що супроводжувалось акушерською патологією та негативними перинатальними наслідками.

У роботі використані наступні методики діагностики внутрішньоутробного інфікування: метод полімеразно-ланцюгової реакції для антигенної діагностики уреалазмозу, хламідіозу, мікоплазмозу, ВПГ, ЦМВ ; імуноферментний аналіз для виявлення специфічних антитіл до ВПГ, ЦМВ, парвовірусу В19, хламідій, мікоплазм, уреаплазм, вірусу Епштейна–Бара, папіломавірусу.

Проводилось дослідження клітинного імунітету(кількісне визначення гострофазових білків, зокрема,лактоферину), визначались основні біометричні показники плода, локалізація, структура, розміри плаценти, оцінка амніальної рідини, доплерометричні дослідження кровотоку в артерії пуповини плода.

Після проведених запропонованих лікувально-профілактичних заходів (на етапі прегравідарної підготовки - препарат Галавіт, в першій половині вагітності - Протефлазид по схемі та суппозиторії Генферону), на догестаційному етапі та у першій половині вагітності відмічено наступні наслідки вагітності у дослідних групах жінок. Вдалося знизити істотно наступні показники: передчасні пологи до 7 (10,77±3,84) % випадків проти 16 (24,62±5,34) % у основній групі, у порівнянні з загальноприйнятими лікувально-профілактичними заходами мимовільне переривання вагітності в першому триместрі серед пацієнток основної групи відбулося тільки у 3 жінок (4,62±2,60) %, тоді як у групі порівняння цей показник склав 7 випадків – (10,77±3,84) %. Вдалося достовірно знизити частоту мимовільного переривання вагітності в другому триместрі - у п'яти (7,69±3,31) % основної групи і у 9 (13,85±4,28) % групи порівняння, а також на фоні запро-

понованих лікувально-профілактичних заходів вдвічі знизилася частка мертвонародження до 7 випадків (10,77±3,84 %) проти 15 (23,08±5,23 %) у групі порівняння. Таким чином, у 44 (67,69±5,80) % вагітних основної групи вдалося пролонгувати вагітність і завершити її своєчасними пологами проти 23 (35,38±5,93) % - у групі порівняння. Слід відмітити, що запропонована терапія дозволила добитися народження живими дітей у 6 випадках з неімунною водянкою плода, які були переведені на реабілітацію в ОДКЛ.

РОЛЬ МАНУАЛЬНОЇ ВАКУУМ-АСПІРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ УСКЛАДНЕНЬ

Босий С.А., Гуцуляк Ю.В.
Науковий керівник – д.мед.н., доц. В.О. Рудь
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Кафедра акушерства і гінекології №2

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність мануальної вакуум-аспірації (МВА) для лікування післяпологових ускладнень в умовах гінекологічного відділення.

Матеріали і методи: до дослідження було включено 472 жінки з післяпологовими ускладненнями, які були пролікувані в гінекологічному відділенні ВМК ПБ №2 з 2010 по 2014 рік. Були використані наступні методи: клініко-анамнестичний, лабораторні, ультразвукове дослідження матки, бактеріологічне та гістологічне дослідження метроаспірату та вишкрібку зі стінок порожнини матки, статистичні.

Результати дослідження: Усіх жінок було розділено на три групи: I група – 355 жінок, яким проводили МВА; II група – 51 жінка, яким проводили вишкрібання стінок порожнини матки; III група – 66 жінок, яким призначалось консервативне лікування без МВА та вишкрібання стінок порожнини матки. Усі хворі надійшли до стаціонару з підвищенням температури. Після проведення мануальної вакуум-аспірації, вишкрібання стінок порожнини матки, медикаментозного лікування у пацієнток трьох груп у різні терміни нормалізувалась температура тіла. В динаміці надання допомоги нами була оцінена кількість лейкоцитів у жінок обстежених груп. Підвищена кількість лейкоцитів при надходженні до стаціонару спостерігалась у 29-47 % жінок. Протягом дослідження не було виявлено жодного ускладнення після мануальної вакуум-аспірації.

Висновок: Використання мануальної вакуум-аспірації для лікування післяпологових ускладнень є досить ефективним, про що свідчать результати проведеного нами дослідження: лише у 18,6% пацієнток при проведенні МВА використовували загальне знеболення, що дозволило значно знизити ризик виникнення ускладнень наркозу; у всіх жінок після МВА відбулося значне зменшення об'єму матки; у 81,7% пацієнток після проведення МВА температура тіла нормалізувалася на першу добу; у 97,5% пацієнток після проведення МВА на момент виписки відбулася нормалізація рівня лейкоцитів; основна кількість пацієнток після МВА (70,6%) знаходилася на стаціонарному лікуванні нетривалий термін 1-5 діб.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНОПАУЗАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НЕГОРМОНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Водославська Н.Ю., Гуцуляк Т.Т.
Наукові керівники: доц. Л.В. Гінчицька, доц. І.В. Левицький
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Мета та завдання. Представити результати клінічних проявів клімаксу до та після застосування негормональних препаратів протягом шести місяців. Оцінити ефективність запропонованого лікування.

Методи дослідження. Обстежено 2 групи жінок: I -з фізіологічною менопаузою; що отримували фітоестрогени протягом шести місяців; II - порівняння -з фізіологічною, які мали симптоматичне лікування. Для лікування використовували Cimicifuga racemosa або клопогон кистевидний (Black cohosh). Динаміка клінічних проявів гіпоестрогенії при фізіологічній менопаузі впродовж перших трьох років, була вивчена за допомогою модифікованого менопаузального індексу (ММІ) за Уваровою Є.В. Ступінь атрофічного процесу слизистої піхви оцінювався за допомогою індексу вагінального здоров'я (ІВЗ) за G. Bachman.

Результати дослідження.

Кількість жінок основної групи після отриманої терапії із відсутністю НВС зменшилася з 95,5% до 90,9% та значно збільшилась легкого перебігу на 22,7%. Аналізуючи показники вагінального здоров'я, вже після шести місяців лікування фітопрепаратами в I групі зустрічається в семи випадках помірна (31,8 %) і восьми - незначна атрофія (36,4%) та відсутність вираженої, а у II – 18 випадків: 5,0% - виражена, 45,0% - помірна, 40,0% - незначна атрофія.

Висновки.

1. Таким чином, для купування симптомів клімаксу ефективне застосування негормональних препаратів у поєднанні із корекцією нервово-психічних розладів заспокійливими засобами, рефлексотерапією та веденням здорового способу життя і правильного харчування.

2. Прийом фітопрепаратів сприяє зниженню менопаузальних проявів та може бути альтернативним лікуванням клімактеричного синдрому у жінок за наявності протипоказів або упередженого ставлення до гормонотерапії.

ЗНАЧЕНИЕ ФАСЦИАЛЬНЫХ ФУТЛЯРОВ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН В ФОРМИРОВАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

Гаврилов А.О., Голота И.П.
Научный руководитель – к.мед.н., доц. А.П. Днистрянская
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Цель исследования: Определить значение фасциальных футляров яичниковых вен в развитии варикозной болезни малого таза.

Материалы и методы. Секционно и морфометрически исследованы 72 трупа женщин, из которых 33 имели признаки варикозного расширения яичниковой вены хотя бы с одной из сторон. Контрольную группу составили 39 трупов. Полученный массив данных обработан статистическим пакетом программ Medstat.

Результаты. Варикозное расширение яичниковой вены изолированно слева наблюдалось в 19 случаях (26,4%), справа – в 10 (13,8%), и имело характер двухстороннего в 4 наблюдениях (5,6%). При левостороннем расширении v. ovarica имела диаметр слева 7,8±2,9 мм, справа – 3,82±0,63 мм. При правостороннем процессе диаметр вены слева составлял 3,18±0,45 мм, справа – 5,54±0,89 мм. При двухстороннем расширении яичниковых вен их диаметр составлял 5,73±0,94 мм слева, а справа – 4,65±0,75 мм. При исследо-

вании выявлены корреляции варикозного расширения vv. ovaricae с наличием брыжеек нисходящего и восходящего отделов ободочной кишки, а так же слепой кишки и отсутствием позадиободочной фасции. В данном случае яичниковые вены проходили в забрюшинном пространстве, имея тонкий фасциальный футляр, формируемый внутрибрюшной фасцией. В 8 случаях (11,1%) справа и в 3 (4,2%) – слева при отсутствии позадиободочной фасции вены проходили в едином фасциальном футляре с мочеточником и не были варикозно расширены.

Выводы.

1. Отсутствие позадиободочной фасции может быть морфологической предпосылкой к развитию варикозной болезни малого таза.

2. При отсутствии позадиободочной фасции и прохождении vv. ovaricae в едином фасциальном футляре с мочеточником варикозного расширения последних не наблюдалось.

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ВАГІТНИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ХОРІОНА

Геник І.К., Лабчук А.Р.
Науковий керівник – д.мед. н., проф. Н. І. Геник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Метою дослідження стало проведення аналізу перебігу вагітності та пологів у 155 жінок, які перебували на стаціонарному лікування у гінекологічному відділенні міського клінічного пологового будинку (МКПБ) з приводу початкового мимовільного викидня. При ультразвуковому дослідженні виявлена патологія хоріона у вигляді субхоріальних гематом (67 випадків) та субамніальних гематом (88 випадків).

При вивченні менструальної функції обстежуваних встановлено, що вік менархе складав 11-15 років у 92,1% обстежених та >16 років – у 7,9% жінок. Регулярний менструальний цикл відзначали 85,7% жінок, нерегулярний – 14,3%. Супутня екстрагенітальна патологія виявлена у 64,71% жінок. Частіше відмічались захворювання сечовидільної системи, хронічний тонзиліт, варикозне розширення вен, вегетосудинна дистонія, серцево-судинні захворювання, ожиріння.

При аналізі вагітностей встановлено, що у 27-ми жінок (17,4%) стався мимовільний викидень, у 17-ти із них діагностовано завмерлу вагітність, при цьому ретроамніальні гематоми спостерігались у 9-ти жінок, а ретрохоріальні у 8-ми жінок.

При аналізі динаміки прогресування гематом виявлено: ретроамніальні гематоми розсмоктались у 29-ти жінок, а в 45-ти – вони організувались, ретрохоріальні гематоми в 31 жінки розсмоктались, у 24-х – організувались.

Зі 128 жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ретрохоріальних та ретроамніальних гематом вагітність прогресувала та закінчилась пологами. Перебіг вагітності ускладнився виникненням плацентарної дисфункції у 21,1%, передчасними пологами у 4,7%, прееклампсією у 10,1%, затримкою розвитку плода у 3,1% та дистресом плода під час вагітності та у пологах у 25% випадків. У 122 жінок пологи були терміновими а у 6 – передчасними. Встановлено, що майже у третини жінок пологи ускладнились передчасним та раннім розривом плодових оболонок, аномаліями пологової діяльності. Частота кесаревого розтину у даного контингенту вагітних склала 28,9%.

Отже, висока частота акушерських та перинатальних ускладнень при різних формах патології хоріона на ранніх термінах диктує необхідність більш глибшого вивчення даної проблеми.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЯЄЧНИКІВ САМОК ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Голей М.М.
Науковий керівник –д.мед.н., проф. В.А. Левицький, д.мед. н., проф. Н.І. Геник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анатомії, оперативної хірургії і топографічної анатомії
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д.Ланового

Цукровий діабет (ЦД) за своєю поширеністю називають неінфекційною епідемією XXI століття. Його актуальність обумовлена розвитком мікро- і макроангіопатій та ендокринопатій. Необхідно відзначити, що серед хворих на цукровий діабет значну частку складають жінки дітородного віку. Разом провідними клінічними ознаками ЦД одним з частих його проявів є порушення функції яєчників. Тому метою наших досліджень стало вивчення морфофункціональних змін в паренхімі яєчників на ранніх стадіях розвитку експериментального ЦД.

Матеріалом для дослідження були яєчники 20 статевозрілих самок, із яких 10 послужили контролем, а у 10 моделювали стрептозотоциновий діабет шляхом внутрішньоочеревинного введення стрептозотоцину (6 мг/100 г маси тіла). Використали гістологічний (гаматоксилін-еозин) і електронно-мікроскопічний методи дослідження.

Через 2 тижні після моделювання ЦД, концентрація глюкози в крові (9,0±0,08 ммоль/л), рівень глікованого гемоглобіну (6,62±0,14%). Поверхня яєчників має нерівномірний характер. В одних випадках вона згладжена, в інших – має нерівний рельєф, виявляються її локальні занурення в глибину паренхіми. На окремих ділянках спостерігається відшарування поверхневого шару епітеліоцитів. Відбуваються структурні зміни гемомікроциркуляторного русла яєчників (зменшення діаметру просвіту за рахунок набряку і вакуолізації цитоплазми клітинних компонентів стінки мікросудин, розвитку мікроклазматозу, потовщення базальної мембрани). На фоні перебудови мікроциркуляторного русла спостерігаються кількісні і якісні зміни різних фолікулів яєчників: зменшується кількість примордіальних, первинних, дозріваючих фолікулів, тоді як число атрезивних фолікулів зростає в 3 рази і становить 36,78 ±5,66 ($p<0,05$). Діаметр фолікулів, як і діаметр статевих клітин, є меншим, ніж у контролі (відповідно в 1,24 і 1,76 рази, $p<0,05$).

Таким чином, на ранніх стадіях розвитку ЦД на фоні гіперглікемії відбуваються порушення мікроциркуляції, що веде до кількісних і якісних змін паренхіми яєчників, і , як, наслідок, до порушення їх функції. Описані в роботі особливості гістофізіології яєчників новонароджених, розвиток яких протікав в умовах патології гестаційного процесу, можуть розглядатися як передумови формування патології жіночої статевої системи, зниження репродуктивних потенцій, зокрема, синдрому полікистозних яєчників.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИННОПОДІБНИХ УРАЖЕНЬ ЯЄЧНИКІВ

Гошовська Н. А., Гошовський Б. А.
Науковий керівник – к. мед. н., асист. М. М. Кучерова
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології

Актуальність.

Зростання частоти пухлинноподібних уражень яєчників за останні роки зафіксовано в усьому світі. Відсутність специфічної симптоматики, тенденція до росту, можливість малігнізації доброякісних пухлин та пухлинноподібних уражень яєчників диктують необхідність визначення факторів ризику їх виникнення та диференційованого підходу до методів діагностики і лікування.

Мета.

Вивчення особливостей етіології, клініки та перебігу пухлинноподібних уражень яєчників, розробка алгоритму їх діагностики.

Матеріали і методи.

Основну групу спостереження склали 25 жінок з пухлинноподібними ураженнями яєчників. Методи дослідження: загальноклінічні, ультрасонографічні, доплерометричні, імунохімічні.

Результати.

Фолікулярні кісти і кісти жовтого тіла є наслідком дисбалансу гормональної стимуляції та гормональної активності яєчників. Фолікулярна кіста регресує протягом 2 – 4 місяців, стінки кісти, що спалися, облітеруються з наступним перетворенням у фіброзні (гіалінові) атретичні тіла. Регрес кісти жовтого тіла (2 міс) закінчується формуванням гіалінового утвору – білого тіла.

Ендометріоз яєчників зустрічається у 30% випадків під час клінічного та гістологічного дослідження всіх кістозних уражень яєчників.

Параоваріальні кісти являють собою ретенційні утвори розміщені між листками широкої зв'язки. Порушення взаємовідносин в системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчники визначає необхідність моніторингу гормонального статусу (визначення рівня ЛГ, ФСГ, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, пролактину). При підозрі на новоутворення в яєчниках обов'язково проводиться аналіз крові на онкомаркери (СА 125, СЕА, НА 4).

Висновки:

1.Обстеження пацієнток з пухлинноподібними ураженнями яєчників, окрім загальноприйнятих методів, повинно включати доплерометричний моніторинг та кольорове доплерівське картування, оскільки дані методи дозволяють верифікувати виявлений патологічний процес.

2. Діагностика гормонального статусу, імунологічне обстеження, інфекційний скринінг дають змогу встановити основну та другорядні причини виникнення патологічного процесу, визначити адекватну лікувальну тактику.

НАСКІЛЬКИ ВАЖЛИВО ВВЕДЕННЯ В НАЦІОНАЛЬНИЙ КАЛЕНДАР ЩЕПЛЕНЬ УКРАЇНИ ВАКЦИНИ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ?

Денчик Н. С.
Науковий керівник - к. мед. наук., доц. О. І. Каліновська
Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології №2

Актуальність теми: за даними національного канцер-реєстру в Україні, захворюваність на рак шийки матки (РШМ) серед жінок у віці 20-24 років за період з 1997 по 2001 рік збільшилася на 70%. Кожна п'ята жінка помирає протягом першого року після постановки діагнозу РШМ. Ця проблема веде до втрати репродуктивного потенціалу населення країни, на фоні і так тривалої демографічної кризи. **Мета роботи:** обгрунтування введення в національний календар України вакцинації проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). **Матеріали і методи дослідження:** були проаналізовані дані МОЗ України по захворюваності на рак шийки матки (РШМ) в популяції жінок України. **Результати дослідження:** хронічна інфекція, що викликається онкогенними типами ВПЛ, є передумовою для розвитку РШМ, який щорічно вражає 500 000 жінок у світі і призводить до 260 000 смертельних випадків. Вірусні генотипи 16 і 18 є причиною 70% випадків РШМ. Інші прояви папіломавірусної інфекції включають в себе рак піхви, зовнішніх жіночих статевих органів, статевого члена. Крім того, типи ВПЛ 6 і 11 викликають утворення аногенітальних кондилом і рецидивуючий респіраторний папіломатоз. Нещодавно на ринку з'явилися дві вакцини проти ВПЛ: «Гардасил» і «Церварікс»(США). Ефективність і безпека масової вакцинації проти ВПЛ була доведена на практиці. У клінічних дослідженнях, що включали 19 тис. жінок, вакцини продемонстрували 100% ефективність профілактики передракових уражень, викликаних ВПЛ 16 і 18, причому високий титр антитіл до даних типів вірусу підтримувався у понад 98% жінок протягом 5,5 років. В рамках Глобальної програми з вакцин та імунізації сьогодні обов'язкова вакцинація введена в національні календарі США, Великобританії, Франції, Австралії і тд. **Висновки:** враховуючи, що рак шийки матки - 2-а в світі за частотою злоякісна пухлина у жінок після раку молочної залози, і більше 70% випадків РШМ пов'язані з хронічною папіломовірусною інфекцією, ВООЗ рекомендує включення вакцинації проти ВПЛ в національні програми імунізації у країнах, в тому числі і в Україні, де профілактика раку шийки матки є пріоритетом охорони здоров'я.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Захарків В.І., Панчишин І.В.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. О.М. Ласитчук
ДВЗН «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. Ланового І.Д.

На сьогоднішній день, незважаючи на численні наукові дослідження, міома матки залишається однією з найпоширеніших доброякісних гормонозалежних пухлин міометрію. Останніми роками спостерігається негативна тенденція до зростання захворюваності на міому матки серед жінок молодого віку. Радикальні оперативні втручання мають високий ризик ускладнень, супроводжуються постгістеректомічним синдромом, що вимагає тривалої замісної гормональної терапії, втрачається репродуктивна функція. Отже, актуальним є пошук нових підходів до лікування міоми, які би сприяли своєчасній зупинці росту пухлини та збереження органу. На сьогоднішній день розвиток ендоскопічного обладнання дозволяє мінімізувати об'єм та ризики оперативного втручання, зменшити тривалість та вартість стаціонарного лікування. В той же час, розвиток внутрішньоматкової хірургії вимагає пошуку ефективних фармакологічних засобів для профілактики рецидиву міоми та зупинки росту існуючих вузлів.

Метою дослідження стало вивчення ефективності вве-

дення внутрішньо маткової системи «Мірена» на 7-ий день після гістерорезектоскопії у жінок з субмукозною формою міоми матки. Під нашим спостереженням перебувало 12 жінок у віці від 35 до 44 років, яким проведено гістероскопічне видалення субмукозних та субмукозно-інтрамуральних міоматозних вузлів діаметром до 4 см. Діагностика міом включала бімануальне обстеження, УЗД, гістеросальпінгографію (в 2-х жінок з непліддям). У 5 жінок діагностовано, крім субмукозної, інтрамуральну та інтрамурально-субсерозну локалізацію вузлів (розміри вузлів до лікування не перевищували 6 см). Основними клінічними проявами міоми були порушення менструальної функції по типу мено- та метрорагій, гіперполіменореї, альгодисменореї, болі внизу живота й попереку, неплідля. Згідно з отриманими результатами, всі жінки відмічали покращення свого стану за припиненням кровотеч і больових відчуттів. Об`єктивно визначали динаміку змін розмірів матки та величину вузлів через 3, 6 та 12 міс після введення системи «Мірена». Слід відмітити, що зменшення розмірів матки та вузлів в перші 3 місяці спостерігалось лише в одному випадку, що становить 8,3 %, через півроку – в 4 жінок (33,3 %). Через 12 міс зменшення розмірів матки на третину від початкових показників встановлено у 75 % пацієнток. У 3 випадках об'єм матки та розміри інтрамурально-субсерозних вузлів практично не змінилися, але й не спостерігався їх ріст.

Отримані дані свідчать про задовільні результати запропонованого комбінованого лікування міоми матки невеликих розмірів. Перспективним є визначення рецепторів прогестерону та естрогенів імуногістохімічним методом для більш диференційованого консервативного лікування міом.

ВПЛИВ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Іванів І.-В.М.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. І.С. Тимків
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Мета роботи: встановити закономірності впливу дифузного нетоксичного зобу на перебіг вагітності й пологів.

Матеріали і методи: на базі Івано-Франківського міського пологового будинку проведено аналіз 60 індивідуальних карт вагітних та історій пологів жінок із дифузним нетоксичним зобом (основна група) і 20 практично здорових жінок. Вік обстежених коливався від 18 до 42 років. Збільшення щитоподібної залози I ступеня виявлено у 50 (83,3 %) жінок, II ступеня – у 8 (13,4 %), III ступеня – у 2 (3,3 %).

Результати дослідження. З анамнезу у жінок виявлене значне збільшення кількості самовільного переривання вагітності (26,7 %) в основній групі в порівнянні з контрольною (5,0 %), $p<0,001$. Перебіг теперішньої вагітності також був ускладнений загрозою її переривання: в I триместрі – у 30 (50,0 %) пацієнток, в II триместрі – у 24 (40,0 %), в III триместрі – у 6 (10,0 %). В контрольній групі загроза переривання вагітності була зареєстрована лише у трьох жінок. В структурі екстрагенітальної патології слід відзначити значне зростання анемії у жінок основної групи (56,7 % проти 15,0 %, $p<0,001$), бактеріурії (33,3 % проти 10,0 %, $p<0,005$), гестаційного пієлонефриту (13,3 % проти 5,0 %, $p<0,005$). Своєчасні пологи відбулися у 50 обстежених (83,3 %), передчасні – у 10 жінок (16,6 %). Через природні пологові шляхи народили 52 жінки (86,7 %). Серед ускладнень було зареєстровано несвоєчасний вилив навколоплідних вод – у 22 випадках (36,7%), слабкість пологової діяльності – у 12 випадках (20,0 %), кровотеча в пологах і ранньому післяпологовому періоді – у 6 випадках (10,0%). Решту жінок - 13,3 % - розроджено шляхом операції кесаревого розтину. Серед обстежених контрольної групи фізіологічні пологи відбулися у 19 (95,0 %) жінок. Аналіз стану новонароджених від матерів із дифузним нетоксичним зобом показав, що маса доношених новонароджених коливалась від 2700 до 3800 г, недоношених – від 1900 до 2400 г. Гіпотрофію новонародженого діагностовано в 6 випадках (10,0 %). Слід зазначити, що 6 новонароджених (10,0%) потребували консультації суміжних фахівців з приводу різних аномалій розвитку.

Висновок. Дифузний нетоксичний зоб у вагітних є фактором високого ризику розвитку ускладнень в перебігу вагітності і пологів, порушень стану плода. Своєчасна діагностика та лікування патології щитоподібної залози до і під час вагітності буде сприяти зниженню частоти перинатальних ускладнень.

ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ МАТКИ

Кучеренко О.К.
Науковий керівник – к.мед.н. В.М. Жураківський
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології імені професора І.Д. Ланового

Гіперпластичні процеси матки є однією із головних причин втрати репродуктивної функції та зниження працездатності жінок віком 35-45 років. Відомо що розвиток гіперпластичних процесів матки суттєво зростає на фоні метаболічних порушень, тому **мета** нашої роботи дослідити ліпідний спектр крові у жінок з гіперпластичними процесами матки.

Нами обстежено 25 жінок віком 30 - 45 років, із них 5 – без соматичної патології і 20 хворих, яких було поділено на 2 групи: 1- шу групу склало 10 хворих з фіброміомою матки і екстрагенітальною патологією (ожиріння і гіпертонічна хвороба), 2-гу групу - 10 – хворих з фіброміомою матки. У всіх жінок визначали в крові холестерин, β- ліпопротеїди низької (ЛПНЩ) та високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди за кінетичним методом на біохімічному аналізаторі «Статфакс 19-04» на базі міжкафедральної лабораторії кафедри біохімії ІФНМУ.

Встановлено, що фіброміома найчастіше зустрічається у віці 41-45 років - 12 (60%) хворих, рідше у віці 36 – 40 років - 5 (25%) хворих, у віці 30 – 35 років – 3 (15%) хворих. В результаті проведених досліджень у 80% хворих 1-ї групи наявне ожиріння I-II ступеня, ІМТ становить 36,24±3,17. У всіх жінок виявлена проста неатипова гіперплазія ендометрію. В досліджуваній групі мало місце підвищення середніх рівнів основних показників ліпідного спектру крові в порівнянні з контрольною групою, так рівень холестерину становить 6,38±0,21 ммоль/л (контроль – 4,35±0,17 ммоль/л) $P<0,05$, тригліцеридів – 2,77 ±0,07 ммоль/л (контроль – 2,14±0,13 ммоль/л) $P<0,05$, ЛПНЩ – 4,42±0,07 ммоль/л (контроль – 3,12±0,03 ммоль/л) $P<0,05$, ЛПВЩ – 1,15±0,04 ммоль/л (контроль – 1,53±0,02 ммоль/л) $P<0,05$. У хворих 2-ї групи ІМТ становить 24,81±4,17, у 60% жінок виявлена проста неатипова гіперплазія ендометрію. Відмічається достовірне збільшення холестерину до 5,54±0,16 ммоль/л ($P<0,05$), тригліцеридів до 2,72±0,14 ммоль/л ($P<0,05$), зменшення ЛПВЩ до 1,19±0,04 ммоль/л ($P<0,05$).

Висновки: 1) фіброміома матки частіше зустрічається в предменопаузальний період і у 40% випадків супроводжується ожирінням I-II ступеня, у 80% - простою неатиповою гіперплазією ендометрію; 2) у 80% хворих відмічається достовірне підвищення в крові холестерину і атерогенної фракції ліпопротеїдів та зниження ЛПВЩ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ВІЗАН» У ТЕРАПІЇ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ

Лабчук А.Р., Кольцов О.Є.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. Н.М. Кінаш
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Лановго

Ендометрій є органом-мішенню для статевих гормонів через присутність у ньому специфічних рецепторів. Збалансований гормональний вплив через цитоплазматичні та ядерні рецептори забезпечує фізіологічні та циклічні перетворення слизової оболонки матки. Порушення гормонального статусу може приводити до зміни росту і диференціювання клітинних елементів ендометрію і спричинити за собою розвиток гіперпластичних процесів.

Актуальність дослідження гіперпластичних процесів ендометрія обумовлена перш за все високим ризиком їх малігнізації та проблемами, пов'язаними з порушенням менструального циклу, дисфункціональними матковими кровотечами, анемізацією жінок. Гіперплазія ендометрія займає значне місце в структурі гінекологічної захворюваності жінок репродуктивного віку і є однією з найбільш частих причин їх госпіталізації в гінекологічний стаціонар (від 12 до 19%).

Основним з методів лікування даного захворювання є гормональна терапія препаратами, що здатні пригнічувати гіперпластичні процеси ендометрію без надмірних побічних ефектів.

«Візан» - похідний нортестостерона з антиандрогенною активністю, яка становить приблизно 1/3 активності ципротерону ацетату. «Візан» зв'язується з рецепторами прогестерону в матці тільки з 10% відносної афінності. Незважаючи на низьку афінність до рецепторів прогестерону, «Візан» має сильний прогестероновий ефект в природних умовах. «Візан» не володіє значною андрогенною, мінералокортикоїдною або глюкокортикоїдною активністю в природних умовах. «Візан» ефективний при ендометріозі, зменшуючи ендогенну продукцію естрадіолу і таким чином пригнічуючи трофічний вплив естрадіолу на ендометрій.

Висновок: При безперервному застосуванні «Візан» призводить до створення гіпоестрогенії, яка викликає початкову децідуалізацію тканин ендометрію з подальшою атрофією ендометріоїдних вогнищ. Додаткові властивості, такі як імунологічні та антиангіогенні ефекти, ймовірно, створюють інгібіторний вплив «Візану» на проліферацію клітин.

ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ ІЗ ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Макар М.І.
Науковий керівник – асист. Ю.Б. Моцюк
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д.Лановго

Захворювання вен нижніх кінцівок є одним з розповсюджених видів судинної патології дорослого населення та за оцінками різних авторів, вражають, до 30-50% жінок і 10-30% чоловіків . Найбільш частою патологією вен нижніх кінцівок є ВХ, нею страждає 26-38% жінок репродуктивного віку. Варикозна зміна судин рано або пізно викликає ХВН, що при несприятливому результаті призводить до інвалідизації приблизно третини хвори.

Висока частота ВХ у вагітних і породілей (від 20 до 40%) пояснюється виникненням у період гестації факторів, що сприяють її розвитку: збільшення маси циркулюючої крові й хвилинного обсягу серця, підвищення венозного тиску, гормональна перебудова організму, зміна мікроциркуляції та гемостазу, наявність супутньої екстрагенітальної патології . Аналіз літературних даних свідчить, що у вагітних із варикозним розширенням вен досить високою є частота виникнення гестозів (14%), фетоплацентарної недостатності (27%), аномалій прикріплення плаценти (14%), обвиття пуповиною (22%). Нерідко відзначають аномалії пологової діяльності (15%), кровотечі в післяпологовому періоді (18%), несвоєчасне відходження навколоплідних вод (24%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (2%), післяпологовий метроендометрит (7%). Частота тромботичних ускладнень у вагітних і породілей, що страждають на ВХ вен нижніх кінцівок, коливається від 8,5 до 9,0%. Кожна друга пацієнтка, яка мала тромбоз при вагітності, надалі занедужує на посттромботичну хворобу.

Наявність ВХ у жінки під час вагітності вимагає проведення ефективної профілактики її ускладнень на самих ранніх стадіях гестації. Під цим, у першу чергу, мають на увазі використання компресійної терапії та сучасних флеботропних препаратів.

Варикозна хвороба (ВХ) у вагітних є актуальною проблемою сучасного акушерства. У формуванні захворювання безпосереднє значення має вплив сприятливих та пускових механізмів . Більш ніж половину жінок перші симптоми захворювання пов'язують саме з вагітністю . Враховуючи статистичні дані, венозна патологія займає достатньо значну частину екстрагенітальної патології у вагітних і часто є чинником небезпечних ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду.

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ

Приймак Х.Б.
Науковий керівник – к.мед.н. О.В. Нейко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д.Лановго

Переношена вагітність залишається проблемою, яка викликає великий науковий та практичний інтерес в акушерстві. Частота виникнення переношеної вагітності складає 3-12%, 1-4% вагітностей досягає терміну 43 тижні. Зростання частоти виникнення ускладнень у новонароджених зокрема синдрому дихальних розладів, гормональних кризів,

метаболічного ацидозу, проявів внутрішньоутробного інфікування, що в свою чергу призводить до збільшення частоти перинатальної смертності не піддає сумніву актуальності проблеми переношування вагітності в сучасному акушерстві. Переношена вагітність часто супроводжується дисфункцією плаценти, зі зниженням її транспортної та ендокринної функцій, що призводить до дистресу плода.

Метою дослідження було підвищення ефективності профілактики, діагностики і лікування фетоплацентарної дисфункції при переношеній вагітності шляхом розробки патогенетично обгрунтованих заходів медикаментозної корекції з використанням препарату тівортіну аспартат.

Матеріали і методи: нами проведено клінічне обстеження 48 вагітних з ознаками переношення вагітності в терміні 42-43 тижні гестації: 28 вагітних з встановленим діагнозом переношеної вагітності, яким проводилась запропонована терапія плацентарної дисфункції із застосуванням тівортіну аспартат по 100,0 мл. в/в 1 раз на добу протягом 5 днів; 20 вагітних з даною патологією, які не отримували медикаментозної терапії (група контролю).

Усі вагітні були комплексно обстежені згідно розробленої програми.

При проведенні фоно- та електрокардіографії плода встановлено наявність монотонного ритму та підвищення вольтажу шлуночкового комплексу,збільшення тривалості комплексу QRS плоду, нерівномірність амплітуди тонів у 75% (15) вагітних контрольної групи, тоді як в основній групі дані відхилення відмічались лише у 28% (8) вагітних.

Для визначення функції плаценти і стану плода при переношуванні вагітності визначали вміст стероїдних гормонів в плазмі крові вагітних. Нами встановлено, що найбільш низький рівень сумарних естрогенів при переношеній вагітності визначався у пацієнток контрольної групи, які не отримували запропонованого лікування. Воно знижено в основному за рахунок естріолу. Такі зміни концентрації стероїдних гормонів в різних середовищах фето-плацентарного комплексу, є наслідком дисфункції плаценти, у зв'язку з чим затримується своєчасний розвиток родової діяльності і відзначається більш висока частота аномалій пологової діяльності та порушення стану плода (гіпоксія).

Таким чином, можна зробити **висновок** про сприятливий вплив препарату тівортіну на фетоплацентарний комплекс у вагітних із встановленою переношеною вагітністю, що проявляється покращенням матково-плацентарного кровообігу, стану плода та гормонального дисбалансу.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК З ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ

Пушко А.А.
Наукові керівники: асис. Н.В Дрогомирецька, к.мед.н., доц. С.О. Остафійчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Венозна система малого тазу в зв'язку з особливостями своєї будови, функціонального стану і гормональної залежності, створює фон для розвитку варикозної хвороби. Часто варикозне розширення вен малого тазу (ВРВМТ) зустрічається у жінок з хронічними запальними процесами внутрішніх статевих органів (ХЗПВСО), взаємно погіршуючи перебіг.

Метою дослідження було оптимізувати лікування хронічних запальних процесів внутрішніх статевих органів у жінок з ВРВМТ. Нами обстежено 62 пацієтки з ХЗПВСО та ВРВМТ, тривалість хвороби у яких становить в середньому 4,9±1,2 років. У групу дослідження не входили жінки з гострими запальними процесами жіночих статевих органів, хронічними запальними процесами специфічної етіології, ендометріозом, пухлинними процесами малого тазу. Середній вік жінок складав 32,1±2,4 роки. Для верифікації діагнозу проводили УЗД органів малого таза та доплерографію основних його венозних колекторів. Всі результати дослідження оброблені методами статистики з використанням пакету програм Excel. Лікувальний комплекс включав діосмін-вмісний флеботропний препарат вітчизняного виробництва нормовен по 500 мг 2 рази в день per os курсом 6 міс. За даними ультразвукового та доплерометричного дослідження венозної системи малого тазу у жінок з ВРВМТ під впливом лікування відмічено значне покращення ехографічної картини та достовірне збільшення пікової систолічної швидкості у всіх відділах венозної системи малого тазу. Так, діаметр маткових вен зменшився на 2,2±0,09 мм ($p<0,05$), яєчникових вен на 1,75±0,37 мм ($p<0,05$), діаметр внутрішніх клубових вен зменшився на 2,83±0,32 мм ($p<0,05$). Зменшення діаметру аркуатних вен відбулося на 1,26±0,1 мм ($p<0,05$). Після лікування відмічено покращення венозного дренування малого тазу, про що свідчить збільшення пікової систолічної швидкості кровотоку в маткових венах на 77,65 % ($p<0,05$).

Запропонований нами терапевтичний комплекс ХЗПВСО з ВРВМТ є ефективним і патогенетично обумовленим. В результаті лікування зменшується застійне повнокрів'я тазових органів, зумовлене нормалізацією венозного відтоку. Пріоритетним ефектом розробленого нами лікувального методу є покращення оваріальної гемодинаміки, що забезпечує збереження фолікулярного апарату яєчників для реалізації репродуктивної функції жінки.

ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОЇДНИХ КІСТ ДОДАТКІВ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Сліпчук Ю. В.
Науковий керівник – к.м.н., доц. Т.Б. Сніжко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім.І.Д.Ланового

Мета роботи: проаналізувати ефективність лікування ендометріоїдних кіст яєчників у жінок з безпліддям, скласти алгоритм обстеження і лікування консервативним і ендоскопічним шляхом, сформулювати показання до своєчасного переходу на допоміжні репродуктивні технології (ДРТ).

Матеріали і методи: було проведено ретроспективний аналіз історій 540 пацієнток, які були прооперовані в ПЦРЛ впродовж 2013 року, з них 64 – з приводу ендометріоїдних кіст яєчників. Серед яких з первинним безпліддям було (58,6%) жінок, з вторинним – (42,4%). По тривалості безпліддя : від 1 до 2 років у (35,9%) жінок, від 3 до 5 років у – (32,7%), від 6 до 10 років у - (24%), більше 10 років у – (10%).

Результати досліджень. Усім хворим перед операцією проводили визначення онкомаркерів: СА125, НЕ 4, індекс ROMA.Вивчалась резервна функція яєчників на основі визначення рівня базальної секреції ЛГ, ФСГ, антимюлерового гормону, статевих гормонів, ультразвукового дослідження. Розміри кіст коливались від 2-ох до 10 см. До 4 см – у 65% жінок, 4-6 см у 35 %, більше 6 см – у 10% жінок. Однобічні кісти діагностовано у 72%, двобічні - у 28% жінок.

Під час оперативного втручання ендометріоїдне уражен-

ня тільки яєчників виявили у 25% випадків, поєднання кіст з зовнішнім генітальним ендометріозом у 65%, ендомеріоїдні кіси і спайковий процес у 8% хворих, у 2 % жінок - поєднання кісти з фіброміомою матки. Ендохірургічне лікування полягало в розсіченні злук, висіченні і коагуляції вогнищ ендометріозу, аспірації і енуклеації ендометріоїдних кіст. У 92% випадків зроблено органозберігаючі операції, у 8% - однобічну оваріоектомію, в 2% - консервативна міомектомія.

Висновок.При наявності тільки ендометріодних кіст яєчників і відсутності зовнішнього генітального ендометріозу іншої локалізації жінкам рекомендовано вагітніти впродовж року без додаткового гормонального лікування агоністами ГтРГ.

При наявності зовнішнього генітального ендометріозу I-II ступеня поширеності -гормональне післяопераційне лікування агоністами ГтРГ з подальшою стимуляцією овуляції. При наявності зовнішнього генітального ендометріозу III-IV ступеня поширеності – скерування в відділення допоміжних репродуктивних технологій для проведення IVF.

Ми вважаємо, що своєчасне проведення IVF жінкам з низьким овариальним резервом яєчників і важким ступенем поширеності ендометріозу дозволить отримати вагітність у малоперспективних хворих.

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ МАЛОВОДДЯМ

Судакова Я.С.
Науковий керівник – асист. І.О.Басюга
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Маловоддя - це патологічне зменшення кількості навколоплідних вод, пов’язане з порушенням процесів їх секреції та резорбції. Абсолютна кількість амніотичної рідини, що визначає термін маловоддя, за даними різних авторів, коливається від 60-80 до 500 мл. Маловоддя зустрічається в 0.3-0.4% від усіх пологів, проте у разі вроджених вад розвитку плода спостерігається в 10 разів частіше. Сучасні методи діагностики дозволяють виявляти маловоддя вчасно і відповідно розпочати лікування. Згадана патологія може розвиватись в різні терміни вагітності і нерідко залишається нерозпізнаною. В залежності від терміну вагітності, маловоддя може сприяти розвитку загрози переривання вагітності, патології урогенітального тракту, затримки внутріутробного розвитку плоду, дисплазії легень, патології розвитку кінцівок, утворення амніотичних перетинок. Частим супутником при даній патології є фетоплацентарна дисфункція. За умов фізіологічного перебігу вагітності плацентарні судини знаходяться у стані дилятації та не реагують на скорочувальні стимули. Ця обставина забезпечує рівномірне надходження кисню та живильних речовин до плоду. Інтенсивність матково-плацентарного кровообігу є основним фактором, що визначає надходження кисню до плоду. За умов недостатнього поступлення оксигенованої крові до плацентарної тканини порушується перебіг метаболічних процесів у плаценті, які виявляються методом доплерометрії кровоплину в судинах пуповини, середньо-мозковій артерії плоду та матковій артерії.

Нами обстежено 48 пацієнток із хронічним маловоддям в терміні вагітності 28-34 тижні. Жінок, які вперше народжували було 22(45.8%), повторнородящих - 26(54.2%). Усі жінки були поділені на 2 групи: в першу (23) увійшли вагітні, які отримали терапію, направлену на покращення ФПК, згідно протоколів МОЗ України; до другої (25), яким до комплексного лікування додавали L-аргінін в кількості 100мл один раз на день 3-5 днів із послідуючим пероральним прийомом (питний розчин) на протязі 2-х тижнів. Були проведені обстеження по визначенню стану плоду (плацентометрія, амніотичний індекс, доплерометрія судин пуповини та біофізичний профіль). При УЗД виявлено ознаки порушень ФПК, зниження амніотичного індексу, сповільнений кровоплин у судинах пуповини, стан плоду при проведенні біофізичного профілю від 5 до 7 балів. Після проведеного лікування встановлено покращення параметрів плаценти у першій групи 14(63.6%), а в другій групі у 21(80.7%), збільшення амніотичного індексу у першій групі -16(72.7%), у другій -22(84.6%); при доплерометрії нормалізація кровоплину судин пуповини у першій групі - 19(86.3%), другій групі - 24(92.3%), покращення стану плода за біофізичним профілем плоду (задовільний стан плоду) - перша група 16(72.7%) і 24(92.3%) відповідно друга. Використання L-аргініну в комплексному лікуванні вагітних із хронічним маловоддям значно покращило внутріутробний стан плоду.

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ

РІВЕНЬ ШУМУ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Бажан О.І., Венгрович В.В.
Науковий керівник –д.мед.н., проф. І.І.Тітов
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Актуальність. Відділення інтенсивної терапії відносяться до підрозділів стаціонару з високим рівнем шуму. При цьому, надмірний шум створює несприятливе тло для ефективної і безпомилкової роботи персоналу та спричинює психо-емоційні незручності та дискомфорт хворим, які знаходяться в свідомості. Метою роботи було встановлення інтенсивності шуму в різні періоди доби та в різних приміщеннях у відділенні інтенсивної терапії. Матеріали і методи. За допомогою смартфону « Lenovo S 960 » та спеціального програмного забезпечення «Sound Meter» проведено вимірювання інтенсивності шуму в лікарській, коридорі, реанімаційному залі, 1-ій та 2-ій палатах відділення. Рівень шуму фіксували о 9°°, 12°°, 15°°, 18°°, 24°° та 6°° годині. Вимірювання в кожній точці здійснювалося 3 гаджетами, середнє значення отриманих результатів заносилося в таблицю. Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 5.0»

Результати досліджень. Оцінюючи отримані результати виявлено, що найбільший рівень шуму о 9.00 та виявлено в реанімаційній залі та в коридорі відділення на рівні 79,83±2,38 db - 77,04±1,74 db. Основними джерелами шуму в цей період є розмови персоналу між собою та по телефону (перезмінка чергових бригад), шум при закриванні вхідних дверей, обхід хворих з великою кількістю учасників, транспортування хворих, дзвінки у вхідні двері відділення тощо. В період 18.00-24.00 рівень шуму знижується у всіх приміщеннях відділення до відміток 44,04±04 db (лікарська), 45,21±1,39 db (палата), 69,77±2,74 db (реанімаційний зал). Основними джерелами шуму в цей часовий проміжок є робота обладнання (аспіраторів, моніторів, включення звукових сигналів тривоги дихальних апаратів, інфузійних помп) та розмови чергового персоналу. Заміри шуму о 6.00 фіксують ще один часовий пік інтенсифікації шуму у відділенні інтенсивної терапії. Так в лікарській рівень шуму сягає 58,62±2,51 db, коридорі - 71,07±2,35 db, реанімаційній залі - 79,53±2,39 db, 1 палаті - 59,54±2,25 db та 2 палаті - 49,21±2,20 db. Основними джерелами шуму в цей період є спілкування між собою та з хворими чергового персоналу, автоматичне закривання вхідних дверей, звукові сигнали обладнання, телефонні дзвінки і т.інш.

Висновки: 1. У багатопрофільному відділенні інтенсивної терапії круглодобово наявний підвищений рівень шуму з основними піками 9.00-15.00 та 6.00 до максимального рівня 80,2±2,32 db.

2. Значне підвищення шуму, особливо в нічний час може спричинювати негативний вплив на процес лікування хворих та спричинювати депривацію сну у хворих, які перебувають в свідомості. 3. Підвищений рівень шуму негативним чином впливає на рівень працездатності персоналу (швидке настання втоми, подразливість, розсіювання уваги та пильності) і за нашими попередніми даними, знижує швидкість реакції.

БІОЛОГІЧНА ТА МЕДИЧНА ХІМІЯ

АНТИОКСИДАНТНА СИСТЕМА ЩУРІВ В УМОВАХ УРАЖЕННЯ МІОКАРДУ АДРЕНАЛІНОМ НА ТЛІ ТОКСИЧНОГО ТЕТРАХЛОРМЕТАНОВОГО ГЕПАТИТУ

Алексевич К.О., Рицик О.Б.
Наукові керівники: д.б. н., проф. Л.С. Фіра, к. б. н., доц. П.Г. Лихацький
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»
Кафедра фармації післядипломної освіти, кафедра медичної біохімії

Відомо, що при токсичних ураженнях печінки та при катехоламіновому ураженні міокарду, розвивається оксидативний стрес, за якого генерація активних форм кисню переважає їхню елімінацію ферментними та неферментними системами антиоксидантного захисту клітин.

Метою даного дослідження було вивчення динаміки показників антиоксидантного захисту в умовах поєднаного гострого ураження міокарду підвищеними дозами адреналіну та токсичного тетрахлорметанового ураження печінки.

Токсичне ураження печінки викликали внутрішньочеревним введеням 50 % олійного розчину тетрахлорметану в дозі 1,0 мл\кг. Гостре адреналінове пошкодження міокарда спричиняли шляхом одноразового внутрішньом'язового уведення 0,18% розчину адреналіну гідротартрату в дозі 0,5 мг/кг. Евтаназію проводили з використанням тіопенталу натрію на 3-тю, 24-ту та 48-му годину після введення адреналіну на фоні 7-мої доби гострого токсичного гепатиту.

У ході дослідження відмічалося зниження вмісту відновленого глутатіону (ВГ) у всі терміни. У сироватці крові вміст ВГ знижувався в порівнянні з контролем в 3,3 раза на 3-тю годину дослідження, на 24-тій та 48-мій годинах дослідження показник зростав, але залишався нижчим від контролю. У печінці вміст ВГ знижувався в 2,9 раза, 2,7 та 2,3 раза у відповідні терміни. У серці визначалась така ж тенденція і даний показник був нижчим від контролю.

Встановлено зниження вмісту церулоплазміну в сироватці крові протягом експерименту. Так на 3-тю годину після введення адреналіну даний показник знижувався на 29 % у порівнянні з контролем, в термін 24 і 48 год він залишався нижчим від такого у тварин інтактної групи .

Нами було визначено активність ферменту антиоксидантного захисту – каталази. У сироватці крові даний показник зменшувався в 2 рази через 3 год після введення адреналіну, надалі дещо підвищувався, але був нижчий від контролю у 1,5 і 1,4 раза в терміні 24 і 48 год. Подібна динаміка активності каталази відмічалася і у досліджуваних тканинах.

Отримані результати засвідчують, що через 3 год після застосування адреналіну на тлі 7-денного ураження печінки тетрахлорметаном вірогідно знижується активність каталази тта вміст відновленого глутатіону у сироватці крові, печінці та міокарді щурів, а також вміст церулопалазміну у сироватці крові. Отримані дані підтверджують потенціюючий токсичний вплив адреналіну у розвитку тетрахлорметанового гепатиту.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЗАГРОЗИ ЗАБРУДНЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ КСЕНОБІОТИКАМИ - СПОЛУКАМИ КАДМІЮ ЧЕРЕЗ КОЛЬОРОВИЙ КЕРАМІЧНИЙ ПОСУД

Бабчук Л.Р.
Науковий керівник – к.т.н, доц. С.М. Бабчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії ім. Г.О. Бабенка

Мета роботи. Ксенобіотики є речовинами, які мають високу токсичність. Серед даних речовин особливої уваги вимагають важкі метали. Одним з найбільш небезпечних серед вищевказаних важких металів є кадмій.

Кадмій знижує активність ряду ферментів, уражає печінку, нирки, підшлункову залозу та кумулюється в цих органах. Потрапляючи в організм у великих дозах, кадмій виявляє сильні токсичні властивості. Йони цього металу виступають інгібітором ряду ферментів, руйнуючи їх. Через близькість розмірів атомних радіусів кальцію і кадмію, канцерогенний кадмій має можливість заміщувати кальцій у кістковій тканині і руйнувати її також. Усе це негативно впливає на загальний стан людського організму. Відмічені тератогенний, мутагенний та канцерогенний ефекти кадмію.

Матеріали і методи. Одним з основних шляхів надходження кадмію в людський організм є потрапляння через кишково-шлунковий тракт під час прийому їжі. Джерелом забруднення людського організму кадмієм може виступати керамічний посуд. Тому використання красивого ззовні кольорового керамічного посуду може бути небезпечним для здоров'я людини, яка споживатиме їжу з такого посуду.

Результати дослідження. Під час проведення аналізу кольорів, які використовуються для оздоблення керамічного посуду встановлено, що кольори від слонової кістки і блідо-салатового до лимонного та оливкового, усі можливі відтінки жовтого та зеленого можуть бути одержані із застосуванням сульфіду кадмію.

Для одержання на керамічному посуді покриття чи малюнків у відтінках червоного – від жовтогарячого та персикового до вишнево-червоного та фіолетового може використовуватись як добавка селенід кадмію.

Висновок. В результаті досліджень проведено ідентифікацію рівнів ймовірної небезпеки для людського організму використання при харчуванні керамічного посуду в оздобі якого є покриття визначених кольорів, які можуть бути отримані із застосуванням сполук кадмію – сульфіду та селеніду.

Таким чином, шляхом ідентифікації одержано методику попереднього неруйнівного моніторингу безпечності для харчування людей керамічного посуду, в якому як ідентифікуюча ознака використовується колір покриття цього посуду.

ВПЛИВ ПАЖИТНИКА СІННОГО НА ДЕЯКІ ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА СИСТЕМУ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У БІЛИХ БЕЗПОРОДНИХ ЩУРІВ-САМЦІВ

Веляник В.П.
Науковий керівник – д.б.н., проф. Г.М. Ерстенюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології та медичної генетики

Пажитник сінний *(Trigonella foenum-graecum L.)* – це однорічна рослина родини Бобові (*Fabacecae*), відома своїми цілющими властивостями. Зокрема насіння пажитника містить стероїдні сапоніни, алкалоїди, ефірні олії, вітаміни A, C, B, P, каротини, мінеральні речовини (Srinivasan, K., 2006) й відповідно володіє діуретичною, протизапальною, анаболічною, гіпоглікемічною дією. За даними літератури пажитник можна застосовувати для профілактики ряду захворювань, таких як цукровий діабет, гіпертонія, подагра, а також підвищення опірної здатності організму. Однак на сьогоднішній день недостатньо відомостей стосовно впливу на антиоксидантний захист організму цієї лікарської рослини. Тому метою нашої роботи був аналіз стану антиоксидантної системи у безпородних білих щурів-самців масою 140–230г під впливом пажитника сінного.

Для характеристики стану антиоксидантного захисту за умов вживання тваринами водного екстракту пажитника проведено дослідження активності ферментів – антиоксидантів: супероксиддисмутази (СОД), каталази (КАТ), глутатіонредуктази (ГР) з врахуванням рівня метгемоглобіну та загального гемоглобіну. В експерименті використовували білих безпородних щурів-самців масою 140–230г. Пажитник сінний («Еко», Україна) застосовували у вигляді 5% водного екстракту в розрахунку 25мл на 250г маси тіла тварини на добу.

Проведені нами дослідження дозволили встановити, що активність каталази на протязі експерименту була у 2,5 – 3 рази нижчою у щурів, які споживали екстракт пажитника порівняно із інтактними. Значення активності СОД та глутатіонредуктази достовірно не відрізнялися у тварин обох груп. Водночас слід відмітити, що рівень загального гемоглобіну в крові щурів дослідної групи на 20 % перевищував значення контролю на 14 – 28 доби після введення. Натомість рівень метгемоглобіну в щурів контрольної групи був у 2-3 рази вищий порівняно з експериментальною групою тварин. Зокрема, на 28 добу становив 66% та 91,5% відповідно, що може опосередковано вказувати на зниження рівня супероксид-аніону, який утворюється при окисненні іонів Fe^{2+} до Fe^{3+} в процесі утворення метгемоглобіну.

Отже, отримані результати свідчать про позитивний вплив пажитника сінного на ферментативну ланку антиоксидантного захисту організму білих щурів і вказують на зниження інтенсивності процесів утворення активних форм кисню. Такі дані спонукають до поглибленого вивчення впливу пажитника сінного на метаболічні процеси в організмі експериментальних тварин і можливості застосування його з метою профілактики або корекції патологічних станів.

ПРИГОТУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ З РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ

Волошин У. В.
Науковий керівник – к. х. н., доц. А. М. Дмитрів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Закон розподілу третьої речовини між двома розчинниками, що не змішуються, лежить в основі процесів екстракції. Екстракція широко використовується у фармації для добування біологічно активних речовин із природної сировини, очистки антибіотиків та інших лікарських речовин, для аналітичних цілей, для ізолювання лікарських речовин та отрут при проведенні хіміко-токсикологічних досліджень.

Зважаючи на це в останні роки теорія і практика цього процесу особливо інтенсивно розробляються у хіміко-фармацевтичній промисловості з врахуванням деяких специфічних особливостей. Останні пав'язані перш за все з попередніми технологічними операціями (сушіння, подрібнення

тощо) та з стабільністю лікарських речовин, які ускладнюють нормальну регуляцію та оптимізацію цих процесів. Певною мірою попередня обробка змінює деякі властивості рослинної сировини та її хімічний склад. Це пов'язано із створенням умов для процесів гідролізу і ферментації, які найчастіше призводять до зменшення початкового біологічного ефекту (деструктивні та інші зміни у лікарській речовині). Незважаючи на це, така форма обробки рослинної сировини безумовно є більш раціональною.

Для інтесифікації процесу екстракції в умовах хімічного та фармацевтичного виробництв широко зпстосовують апарати – ексрактори, дія яких основана на принципах протитоку та перемішування рідин. Екстракція буде більш повною, якщо її проводити багаторазово, розділяючи весь об'єм розчинника на порції, ніж при одноразовій екстракції усім об'ємом розчинника.

На практиці для підвищення ефективності екстракції підбирають такі умови її проведення (додавання електролітів або інших добавок, температура, pH тощо), за яких зменшується вплив побічних реакцій, наприклад, дисоціації, асоціації та ін. При екстракції з твердої сировини рослинного або тваринного походження швидкість процесу можна збільшити у декілька разів при дії ультразвуку на суспензію, яка утворюється після додавання до подрібненої сировини відповідного розчинника.

Водні настої і відвари, що готуються в аптеках рідко використовуються самостійно. У більшості випадків вони є середовищем, яке містить різні лікарські засоби з якого отримують мікстури. Водні витяжки слід відпускати і застосовувати лише у свіжому стані, тому що при тривалому зберіганні в результаті вторинного забруднення мікробами у них розвиваються мікроорганізми і цвілі, а активно діючі компоненти можуть піддаватися змінам, що призводить до часткової або повної їх інактивації. Зберігати витяжки слід в прохолодному місці. Незалежно від зазначених труднощів, пов'язаних з приготувань фітопрепаратів, практика показує, що застосування їх значно розширюється і їх актуальність у даний час особливо велика.

ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕОЛІТІВ У МЕДИЦИНІ

Воронич В. О., Семченко В. А.
Науковий керівник - асист. Л.Я. Нечитайло
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені академіка Г.О. Бабенка

Цеоліти („камінь, що кипить") – ряд мінералів із трьохвимірною структурною організацією, які утворюють системи пустот і каналів, зайнятих катіонами і молекулами води. Цеоліти володіють унікальною іонообмінною селективністю щодо радіонуклідів і важких металів, що дозволяє застосовувати їх для очищення води від радіоізотопів, захоронення радіоактивних відходів, реабілітації забруднених радіонуклідами територій. Завдяки таким якостям цеоліти використовували після аварії на Чорнобильській АЕС. Ефективні мінерали і по відношенню до органічних сполук, наприклад, на тлі використання цеолітів концентрація найбільш поширеного в воді канцерогену бензапірену зменшується в 260 разів.

Цеоліт в медицині вперше застосували в хірургії у вигляді тонкодисперсного порошка для лікування гнійно-некротичних ран. Згодом почали прикладати до ран гранули подрібненого цеоліту, збагаченого розчином гіпохлориду натрію та розміщеного у контейнер із синтетичної тканини, що дозволило суттєво скоротити терміни очищення ран та накладання швів. Для лікування гнійних ран та опіків використовували цеоліти у пакетах із напівпроникливих плівок (Паничев А.М. і співав., 2011). Такий спосіб застосування мінералів дозволив максимально зменшити ймовірність прямого контакту сорбента із тканинами та забезпечити лікувальний ефект за рахунок подрібнення (до 0,0001 см) природних сорбентів. Ефективність лікування підтверджує стабілізація мембран клітин крові, зменшення лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, зниження інтоксикації, стимуляція Т-клітинного імунітету, підвищення вмісту гемоглобіну та еритроцитів у крові, зменшення набряку. Виражений біостимулюючий, дренажний та лімфопротекторний ефект дозволив застосовувати цеоліт у хворих із опіками. Показами до застосування мінералу є гепатити типу А, В, С, хронічний гастрит, калькульозний та некалькульозний холецистит, хронічний панкреатит, дискінезія жовчовивідних шляхів, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, дисбактеріоз. На тлі використання цеолітів спостерігають зменшення розмірів печінки, усунення астено-вегетативного синдрому, нормалізацію печінкових проб (Жуковіна О. В. зі співав., 2009; Крутських Т. В., 2001).

Таким чином, одержані результати свідчать про високу ефективність використання цеоліту як ентеросорбента, адаптогена як у якості монотерапії, так і у складі комплексного лікування хвороб гепато-біліарної системи, шлунково-кишкового тракту, при інтоксикації любого ґенезу, для діалізу у штучній нирці, у хірургічні практиці.

АТФАЗНА АКТИВНІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ ЩУРА ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОЛІТУ ТА ЗА ВПЛИВУ ЕКЗОГЕННОГО КАЛЬЦІЮ ТА ГЕМОЛІЗАТУ

Гринчишин О.І.
Науковий керівник – к.хім.н., асист. Н.М. Гринчишин
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біологічної хімії

Мета дослідження: Встановити залежність активності Na,K-АТФази, Mg-АТФази та Ca, Mg-АТФази еритроцитної мембрани щура за умов виразкового коліту та за впливу екзогенного кальцію та гемолізату.

Матеріали та методи дослідження: Робота виконана на 20 щурах-самцях, поділених на дві групи. Перша група – контрольні щури, друга група – щури з модельованим виразковим колітом, викликаним одноразовим введенням в пряму кишку 4 % розчину ацетатної кислоти .Активність Na,K-АТФази еритроцитних мембран встановлювали шляхом визначення різниці між активністю сумарної АТФази та Mg-АТФази, що їх визначали за приростом концентрації неорганічного фосфату.

Результати дослідження. На основі отриманих результатів встановлено, що гемолізат, виділений з крові щурів за умов виразкового коліту активує Na,K-АТФазу та посилює гальмівний ефект екзогенного кальцію на активність вказаного ферменту. Відмінності між ними зводяться до відсутності стимулюючого впливу даного фактору на активність Ca, Mg-АТФази у контрольних щурів. За відсутності гемолізату дворазове пригнічення екзогенним кальцієм активності Na,K-АТФази еритроцитних мембран спостерігали за його концентрації на рівні 50 мкмоль/л, тоді як пригнічення активності даного ферменту в еритроцитних мембранах контрольних щурів є достатньою концентрація кальцію на рівні 10 мкмоль/л.

Висновки. Са-чутливість АТФазних помп регулюється

різними цитоплазматичними білками, і Na,K-АТФаза є чутливішою за присутності гемолізату до гальмівної дії іонів Са, ніж Са, Mg-АТФаза – до стимуляції.

«РОЗУМНИЙ» ІНСУЛІН

Давиденко О.В.
Науковий керівник – Г.В. Токарик
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"
Кафедра медичної і біологічної хімії

Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, проаналізували дані про хворобах населення 194 країн і склали список найпоширеніших захворювань (World health statistics - 2012). Перше місце в ньому зайняла гіпертонія ,друге - діабет, а на третю позицію експерти поставили ожиріння - «епідемію 21 століття». У 2012 році діабет вперше увійшов в «тривожний» список експертів. За даними працівників ВООЗ, кількість людей з підвищеним вмістом цукру в крові досягає приблизно 10% від загальної щільності населення в світі. На території тихоокеанських кістяків кількість діабетиків і зовсім зашкалює - їх там більше, ніж 30%!

Факт: невилікуваний діабет призводить до захворювань серцево-судинної системи, нирковій недостатності і сліпоти.

У нормі, після того як Ви вживаєте їжу, яка містить багато глюкози Ваш рівень цукру у крові зростає. В-клітини у Вашій підшлунковій залозі сигналізують до вироблення і викиду інсуліну в кров. Інсулін зв'язується із рецепторами клітин і тим самим сприяє проникності клітинної мембрани для глюкози з крові. За рахунок розщеплення глюкози у клітині остання отримує енергію. Але у хворих на цукровий діабет 1 типу є порушення або недостатність синтезу інсуліну, що призводить до збільшення рівня глюкози в крові і енергетичного голодування клітин. Найбільше потерпає головний мозок, для якого глюкоза є єдиним джерело енергії. Тому, щоб запобігти гіперглікемії хворим потрібно постійно визначати рівень глюкози у крові і робити ін'єкції інсуліну.

Тепер доступна дуже велика кількість різноманітних комерційних препаратів інсуліну. Максимальне зниження рівня глюкози в крові відбувається через 20 хв після внутрішньовенної ін'єкції кристалічного інсуліну, а внаслідок підшкірного введення максимальне зниження простежується через 2-3 год.

Але для уникнення постійного визначення рівня глюкози і введення інсуліну був створений «розумний « інсулін. Вчені із США розробили новий модифікований інсулін, який підтримує сталу концентрацію глюкози протягом 14 годин і змінює свою активність у залежності від її рівня. До одного з кінців інсуліну була прикріплена молекула фенілборної кислоти з'єднана з алкільним фрагментом. Коли глюкози в крові мало алкільний фрагмент зв'язується з альбуміном — білком, який постійно циркулює у крові, і молекула стає неактивною. Коли глюкози у крові багато, фенілборний фрагмент приєднується до глюкози, а алкільний фрагмент і альбумін роз'єднуються і молекула інсуліну стає активна. Таким чином ми уникаємо гіперглікемії, яка через декілька років може перетворити чоловіка в інваліда і навіть вбити його.

АКТИВНІСТЬ МАРКЕРНИХ ФЕРМЕНТІВ ПЕЧІНКИ ЗА УМОВ ОДНОЧАСНОГО УРАЖЕННЯ ЩУРІВ КАРБОФОСОМ ТА ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ ПІСЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ЕНТЕРОСГЕЛЮ

Данилів В.В., Бойко Л.А., Вашкеба Е.М.
Наукові керівники: д.б.н., проф. Л.С. Фіра, к.біол.н., доц. П.Г. Лихацький
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України», кафедра фармації післядипломної освіти, кафедра медичної біохімії, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра фармацевтичних дициплін

Безліч токсичних ефектів ФОС, які широко використовуються в народному господарстві, є наслідком взаємодії їх з різними медіаторними системами, пригнічення ферментів, пероксидантної дії. Це призводить до прояву цитоксичного ефекту ФОС, який починається з дезорганізації клітинного метаболізму і закінчується загибеллю нейронів, гепато- та кардіоцитів.

Метою даного дослідження було вивчення активності маркерних ферментів печінки за умов одночасного ураження щурів карбофосом та тетрахлорметаном після використання сорбенту ентеросгелю.

Карбофос вводили щоденно внутрішньошлунково у вигляді водного розчину з розрахунку 20 мг/кг маси тіла тварини. Тетрахлорметан вводили внутрішньочеревно, дворазово - через добу у вигляді 50% олійного розчину у дозі 1,0 мл/кг маси тварини. Ентеросгель тварини отримували щоденно інтрагастрально з розрахунку 120 мг/кг маси тіла. Дослідження проводили на 10 та 30 день отруєння карбофосом на тлі розвитку токсичного тетрахлорметанового гепатиту.

Нами досліджено коригуючий вплив ентеросгелю на стан плазматичних мембран гепатоцитів. Після ураження токсикантами підвищувалась активність як АлАТ, так і АсАТ у сироватці крові. Це свідчить, що під впливом карбофосу та тетрахлорметану відбувається цитоліз гепатоцитів і переміщення ферментів в кров. На тридцяту та сьому добу введення токсинів ми спостерігали зниження активності амінотрансфераз після застогсування ентеросгелю, а саме АлАТ на 59 %, АсАТ на 30 % відносно рівня уражених тварин. Дослідження активності амінотрансфераз в печінці показало їх зниження під дією токсикантів і тільки на кінець експерименту активність даних ензимів зросла на 6 %, відносно рівня уражених щурів.

Аналогічне підвищення активності лужної фосфатази спостерігалось в сироватці крові та зниження у печінці щурів при дії токсикантів. При введенні в уражений організм ентеросгелю відмічено підвищення активності даного ферменту у печінці.

Проведені експерименти дозволяють зробити висновок про глибокі порушення в активностях маркерних ферментів печінки, що свідчить про цитоліз гепатоцитів та зміни проникності плазматичних мембран. Сорбент ентеросгель викликав нормалізацію даних показників, що дозволить запропонувати його до використання при отруєннях різного генезу.

СЕЗОННА ДИНАМІКА ВМІСТУ НІТРАТ – ІОНІВ ТА КАДМІЮ У ВОДОЙМАХ ПРИКАРПАТТ1Я

Нечитайло Л.Я., Закорчемна Б.
Науковий керівник - асист. Л.Я. Нечитайло
ДВНЗ «Івано – Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії ім. Г.О. Бабенка

Вступ. Зростання антропогенного пресингу в екосистемах супроводжується техногенним забрудненням навколишнього середовища, негативний вплив якого відбивається на якості джерел водопостачання й здоров'ї людей. Серед хімічних речовин, які забруднюють довкілля одне з перших місць посідають важкі метали, особливо кадмій та нітрати. З літературних джерел відомо, що токсична дія даних ксенобіотиків зумовлює порушення метаболічних процесів в живому організмі. Концентрація їх у водних об'єктах залежить від шляхів потрапляння, інтенсивності водокористування, геохімічних особливостей території, а також змінюється впродовж року посезонно, оскільки сезонно змінюються фізико – хімічні характеристики водойм. У зв'язку із цим актуальним є дослідження сезонного рівня нітратів та кадмію у питній воді регіону.

Мета роботи – полягала в проведенні порівняльної характеристики сезонних змін нітрат – іонів та кадмію у питній воді гірської та рівнинної зони регіону.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом досліджень слугували водойми Галицького, Снятинського та Верховинського районів. Забір взірців проб води здійснювали згідно нормативних державних стандартів. Вміст кадмію у воді визначали методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії, потенціометричним методом визначали вміст нітрат-іонів.

Результати дослідження. На основі одержаних результатів встановлено суттєві зміни вмісту нітрат – іонів та кадмію у водоймах різних районів області. Зокрема, необхідно відмітити, що в Снятинському районі рівень нітрат – іонів у питній воді весною становив – 24,9 ±14,0 мг/л. Значне зростання рівня нітратів з перевищенням ГДК спостерігали влітку та восени в 2,8 – 3,7 рази. Визначення вмісту нітрат – іонів у воді Галицького району показало значне зростання їх рівня весною – в 1,5 рази в порівнянні з літньо – осіннім періодом. У гірській зоні (Верховинський район) рівень нітратів зростав влітку і становив 19,08 ±18,8 мг/л, весною та восени відмічена тенденція зниження концентрації нітратів до 5,21±0,1 - 12,08 ± 9,6 мг/л. Порівняльний аналіз вмісту нітрат – іонів у питній воді з фізіологічною нормою, вказує на те, що в кожному із досліджуваних районів спостерігаються відхилення від норми у різні пори року. Одночасно з визначенням концентрації нітрат – іонів, у питній воді проводились дослідження на визначення важкого металу – кадмію. Визначення вмісту кадмію у досліджуваних пробах води гірської зони показало, що концентрація даного мікроелемента восени становили 0,73± 0,10 мкг/л, влітку та весною спостерігаємо не значне підвищення його рівня 0,95± 0,47 та 1,00 ± 0,02 мкг/л, водночас, одержані показники не перевищували гранично допустимих параметрів не залежно від пори року. Однак, найвищий рівень кадмію у питній воді зафіксовано у Галицькому та Снятинському районах з перевищенням гранично допустимої концентрації на 16-20%.

Висновки. Таким чином, одержані результати дозволили встановити, що значна частина населення, яка проживає в Снятинському та Галицькому районах споживає воду з підвищеним вмістом нітрат – іонів та кадмію, що зумовлює зростання спільної дії даних ксенобіотиків на живі організми. Населення Верховинського району споживає воду з гранично допустимим вмістом нітрат- іонів та токсичного металу кадмію. Одержані результати можуть певною мірою пояснити виникнення екологічних патологій у населення, яке проживає на території регіону.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У СЕРЦЕВОМУ М'ЯЗІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ НІТРИТУ НАТРІЮ

Курас Л.Д.
Науковий керівник – д. б. н., проф. А.М. Ерстенюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені Г.О. Бабенка

Інтенсивне використання азотних сполук (до складу яких входять нітрати та нітрити) в сільському господарстві та харчовій промисловості призвело до посилення їхнього впливу на людський організм. З літературних джерел відомо, що при нітритній інтоксикації відбувається інтенсивне утворення метгемоглобіну, порушення транспорту кисню до клітин і зміни метаболізму. Виходячи з цього важливими є дослідження перебігу процесів енергетичного обміну за таких умов у клітинах серця. Метою нашого дослідження було вивчення активності ферментів енергетичного обміну в серцевому м'язі та плазмі крові експериментальних тварин за умов впливу нітриту натрію. Дослідження проводили на білих безпородних лабораторних щурах-самцях, яких утримували на стандартному харчовому раціоні віварію. Токсичне ураження викликали нітритом натрію *($NaNO_2$)* який вводили per os в дозі 2,1 мг/кг маси тіла тварини (1/10 LD_{50}) один раз на день протягом 10-ти діб. Інтактні (контрольні) тварини отримували відповідну кількість 0,9 % розчину хлориду натрію. Забір матеріалу здійснювали згідно правил Європейської конвенції про гуманне ставлення до лабораторних тварин під легким ефірним наркозом на 1-у, 14-у і 28-у доби після завершення введення $NaNO_2$. Активність ферментів: Na^+, K^+-активуючої, Mg^{2+}-залежної АТФ-ази, лактатдегідрогенази (ЛДГ) та альфа-кетоглутаратдегідрогенази визначали спектрофотометрично. Проведені дослідження дозволили встановити різний характер змін активностей ферментів у тварин, які отримували нітрит натрію відносно показників контрольної групи. Зокрема, внаслідок активації завершальних ланок анаеробного гліколізу спостерігається значне зростання активності ЛДГ на 14-у добу у плазмі крові. У серці спостерігають зниження активності ЛДГ протягом усього періоду в 6-16 разів. Дослідження активності альфа-кетоглутаратдегідрогени показали зниження у плазмі крові в 5-6 раз на 1-у та 14-у доби; у серці – незначне зростання на 14-у добу і зниження в 2,5 рази на 28-у добу. Активність АТФ-ази значно зростала на 1-у добу у плазмі крові, а у серці спостерігалось значне зниження активності фермента (у 30 разів) протягом усього періоду дослідження. Аналіз отриманих даних вказує на істотні порушення процесів енергетичного обміну у серцевому м'язі тварин за умов нітритної інтоксикації. Зважаючи на це, актуальними є подальші дослідження в напрямку поглибленого вивчення впливу ксенобіотиків на енергетичний обмін в експериментальних тварин та пошук засобів для профілактики і корекції виявлених порушень.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСОНІВ ТА ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТІЙКІСТЬ НИРКОВИХ КАМЕНІВ РІЗНОЇ ПРИРОДИ

Легун Н.О.
Науковий керівник – к.хім.н. доц. М.В. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної і біологічної хімії

Метою роботи було розробити метод визначення складу каменя за допомогою ІЧ- спектроскопії і провести дослідження впливу різних розчинів на зразки ниркових каменів різного типу, підібрати композицію із комплексонів та порівняти впливи на ці ниркові камені як відомого препарату так і запропонованої композиції.

Матеріали та методи дослідження. Набір ниркових каменів, типи яких визначали запропонованим у роботі методом ІЧ-спектроскопії. Піддавали дії лугу, кислоти, комплексону трилону Б та визначали ступінь розкладу в динаміці методом зважування на аналітичній вазі.

Результати дослідження. Встановлено, що уратні камені добре розчиняються в розчині лугу в той час як фосфатні не розчиняються. В той же час фосфатні легко руйнуються під дією комплексону трилону Б, що зовсім не впливає на уратні камені. За отриманими даними була підібрана композиція, яка найбільш ефективна для змішаних каменів і складалась із натрію лимоннокислого, трилону Б та соди. Порівняння дії нашої композиції та відомого сучасного препарату «Ураліт» показали, що вона навіть більш ефективна у випадку змішаного каменю з переважанням фосфатів.

Висновки. Запропоновано швидкий та ефективний метод визначення складу ниркових каменів методом ІЧ- спектроскопії. Встановлено закономірності дії різних розчинів на ниркові камені різного типу та на основі цих закономірностей запропоновано композицію, яка при порівнянні із відомим препаратом «Ураліт» показала свою високу ефективність.

МАКРО- ТА МІКРОЕЛЕМЕНТИ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ

Литвинюк Н. І., Слободян З. О., Парцей Х. Ю., Олексин М. Б.
Науковий керівник – д.б.н., проф. Г. М. Ерстенюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені Г. О. Бабенка

Енергетичні напої - це безалкогольні напої, які містять кофеїн, вітаміни, амінокислоти, вуглеводи. З даних літератури відомо, що регулярне вживання енергетиків може стати причиною виникнення судом, інсультів. Дія кофеїну полягає у зменшенні сонливості, усуненні почуття втоми, стимулює розумові здібності. До складу енергонапоїв входять карнітин та глюкоронолактон, що впливають на енергетичний обмін. Добре відомо, що метаболічні процеси перебувають під контролем макро- та мікроелементів, які виступають в ролі активаторів або інгібіторів ферментів, що забезпечують перебіг реакцій катаболізму та анаболізму. У доступній літературі відсутні відомості стосовно впливу енергетичних напоїв на макро- та мікроелементний склад живих організмів. Виходячи з цього, метою даного дослідження було вивчення есенціальних макро- та мікроелементів у печінці щурів, які споживали енерготонік.

Матеріали і методи: Дослідження проводили на щурах лінії Вістар, масою 150-200г. Тварин розділили на чотири групи:1-ша - дослідні тварини(самці), які отримували енерготонік; 2-а - дослідні тварини(самки), які отримували енерготонік, 3,4-а групи - інтактні тварини(самці та самки), які отримували питну воду. Дослідні тварини отримували напій у кількості 30 мл/кг. Дозу розраховували відносно маси тіла. Забір матеріалу проводили під легким ефірним наркозом на 31-шу добу експерименту. Визначення мікро- та макроелементів у печінці проводили атомно-адсорбційним методом, за допомогою приладу «С-115ПК».

Результати дослідження. Проведені нами дослідження дозволили встановити різнонапрямлений характер змін залежно від статі. Зокрема у самців дослідної групи спостерігались зростання рівня таких елементів у печінці, як цинку на 28,4%, магнію - 17,1%, заліза - 12,6% відносно контролю. Також відмічено зниження рівня мангану та купруму. У самок спостерігалось суттєве зростання рівня кадмію на 32,5%, заліза – на 43,4% відносно контролю цих тварин на фоні суттєвого зниження магнію на 75,2%, мангану - 29,6%, купруму - 18,3%, цинку - 9,6%.

Висновок: отримані дані вказують на розвиток дисмікроелеменозу в піддослідних тварин, що потребує подальшого дослідження метаболічних процесів, зокрема, у печінці за умов споживання енергетичних напоїв.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ПЛІВОК З ВІДОМИМИ ДІЮЧИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Масляк К.Т.
Науковий керівник – к.хім.н., доц. М.В. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії

З метою отримання ефективного способу використання відомих лікарських препаратів були виготовлені лікарські плівки із декасаном, хлоргексидином із різними співвідношеннями молочної, саліцилової, янтарної та ортофосфорної кислот в присутності оксиду цинку. Лікарські плівки із біодеградуючих полімерних основ із полівінілового спирту, желатини та зшиваючих речовин у вигляді комплексів цинку із молочною кислотою, отримані методом поливу із використанням мікрохвильового опромінення. Протимікробну активність визначали методом дифузії в агар.Виявлено, що плівки із декасаном проявили високу активність проти E.coli, а введення до цієї комбінації іще додаткових кількостей молочної або саліцилової кислот підсилює активність проти St. aureus та Str.constellatus а також Enterococcus faecalis. Отримані результати свідчать, про перспективність подальшого вивчення дії синтезованих плівок.Метою нашого дослідження було створення ефективної лікарської плівки з уже відомими протимікробними препаратами та випробовування її активності на серію клінічних штамів умовно-патогенних мікроорганізмів, виділених від пацієнтів з гнійними ранами і трофічними виразками.Виявлено, що базова плівка із комплексом цинку проявляє активність проти деяких клінічних штамів St. aureus .Плівки із декасаном проявили високу активність проти E.coli,Введення до основної комбінації додаткових кількостей молочної або салицилової кислот підсилює активність проти St. aureus та Str.constellatus а також Enterococcus faecalisПлівки із лікарськими препаратами мають перспективу застосування їх на практиці як зручний спосіб пролонгованої дії препаратів. Наявність антибактеріальної дії синтезованих лікарських плівок робить необхідним подальші дослідження їх дії на піддослідних тваринах з перспективою лікування пацієнтів з гнійними ранами і трофічними виразками.

ВПЛИВ ЕКСТРАКТУ АРТИШОКУ НА ПОКАЗНИКИ ФОСФОРНО – КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У ТВАРИН, ЩО ПІДДАВАЛИСЬ ДІЇ НАТРІЮ НІТРИТУ

Павелко З.І.
Наукові керівники: д.б.н., проф. Г. М. Ерстенюк, асист. Н.С. Хопта
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені академіка Г.О. Бабенка

Метою роботи є дослідити ефективність застосування екстракту артишоку для профілактики та корекції зрушень фосфорно-кальцієвого обміну у тварин, інтоксикованих нітритом натрію.

Матеріали і методи: дослідження проводили на білих безпородних щурах-самцях масою 180-230 г, яких утримували на стандартному раціоні віварію.

Результати дослідження. Загальновідомо, що при взаємодії натрію нітриту з оксигемоглобіном утворюються вільні радикали, які пошкоджують біологічні мембрани, мають цитотоксичну дію, викликають процеси вільнорадикального окислення ліпідів, тощо. Актуальною залишається проблема дослідження ефективності лікарських засобів для профілактики та корекції наслідків токсичного впливу нітритів. В останні роки відкривають нові цілющі властивості давно відомих рослин, як от артишоку. Встановлено, що екстракт артишоку виводить із організму токсини, важкі метали, нітрогеновмісні сполуки.

Експеримент проводили з дотриманням вимог біоетики, відповідно до положень Європейської Конвенції щодо захисту хребетних тварин (Страсбург, 1986). Моделювали хронічну нітритну інтоксикацію введенням нітриту натрію з питною водою в дозі 1/10 LD50 протягом 10 днів. Тварин (n=30) було поділено на три групи; 1 – інтактні, отримували звичайну питну воду, 2 – уражені NaN02, 3 – група тварин, які отримували екстракт артишоку після завершення введення натрію нітриту. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом на 1-у, 14-у та 28-у добу після завершення інтоксикації. Визначали у плазмі крові рівень загального та іонізованого кальцію, неорганічного фосфору, активності лужної фосфатази з використанням стандартних методик. У динаміці нітритної інтоксикації і корекції екстрактом артишоку спостерігались зміни досліджуваних показників плазми крові порівняно з інтактними тваринами. Так, якщо активність лужної фосфатази у тварин 2-ї групи знижувалась, особливо на 14-у і 28-у добу відповідно у 1,9 і 2,8 разів порівняно з інтактними, то у тварин, які одержували досліджуваний препарат на протязі 28 днів активність ферменту відповідала рівню інтактних, хоча на 14-у добу показники активності ферменту тварин 2-ї та 3-ї груп достовірно не відрізнялись. Аналогічна закономірність спостерігалась також з концентрацією загального кальцію у плазмі крові. Проте, концентрація іонізованого кальцію вже на 14-у добу приймання препарату досягла значень інтактних тварин 1-ї та 2-ї групи він знижувався на 14-у добу, то у тварин 3-ї – підвищувався, а у віддаленому періоді рівень фосфатів у двох групах не відрізнявся від показників інтактних тварин.

Висновок: одержані дані свідчать про порушення рівня кальцію та фосфатів за умов нітритної інтоксикації, а також про позитивний вплив екстракту артишоку на 14 день надходження.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЩУРІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕНЕРГЕТИЧНИХ НАПОЇВ

Парцей Х. Ю., Олексин М. Б., Литвинюк Н. І., Слободян З. О.
Науковий керівник – д.б.н., проф. Г. М. Ерстенюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені Г. О. Бабенка

Термін «енергетичні напої» відноситься до числа легко доступних безалкогольних напоїв, нібито для зменшення або запобігання втоми, підвищення фізичної працездатності, поліпшення настрою і підвищення когнітивних функцій. У доступній науковій літературі недостатньо висвітлені дані стосовно впливу енергетичних напоїв на гематологічні показники. Виходячи з того, що клітини крові одними з перших реагують на поступлення різного роду харчових продуктів, лікарських речовин тощо, важливим є дослідження гематологічних показників за умов впливу енергетичних напоїв.

Матеріали і методи: дослідження було проведено на білих лабораторних щурах лінії Вістар, які перебували у віварії за відповідних умов освітлення, температурного режиму та стандартного раціону. Піддослідні тварини були розділені на чотири групи: 1-а група - самці, 2-а - самки, які отримували енергетичний напій протягом місяця; 3-а група –самці, 4-а група – самки, які отримували питну воду (контрольні групи). У крові визначали кількість еритроцитів, лейкоцитів, лімфоцитів, вміст гемоглобіну та НСТ-тест за допомогою гематологічного аналізатора «Micro CC – 20 Plus». Одержані цифрові дані статистично обраховували за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень встановлено зниження кількості еритроцитів в 1,3 рази у крові дослідних тварин в порівнянні з контрольними. У той же час знижувався рівень гемоглобіну в 1,2 рази в порівнянні з інтактними тваринами. Такі дані можуть вказувати на порушення процесів кровотворення у цих тварин або на гемоліз еритроцитів чи порушення синтезу гемоглобіну. При дослідженні лейкограми крові щурів виявлено збільшення в 1,5 рази числа лімфоцитів в дослідній групі самців і зменшення в 1,4 рази у дослідній групі самок в порівнянні з контрольними тваринами. Число лейкоцитів зменшувалося в 1,5 рази в дослідних самок в порівнянні з контрольними самками і зростало в 1,6 рази у дослідних самців в порівнянні з контрольними тваринами. Інтенсивність «кисневого вибуху», що відбувається всередині фагоцитуючих клітин, оцінювали за НСТ-тестом, при цьому спостерігалося зниження в 1,2 рази у тварин, які приймали енерготонік в порівнянні з контрольними групами.

Висновок: такі результати вказують на необхідність поглибленого дослідження впливу енергетичних напоїв на клітини крові, зокрема метаболічні процеси, які підтримують функціонування цих клітин.

ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДУ ТА ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РОЗЧИННИКІВ НА НИРКОВІ КАМЕНІ

Тромбола О. В.
Науковий керівник – к.хім.н., доц. М.В. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені академіка Г.О. Бабенка

Робота виконувалась з метою розробки доступного методу визначення складу ниркових каменів та вивчення впливу

певного кола розчинників на стабільність досліджуваних каменів в залежності від їх складу.

Актуальність роботи полягає в тому, що хвороби викликані утворенням ниркових каменів набувають дедалі більшого поширення а для лікування та профілактики сечокам'яної хвороби має важливе значення знати види і склад ниркових каменів, методи виявлення та основні причини їх виникнення.

Завданням наукового дослідження було відібрані чотири види ниркових каменів, проаналізувати їх методами нагрівання, спалювання та характерній дії кислот. Поставлено експеримент в ході якого наважки каменів були поміщені в дистильовану воду, розчин натрію гідроксиду, трилону Б, глютамінової кислоти, препарату уролесану. Проведено аналіз розчинів через 2години, добу та через 14 днів на наявність сечової кислоти, мінерального фосфору та кальцію.

Встановлено, що уратні камені через 1 день повністю розчиняються в розчині лугу. Оксалатний камінь повністю розчиняється в трилоні Б. Виявлена специфіка і динаміка вивільнення кальцію і фосфору із ниркових каменів в залежності від типу каменя та розчинника.

БІОФІЗИКА

СПОСОБ ОЦЕНКИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ IN VITRO

Медведев М.В.
Научный руководитель – к.мед.н. Медведева И.М.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца
Сумская областная клиническая больница

Актуальность. Основной функцией нейтрофилов является фагоцитоз, реализация которого зависит от физиологического состояния популяции нейтрофильных гранулоцитов, а также от факторов внешней среды, в которой клетки функционируют.

Для выяснения физиологического состояния системы, наиболее информативным является способ «нагрузки» отклонения фактора внешней среды от физиологической нормы. Система считается устойчивой, если основная ее функция претерпевает минимальные отклонения при подобных нагрузках.

Важным вопросом при исследовании состояния здоровья у больных является ранняя диагностика развития патологий, которые обусловлены изменениями в функциональной активности клеток. Разработка чувствительных методов обнаружения признаков развития патологии определяет важность проводимых исследований.

Цель. Сравнить параметры фагоцитоза нейтрофилов для оценки физиологического состояние клеток.

Материалы и методы. Нейтрофилы периферической крови людей и пациентов с гематологическими отклонениями (лейкопенией) исследовались.

Модификация метода поглотительной способности нейтрофилов частиц латекса была использована.

Статистическая обработка результатов проведена (выполнена) методом вариационной статистики.

Результаты. Изучали параметры фагоцитоза сегментоядерных нейтрофилов при разных температурах инкубации от физиологической нормы (37 С).

Анализ изученных показателей фагоцитарной активности сегментоядерных нейтрофилов (ФАН) периферической крови установил различия между контрольной группой и у лиц с лейкопенией. При изменении температуры от физиологической нормы отмечены у контрольной группы отклонения параметров ФАН до 14%, у пациентов с лейкопенией до 22%.

Детальный анализ показал, что ФАН зависит от времени и температуры инкубации. На наш взгляд, этот факт обусловлен сменой конкурентных механизмов, связанных с изменением состояния внутриклеточных, мембранных и внеклеточных структур.

Рассматривая ФАН как суммарный результат многокомпонентных, сложных процессов, каждый из которых имеет свое оптимальное значение температуры. Можно предположить, что установленные различия показателей ФАН у пациентов с лейкопенией и контрольной группы, обусловлены изменением соотношений термочувствительных структур ферментативной, белковой и липидной природы в конформационно-энергетическом плане.

Выводы. Исследование поведения параметров фагоцитарной активности нейтрофилов при отклонении температуры инкубации от физиологической нормы позволяет получить более полную информацию о физиологическом состоянии клеток.

У лиц с гематологическими нарушениями показано менее устойчивое состояние нейтрофилов.

Модифицированный метод может быть использован для оценки физиологического состояния биологического объекта любого уровня организации.

НАНОСТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИЗАЦІЯ ФІТОПРЕПАРАТУ НЕФРОВІЛ

Піхо Р.З.
Наукові керівники: д.б.н., проф. М. І. Мойсеєнко, д.б.н., проф. Л. Г. Петрина
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної і біологічної фізики
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка
Кафедра біології та хімії

Наноструктурна характеризація фітопрепарату Нефровіл проводилася з використанням методу часового розподілу анігіляційних фотонів у техніці позитронної анігіляційної спектроскопії в Інституті фізики Словацької академії наук (м. Братислава, Словаччина). Цей метод ґрунтується на факті, що час життя позитронів та його зв'язаної форми, позитронію (Ps), є дуже чутливим до присутності дефектів та мікро-/наноструктурних неоднорідностей у матеріалі. Нефровіл – це біологічно активна добавка, біологічна дія якої спрямована на покращення роботи нирок і сечового міхура. У раціоні людини застосовується як сечогінний, протимікробний та протизапальний засіб. Нефровіл як БАД належить до парафармацевтиків. Біологічна дія Нефровілу ґрунтується на основних рослинних компонентах, зібраних в Карпатах. Це – ялівець, звіробій, спориш, мучниця, листи чорниці та брусниці. Отримані результати свідчать, що два типи порожнин об'ємом 7 $Å^3$ та 92 $Å^3$ існують в біоматері-

алі Нефровіл, який досліджувався у вигляді спресованих таблеток, товщиною порядку 2-3 мм. Важливо відзначити, що порожнин великих розмірів радіусом більше 1 нм, які характеризуються часом життя орто-позитронію більше 20 нс і спостерігаються у шишкоягодах ялівцю звичайного, не виявлено у досліджуваному складному біоматеріалі Нефровіл, що містить вище зазначену суміш біоактивних компонент. Очевидно, технологія пресування спричинила заповнення нанопорожнин великого розміру, можливо олійними маслами чи іншими біодобавками. Встановлення цих закономірностей потребує подальших досліджень як чистого ялівцю звичайного, так і різних фітопрепаратів на його основі.

ВИКОРИСТАННЯ СПЕКТРОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБ'ЄКТІВ БІОЛОГІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Тромбола О. В.
Наукові керівники: д.б.н., проф. Л.Г. Петрина , к.хім.н., доц. М.В. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра біологічної та медичної хімії імені академіка Г.О. Бабенка, кафедра медичної інформатики, медичної і біологічної фізики

Пришвидшений темп життя та вплив навколишнього середовища на людину призвів до появи великої кількості патологічних процесів в організмі, одним з яких є каміння в нирках, що дуже дошкуляє великій кількості людей. Аналіз складу каменів є вагомою частиною в пошуку правильного діагнозу, лікування і профілактики сечокам'яної хвороби.

Метою роботи було обґрунтування доцільності використання спектрографічних методів дослідження складу ниркових каменів.

При виконанні роботи ми використовували двопроменевий спектрофотометр Specord M80, що працює в інфрачервоному діапазоні хвиль.

Було досліджено та проаналізовано різні типи каменів та виявлено, що уратні камені мають піки в області 1500-1700 нм., що зумовлено наявністю в структурі сечової кислоти карбонільних груп; для фосфатних каменів дуже інформативними є полюси в 1000-1100 нм. в області «відпечатків пальців» сильно роздвоєні піки.

Отже, аналіз ІЧ-спектрів досліджуваних ниркових каменів дозволяє швидко і достовірно встановити тип ниркового каменю.

ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА

DIAGNOSIS OF THE METABOLIC SYNDROME

Guyvan I.V.
Scientific adviser – c.med.s. V.I. Smyrnova
Kharkiv national medical university
Department of Fundamentals of Internal Medicine N1, Fundamentals of Bioethics and Biosafety

The group of conditions that occur in metabolic syndrome include having abdominal obesity, insulin resistance, high blood pressure, and high cholesterol. Symptoms of metabolic syndrome include hyperglycemia and hypercholesterolemia. For more information on symptoms and complications, refer to symptoms of metabolic syndrome.

Risk factors for the develoment of metabolic syndrome include being overweight or obese, having a sedentary lifestyle, smoking, and eating a diet that is high in fats and processed carbohydrates. Although many cases of metabolic syndrome are preventable through lifestyle and dietary changes, some people are at risk due to uncontrollable factors that cannot be prevented. These include having a family history of type 2 diabetes, heart disease, and hypertension.

Making a diagnosis of metabolic syndrome includes completing a full medical evaluation, medical history and physical examination that includes an assessment of weight and waist measurement and a series of blood pressure readings.

Diagnostic testing includes blood tests that measures cholesterol levels. Cholesterol testing primarily measures the total amount of cholesterol and the three components of cholesterol, and triglycerides. Another blood test that is performed is a fasting blood glucose test, which will detect hyperglycemia (high levels of sugar in the blood). High levels of glucose can also be quickly detected with a random blood glucose test or an urinanalysis performed on urine. Another blood test that may be performed is the glycated hemoglobin test, which measures the average overall blood sugar for the past several months.

To diagnose metabolic syndrome, most doctors look for the presence of three or more of these components:

- Central or abdominal obesity (measured by waist circumference):
- Men - 40 inches or above
- Women - 35 inches or above
- Triglycerides greater than or equal to 150 milligrams per deciliter of blood (mg/dL)
- HDL cholesterol:
- Men - Less than 40 mg/dL
- Women - Less than 50 mg/dL
- Blood pressure greater than or equal to 130/85 millimeters of mercury (mmHg)
- Fasting glucose greater than or equal to 100 mg/dL

Metabolic syndrome can be successfully treated with an individualized treatment plan that best fits the individual case of metabolic syndrome and a person's life style. Treatment generally involves regular medical monitoring, lifestyle and dietary changes, and regular blood glucose, blood pressure, and cholesterol monitoring. Treatment may also include medication for some people who are unable to normalize their blood pressure, blood sugar, and/or cholesterol levels through diet and lifestyle changes.

RISK FACTORS FOR THE PATHOGENESIS OF DIABETES MELLITUS TYPE 2

Ikbyka Aloiciyc Obihha
Supervisor – prof. N.G. Virstyuk
Ivano-Frankivsk National Medical University
Department of internal medicine of Stomatological Faculty

Aim: To study effects of genetics, metabolism, lifestyle and other human factors on the pathogenesis of diabetes mellitus type 2.

Materials and methods: Databases of MEDLINE, EMBASE and CINAHL from 1994 to 2014 were used in the analysis.

Results: 36 identified genes still only account for 10% of the total heritable component of diabetes mellitus type 2. If one identical twin has diabetes, the chance of the other developing diabetes within his lifetime is greater than 90%, while the rate for non-identical siblings is 25–50%. Maturity onset diabetes of the young constitutes 1–5% of all cases of diabetes in young people. Excess body fat is associated with 30% of cases of diabetes mellitus type 2 in those of Chinese and Japanese descent, 60-80% of cases in those of European and African descent, and 100% of cases in Pima Indians and Pacific Islanders. A lack of exercise is believed to cause 7% of cases of diabetes type 2. Smokers are 30–40% more likely to develop type 2 diabetes than non-smokers. Other human factors such as increasing age, female gender, certain medications and disease conditions also play a minor role.

Conclusion: Various hereditary, metabolic, lifestyle and some other human factors play a role in the pathogenesis of diabetes mellitus type 2.

THE BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND ESSENTIAL HYPERTENSION IN COMBINATION WITH TYPE 2 DIABETES

Sytnikova N., Ashcheulova T.
Supervisor - Ph.D., Associate Professor Victoria Smirnova
Kharkiv National Medical University
Department of Internal Medicine propedeutics №1, foundations of bioethics and biosafety

Objective: To assess the degree of achievement of the target values of blood pressure in patients with coronary heart disease (CHD) and essential hypertension (EH) in combination with diabetes mellitus (DM) type 2 in an outpatient setting antihypertensive therapy.

Materials and Methods: A retrospective analysis of outpatients based on the out-patient department HGKB №11. The study analyzed data from 288 patients who met the inclusion criteria in the program. The sample consisted of about 25-30% of all patient cards who seeking treatment in 2014.

Blood pressure measurement was conducted in the facility standard method NS Korotkov.

Results: The study included 96 men and 192 women, age 61,9 ± 8,9 years. The median duration of disease for type 2 diabetes was 4 years for hypertension is 10 years. All patients received therapy to be assigned one or more classes of antihypertensive drugs.

The study population of patients was analyzed to achieve target levels of blood pressure, taking into account national guidelines for the treatment of type 2 diabetes. The median blood pressure in the population was 150/85 mm Hg. Art. Level AD≥ 130/80 mm Hg. Art. was observed in the majority of patients (94.4%). BP values ≥ 140/90 mm Hg. Art. were recorded at 70.2% and AD≥180 / 105 mm Hg. Art. in 16.2% of patients, respectively.

Conclusions: The majority of patients with coronary heart disease and hypertension in combination with type 2 diabetes, despite antihypertensive therapy do not reach target blood pressure values.

ОЦІНКА ЖИТТЄЗДАТНОСТІ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Бажан О.І., Соловій Р.Д., Іванишин О.М.
Наукові керівники: к.мед.н., асист. Р.В Деніна, д. мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Дослідження життєздатності міокарда надзвичайно важливе для визначення тактики ведення і прогнозу лікування хворих на ГКС.

У хворих, які перенесли ІМ, порушення сегментарної скоротливості міокарда можуть бути зворотними, коли кардіоміоцити зберігають свою життєздатність (синдром гібернації міокарду) і незворотними, коли ці порушення зумовлені фіброзними (рубцевими) змінами. Відомо, що хворі з нежиттєздатним міокардом при консервативному лікуванні мають більш несприятливий прогноз захворювання в порівнянні з хворими, яким проводили хірургічну реваскуляризацію міокарда, в яких прогноз мав позитивну динаміку.

У зв'язку з цим виявлення життєздатності міокарда є дуже важливим критерієм для визначення тактики лікування хворих на ГКС.

Мета роботи. Оцінити життєздатність міокарда за наявності ГКС та визначити тактику ведення хворих з гібернованим міокардом.

Матеріали і методи. Обстежено 15 хворих на ГІМ, серед яких 5 хворих лікувалися медикаментозно (1-а група), а 10 проведено первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) із стентуванням (2-а група). Серед обстежених хворих переважали чоловіки (86,7%).

Оцінку життєздатності сегментів міокарду проводиться шляхом аналізу кількості уражених сегментів лівого шлуночка (%) з допомогою трансторакальної ЕхоКГ (гіпо,-акінез). Сегментну скоротливість ЛШ оцінювали за 16-сегментною шкалою.

Результати. У 1 групі хворих до лікування уражено 46,15±7,75% міокарду при ФВ 38,2±4,11%. На 28 день спостереження утримується гіпоксія у 41,25±7,02 % міокарда при ФВ - 42,6±3,84% ($p<0,05$). У групі хворих, яким проведене ЧКВ до стентування були уражені 42,45±6,06 % міокарду при ФВ- 40,4±2,03%. Після реваскуляризації виявлено 35±4,08 % уражених сегментів, при цьому ФВ склала - 48,2±1,87% ($p<0,001$). Спостерігали середньої сили кореляційний зв'язок між ФВ та кількістю уражених сегментів ЛШ ($r=-0,43$).

Висновки. 1.Трансторакальна ЕхоКГ дає можливість верифікувати синдром гібернації міокарда, проаналізувати динаміку нежиттєздатного міокарда (як сукупності зон а-, та гіпокінезії), використати встановлені закономірності для

оцінки ефективності лікування. 2. Нежиттєздатність ≥ 10% маси міокарду слугує критерієм для реваскуляризації (стентування, МКШ або АКШ). 3. Розроблений ЕхоКГ – спосіб верифікації синдрому гібернації міокарда ЛШ за даними сегментарної скоротливості міокарда є доступним і безпечним для практичного застосування і ефективним щодо оцінки результатів реваскуляризації та медикаментозного лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА

Борідко В. А., Крутій А.М.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. Р.І. Яцишин, к.мед.н., асист. І.Р. Попадинець, к.мед.н., доц. П.Р. Герич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології
імені акад. НАМН України Є.М. Нейка

Мета: встановити особливості клінічного перебігу БА із супутньою ГЕРХ з оцінкою показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), показників антиоксидантного захисту (АОЗ) та рівня С-реактивного білка (СРБ).

Методи і матеріали. Обстежено 52 хворих на БА II-III ступеня тяжкості із супутньою ГЕРХ (I група). Група порівняння включала 28 пацієнтів хворих на БА без супутньої ГЕРХ (II група). Всім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження. Діагноз БА встановлювався на основі скарг, обстеження та проведеної комп'ютерної спірометрії Про стан АОЗ судили на основі кількісного визначення рівня каталази (К) та супероксиддисмутази (СОД) у сироватці крові. Рівень СРБ у сироватці та мокротинні визначали напівкількісним методом латекс-аглютинації за допомогою набору реактивів "Dialab" (Австрія).

Результати дослідження. У I групі основне захворювання протікало дещо важче, що проявлялося частішими денними та нічними симптомами астми, кашлем, який виникав вночі, тоді як пацієнти II групи виникнення кашлю частіше пов'язували з фізичною активністю. Аналіз ФЗД показав більш виражені порушення в групі з поєднаною патологією (зниження ЖЕЛ на 10,8%, ФЖЕЛ на 14,3%, $ОФВ_1$ на 12,7%). При визначенні стану антиоксидантної системи, відзначено, що рівень ферментів АОЗ був значно знижений у обох групах відносно групи контролю ($p<0,05$). Однак у I групі відзначалось більш виразне достовірне зниження ($p<0,05$) рівня К (на 29,8%) та СОД (на 51,2%).

Рівень СРБ у мокротинні був достовірно вищий ніж у сироватці ($p<0,05$). При кореляційному аналізі між рівнем СРБ у мокротинні та $ОФВ_1$ у хворих на БА, виявлено сильну зворотну залежність ($r= -0,81$, $p<0,01$).

Висновки. У хворих на БА з супутньою ГЕРХ основне захворювання протікало важче, що проявлялось зниженими показниками ФЗД та АОЗ, а також підвищеним рівнем СРБ у сироватці крові та мокротинні.

ВПЛИВ S (-) АМЛОДИПІНУ НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Варварук Р.М., Перегінська О.В.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. В.Н. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Мета роботи. Дослідження впливу лівообертаючого ізомера дигідропіридинового антагоніста кальцію S (-) амлодипіну в поєднанні з інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) еналаприлом на показники добового моніторування артеріального тиску (АТ) у хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) та супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи. Обстежено 65 хворих (43 чоловіків, 22 жінки) на АГ II стадії, 1-2 ступеня з ХОЗЛ I-II стадії у фазі ремісії, віком (57,4±3,8) років. До основної групи включено 33 хворих, які одержували базову терапію ХОЗЛ та S (-) амлодипін (Азомекс, фірми "Actavis", Ісландія) по 2,5-5 мг/добу в поєднанні з еналаприлом (Енап, фірми "KRKA", Словенія) по 10-20 мг/добу. Контрольну групу склали 32 хворих, які отримували базову терапію ХОЗЛ та еналаприл у індивідуально підібраній дозі. Проводили добове моніторування АТ за допомогою приладу АВРМ-04 фірми "Meditech" (Угорщина) на початку дослідження і через 6 місяців лікування.

Результати дослідження. Після лікування в основній групі відмічалось вірогідне зниження середньодобових значень систолічного АТ (САТ) на (18,23±4,27)% ($p<0,05$) та діастолічного АТ (ДАТ) на (13,55±2,49)% ($p<0,05$), порівняно з динамікою в контрольній групі – САТ на (13,90±3,16)% ($p<0,05$) та ДАТ на (10,15±2,03)% ($p<0,05$). Під впливом обох застосованих лікувальних комплексів через 6 місяців лікування практично в рівній мірі відбувалося зменшення нічної гіпертензії і становлення нормального двофазного добового профілю АТ. Так, якщо до лікування із профілем АТ "Dipper" у основній групі було лише 18,2% хворих, а в контрольній групі – 21,9% хворих, то після лікування – відповідно, у 57,6% і 43,8% пацієнтів. Встановлена позитивна динаміка профілів АТ була зумовлена зменшенням відсотку хворих із несприятливими варіантами профілю АТ "Non-dipper" та "Night-peaker". Добрий антигіпертензивний ефект лікування з включенням S (-) амлодипіну констатовано у 87,9% випадках, проти ефекту БТ з еналаприлом – у 78,1% випадків ($p<0,05$).

Висновки. Тривале застосування лівообертаючого ізомера дигідропіридинового антагоніста кальцію S (-) амлодипіну в поєднанні з інгібітором АПФ еналаприлом сприяє отриманню доброго і стійкого антигіпертензивного ефекту та нормалізує добовий профіль АТ у хворих на АГ із супутнім ХОЗЛ.

РІВЕНЬ МІКРОБНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ HP ТА КИСЛОТОТВОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З РІЗНИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Варунків С.В.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. О.І. Бабенко

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. Є.М. Нейка

Обстежено 46 хворих на Нр-позитивну виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) в активну фазу захворювання до початку медикаментозного лікування. Діагноз верифіковано за допомогою ЕФГДС. Критерії підбору пацієнтів: частота загострень не більше ніж 1-2 в рік, відсутність ерадикаційної терапії протягом останнього року. Середній вік хворих становив 34,70±1,59 років. Серед обстежених був 31 (67,39%) чоловік та 15 (32,61%) жінок.

Залежно від тривалості захворювання хворі розподілені на 4 групи. І група (7 осіб) – пацієнти із вперше виявленим захворюванням або тривалістю хвороби до 1 року. Середній вік їх складав 23,86±1,58 років. ІІ група (19 осіб) – хворі з тривалістю захворювання від 1 до 5 років, середня тривалість захворювання 3,47±0,26 років, середній вік 28,63±1,53 роки. ІІІ група (12 чоловік) – особи з тривалістю захворювання від 6 до 10 років, середня тривалість захворювання 7,33±0,40 років, середній вік 42,33±2,00 років. IV група (8 осіб) – пацієнти з терміном хвороби понад 10 років, середня тривалість захворювання 12,38±0,61 років, середній вік 47,13±2,35 років.

Всім хворим, крім загальноклінічних методів обстеження, виконано ^{13}С-уреазний дихальний тест з використанням інфрачервоного спектроскопу IRIS та внутрішньопорожнинну рН-метрію шлунка ацидогастрографом АГ 1Д-01 експрес-методом за методикою проф. Чернобрового В.М.

При аналізі отриманих даних встановлено, що у пацієнтів І та ІІ груп спостерігається виражена активація кислототворної функції шлунка, тоді як у хворих ІІІ та особливо IV групи спостерігається тенденція до зниження кислототворної функції. Водночас рівень контамінації Нр вірогідно не відрізнявся у пацієнтів І, ІІ та ІІІ груп, проте в осіб із тривалими термінами захворювання спостерігалось вірогідне зниження концентрації міченого вуглецю у видихуваному повітрі, що свідчить про зниження рівня інфікованості.

Таким чином, у пацієнтів зі значними термінами захворювання на ВХДПК на відміну від хворих з меншою тривалістю недуги спостерігається зниження кислототворної функції шлунка та тенденція до зниження рівня мікробної контамінації Нр слизової оболонки шлунка.

СТАН РЕНІН-АНГІОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ТА L-АРГІНІНУ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Василечко М. М., Вакалюк І. І.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. М. А. Оринчак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету ім. професора М.М. Бережницького

Мета: вивчити вплив комплексної терапії із включенням омега-3 поліненасичених жирних кислот (омега-3 ПНЖК), аспірину (АСК), L-аргініну на активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) за рівнем циркулюючого альдостерону в крові у хворих із метаболічним синдромом (МС) та фібриляцією передсердь (ФП).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 124 хворих із МС та ФП (віком 69±12 роки). Всі хворі отримували базову антигіпертензивну терапію із включенням інгібіторів ангіотензин-перетворювального ферменту (еналаприл 5-10 мг/д / лізиноприл 5 мг/д) або блокаторів рецепторів ангіотензину ІІ (кандесартан 20 мг/д). Залежно від лікування хворих розділили на 3 групи: 1 група – 42 хворих, які отримували базову терапію та АСК; 2 група – 40 хворих, які отримували базову терапію та омега-3 ПНЖК; 3 група – 42 хворих, які отримували базову терапію, АСК та L-аргінін. Проведено офісне вимірювання артеріального тиску (АТ), альдостерону в крові за ELISA методом. Контроль – 20 практично здорових осіб відповідного віку.

Результати дослідження та обговорення. Базальний рівень альдостерону в крові виявився достовірно збільшеним на 64%; 78% та 83% при пароксизмальній; персистуючій та перманентній формах ФП, відповідно, порівняно з контролем – (114,73±8,50) нг/мл ($p<0,05$). Під впливом лікування виявлено зниження рівня альдостерону у 6 (50,01%) (1 група); 5 (62,50%) (2 група) та 7 (53,84%) випадках серед хворих із пароксизмальною формою ФП. При персистуючій ФП у хворих 1; 2 та 3 груп рівень циркулюючого альдостерону також знижувався, проте не досягав показника у контролі ($p<0,1$). У 60% випадках серед хворих із перманентною формою ФП відмічено зниження рівня альдостерону на 15,30% (1 група); 23,37% (2 група) та 24,52% (3 група) відповідно порівняно із базальними рівнями ($p<0,05$).

Висновки: Для хворих із МС та ФП характерна вторинна гіперальдостеронемія. Зниження активності РААС у 2 та 3 групі можна пояснити корегуючим впливом омега-3 ПНЖК та L-аргініну на ендотеліальну дисфункцію – одну із основних патогенетичних ланок артеріальної гіпертензії, – зі зниженням рівня циркулюючого альдостерону в крові у даної категорії хворих.

МЕТОДИКИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Вихованець В.В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. В.Г. Міщук, асп. К.М. Скоропад
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини

Лікарям майже постійно доводиться вирішувати питання діагностики зловживання алкоголем та його ролі у виникненні різноманітних патологій. Терапевт, гастроентеролог серед причин порушення функції печінки, підшлункової залози повинен виключити алкогольне походження цих захворювань. Печінка і підшлункова залоза є взаємозалежними, а вживання алкоголю нерідко може призводити до їх одночасного ураження, у зв'язку з чим надзвичайно актуальним є виявлення маркерів, що підтверджують його етіологічну роль. Метою роботи було покращення методик підтвердження алкогольного генезу патологій печінки та підшлункової залози.

Було обстежено 36 хворих на цироз печінки (ЦП) та

хронічний панкреатит (ХП) алкогольної етіології, з них 32 – чоловіки та 4 жінки, середній вік хворих склав 42,5±2,3. Для підтвердження алкогольної етіології використовували опитувальники CAGE, MAST, сітка LeGo, серед лабораторних показників: середньокорпускулярний об'єм еритроцитів (СКОЕ), активність гамма-глютамілтрансферази (ГГТ), співвідношення між активністю АсАТ/АлАТ та ГГТ/АлАТ. Маркерами, які підтверджують одночасне втягнення у патологічний процес обох органів є виявлення при об'єктивному обстеженні таких показників сітки LeGo , як дефіцит маси тіла, м'язова атрофія, гінекомастія, гіперемія обличчя, венозне повнокрівя кон'юнктив, тремор кінцівок, пальмарна еритема, контрактури Дюп'юїтрена, транзиторна артеріальна гіпертензія та збільшення привушних слинних залоз.

Надзвичайно важливою для підтвердження алкогольної етіології соматичних уражень є ферментативна діагностика. У обстежених нами хворих на ХП, вірогідно алкогольної етіології, активність ГГТ перевищувала показник норми у 1,2 рази , в той час як у хворих на ЦП – у 4,1рази, а при поєднанні обох захворювань – у 5 разів. Результати оцінки середньокорпускулярного розміру еритроцитів свідчать про його достовірне збільшення з 82,2±2,4 до 96,3±2,9 фл при ХП, до 99,8±1,0- при ЦП та до 102,9±4,5фл – при поєднанні уражень обох органів Розрахувавши співвідношення між активністю АсАТ/АлАТ та ГГТ/АлАТ, встановлено їх підвищення в 2 рази.

Отже, в медичній практиці підтвердження алкогольної етіології захворювань є надзвичайно важливим, оскільки діагностика лише на основі факту частого вживання алкоголю та бесіди з обстежуваними або їх родичами призводять в ряді випадків до діагностичних помилок.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ МАГНІЮ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Волинський Д.А., Синькович Н.М.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. Р.В. Деніна
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Відомо, що однією з причин артеріальної гіпертензії (АГ) є хронічний стрес. Магній ж захищає нервову систему від руйнівних стресів. При стресах магній виводиться з організму з більшою швидкістю. У підсумку виникає його дефіцит, що веде до зниження уваги, пам'яті. Нервова система перезбуджується, виникає тривога і, як наслідок, зрив. Декомпенсація гіпертензії для «гіпертоніків» може означати розвиток кризу. Препарати магнію попереджують поломку механізму регулювання артеріального тиску.

Мета роботи: оцінити терапевтичну ефективність препарату «Ритмокор» у комплексному лікуванні хворих на АГ.

Обстежено 40 осіб на АГ II стадії, які були розподілені на 2 групи за способом лікування.

Хворі контрольної групи (n=20) отримували стандартне лікування АГ (інгібітори ангіотензинперетворювального фермента, антагоністи ангіотензину II, блокатори кальцієвих каналів, блокатори периферійних α1-адренорецепторів, β-адреноблокатори); при потребі до лікування долучалися петльові та тіазидоподібні діуретики. Хворі 2 - ї групи (основної) у доповнення до стандартного лікування отримували препарат «Ритмокор» по 1 капсулі (магнію глюконат – 0,3г; калію глюконат – 0,06г) 3 р/добу протягом 30 днів.

Проводилось комплексне клінічне дослідження з урахуванням скарг хворих, анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного обстеження, результатів додаткових методів дослідження (ЕКГ, добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ), лабораторних даних).

При оцінці показників добового моніторингу артеріального тиску до лікування, рівні САТ/ДАТ склали (176,42±1,98) / (102,06±1,99) мм рт ст. у контрольній групі та (179,4± 3,2) / (101,2±1,8) мм рт ст. в основній групі відповідно.

Через 30 днів лікування САТ і ДАТ знизились до (151,38±3,11) і (99,1±1,99) мм рт. ст. у контрольній групі ($p<0,05$) і до (131,76±1,7)/ (85,19±1,44) мм рт. ст ($p<0,001$). Середньодобова ЧСС у хворих основної групи знизилася на 10,66% ($p<0,001$), а контрольна група не змінилася ($p>0,05$).

У ході роботи доведена висока ефективність препарату «Ритмокор» у комплексному лікуванні хворих з АГ. Отже, Ритмокор, позитивно впливаючи на функціональний стан серцево-судинної системи обстежених хворих, зменшує ЧСС, сприяє нормалізації артеріального тиску, покращує якість життя.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Гавриш І. М., Глушко Л.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра терапії та сімейної медицини ПО

Цироз печінки (ЦП) часто супроводжуються розвитком синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ), що клінічно проявляється загальною слабістю, підвищеною втомлюваністю, зниженням працездатності та апетиту.

Метою роботи було вивчення впливу препарату лакто- та біфідобактерій та гідрогелю метилкремнієвої кислоти на рівень середньо-молекулярних пептидів (СМП), лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) та аміаку у хворих на ЦП у поєднанні з дисбіозом кишечника (ДК).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 65 хворих на ЦП різного ґенезу та 15 практично здорових осіб, які склали контрольну групу. За статтю всі обстежені хворі розподілялися наступним чином: 15 (23,1%) хворих були жінки та 50 (76,9%) хворих – чоловіки. Середній вік хворих – 47,7±0,82 роки. У діагностиці ЦП використовували класифікацію Міжнародної робочої групи і Всесвітнього конгресу гастроентерологів у Лос-Анджелесі в 1994 році та МКХ-10. Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих на ЦП вивчали у динаміці рівень аміаку, СМП в сироватці крові за методом Н.І. Габрієлян (1981) та ЛІІ. Хворі були розподілені на 2 групи: пацієнти 1-ї групи (група порівняння, 33 особи) отримували базове лікування (гепатопротектори, ентеросорбенти, метаболічна та інфузійна терапії, вітамінотерапія, при потребі сечогінні); пацієнти 2-ї групи (основна група, 32 особи) на фоні базової терапії отримувала препарат лакто- та біфідобактерій та гідрогель метилкремнієвої кислоти. Контрольну групу сформували 15 практично здорових осіб.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень встановлено, що у всіх обстежених хворих на ЦП у поєднанні з ДК ще до початку лікування мали місце суттєві порушення з боку лабораторних показників. Вони полягали у підвищенні рівня обидвох фракцій СМП в сироватці крові у пацієнтів обидвох груп, а саме: пептидних ($СМП_{254}$) на 58,3% (до 0,334±0,010 ум.од.) та на 64,5% (до 0,347±0,011 ум.од.) та

нуклеотидних ($СМП_{280}$) на 38,4% (до 0,411±0,011 ум.од.) та на 48,1% (до 0,440±0,009 ум.од.) у 1-й та 2-й групах відповідно ($p<0,05$), у порівнянні з контрольною групою. На фоні цього спостерігалося зниження нуклеотидно-пептидного індексу (НПІ) до 1,23 та 1,27 у хворих обидвох груп відповідно проти 1,41 у здорових осіб. Також спостерігали підвищення в 3,8 рази рівня аміаку крові у пацієнтів 1-ї групи та 3,9 рази у пацієнтів 2-ї групи та ЛІІ у 2,4 та 2,5 рази у пацієнтів 1-ї групи та 2-ї групи відповідно. Отже, у всіх обстежених пацієнтів до лікування мав місце СЕІ, що проявлявся істотним підвищенням рівня аміаку, СМП обидвох фракцій у сироватці крові та ЛІІ. Після проведеного лікування у хворих 1-ї групи рівень $СМП_{254}$ знизився на 13,48%, а $СМП_{280}$ – на 9,01%, ($p<0,05$), НПІ зріс до 1,29, відносно їх рівня до лікування. На фоні проведеного лікування в даній групі рівень аміаку достовірно знизився в 1,6 раз (до 54,8±2,1 кммоль/л, $p<0,05$), ЛІІ на 20,4% ($p<0,05$). Вищевказані дані свідчать лише про тенденцію до зниження кількості ендогенних токсинів в організмі під впливом базового лікування. Після проведеного курсу лікування із застосуванням в комплексній терапії препарату лакто- та біфідобактерій та гідрогелю метилкремнієвої кислоти було відмічено достовірне зниження рівня $СМП_{254}$ на 32,57%, а $СМП_{280}$ - 26,37% ($p<0,05$) та зростання НПІ до 1,38. На фоні проведеного лікування в пацієнтів 2-ї групи рівень аміаку достовірно знизився в 2,1 рази (до 43,7±2,6 кммоль/л), ЛІІ на 25,9% ($p<0,05$). Все це вказує на вищу ефективність схеми лікування із застосуванням препарату лакто- та біфідобактерій та гідрогелю метилкремнієвої кислоти, ніж стандартної базової терапії.

Висновки.

1. У хворих на ЦП у поєднанні з ДК мають місце суттєві зміни біохімічних показників, а саме підвищення рівня аміаку, обидвох фракцій СМП в сироватці крові, ЛІІ та зниження НПІ, що свідчить про наявність СЕІ у досліджуваних хворих.
2. Включення до комплексного лікування обстежених хворих на ЦП у поєднанні з ДК препарату лакто- та біфідобактерій та гідрогелю метилкремнієвої кислоти призводило до внормування рівня даних показників, ліквідації СЕІ.

ГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Гардашова Д.Н.
Науковий керівник – к.м.н., доц. В. І. Смірнова
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики внутрішної медицини №1 біоетики та біобезпеки

Гестаційний цукровий діабет (Цукровий діабет вагітних) - стан, що характеризується гіперглікемією, що виникає на тлі вагітності у деяких жінок і зазвичай спонтанно зникаючий після пологів. Зустрічається гестаційний діабет приблизно у 5 % вагітних жінок.

Гестаційний цукровий діабет в анамнезі багатьма фахівцями-діабетологами розглядається як «тривожний дзвіночок» відносно схильності жінки до цукрового діабету 2-го типу (ІНСД), навіть якщо після пологів параметри вуглеводного обміну у жінки повернулися до норми і ніяких ознак патології виявити не вдається.

Іноді цукровий діабет 1-го (інсулінозалежний) або 2-го типу (інсулінонезалежний) уперше виявляється під час вагітності. Гормональні зрушення, що переживаються вагітною, можуть сприяти розвитку істинного цукрового діабету. Як правило, це ІНСД, що піддається дієтотерапії і використанню нутрицевтиків (міо-інозитолу, магнію). Рідше розвивається ІЗСД, що вимагає лікування інсуліном. У будь-якому разі передбачуваний гестаційний цукровий діабет не зникає після пологів.

Чинники ризику розвитку ГСД : вік вагітної старше 40 років; спадкова схильність;деякі вірусні інфекції; надлишок маси тіла (високий індекс маси тіла);характер способу життя (низький рівень фізичної активності, незбалансоване харчування, паління сигарет, вживання алкогольних напоїв)

Симптоми ГСД : наявність невираженого почуття спраги, підвищення стомлюваності, слабкість;зниження апетиту; зниження ваги; збільшення об'єму сечі.

Терапевтична тактика при ГСД надалі: жінки з ГСД входять до групи ризику по розвитку СД2 типу після пологів, отже, вони повинні бути під наглядом за програмою профілактики цього захворювання в майбутньому.

Після пологів, усім жінкам рекомендуються зміни способу життя, з підтримкою нормальної маси тіла за допомогою дієти і фізичної активності. По можливості, необхідно уникати застосування препаратів, що посилюють інсулінорезистентність (наприклад, глюкокортикоїдів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Глушко Л.В., Рудник В.Т.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра терапії і сімейної медицини післядипломної освіти

Серед екстрагенітальної патології в жінок репродуктивного віку захворювання нирок посідають провідне місце. Згідно з даними літератури, на частку пієлонефриту припадає до 37%. Відомо, що пієлонефрит сам по собі викликає серйозні акушерські і перинатальні ускладнення, що виникають у 1 –17% жінок з цією патологією, і на тлі захворювань нирок розвивається анемія різного ступеня важкості в 20 – 41,5% випадків.

Результати численних досліджень у патогенезі анемій підтверджують роль дефіциту продукції ендогенного еритропоетину (ЕПО), виснаження запасів доступного для еритропоезу заліза і резистентність кісткового мозку до дії ЕПО.

Мета: вивчити особливості перебігу анемії вагітних, хворих на хронічний пієлонефрит.

Методи дослідження: обстежено 124 вагітних у третьому триместрі гестації, серед яких вагітні I групи – без пієлонефриту (63 особи), вагітні II групи – із хронічним пієлонефритом (61 особа).

Результати: У жінок з анемією без пієлонефриту та на фоні хронічного пієлонефриту основні показники еритроцитів були вірогідно нижчими від показників контрольної групи. Середній об'єм еритроцитів, хоча і не вірогідно, але був нижчим у вагітних на фоні хронічного пієлонефриту. Наявність хронічного пієлонефриту в обстежених вагітних з анемією не впливала на показники метаболізму заліза.

У вагітних жінок із хронічним пієлонефритом рівень сироваткового еритропоетину (сЕПО) був нижчим від показників рівня сЕПО у вагітних без пієлонефриту, $p<0,05$. У даній групі виявлено зворотний взаємозв'язок між тривалістю хронічного пієлонефриту, кількістю загострень хронічного пієлонефриту за рік та рівнем сЕПО.

При вивченні адекватності продукції ЕПО при анемії вагітних, виявлено явище неадекватної продукції ЕПО, що спонукало до призначення рекомбінантного еритропоетину. Співвідношення шансів засвідчило вірогідне зростання ризику розвитку неадекватної продукції ЕПО при наявності хронічного пієлонефриту в 2,88 раза ($\chi^2=4,32$; OR=2,88; 95 %

CI 1,14 – 7,25; p=0,038).

Отже, основною причиною найвищої частоти захворювання серед обстежених вагітних, хворих на анемію, є передусім наявність захворювань нирок, що можуть слугувати факторами ризику розвитку анемії вагітних, що, у свою чергу, погіршує перебіг вагітності та має негативний вплив на стан плода.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛОБЭКТОМИИ

Гнетов М.И., Хабаль А.В.
Научный руководитель – доц. Т.Ю. Химич
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра ПВМ №2

Одной из форм воспаления легочной ткани является абсцесс легкого. Данная патология чаще встречается у мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Несмотря на то, что количество пациентов за последние 50 лет уменьшилось практически в 10 раз, случаи летального исхода сократились всего на 10%. При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения проводится оперативное лечение, которое применяется в 60% случаев. Лобэктомия— одна из наиболее часто выполняемых операций в торакальной хирургии (57,5% всех видов операций на паренхиме легкого).Наиболее частым следствием резекции легкого является снижение вентиляционной функции легких.

Цель: изучение качества жизни, функции внешнего дыхания у лиц после лобэктомии проведенной по поводу абсцесса легкого.

Материалы и методы: Качество жизни было изучено с помощью анкеты Святого Георга (SGRQ), оценка функции внешнего дыхания проводилась с помощью спирометрии на спирометре Microlab.

Результаты: Обследовано 5 больных, которым была проведена лобэктомия, в связи с формированием абцесса легкого. Средний возраст больных составил 43,6± 5,3 лет. Больные обследованы в периоде от 9 месяцев до 28 лет после операции, что в среднем составляет 9 лет после операции. Независимо от срока после операции у больных жалобы на одышку, снижение работоспособности. Проведенный анализ шкал вопросника SGRQ выявил в 87 % изменения по шкале «симптомы», в 93 % изменения по шкалам «активность» и «влияние», максимальное количество баллов зафиксировано по шкалам «активность» - 77,9±4,8 и «суммарный балл» - 77,1±3,5, что свидетельствует о затруднении при быстрой ходьбе, необходимости часто останавливаться, о невозможности заниматься теми видами деятельности, какими хотелось бы, о невозможности продолжать работу. При исследовании ФВД выявлены обструктивные нарушения в 45,5% случаев.

Выводы: качество жизни у пациентов после лобэктомии в значительной степени детерминировано уровнем компенсации аэростаза: от хорошей до плохой, параметры всех шкал здоровья ухудшаются, падает уровень самооценки. Также, можно судить о проблеме психологического восприятия болезни, так как было обнаружено, что у лиц которые с легкостью относились к перенесенной операции наблюдались более высокие показатели как физического так и психического здоровья.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ ІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Гриджук Т.І.
Науковий керівник – д. мед. н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Підвищення ефективності діагностики захворювань печінки обумовлена вдосконаленням інструментальних методів дослідження органів черевної порожнини, зокрема впровадженням в клінічну практику методу ультразвукового дослідження в поєднанні з дуплексним скануванням судин портальної системи.

Мета: оцінка ультразвукових ознак уражень печінки та стану портального кровотоку у хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ) із медикаментозно-індукованими ураженнями печінки (МІУП).

Нами обстежено 115 хворих на ХЛЛ, в яких діагностовано МІУП на фоні проведення курсів хіміотерапії, серед них 69 (60%) чоловіків та 46 (40%) жінок віком від 38 до 74 років. Середній вік хворих становив (58,4±2,38) роки. Контрольну групу склало 20 здорових осіб. Методика ультразвукового дослідження складалася з двох етапів: на І етапі виконувалося ультразвукове дослідження у В-режимі (загальне абдомінальне дослідження), на ІІ етапі – дослідження кровоплину в ворітній вені методами імпульснохвильової допплерографії на допплеросонографі “Multigon 500 M” (США).

При ультразвуковому обстеженні різного ступеня вираженості гепатомегалію виявлено у 62 (53,91%) хворих на ХЛЛ із МІУП. Аналіз сонограм печінки показав, що у 45 (39,13%) хворих зафіксовано підвищення ехощільності печінки за рахунок ехо-структур великого і середнього діаметру (розростання сполучної тканини і фіброзування), а у 24 (20,87%) хворих – зниження ехогенності органу (ймовірно, внаслідок інфільтрації печінки клітинами лімфоїдного ряду). У 26 (22,61%) хворих встановлена деформація контуру жовчевого міхура.

Порівняльне дослідження портального кровотоку у хворих на ХЛЛ із МІУП в порівнянні із здоровими продемонструвало достовірне збільшення діаметру ворітної вени (11,8±0,24 мм) проти (10,5±0,3 мм) і селезінкової вени (10,5±0,42мм) проти (7,4±0,2 мм) ($p<0,01$). При цьому у ворітній вені у даних хворих відмічено достовірне зниження максимальної систолічної швидкості кровотоку (Vps – 26,8±1,1 см/с) ($p<0,01$), кінцевої діастолічної швидкості кровотоку (Ved – 16,4±1,5 см/с) ($p<0,05$) і максимальної швидкості кровотоку, усередненої по часу (TAMX – 21,6±1,1 см/с) ($p<0,01$) у порівнянні із аналогічними показниками групи контролю.

Отже, у хворих на ХЛЛ із МІУП спостерігається ураження печінки, що проявляється гепатомегалією, фіброзуванням та інфільтрацією печінки лімфоїдними елементами та порушенням портального кровотоку.

ДИНАМІКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН ПІД ВПЛИВОМ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ S (-) АМЛОДИПІНУ ТА ЕНАЛАПРИЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Гринишин І.В., Приймак Х.Б.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. В.Н. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Мета роботи. Дослідження впливу поєднаного застосування лівообертаючого ізомера дигідропіридинового антагоніста кальцію S (-) амлодипіну та інгібітора ангіотензинперетворюючого фермента (АПФ) еналаприлу на показники функціонального стану ендотелію судин у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи. Обстежено 65 хворих (43 чоловіків, 22 жінки) на АГ II стадії, 1-2 ступеня з ХОЗЛ I-II стадії у фазі ремісії, середній вік (57,4±3,8) років. До основної групи включено 33 хворих, які одержували базову терапію ХОЗЛ та S (-) амлодипін (Азомекс, фірми "Actavis", Ісландія) по 2,5-5 мг/добу у поєднанні з еналаприлом (Енап, фірми "KRKA", Словенія) по 10-20 мг/добу. Контрольну групу склали 32 хворих, які отримували базову терапію ХОЗЛ та еналаприл. Проводили визначення ступеня ендотелійзалежної вазодилатації судин за допомогою функціональних проб Celermajer D.S. et al (1992). Лінійним датчиком 10 Мгц на апараті "Logiq E" (Китай) оцінювали вазомоторну реакцію плечової артерії (ПА) в пробі з реактивною гіперемією (РГ). Реєстрували максимальну швидкість кровоплину в ПА (V max., см/с) і швидкість ретроградної хвилі (V min., см/с). Оцінювали Vmax. і Vmin. після 5 хвилинної оклюзії ПА і розраховували відсоток їх зростання під час РГ. За результатами вимірювань розраховували відсоток дилатації ПА у відповідь на РГ. Обстеження хворих проводили на початку дослідження і через 6 місяців лікування.

Результати дослідження. Встановлено, що поєднане застосування азомексу з еналаприлом приводило до зростання початкової Vmax. у ПА в середньому на 22,8 см/сек, Vmax. після РГ – на 41,7 см/сек, початкової Vmin. – на 19,6 см/сек, Vmin. після РГ – на 25,9 см/сек та постоклюзійної дилатації ПА – на 5,2%, відносно вихідних значень цих показників ($p<0,05$). У контрольній групі після лікування констатовано менш виражене зростання початкової Vmax. у ПА в середньому на 17,6 см/сек, Vmax. після РГ – на 31,6 см/сек, початкової Vmin. – на 14,3 см/сек, Vmin. після РГ – на 20,2 см/сек та постоклюзійної дилатації ПА – лише на 3,4%, порівняно із вихідними їх рівнями ($p<0,05$).

Висновки. Одним із напрямків корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на АГ із супутнім ХОЗЛ є тривале поєднане застосування лівообертаючого ізомера дигідропіридинового антагоніста кальцію S (-) амлодипіну та інгібітора АПФ еналаприлу.

РОЛЬ ДЕФІЦИТУ МАГНІЮ У ПАТОГЕНЕЗІ СИНДРОМУ ПРОЛАБУВАННЯ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Гринчишин О.В.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Вступ. Пролапс мітрального клапана – це патологічний стан, що характеризується аномальним прогинанням у ліве передсердя однієї чи обох стулок мітрального клапана під час систоли лівого шлуночка. Таке прогинання виникає при слабкості хордальних структур, що утримують клапан, і пов'язане з порушенням синтезу колагену. При дефіциті магнію фібробластами виробляється неповноцінний колаген, еластин, фібронектин і волокниста сполучна тканина втрачає свої властивості.

Мета дослідження. Дослідити роль дефіциту магнію в патогенезі синдрому пролабування мітрального клапана і довести необхідність застосування препаратів магнію у пацієнтів із синдромом пролабування мі трального клапана.

Матеріали і методи дослідження: протягом січня 2015 року було опрацьовано 14 історій хвороб пацієнтів віком від 16 до 35 років з раніше встановленим синдромом пролабування мітрального клапана. Визначення мікроелементу магнію у сироватці крові та в еритроцитах здійснювали на атомно-абсорбційному спектрофотометрі, оснащеному комп'ютерною приставкою для автоматичного обчислення вмісту мікроелементів.

Результати дослідження. Відзначено, що у 8 пацієнтів із синдромом пролабування мітрального клапана була помірна недостатність магнію в сироватці крові, у 4 пацієнтів спостерігався виражений дефіцит магнію, ще у 2 пацієнтів рівень магнію знаходився в межах норми. Рівень магнію оцінювали за рекомендаціями ВООЗ: у нормі рівень магнію в сироватці крові дорослих становить 0,74-1,26 ммоль/л; в еритроцитах – 2,31 ммоль/л; у добовій сечі – 2,5-8,5 ммоль/л; рівень від 0,5 до 0,7 ммоль/л розцінювався як помірна недостатність; <0,5 ммоль/л – як виражений дефіцит магнію. **Висновок:** Отже, пацієнтам із синдромом пролабування мітрального клапана в комплексне лікування необхідно включати магній-вмісні препарати.

РЕСПІРАТОРНИЙ СИНДРОМ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНГІБІТОРАМИ АПФ: У ФОКУСІ ТАКТИКА ВЕДЕННЯ

Гриців Х.Т.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Інгібітори ангіотензинперетворювального фермента (іАПФ) за останні 20 років стали незамінними в лікуванні серцево-судинних захворювань. Блокада РАС призводить не лише до зниження активності симпатико-адреналової системи, але й до гальмування розпаду брадикініну, посилення синтезу простагландину Е2, інгібування деградації нейрокініну А, стимуляції утворення ендогенної субстанції Р та накопичення її в легенях. Брадикінін через β1- та β2-рецептори бронхіол зумовлює бронхоконстрикцію, стимулює вивільнення гістаміну з тканинних базофілів, наслідком чого є зменшення просвіту бронхів. ІАПФ-залежний сухий кашель (респіраторний синдром) може виникати в осіб, які мають спадковий дефект кіназ або інгібіторів калікреїну, який синтезує утворення брадикініну з кініногену. Субстанція Р, впливаючи через А1-рецептори, також спричиняє бронхоконстрикцію.

За даними порівняльних клінічних досліджень ІАПФ в якості монотерапії є ефективними у 60-70% хворих. Ми

звернули увагу на одне з найбільш поширених ускладнень цієї групи препаратів - респіраторний синдром (сухий кашель, задишка).

Мета роботи: дослідження антибрадикінінового ефекту L-лізин есцинату у хворих,що тривало отримують антигіпертензивні препарати.

Матеріал і методи дослідження: Опрацьовано 500 медичних карт хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ОККД. До уваги брались скарги, анамнез, результати щоденних клінічних спостережень за ефективністю іАПФ.

Препарати з групи інгібіторів АПФ (еналаприл, лізиноприл) обстежені хворі приймали в середньодобовій дозі 10-20 мг. Тривалість приймання препарату 1-2 роки. Респіраторний синдром виявляли за наявністю сухого кашлю, ознак бронхіальної обструкції (сухі свистячі хрипи на видиху при аускультації легень , позитивна проба Вотчала, комп'ютерна спірографія). Цей синдром виявлено у 59 (11,8%) хворих, що отримували зазначені іАПФ від місяця до 2-х років. Пацієнтів чоловічої статі виявилося – 44,07%. 20 пацієнтам із респіраторним синдромом і відміненими іАПФ проводили внутрішньовенну інфузію 0,1% р-ну L-лізину есцинату в дозі 5 мл на 50 мл фізіологічного розчину, крапельно, один раз на добу, упродовж 5-10 діб. При цьому верифіковано поступове покращення загального стану пацієнтів, зменшення симптомів бронхіальної обструкції. 93,7% таких хворих вказували на припинення кашлю. Жорстке дихання при аускультації змінювалось на везикулярне, проба Вотчала ставала негативною у 98,4% випадків.

Висновок: 1)Одним із основних ускладнень лікування інгібіторами АПФ (еналаприл, лізиноприл) є респіраторний синдром. 2)Застосування в комплексному лікуванні хворих на гіпертонічну хворобу L-лізину есцинату дає можливість успішно долати респіраторний синдром та покращувати загальний стан пацієнта і якість його життя. 3)L-лізин есцинат можна вважати фармакокінетичною альтернативою брадикініну, призначення якого доцільне, безпечне і ефективне при появі перших ознак респіраторного ускладнення антигіпертензивної терапії іАПФ.

ПРОБЛЕМИ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ ПОВ'ЯЗАНІ З ХАРЧУВАННЯМ

Депутат М. В.
Науковий керівник – Г. С. Гвоздецька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Пацієнти старших вікових груп володіють певними структурно-функціональними особливостями шлунково-кишкового тракту. В силу цього, а також внаслідок поліморбідності і поліпрагмазії, порушується всмоктування і обмін поживних речовин, у тому числі вітамінів і мінералів. Тому в раціоні пацієнтів похилого, старечого віку та довгожителів повинні бути білки, жири і вуглеводи в оптимальних для старшого віку співвідношеннях.

Мета дослідження – розробити наукове підгрунття щодо збалансованого харчування людей похилого віку для запобігання та зниження кількості випадків захворювання пов'язаних з неправильним харчуванням.

Проблема старіння населення обгрунтовано привертає увагу громадськості. Сьогодні питома вага людей похилого віку в загальній численності населення в розвинених країнах вже перевищив 20%, а до 2050 року підніметься до 32%. Крім того, в останні роки число людей у віці 75 років і старше збільшилось в 2,6 рази, а число людей у віці 85 років і старше – більш ніж у 3 рази, тобто відбудеться процес старіння в рамках самої старості.

У підтримці нормального фізіологічного стану працездатності у людей старшого віку важлива роль належить правильному харчуванню. За статистичними даними, близько 75% людей похилого віку мають ті чи інші порушення в харчуванні: близько 20% - переїдають, а 60% - харчуються нераціонально. При побудові харчових раціонів для осіб похилого віку необхідна адаптація хімічного складу та фізико-хімічних властивостей харчових речовин до фізіологічних особливостей організму людей цієї вікової групи. Харчування людей похилого віку повинно бути не тільки повноцінним, але і збалансованим, з урахуванням насамперед вікових особливостей організму.

У похилому і старечому віці частота захворювань внутрішніх органів надзвичайно велика. Ними страждає більше 90% осіб цього вікового періоду. Третина всіх звернень літніх людей до лікарів пов'язана із захворюваннями серцево-судинної системи, велика захворюваність органів травлення, дихання, нирок і сечовидільної системи, онкологічних процесів. Неправильне харчування – часта причина розвитку порушень в діяльності багатьох органів і систем у літніх людей, особливо тоді, коли гостро протікає хвороба виникає на фоні вже наявного хронічного захворювання або будь-якого розладу.

Неправильне харчування самим несприятливим чином впливає на організм літньої людини. Навіть при фізіологічній старості відбуваються зрушення обміну речовин і стану органів і систем організму.

Основна проблема у літніх людей, що мають якісь захворювання – білково-енергетична недостатність харчування (БЕНП) в поєднанні з дефіцитом мікронутрієнтів. Важка БЕНП була виявлена у 10-38% амбулаторних хворих старечого віку, у 5-12% знаходиться вдома ,у 26-65% госпіталізованих людей похилого віку та у 5-85% поміщених в пансіони для престарілих. У 2008 р. опубліковані дані, що недостатністю харчування страждають 4% літніх людей у Великобританії.

З іншого боку численні дослідження свідчать, що безліч людей літнього віку не мають білково-енергетичної недостатності також харчуються неправильно.

Зростає кількість осіб з надлишковою масою тіла. Огрядність – серйозний фактор ризику прогресування атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, холециститу та жовчнокам'яної хвороби, цукрового діабету, подагри і сечокислого діатезу, артрозу і інших змін опорно-рухового апарату.

В даний час в раціоні багатьох людей похилого віку переважає їжа, що містить жири тваринного походження. М'ясо споживається в значно більшій кількості, ніж риба. Очевидна надмірності борошняних і солодких продуктів. У той же час овочі, фрукти, зелень, рослинна олія надходять в обмежених кількостях. Шляхом зміни характеру харчування можна впливати на обмін речовин і адаптаційно-компенсаторні можливості організму і вплинути на темп і спрямованість процесів старіння.

Розробкою науково обгрунтованих рекомендацій по раціональному харчуванню в старості, дотримання яких є важливим фактором профілактики патологічних нашарувань на фізіологічно закономірне старіння організму займається важливий розділ дієтології – геродієтетика.

Складання збалансованого раціону для пацієнтів старшого віку. У харчовому раціоні літньої людини рекомендований співвідношення білків, жирів і вуглеводів складає 1:0,9:3,5 (для чоловіків і жінок молодого віку, зайнятих розумовою працею, рекомендується співвідношення 1:1,1:4,1).

Для осіб похилого та старечого віку найбільш раціонально чотириразове харчування. Рекомендована калорійність

їжі становить 1900-2000 ккал для жінок старше 60 років і 2000-3000 ккал для чоловіків того ж віку. Калорійність першого сніданку має становити 25% добового раціону, другого – 15%, обіду – 40-45% і вечері (не пізніше ніж за 2 год до сну) – 15-20%.

Поліморбідність, характерною для осіб старших вікових груп, супроводжує поліпрагмазія. Деякі лікарські препарати взаємодіють з вітамінами і мінеральними елементами, порушуючи їх всмоктування, утилізацію або підвищуючи їх екскрецію.

Висновок:

Таким чином, для формування оптимального збалансованого раціону для пацієнтів старших вікових груп необхідно:

- формування правильного режиму харчування і «правильних» харчових звичок;
- дотримання оптимального співвідношення в добовому раціоні білків, жирів і вуглеводів; в осіб старших вікових груп це співвідношення становить 1:0,9:3,5;
- додатково приймати вітаміни та мінерали з груп дефіциту.

НЕФРОПРОТЕКТИВНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИЧНОГО АРТРИТУ

Доскалюк Б. В., Комар Х.Б.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. Ю.В. Дельва
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. Є. М. Нейка

Подагра – хронічне захворювання, зумовлене порушенням пуринового обміну; відкладання в тканинах солей сечової кислоти (уратів) виражається рецидивуючим подагричним артритом та утворенням подагричних вузлів (тофусів). Незважаючи на те, що клінічно хвороба виглядає як артрит, прогностично найбільш загрозливим проявом хвороби є розвиток ниркових уражень, т.з. синдром «подагричної нирки» (подагрична нефропатія), оскільки це часто визначає долю хворого.

Впродовж тривалого часу у хворих на подагру на стан нирок не звертає увагу ні сам хворий, ні його лікар.

Під нашим спостереженням знаходилось 28 хворих на подагричний артрит, що перебували на лікуванні в ревматологічному відділенні ОКЛ

м. Івано-Франківськ. Всі хворі чоловіки, віком від 25 до 63 років, в усіх хвороба була розцінена за сучасними діагностичними критеріями хвороби як первинна метаболічна подагра. Стаж захворювання коливався від 2 до 24 років, легка форма подагри діагностована у 7 хворих, середньоважка – у 18, важка – у 3. В процесі роботи з хворими особливу увагу приділяли лабораторному та інструментальному обстеженню стану нирок та сечовивідної системи в цілому.

З'ясовано, що практично у всіх пацієнтів – (26 випадків на 28 обстежених - 92,5%) відмічалося стійке підвищення артеріального тиску (12 хворих про це не знали, ще 8 про це знали, але практично не лікувались). Сечокам'яна хвороба була виявлена у 9 хворих (32,2%), при чому у 3 пацієнтів конкременти в сечовивідних шляхах були значними за розмірами. В загальних аналізах сечі у 13 хворих (46,4%) спостерігалася лейкоцитурія, протеїнурія, мікрогематурія, солі уратів, фосфатів, оксалатів.

Рівень клубочкової фільтрації (КФ) склав в середньому у обстежених хворих 72,5 + 12,8 мл/хвил/ 1,73 м^2 , при чому початкове або помірне зниження КФ було виявлено у 19 з них (67,8%). В цілому ступінь ураження та зниження функціональних резервів нирок прямо корелював із важкістю подагри та стажем перебігу захворювання.

Отже, хворих на подагру слід відразу після встановлення цього діагнозу розглядати як контингент високого ризику щодо розвитку різноманітних проявів ниркової патології (сечокам'яна хвороба, вторинний пієлонефрит, нефросклероз, інтерстиціальний нефрит, нефрогенна артеріальна гіпертензія та ін.). Лікування таких хворих необхідно проводити із використанням НПЗП з нефропротективними особливостями (селективні блокатори ЦОГ-2), з гіпотензивних перевагу слід надавати препаратам інгібіторам АПФ та АРА. Необхідно проводити періодичні контрольні обстеження стану нирок, притримуватись дієти, призначати засоби нефрофітотерапії та санаторно-курортне лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Заболотна З.О., Рожко С.М.
Науковий керівник – проф. М.А. Оринчак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету імені професора М.М. Бережницького

Мета – оцінити особливості клініки негоспітальної пневмонії на сучасному етапі.

Матеріал і методи. Обстежено 59 хворих на негоспітальну пневмонію (чоловіки – 30, жінки – 29), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні №1 ЦМКЛ, м. Івано-Франківськ за період жовтень 2014 року по лютий 2015 року. Середній вік хворих – (49±15) років. Проведено загально-клінічне обстеження (збір скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя, об'єктивне обстеження), рентгенологічне дослідження органів грудної клітки у прямій та боковій проекціях при поступленні в стаціонар.

Результати. При оцінці скарг у всіх хворих виявлено кашель: до 10 нападів за добу – у 18 (30,5%), від 11 до 30 – у 38 (64,4%), 31-50 – у 3 (5,1 %) випадках. Сухий кашель відмічено у 8 (13,6%), мокротиння слизисте – у 20 (33,9%), слизисто-гнійне – у 31 (52,5%) випадках. За об'ємом мокротиння: менше 5 мл за добу – у 16 (31,4%), 5-15 мл – у 28 (54,9%), 15-30 мл – у 7 (13,7%) випадках. Відсутність задишки спостерігали лише у 3 (5,1%), незначну задишку (ЧД <20) – у 31 (52,5%), помірну задишку (ЧД - 20-30) – у 25 (42,4%) випадках. Підвищення температури тіла спостерігалось у всіх хворих: субфебрильна температура (37-37,4^{o}C) – у 33 (55,9%), помірна (37,5-38^{o}C) – у 24 (40,7%), висока (38-39^{o}C) – у 2 (3,4%) випадках. Суб'єктивна оцінка самопочуття: незначну слабість відмітили у 8 (13,6%) випадках, помірну слабість – у 36 (61,0%) випадках, значну слабість – у 15 (25,4%) випадках. З анамнезу захворювання встановлено: початок захворювання у всіх хворих був гострим, пов'язаний з переохолодженням, середня тривалість захворювання до госпіталізації складала (4±2) дні. За даними об'єктивного обстеження синдром інфільтрації легеневої тканин відмічено в усіх 100% випадках, що підтверджувалось рентгенологічно. Правобічну пневмонію виявили у 32 (54,3%), лівобічну пневмонію – у 14 (23,7%), двобічну пневмонію – у 13 (22,0%) випадках з переважною локалізацією у нижніх долях легень. Жодний хворий не потребував ургентної терапії. Лікування проводилось планове, включало антибактеріальну терапію. Ускладнення виникло у 2 хворих: міокардит, ексудативний парапневмонічний плеврит.

Висновок. На сучасному етапі характерний типовий перебіг негоспітальної пневмонії з ураженням в рівній мірі як чоловіків, так і жінок, переважно середнього віку, з характерними основними скаргами на кашель з мокротинням, помірну задишку і проявами синдрому інтоксикації, поступовим початком захворювання, з локалізацією переважно справа в нижній долі.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ІІІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ У ХВОРИХ ІЗ НІТРАТОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Зозуляк Н.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Нітрати - одна із самих «старих» груп препаратів, що використовуються в кардіології, залишаючись актуальними і до сьогодні. Це пояснюється як їхнім природним походженням, так і ефективним механізмом дії, здійснюючи вплив на ендотелій-незалежну вазодилатацію. Тривале вживання нітратів часто приводить до розвитку резистентності до них.

Мета дослідження: оптимізація лікування хворих на стабільну стенокардію зі нітраторезистентністю.

Матеріали та методи. Обстежено 46 хворих на стабільну стенокардію, які вживали нітрати (ізосорбіду мононітрат). Що призвело до втрати антиангінального ефекту в обстежених хворих - розвитку нітраторезистентонсті. Хворі були рандомізовані наступним чином. Хворі, що отримували базову терапію (БТ – 24 хворих) склали 1-шу групу. Хворі, що отримували БТ в поєднанні з тівортіном (L-аргінін) по 100,0 мл розчину довенно, крапельно склали 2 – гу групу (БТ+Т, 22 хворих). В клініці проводили клінічне обстеження, а також проведення проби з реактивною гіперемією (ендотелійзалежна вазодилатація - ЕЗВД) і нітрогліцерином (ендотелійнезалежна вазодилатація - ЕНВД).

Результати: Прояви нітраторезистентності значно зменшились при додатковому застосуванні тівортіну по 100,0 мл розчину (4,2 г аргініну) довенно, крапельно 1 раз на день на протязі 10 днів з переходом на пероральне вживання препарату по 15 мл (3 мірні ложки) 2 рази/добу на протязі 20 днів. Так, кількість нападів стенокардії достовірно зменшилася з (20,88±0,54) до (11,56±0,56) на тиждень ($p<0,05$) в 1 групі, (21,17±0,48) до (5,05±0,42) на тиждень ($p<0,001$) в 2 групі. ЕЗВД достовірно покращилась в обох групах: з 4,42±0,35 до 5,59±0,54 ($p<0,05$) в 1 групі та з 4,53±0,22 до 10,05±0,26 ($p<0,01$) в 2 групі. Важливо відмітити, що в процесі лікування в 2 групі вдалося нормалізувати показник ЕЗВД. ЕНВД достовірно зростала в 1 групі на 1,97%, в 2 – на 5,28% ($p<0,05$).

Висновки: Препарат L-аргінін (Тівортін) – донатор оксиду азоту (NO), вірогідно зменшує прояви нітраторезистентності у хворих на стабільну стенокардію ІІІ ФК: покращує клінічні прояви, а також зменшує вираженість ендотеліальної дисфункції.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ЗІ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ З ДІАСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Ібрагім Х.А.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. С.В. Федоров
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра терапії і сімейної медицини ННІПО

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем сьогодення. Із прогресуванням захворювання та ремоделювання міокарду у хворих розвивається діастолічна дисфункція (ДД), а згодом і серцева недостатність (СН).

Мета дослідження: Вивчити особливості структурно-функціональних змін у серці у хворих на гіпертонічну хворобу зі супутньою серцевою недостатністю з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка та без неї.

Матеріали та методи: в рандомізоване плацебоконтрольоване дослідження було включено 42 хворих на ГХ ІІ – ІІІ стадії. Всі хворі були рандомізовані в дві групи: І група – 22 хворих на ГХ, ІІ група – 20 хворих на ГХ із супутньою СН із ДД лівого шлуночка. Оцінювання внутрішньосерцевої гемодинаміки виконували за допомогою ехокардіографії на апараті «HD 11 XE» (Меріленд, США) з використанням тканинної доплерографії.

Результати: У хворих І групи спостерігались наступні типи діастолічного наповнення лівого шлуночка: норма у 8 хворих (36,4 %), ДД І типу – 12 (54,5%), ДД ІІ типу 2 (9,1 %), хворих із ДД ІІІ типу не було виявлено. Серед хворих ІІ групи ДД І типу відмічалась у 13 хворих (65,0 %), ДД ІІ типу 6 (30,0%), ДД ІІІ типу 1 (5,0 %).

Протягом аналізу даних ехокардіографії було виявлено, що у пацієнтів ІІ групи наявне достовірне збільшення КДО (на 13,5 %, $p<0,05$), КСО (на 14,9 %, $p<0,05$), ФВ (на 15,5 %, $p<0,05$) у порівнянні з хворими І групи.

Висновки: Хворі на гіпертонічну хворобу зі супутньою серцевою недостатністю з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка характеризуються більш вираженими структурно-функціональними змінами лівого шлуночка та більш вираженішою діастолічною дисфункцією лівого шлуночка у порівнянні з хворими на гіпертонічну хворобу.

СТРУКТУРА НПЗП-ГАСТРОПАТІЙ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Касюк Л.М.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.В. Близнюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Метою роботи є вивчення структури НПЗП-гастропатій в ревматологічних хворих залежно від віку, виду захворювання та доз протизапальних засобів.

Матеріали і методи: в умовах Університетської клініки ІФНМУ опрацьовано історії хвороб ревматологічного профілю за останні 5 років. Для аналізу обрано 64 медичні карти стаціонарних хворих на остеоартроз (ОА, n=39) та ревматоїдний артрит (РА, n=25) з супутніми ураженнями шлунка та ДПК на тлі застосування НПЗП.

Результати дослідження. Найбільша частина хворих – 68,75% - застосовували середні терапевтичні дози НПЗП, 12,5% хворих - низькі дози протизапальних препаратів. Хворі із вираженим ступенем активності запального процесу (18,75%) використовували високі дози препаратів цієї групи. Ми з'ясували, що препаратами вибору на догоспітальногму етапі у обстежених хворих були препарати: діклофенак натрію (67,18%), індометацин (17,19%) і ревмоксикам (15,63%).

Аналізуючи структуру патоморфологічних змін слизової оболонки гастродуоденальної зони, індукованих НПЗП, виявили, що ознаки гастродуоденіту з однаковою частотою діагностували у хворих на остеоартроз (23,08%) і у хворих на ревматоїдний артрит (20,0%). Ерозивний гастродуоденіт виявили у 28,21% хворих з ОА і 36,0% на РА. У 35,89% хворих на ОА виявили виразку шлунка, а в 12,82% - виразку ДПК. Така ж картина була у хворих на РА: гастродуоденальних виразок діагностовано відповідно у 32,0% та 12,0% хворих.

У вікових групах 16-29 років на долю ерозивних та виразкових дефектів слизової оболонки ГДЗ припадає відповідно 75,0%, тоді як гастродуоденіт діагностували у 25,0% хворих. Подібна тенденція прослідковується і у осіб віком 30-44 років: ерозивні дефекти виявили у 57,15% хворих, виразку шлунка - у 28,57%, а гастродуоденіт - у 14,28% хворих. У осіб середнього та похилого віку гастродуоденіт діагностували з більшою частотою (19,45% та 29,41% відповідно). Проте у віці 60-74 років збільшилася кількість хворих із встановленими виразковими дефектами шлунка (35,29%) та ДПК (17,65%).

Висновок. Щоб звести до мінімуму потенційний ризик розвитку ускладнень, призначати НПЗП необхідно в мінімально ефективній дозі протягом найкоротшого терміну. Не виявлено залежності вираженості патоморфологічних змін слизової оболонки ГДЗ від типу захворювання. У осіб молодшого віку домінували ерозивний гастродуоденіт та виразки слизової оболонки шлунку, з віком відмічалось зростання частки виразок з локалізацією в шлунку та ДПК.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Козачишин Н.І., Багрій М.В.
Наукові керівники: к. мед. н., доц. І.Т. Гавриш., асп. Т.І. Салижин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. акад. Є.М. Нейка

Мета. Вивчити особливості морфологічних і функціональних змін міокарда у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) із ХСН.

Матеріали і методи. У дослідженні взяло участь 42 хворих на АГ із ХСН ІІА ІІФК (NYHA), які знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Університетської клініки ІФНМУ. Середній вік обстежених – 54,6±5,47 роки. Серед обстежених було 27 (64,28 %) чоловіків та 15 (35,72 %) жінок. Контрольну групу склало 10 практично здорових людей. Із дослідження виключені хворі з вираженими порушеннями серцевого ритму, цукровим діабетом. Клінічний стан хворого оцінювався за сумою балів шкали оцінки клінічного стану – ШОКС (Ю.В. Марєєв, 2000). Для оцінки функціонального класу за критеріями NYHA проводили тест із 6-хвилинною ходою. Ехокардіографія проводилась на апараті Toshiba SSA – 590A (NEMIO MX) (Японія) за рекомендаціями Американської асоціації ехокардіологів в М-режимі.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи показники клінічних і лабораторних характеристик, з'ясовано, що у хворих на АГ із ХСН ІІА ФКІІІ були виявлені ознаки анемії. Так, показники гемоглобіну і кількості еритроцитів в крові були нижчими норми в 1,13 та 1,21 рази. Схожі зміни виявлені і при вимірюванні ТМШП і ТЗСЛШ, ці показники збільшились в 1,37 і 1,32 ($p<0,001$) відносно аналогічних значень у практично здорових людей. Показники ММЛШ, ІММЛШ достовірно зростали, перевищували нормальні значення в 2,12 та 2,07 ($p<0,001$). Показники ВТС були значно вищими, перевищуючи нормальні значення в 1,21 ($p<0,01$). У хворих на АГ із ХСН за даними опитувальника ШОКС середній показник кількості балів становив 7,73±0,07 ($p<0,001$), а середня відстань пройдена в метрах у була – 243,4±21,1м ($p<0,001$). Аналіз структурно-геометричних показників, які характеризують розмір і об'єм ЛШ, продемонстрував, що у хворих на АГ із ХСН ІІА ФКІІІ найчастіше розвивалась концентрична ГЛШ – 58,2%.

Висновки: Підсумовуючи отримані дані, можна констатувати, що структурне ремоделювання міокарда спостерігалось в 97,5 % хворих на АГ із ХСН.

Встановлено, що в даній популяції хворих, найчастіше розвивається концентрична ГЛШ – 58,2%, концентричне ремоделювання – 30,1%, ексцентрична ГЛШ – 4,9%, ізольована гіпертрофія МШП – 4,3%.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОРУШЕННЯМ ПОЗДОВЖНЬОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА РІВНЕМ ЦИСТАТИНУ С ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Колесник М.Ю.
Науковий керівник - академік НАМН України, проф. Г.В. Дзяк
Запорізький державний медичний університет МОЗ України
Кафедра сімейної медицини і терапії ФПО

Вступ. Дослідження деформаційних властивостей міокарда лівого шлуночка (ЛШ) за допомогою новітньої технології - спекл-трекінг ехокардіографії – дозволяє проводити субклінічну діагностику ураження серцевого м'язу при багатьох захворюваннях, зокрема при артеріальній гіпертензії (АГ). Зниження поздовжньої деформації (стрейну) ЛШ є раннім індикатором патологічного ремоделювання міокарда, що реєструється ще до розвитку гіпертрофії ЛШ та порушень його діастолічної функції. Цистатин С на сьогодні розглядається одним з перспективних маркерів патологічного кардіоваскулярного ремоделювання. Взаємозвя'зок між цистатином С та деформаційними властивостями міокарда не вивчався.

Мета роботи. Дослідити рівень циркулюючого цистатину С у пацієнтів з АГ із збереженими та зниженими параметрами поздовжньої скоротливості ЛШ.

Матеріали і методи дослідження. У роботу включено 177 чоловіків із АГ І-ІІ стадії (середній вік 51±8 рік) до призначення терапії. Всім учасникам було виконано стандартне клінічне та лабораторне обстеження, добовий моніторинг артеріального тиску, трансторакальну ехокардіоскопію. Дослідження деформаційних властивостей міокарда проводили методом спекл-трекінг ехокардіографії за допомогою програмного модулю XStrain (Esaote, Італія). Рівень цистатину С визначали в плазмі крові на автоматичному аналізаторі імунотурбідиметричним методом.

Результати. В залежності від значення глобального поздовжнього стрейну хворих розподілено на 2 групи. Пацієнти були зіставними за віком, антропометричними показниками, рівнем артеріального тиску. За даними спекл-трекінг ехокардіографії порушення поздовжньої скоротливості ЛШ реєстрували у 54 (30,5%) пацієнтів з АГ. Середнє значення глобального поздовжнього стрейну ЛШ склало у цій групі -13,2±1,21 % (при нормі > -18%). Рівень циркулюючого цистатину С у хворих зі зниженим стрейном ЛШ

склав 0,95±0,27 мг/л, а у хворих зі збереженим стрейном – 0,87±0,16 мг/л (p=0,01). За результатами кореляційного аналізу вставлено статистично значущу асоціацію слабкої сили між рівнем цистатину С та глобальним поздовжнім стрейном ЛШ (r=-0,18; p=0,017).

Висновки. У хворих на АГ із зниженою поздовжньою деформацією ЛШ визначаються вищі рівні циркулюючого цистатину С. Можливість терапевтичного впливу на деформаційні властивості міокарда ЛШ потребує подальшого вивчення.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА ТА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

Корж Н.В., Островський М.М.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Г.З.Корж
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Бронхіальна астма (БА) — хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке характеризується варіабельною зворотньою бронхообструкцією та гіперреактивністю бронхів. Це одна з найпоширеніших хронічних хвороб, що уражає людей всіх вікових груп, розглядається в сучасному суспільстві не лише як велика медична, але й соціально значима проблема. Для більшості хворих з бронхіальною астмою фізична активність є основною причиною у виникненні приступу астми. Для окремих пацієнтів це єдиний подразник, який викликає приступ. Астма фізичного навантаження (АФН) може з'являтися в різних кліматичних умовах, проте найбільш частіше вона виникає при вдиханні сухого та холодного повітря. Дане захворювання не являється окремою формою астми, а є лише одним із проявів гіперчутливості бронхів. Вона часто свідчить про недостатній контроль астми, тому при призначенні адекватної терапії симптоми, які викликаються фізичним навантаженням, зникають. У пацієнтів, у яких лікування не зняло симптоматику і клінічні прояви після фізичного навантаження є єдиним проявом хвороби, інгаляція бета-2-агоністів короткої дії перед фізичним навантаженням є найбільш ефективним та доцільним методом профілактики загострень бронхіальної астми. Багато медикаментів, такі як натрію кромоглікат, антихолінергічні, ІКС, антигістамінні, антилейкотрієнові, бета-2-агоністи тривалої дії, ефективно усувають симптоми астми фізичного навантаження. Доведено, що теплий і вологий клімат також зменшують частоту і тяжкість приступів даної недуги. Одним із важливих методів лікування є тренування, яке покращує стан серцево-легеневої системи без значного впливу на функцію легень і тому, зважаючи на можливість ефективного лікування астми фізичного навантаження, хворі не повинні його уникати. Крім того, у хворих з даною недугою тренування підвищує фізичну витривалість, відповідно приступи астми розвиваються тільки при високому рівні фізичного навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ

Корж Н.В., Островський М.М.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.М. Островський
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найпоширеніших проблем сучасної медицини. Малорухливий спосіб життя, низька фізична активність, нераціональне харчування призводять до розвитку так званих хвороб цивілізації, зокрема, надлишкової ваги (НВ) та ожиріння, які з часом ускладнюють перебіг хвороб органів дихання. Абдомінальне ожиріння призводить до високого стояння діафрагми, обмеження дихальної екскурсії, зміни скоротливої здатності дихальних м'язів та є причиною торакодіафрагмального механізму задишки, зниження максимального тиску вдиху та зменшення легеневих об'ємів.

Мета роботи: вивчення особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ у хворих із НВ.

Матеріал і методи: нами було оглянуто 32 хворих із діагнозом ХОЗЛ віком від 45 до 68 років. У 18 з них було виявлено НВ та ожиріння різних ступенів. Тяжкість перебігу ХОЗЛ визначалася за частотою загострень, показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД): ОФВ1/ФЖЄЛ та ОФВ1 та результатами об'єктивного обстеження. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою m/h^2, де m – маса тіла у кг, h - зріст у метрах.

Результати: аналіз показників ФЗД показав їх зменшення прогресивно з наростанням маси тіла. У таких пацієнтів ФЖЄЛ була істотно нижчою, ніж у пацієнтів із нормальною масою тіла, що свідчить про вираженіші рестриктивні зміни, які виникли внаслідок ожиріння та пневмофіброзу. Швидкісні показники істотно відрізнялися в групах осіб з ожирінням та нормальною масою. Так обструктивні зміни на рівні середніх та дрібних бронхів (СОШ25-75, МОШ50, МОШ75) більш виражені, ніж на рівні великих бронхів (ОФВ1, ІТ, ПОШ, МОШ25). Отже, прохідність периферійних відділів бронхів у пацієнтів з НВ та ожирінням зменшується більш виражено, ніж прохідність великих бронхів. В той же час, у пацієнтів з НВ та ожирінням загострення ХОЗЛ зустрічалось частіше, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, що свідчить про патогенетичну перевагу у них запального компоненту над проявом бронхообструкції.

Висновки: перспективою подальших досліджень може бути вивчення впливу корекції маси тіла на ФЗД хворих на ХОЗЛ та дієвості нарощення інтенсивності базової терапії стосовно зменшення частоти загострень.

ДИНАМІКА НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Костів Х.С., Волинський Д.А.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. Р.В Деніна
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

NT-proBNP розглядають як потужний прогностичний індикатор, як при гострих так і хронічних формах ІХС. Зростання його рівня у таких хворих є пусковим критерієм ремоделювання ЛШ, прогнозування розвитку СН і смерті. Підвищення рівнів NT-proBNP при ІХС не залежить від інших клініко-лабораторних та інструментальних показників, зокрема таких як стан функції нирок, рівнів тропоніну. Найбільш високий ризик мають ті хворі, у яких істотно збільшені концентрації NT-proBNP. У осіб з ГКС рекомендують оцінювати рівні NT-proBNP у максимально ранні терміни.

Мета дослідження: оцінити активність сироваткових рівнів NT-proBNP в гостру фазу інфаркту міокарда в залежності від способу реваскуляризації коронарних артерій.

Обстежено 50 хворих на ГІМ (STEMI), серед яких у 6 хворих застосована тромболітична терапія (ТЛТ), у 35 - первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) із стентуванням до 6-ти годин, у 9 хворих ЧКВ проведено через 24 години. У 31 хворого діагностовано СН Killip- I, а у 19 - СН Killip- II. У 28,6% хворих верифіковано ураження правої коронарної артерії, у 48,6% -передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії, а у 22,8% хворих спостерігалося багатосудинне ураження, у зв'язку з чим вони скеровані на аорто-коронарне шунтування. Визначення вмісту в сироватці хворих NT- proBNP проводили на момент госпіталізації та на 7 добу спостереження.

Отримані результати. У групі хворих, які отримали ТЛТ (металізе) на момент госпіталізації рівень NT- proBNP склав (474,34 ±04,12) фмоль/мл, на 7 добу даний показник зріс до (497,85 ±16,21) фмоль/мл (p> 0,01), що вказує на прогресування серцевої недостатності.

У той же час у хворих, яким проводили первинне ЧКВ із стентуванням до 6-ти годин спостерігалася тенденція до зниження рівня NT- proBNP на 7-у добу з (407,44±21,2) фмоль/мл до (254,1±11,3) фмоль/мл (p<0,05). У хворих, яким проводили відтерміноване ЧКВ у першу добу ІМ, значення NT-proBNP досягло (490,04±02,3) фмоль/мл, а на 7-му добу – (503,02±23,99) фмоль/мл (p< 0,001).

Отже, високі рівні NT- proBNP у хворих яким застосовували ТЛТ, порівняно із хворими з первинним і відтермінованим ЧКВ, може слугувати додатковим, раннім предиктором несприятливого прогнозу розвитку раннього постінфарктного ремоделювання та прогресування серцевої недостатності.

АСИМЕТРІЇ ШИЙНОГО ТА ГРУДНОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРИТМІЙ СЕРЦЯ

Кучер І.В., Кокряцька В.О., Головін Д.В.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. Ю.К. Откаленко., к.мед.н., асист. Р.А. Кравець
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини № 2
Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи
Курс клінічної вертебрології

Актуальність: Аритмії серця є одним з найбільш поширених ускладнень серцево-судинної патології, яке погіршує прогноз та якість життя пацієнтів (від 0,9 на 100 000 населення в Донецькій обл. до 474,1 на 100 000 населення в Рівненській обл., а у Чернівецькій області навіть не реєструються. В цілому по Україні цей показник становить 0,125%.). На сьогоднішній день досить поширеною є патологія опорно-рухового апарата в т.ч. хребта (за даними офіційної статистики понад 4,5 млн. осіб в Україні мають дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта і суглобів). Відомо, що патологія шийних сегментів може призводити до змін вегетативної іннервації серця та розвитку передумов для виникнення порушень ритму серця.

Метою даної роботи є вивчення зв'язків між результатами вертебрологічного дослідження і показниками обстеження серцево-судинної системи у хворих з аритміями серця і кардіалгіями при захворюваннях хребта.

Матеріали та методи: обстежено 35 хворих з порушеннями ритму серця і кардіалгіями та супутніми захворюваннями хребта. Для комплексного обстеження пацієнтів застосовувались такі методи дослідження: загальне клінічне обстеження, вертебрологічне обстеження, рентгенографія шийного і грудного відділів хребта, магнітно-резонансна томографія, холтерівське моніторування електрокардіограми за допомогою трьохканальної системи DiaCard (Solvaig) протягом 24 годин, ехокардіографія, електрокардіографія, УЗД брахіоцефальних артерій. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми «Microsoft Excel 2007».

Результати : Для кардіалгій і порушень серцевого ритму у обстежених хворих характерний зв'язок з патологічними змінами шийно-грудного відділу хребта, які впливають на вегетативну іннервацію серцево-судинної системи; порушення його форми, а також сегментарні травмуючі елементи (латеральне відхилення суглобів Люшка, остеофіти, псевдоостеофіти, зміщення хребців, зміщення кісткової маси при компресійних змінах). Досить тісними виявились кореляційні зв'язки між даними вертебрологічного обстеження та показниками, отриманими при холтерівському моніторуванні ЕКГ.

Висновок: Враховуючи наявність кореляційних зв'язків між даними вертебрологічного обстеження і показниками холтерівського моніторування, відсутність органічної патології серцево-судинної системи, підтвердженої даними ехокардіографії, можна зробити висновок про вплив патологічних змін в шийно-грудних сегментах хребта на виникнення порушень серцевого ритму.

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕСНОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ РІВНЯ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНОЇ ФРАКЦІЇ СИСТЕМИ СУРФАКТАНТУ ЛЕГЕНЬ (ССЛ) БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ВМІСТУ У ХВОРИХ ІЗ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ (НП) ПОЄДНАНОЮ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ (АС)

Мельник О.П., Стовбан М.П., Макойда І.Я., Баблюк Л.А.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.М. Островський
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії та пульмонології з курсом професійних хвороб

Метою даного дослідження було вивчення впливу сорбіфер-дурулесу та хлорофіліпту, як елементів комплексної терапії, на поверхнево-активну фракцію ССЛ у хворих із НП поєднаною з АС.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 35 хворих із НП ІІІ групи на фоні АС: 20 (57,14 %) чоловіків та 15 (42,86 %) жінок віком від 18 до 60 років. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб (ПЗО) без наявних ознак захворювань респіраторно-вентиляційного тракту та іншої патології внутрішніх органів. Дослідження проводилося до початку та на 21 добу лікування. Матеріалом дослідження був бронхоальвеолярний вміст, який отримували при проведенні фібробронхоскопії (ФБС) за методикою Clements у модифікації Ramires, враховуючи локалізацію запального процесу. Для встановлення актиності ССЛ використовували модифікований метод Вільгельмі-Люгмера. Шифрування показників та математичне опрацювання їх велося згідно формулі Лапласа.

Результати дослідження показали, що в процесі терапії хворих на НП на фоні АС без додаткового призначення до заліза сульфату (ІІ) з аскорбіновою кислотою препарату хлорофіліпт, вміст поверхнево-активної фракції ССЛ зріс лише на 35,52 % склавши 8,25±0,34 мкмоль/л (p<0,05), порівняно

з показниками до лікування 5,32±0,19 мкмоль/л (p<0,05), але залишався в 1,28 рази нижчим, у порівнянні з групою ПЗО 10,56±0,68 мкмоль/л (p<0,05). Однак, за умови додадкового використання хлорофіліпту спостерігалася більш виражена компенсація поверхнево-активної фракції ССЛ, яка на 16,0% (p<0,05) перевершувала ефект терапії без призначення даного препарату, а її показник залишався лише в 1,10 рази (p<0,05) нижчим, порівняно з групою контролю.

Висновки. Поєднане призначення препаратів заліза сульфату (II) з аскорбіновою кислотою та хлорофіліпту, як елементів комплексної терапії, у лікуванні НП поєднаної з АС, забезпечує більш виражену компенсацію поверхнево-активної фракції ССЛ.

ІВАБРАДИН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Меркуленко З.В., Смирнова В.І.
Науковий керівник - д.м.н., проф. Т.В. Ащеулова
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Мета: вивчити ефективність івабрадину у хворих стабільною стенокардією з синусовим ритмом.

Матеріали і методи: обстежено 20 хворих у віці 47- 62 років, які страждають стабільною стенокардією III ФК. Діагноз встановлювався на підставі типової клінічної картини, епізодів ішемії на електрокардіограмі, тесту з фізичними навантаженнями. Івабрадин призначали в дозі 5 мг 2 рази на день спільно з метопрололом у дозі 50 мг на добу. Групу порівняння склали 15 хворих стабільною стенокардією, зіставлених за віком і статтю, які лікувалися тільки бета-адреноблокаторами (БАБ). Ефективність терапії оцінювали через два місяці на підставі зниження частоти серцевих скорочень, зменшення кількості нападів стенокардії, підвищення толерантності до фізичних навантажень.

Результати: у групі хворих, які отримували івабрадин і БАБ, частота серцевих скорочень була значно нижчою (-10,5 уд. / Хв.), ніж у групі порівняння (- 4,5 уд. / хв.), Причому з використанням менших доз БАБ. Кількість нападів стенокардії і необхідність застосування короткодіючих нітратів були більш ніж в 2 рази менше в основній групі порівняно з групою терапії БАБ. Спільне застосування івабрадину та БАБ призвело до істотного покращення показників тестів з фізичним навантаженням, зменшення тривалості епізодів ішемії міокарда при холтерівському ЕКГ-моніторуванні. Івабрадин відрізнявся хорошою переносимістю. Не впливав на процеси реполяризації, передсердну, атріовентрикулярну і внутрішньошлуночкову провідність. У наших спостереженнях не зустрілося зорових симптомів (фотопсій) та інших побічних ефектів.

Висновки: івабрадин в поєднанні з бета-адреноблокаторами значно підвищує ефективність лікування стабільної стенокардії, зменшує кількість ангінозних нападів і збільшує толерантність до фізичного навантаження.

ВПЛИВ НЕБІВОЛОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Мисліборська Я.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. В.Н. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Мета роботи. Оцінка впливу небівололу на показниками добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), ехокардіографії (ЕхоКГ) та вентиляційної функції легень (ВФЛ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи. Обстежено 26 хворих (21 чол., 5 жін.) на АГ II стадії, 1-2 ступеня з ХОЗЛ I-II стадії у фазі ремісії, середній вік – (48,5±2,7) років. Всі пацієнти отримували препарат "Небівал" (в-ва ЗАТ "Київський вітамінний завод", Україна) в дозі 5 мг/добу впродовж 4 тижнів. Проводили ДМАТ за допомогою апарату АВРМ-04 ("Meditech", Угорщина), ЕхоКГ (апарат "Logiq E", Китай) та комп'ютерну спірометрію за допомогою апаратно-програмного комплексу "Пульмовент-2" (Росія).

Результати дослідження. При аналізі показників ДМАТ через 4 тижні виявлено зниження середньодобового систолічного артеріального тиску (АТ) з (158,94±4,52) мм.рт.ст. до (135,71±3,96) та діастолічного АТ – з (95,67±3,47) мм.рт. ст. до (82,23±2,75), порівняно із вихідними їх значеннями (p<0,05). Лікування небівололом приводило також до зменшення середньодобових показників підвищеної варіабельності АТ, "навантаження тиском", показників приросту АТ зранку. До лікування нормальний двофазний профіль АТ за варіантом "Dipper" відмічався лише у 46,2% хворих, а після лікування – у 73,1% пацієнтів (p<0,05). Застосування небівололу впродовж 4 тижнів приводило до зменшення показників діаметру лівого передсердя на (5,76±0,92)%, кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка (ЛШ) – на (6,31±1,17)%, кінцево-діастолічного об'єму ЛШ – на (7,29±1,38)%, індексу маси міокарда ЛШ – на (11,12±2,25)% та зростання фракції викиду ЛШ – на (8,90±1,83)% відносно їх вихідних значень (p<0,05). Лікування небівололом не погіршувало ВФЛ. Так, показники об'єму форсованого видиху за 1 секунду та індексу Тіфно до лікування складали, відповідно, (54,35±2,08)% та (59,16±1,24)% і через 4 тижні достовірно не змінились – (53,27±1,85)% та (58,10±1,92)% (p>0,05).

Висновки. Лікування небівололом упродовж 4 тижнів приводить до стійкого зниження середньодобових значень АТ, нормалізації добового профілю АТ, зменшення підвищеної варіабельності АТ, показників "навантаження тиском" та приросту АТ зранку у 75% хворих з АГ та супутнім ХОЗЛ. Застосування небівололу сприяє покращенню геометрії серця і кардіогемодинаміки та не погіршує вентиляційну функцію легень при поєднанні АГ із ХОЗЛ.

МУЛЬТИСПІРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ КАЛЬЦИФІКАЦІЇ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СІХС

Палієнко М.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Рання діагностика СІХС має велике значення для своєчасного лікування хворих, запобігання розвитку тяжких ускладнень та зниження рівня смертності. У зв'язку з цим все більш актуальними стають променеві методи діагности-

ки, які дозволяють виявити атеросклеротичні зміни у вінцевих артеріях. Показник КІ, отриманий при МСКТ, свідчить про давність атеросклеротичного ураження та дає змогу оцінити ризик дестабілізації атеросклерозу і розвитку фатальних серцево-судинних подій.

Мета. Провести оцінку коронарного русла за допомогою комп'ютерної томографії з метою виявлення атеросклеротичних змін у вінцевих судинах пацієнтів з різними клінічними формами ІХС , а також при безсимптомній ішемії міокарда.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 9 пацієнтів (6 жінок і 3 чоловіків) віком 38-80 років. З них 5 із встановленим діагнозом ІХС (4 із СІХС і одна особа з нестабільною стенокардією), 2 пацієнтів не мали вираженої коронарогенної симптоматики, а у 2-ох спостерігався неангінальний біль в грудях. Всім пацієнтам проводили МСКТ серця на 160-зрізовому динамічному волюметричному 4D комп'ютерному томографі ToshibaAquilionPrime (І. М. Соколовський; ЦМКЛ м.Івано-Франківськ).

Результати. При обробці отриманих даних за допомогою МСКТ у одного хворого ознак коронарного кальцинозу не було виявлено.У 8 (88,8%) хворих при обробці даних «Smart skore»підтверджено наявність коронарного кальцинозу різного ступеня. Під час підрахунку КІ за методом A.Agatston виявлено показники від 2 до 460 од. З урахуванням цих значень проведено розподіл показників на 4 групи: низький, помірний, середній та високий коронарний кальциноз. При цьому у 11% пацієнтів встановлено низький рівень КІ (кальциноз 1 ступеня), у33% -помірний (2 ступеня), у23% -середній (3 ступеня), а у 33% -високий рівень (4 ступінь). При вивченні локалізації ураження у 3 (33%) осіб виявлено ознаки кальцинозу тільки стовбура ЛКА, у2(23%) -ПМШГ ЛКА, у4(45%)-усіх трьох вінцевих артерій(ПКА, стовбур ЛКА, ПМШГ ЛКА).

Висновки. 1) МСКТ з індексацією коронарного кальцію дозволяє виокремити пацієнтів із атерокальцинозом коронарних артерій з групи практично здорових людей, встановити ризик розвитку фатальних коронарних подій. 2) При МСКТ вінцевих артерій з обробкою даних за програмою «Smart skore» визначено, що коронарний кальцієвий індекс збільшується з віком пацієнтів та з прогресуванням атеросклеротичних змін у стінці судин. 3) МСКТ задяки високій пропускній здатності стає універсальним методом скринінгу ІХС.

ВПЛИВ ЧАСТОТИ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ДИСФУНКЦІЮ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ, ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Побережець В.Л.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Г.В. Демчук
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Вступ: Загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є вагомим чинником, що сприяє прогресуванню хвороби та знижує якість життя (ЯЖ) пацієнтів. Але вплив загострень на розвиток дисфункції скелетних м'язів (ДСМ) мало вивчений, незважаючи на те, що збереження нормальної функції опорно-рухового апарату підтримує соціальну та фізичну активність пацієнтів, покращуючи ЯЖ.

Мета роботи: Встановити наявність зв'язків між частотою загострень ХОЗЛ та показниками ДСМ, ЯЖ.

Матеріали і методи: Було обстежено 26 чоловіків хворих ХОЗЛ. Середній вік пацієнтів склав 61.5±6.1 роки, 2 хворі на ХОЗЛ групи А, 4 – групи В, 8 – групи С, 12 – групи D. Середня частота загострень склала 2.2±1.3 разів на рік. Для виявлення ДСМ використовувалась біоелектрична імпедансометрія, кистьова динамометрія, тест 6-хвилинної ходьби. ЯЖ оцінювалась за допомогою опитувальника госпіталю Святого Георгія. Статистична обробка даних проводилась програмою «SPSS 20.0».

Результати: Кореляційний аналіз отриманих даних виявив, що існує негативний кореляційний зв'язок між частотою загострень ХОЗЛ та показниками, що характеризують стан скелетних м'язів, а саме: високого ступеня із показником кистьової динамометрії (r=-0.796, p=0.001), вмістом скелетних м'язів в організмі (r=-0.807, p=0.001), та середнього ступеня із безжировим індексом маси тіла (r=-0.567, p=0.043), дистанцією тесту 6-хвилинної ходьби (r=-0.646, p=0.017). Аналіз ЯЖ виявив позитивну кореляцію середнього ступеня між частотою загострень та ступенем обмеження фізичної активності (r=0.697, p=0.008). Розвиток ДСМ позитивно корелює із погіршенням ЯЖ за такими показниками: кистьова динамометрія (r=-0.702, p=0.007), вміст скелетних м'язів в організмі (r=-0.785, p=0.001), дистанція тесту 6-хвилинної ходьби (r=-0.841, p<0.001).

Висновки: Зростання частоти загострень ХОЗЛ негативно впливає як на морфологічні так і функціональні характеристики скелетних м'язів, що підтверджує прогресування ДСМ – зниження вмісту скелетних м'язів, порушення їх скоротливої здатності, витривалості і призводить до погіршення ЯЖ пацієнта.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Поляков А.В., Писаренко Г.Н., Смирнова В.И.
Научный руководитель - д.м.н., проф. Т.В. Ащеулова
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности

В Украине зарегистрировано 10 млн пациентов с диагнозом ИБС (из них 33% - пациенты трудоспособного возраста). Согласно результатам исследования КЛАССИКА, проведенного в Украине в 2010, используют: В-блокаторы – 97% случаев, статины - 94%, нитраты длительного действия – 72%, блокаторы кальциевых каналов – 24%, другие препараты – 23%. Выбранные классы препаратов соответствуют европейским и отечественным стандартам лечения пациентов с ИБС. Как показывает практика, достижения контроля в лечении больных с ИБС сложная задача, приходится постоянно корректировать терапию. В том же исследовании КЛАССИКА указывается, что 89% пациентов принимают более 1 антиангинального препарата: 30% получают – 3 препарата, 25% - 2 препарата, 24% - 4 препарата. Монотерапия отмечена только у 10% больных. Как результат низкая комплаентность.

При наличии ишемии и сопутствующем болевом синдроме, в крови увеличивается количество катехоламинов, что приводит к активации липолиза и высвобождению свободных жирных кислот(СЖК). В чем опасность? СЖК увеличивают потребность сердца в кислороде, ингибируя захват и использование кардиомиоцитами альтернативных источников производства энергии - глюкозы, лактата и пирувата, увеличивая захват и окисление СЖК, ингибируют транспорт и использование АТФ. Следовательно, усугубляется дефицит кислорода и энергии в миокарде. Существует ли пре-

парат, который способен воздействовать на уровне клетки и менять обмен веществ клетки в противоположную и благоприятную сторону?

Мельдоний (триметилгидразиния пропионат) является конкурентным ингибитором гамма бутиробетаингидроксилазы. В основе действия - уменьшение содержания свободного карнитина и снижение окисления жирных кислот. Ограничивается транспорт в клетку активированных форм жирных кислот, задерживается их внутриклеточное накопление. В результате действия мельдония предотвращается повреждение клеток, сохраняется возможность транспорта АТФ из митохондрий в места потребления и активизируется гликолиз, при котором для производства энергии используется химически связанный кислород. Современный подход к лечению пациентов с ИБС предполагает использование универсального препарата для одновременной коррекции нарушенных функций нескольких органов или систем. Такой подход «многоцелевой монотерапии» позволяет значительно уменьшить риск полипрагмазии, увеличить безопасность и эффективность проводимой терапии. Мельдоний, благодаря уникальному двойному механизму действия, эффективен для лечения острой и хронической ишемии любой локализации, что дает возможность простого выбора: один универсальный препарат для лечения пациентов высокого кардиоваскулярного риска с сочетанной патологией.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ СЕРЕД ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

Протиняк І.Р., Блажівська О.О.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. О.О. Зімба
Львівський національний університет ім. Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини №2

Вступ. За даними ВОЗ, від хронічних неінфекційних хвороб (ХНІХ) – серцево-судинних, респіраторних, онкологічних, а також цукрового діабету вмирає щорічно біля 38 мільйонів людей. Паління тютюну, недостатня фізична активність, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, надмірна маса тіла є спільними факторами ризику їх розвитку.

Мета. Дослідити розповсюдженість поведінкових чинників ризику ХНІХ серед державних службовців.

Матеріал і методи. Проведено анкетування 42 жінок держслужбовців, у віці від 30 до 63 років та стажем роботи від 3 до 42 років. Аналізувались поведінкові фактори ризику ХНІХ (нераціональне харчування, паління тютюну, гіподинамія, зловживання алкоголем), шляхом заповнення стандартних опитувальників CINDI, рекомендованих ВОЗ. Для оцінки маси тіла розраховувався індекс маси тіла; абдомінальне ожиріння діагностувалось при обводі талії більше 80 см.

Результати. Нормальна маса тіла спостерігалась у 13,8%, надвага – у 65,9% та ожиріння – у 20,3% обстежених. Абдомінальне ожиріння діагностовано у 89% жінок. Фізично неактивними були 43% опитаних, низький рівень фізичної активності мали 54%, середній рівень – 3%. Рекомендовану щоденну кількість овочів вживали 14,8%, фруктів – 11,8%, риби – 9% опитаних. Надмірне споживання кухонної солі відмічено у 47,3%, обмежували її вживання – 34,3%, не замислювалися над цим – 18,4% респондентів. Тютюнопаління відмічено у 3% жінок. Зловживання алкоголем не виявлено в жодному випадку. Спостерігався низький рівень інформованості про фактори ризику ХНІХ. Так, лише 7% опитаних володіли знаннями про всі фактори ризику, 36% - назвали окремі чинники ризику, 57% - не змогли згадати жодного. Встановлено, що зі збільшенням віку та стажу роботи, зменшувалась прихильність до дотримання здорового способу життя та зростала розповсюдженість факторів ризику ХНІХ.

Висновок. Серед жінок державних службовців, спостерігається недостатній рівень виконання рекомендацій щодо здорового способу життя та висока розповсюдженість таких факторів ризику хронічних неінфекційних хвороб, як нераціональне харчування, низька фізична активність, надмірна маса тіла та абдомінальне ожиріння.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З ЯКІСТЮ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Процюк Л.О.
Науковий керівник - д.м.н., проф. М.А. Станіславчук
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини №1

Актуальність. Існує небагато досліджень межових психічних порушень при ревматоїдному артриті (РА), що зумовлює діагностичні помилки, несвоєчасне лікування вказаних розладів, а це в свою чергу, призводить до зростання тривалості та зниження ефективності лікування, швидкої інвалідизації та погіршення якості життя хворих.

Мета роботи. Вивчити особливості психічного та особистісно-психологічного стану хворих на РА.

Матеріали і методи дослідження. Оцінку психічного та особистісно-психологічного стану проведено у 120 хворих на РА, середній вік - 42,6 ± 1,7 років, які знаходилися на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній лікарні. Контрольна група - 50 здорових донорів. Оцінку тривожності проводили за шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера, а для оцінки депресивного стану та ваги депресії використано шкалу Гамільтона, якість життя (ЯК) вивчалася за опитувальником SF-36. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою стандартного програмного пакету Statistica 5.5". Встановлено, що серед хворих на РА, за шкалою особистісної і реактивної тривоги Спілбергера, достовірно частіше домінували: висока тривожність 85,6 %, тривожність 22,3 % та неврастенія 15,7 %, в порівнянні зі здоровими 8,7 %, 5,1 % та 2,4 %,($p<0,001$), відповідно. Найчастіше високий рівень тривожності спостерігався у жінок, ніж у чоловіків: 73,1% проти 24,5%, ($p<0,001$). У 46,2% хворих виявлено ознаки депресії, тоді як, серед здорових лише у 4,0%. Середні значення за шкалою депресії Гамільтона у хворих на РА виявились достовірно вищими за показники в контрольній групі -19,1±8,2 та 5,63±1,41 бала, відповідно, ($p<0,01$). Згідно даних кореляційного аналізу достостовірне збільшення рівня депресії спостерігалось серед жінок ($R = 0,536$; $p<0,001$), «непрацюючих» пенсіонерів ($R=0,281$; $p<0,001$), одиноких людей ($R=0,315$; $p<0,05$), та хворих, які мали психічну травму протягом останнього року ($R=0,471$; $p<0,001$). Рівень депресії залежав від тривалості захворювання ($R =0,3$, $p=0,006$), кількості болючих суглобів ($R =0,27$, $p<0,05$), вираження суглобового болю за ВАШ ($R =0,38$, $p<0,05$), активності запального процесу ($r_s = 0,27$, ($p <0,05$). Встановлено, що у пацієнтів з високою особистісною

і реактивною тривожністю рівень ЯК виявився достовірно нижчим, ніж у хворих з помірною і низькою тривожністю (р <0,05). При наростанні рівня реактивної тривожності виявлено достовірне зниження емоційного стану хворих (р <0,05), а у пацієнтів з високою особистісною тривожністю ЯК була нижчою за всіма складовими.

Висновки. Таким чином, у хворих на РА виявлено порушення психічного та психоемоційного стану, які обумовлені тривалістю хвороби, ступенем активності процесу. Переважання особистісної тривожності над реактивною, свідчить про наявність психотравмуючої ситуації загрози, зумовленої хворобою та формуванням стійкої, постійної тривожності, як риси характеру.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ ІІІ ФК У ХВОРИХ ІЗ НІТРАТОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Прусак О.І.
Науковий керівник - к.мед.н., Н.В. Зозуляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Кількість хворих на хронічну ішемічну хворобу серця щорічно зростає. Це вимагає як своєчасного стаціонарного лікування загострень хвороби, так і профілактику ускладнень. Найбільш дієвими, зручними в користуванні та доступними вітчизняними препаратами для попередження або ж подолання ангінозних нападів є нітрати. Проте тривале вживання нітратів часто приводить до розвитку толерантності до них, що вимагає збільшення дози та частоти прийому препарату.

Мета дослідження: дослідити клініко-функціональні особливості перебігу стабільної стенокардії у хворих із нітраторезистентністю.

Матеріали та методи. Обстежено 56 хворих на стабільну стенокардію, які вживали нітрати (ізосорбіду мононітрат). Хворі були рандомізовані наступним чином. Хворі на стабільну стенокардію зі збереженою чутливістю до нітратів (32 хворих) склали І групу. Хворі на стабільну стенокардію зі нітраторезистентністю (24 хворих) склали ІІ групу. В клініці проводили клінічне обстеження, а також вимірювання офісного артеріального тиску.

Результати: У хворих ІІ групи вірогідно більша кількість скаржилися на біль за грудиною, тривалістю довше 10 хвилин 93,9 % проти 79,4 % у хворих І групи (точний критерій Фішера – pF=0,04). Такі скарги, як серцебиття та втомлюваність вірогідно частіше спостерігалися у хворих ІІ групи, у порівнянні з хворими І групи. На серцебиття скаржилися 45,5 % хворих з резистентністю до нітратів та 23,9 % осіб зі збереженою чутливістю до нітратів (pF=0,01), на втомлюваність – 60,6 % та 41,3 % хворих в обох групах відповідно (pF=0,04). Скарги на головний біль та запаморочення вірогідно не відрізнялись у хворих обох дослідних груп, проте частіше вони спостерігалися в хворих ІІ групи (pF=0,07; pF=0,11). Слід відмітити, що у хворих ІІ групи рівні САТ, ПАТ та ЧСС були вірогідно вищими, ніж у хворих І групи. Рівень САТ становив (142,69±0,63) мм рт. ст. у хворих без нітраторезистентності та (145,0±0,99) мм рт. ст. у хворих з нітраторезистентністю (p<0,05); ПАТ – (51,7±0,68) та (57,03±1,23) мм рт. ст. (p<0,001); ЧСС – (72,77±0,5) та (75,81±1,0) уд/хв. (p<0,01) відповідно.

Висновки: Таким чином, на підставі результатів клініко-функціонального дослідження хворих на стабільну стенокардію ІІІ ФК було з'ясовано, що хворі, в яких у процесі лікування розвивається нітраторезистентність, у порівнянні з особами, в яких чутливість до нітратів зберігається, характеризуються частішими нападами болю за грудиною, довшою тривалістю ангінозного болю (>10 хвилин), частішими скаргами на серцебиття та втомлюваність, а також вищими рівнями САТ, ПАТ та ЧСС.

Ко-ФАКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА

Сирота О.В.
Науковий керівник – к. мед. н., асист, Т.В. Ткаченко
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Мета і завдання дослідження: Оцінити поширеність ФП у пацієнтів з гострим Q-інфарктом міокарда та виявити фактори , що підвищують ризик її розвитку.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз 160 історій хвороб з гострим Q-інфарктом міокарда. Середній вік- 65 років.Критерії включення: гострий Q-інфаркти міокарда. Критерії виключення: постійна або персистуюча форма ФП, ревматичні вади серця, хвороби щитоподібної залози. Основну групу склали 27 пацієнтів з ФП, контрольну групу- 133 пацієнта з ІМ без ФП. Аналізували вік, стать, час до госпіталізації, локалізацію ІМ, СН, ЧСС, АТ, вид лікування ІМ, наявність в анамнезі стенокардії, ІМ, артеріальної гіпертензії, ЦД, ожиріння.

Результати: Фібриляція передсердь виникає у 16, 7 % хворих на гострий Q- ІМ. Серед пацієнтів з гострим Q- ІМ, який ускладнився пароксизмом ФП, переважають особи жіночої статі, пацієнти старше 65 років, хворі з раніше перенесиним ІМ та хворі, яким не був проведений тромболізис. Статистично значиме зростання ризику виникнення ФП при гострому Q- ІМ асоціюється із віком старше 65 років, жіночою статтю, ЧСС більше 80 уд./хв., супутньою артеріальною гіпертензією, стенокардією та ІІІ ФК СН.

Висновки: В результаті проведених досліджень, було встановлено, що частота ФП у хворих на гострий Q- ІМ складає 16, 7% . З метою попередження даного ускладнення, необхідно більше приділяти уваги пацієнтам жіночої статі, хворим старше 65 років, пацієнтам з раніше перенесеним ІМ,а також хворим, яким не був проведений тромболізис. Ретельно контролювати перебіг супутньої артеріальної гіпертензії, стенокардії та ІІІ ФК СН, ЧСС понад 80 уд./хв.

ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Сірко А.О.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. О.Л. Побережець
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини №1

Вступ: Впродовж останніх років у світі підвищується рівень захворюваності на бронхіальну астму (БА). За даними Vortmann M.et.al (2008), серед хворих БА на ожиріння страждають 28 – 44% пацієнтів. Встановлено, що ожиріння є предиктором виникнення БА та чинником, що обтяжує її перебіг, знижує результативність лікування. Це реалізується за

рахунок підвищеної бронхіальної гіперреактивності, гастроезофагеального рефлюксу, порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД) та імунологічних механізмів.

Мета дослідження: оцінити ефективність лікування загострень БА в залежності від індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів.

Матеріали і методи: Проведено обстеження 60 пацієнтів, віком 43,8±1,47років (31 чоловіків, 29 жінок), що знаходились на лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І.Пирогова з приводу загострення БА персистуючої середнього ступеня важкості. Встановлення діагнозу БА та призначення стандартизованого лікування загострення проводилось згідно вимог наказу МОЗ України № 868 від 08.10.2013. Хворі були розділені на 3 групи відповідно до ІМТ. І група – хворі з нормальною масою тіла (НМТ) (ІМТ 18,5-24,9), ІІ група – надлишкова маса тіла (ІМТ 25,0-29,9), ІІІ група – ожиріння (ІМТ>30,0). Ефективність лікування оцінювали за динамікою показників ФЗД: об'ємом форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), форсованою життєвою ємністю легень (ФЖЄЛ), індексом Тиффно (ОФВ1/ФЖЄЛ, ІТ), піковою об'ємною швидкістю видиху ($ПОШ_{вид.}$). Статистична обробка здійснена за допомогою програми Microsoft Excel та «SPSS 20.0».

Результати: Встановлено, що навіть і до лікування показники ФЗД у пацієнтів з ожирінням були достовірно нижчими ($p<0,05$), ніж у пацієнтів з НМТ. У І групі, ІІ та ІІІ, ОФВ1 складав 56,8±2,4%, 50,2±3,3% та 47,1±3,2% відповідно. ФЖЄЛ: 76,0±2,1%, 58,9±3,0% та 53,3±2,9% відповідно. Після лікування відзначено достовірно менший приріст ОФВ1 у групі хворих з ожирінням, ніж у групі з НМТ (7,4±1,1% проти 11,5±0,8%, $p<0,05$). Приріст ФЖЄЛ становив 10,2±1,9%, 7,1±2,0% та 5,5±0,3% відповідно, однак у групі з ожирінням не досягнув достовірної різниці ($p=0,1$) стосовно групи з НМТ. Подібна тенденція відзначалася в динаміці $ПОШ_{вид.}$. Зміни ІТ не були показовими.

Висновки: Отож, надлишкова маса тіла та ожиріння мають негативний вплив на лікування загострень БА. Зі збільшенням ІМТ, відмічалось зменшення приросту ФЗД у пацієнтів.

ЧИ ЛЕГКО ЛІКУВАТИ ЛІКАРЯ?

Соловій Р.Д., Карапутна І.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. І.В. Тимків
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Метою роботи є вивчення питання дотримання лікарями, які займаються проблематикою артеріальної гіпертензії, стандартних рекомендацій щодо моніторингу стану власного здоров'я, дотримання рухової активності, принципів здорового харчування.

Матеріали і методи. Впродовж осені 2014 року було опрацьовано дані анонімного анкетування 62 лікарів кардіологічного, ревматологічного, терапевтичних відділень ЦМКЛ м. Івано-франківська, відділень ОККД, Університетської клініки ІФНМУ, співробітників терапевтичних кафедр ІФНМУ. Анкету розроблено гуртківцями кафедри пропедевтики внутрішньої медицини.

Результати дослідження. У дослідженій вибірці переважали жінки (69,35%); респонденти віком до 35 років (33,87%) та 46-55 років (27,42%). Лікарі з нормальним індексом маси тіла становили найбільшу частку - 41,94%, у 25,80% - надлишкова маса тіла, у 14,52% – дефіцит маси тіла та ожиріння І ступеня (12,9%). Знають про свій рівень АТ 96,78% лікарів, з них - у 58,06% - нормотензія, а у 24,19% – гіпертензія. 22,58% респондентів вказали, що «постійно» або «спорадично» приймають антигіпертензивні ліки, найчастіше це ІАПФ та діуретики. 78,57% з тих, в кого відмічається гіпертензія, 1 або 2 рази на добу проводять вимірювання АТ. Тільки 61,29% лікарів у нашому дослідженні знають свій рівень холестерину, з них – у 28,94% випадків спостерігається гіперхолестеринемія, а статини приймають 10 з 11 пацієнтів з гіперліпідемією. Жодного разу в житті не проводилося ЕКГ одному досліджуваному, більше 1 року тому таке дослідження відбулось у 54,83% випадків. У нашій вибірці 22,58% тих, хто палить, 2 (3,22%) лікаря позбулися цієї звички. Щодо фізичної активності, то 46,77% респондентів вказують, що «постійно ходять додому пішки», 12,9% займаються у фітнес-центрах, а 32,23% лікарям достатньо «постійного кругообороту в лікарні». Свідомо обмежують вживання кухонної солі 8 (12,9%) досліджуваних. Рівень глікемії контролюють 96,77% лікарів.

Висновок. Попри розповсюджену думку, що лікар не завжди є «слухняним» пацієнтом, нами одержано дані, що лікарі-терапевти та кардіологи свідомо відносяться до проблеми власної гіпертензії, приймають ліки, контролюють ліпідний спектр. Значна частка намагається дотримуватися рухової активності, зважають на характер харчування, контролюють ІМТ. Можливо, що наші дані не збігаються з раніше поведеними дослідженнями у зв'язку з особливостями вікового складу вибірки (великої частки респондентів молодого віку).

СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПРИ ТРИВАЛОМУ ТЮТЮНОПАЛІННІ

Степанова О.В., Червань І.В., Зелена І.І.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. О.Я. Бабак
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1

Тютюнопаління наносить непоправну шкоду здоров'ю людини і є одним з основних чинників ризику багатьох захворювань. Актуальністю даної теми є недостатня кількість досліджень, присвячених вивченню впливу тютюнопаління на структурно-функціональну перебудову серця.

Мета. Вивчити вплив тютюнопаління на процеси структурно-функціональної перебудови міокарда у хворих гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи. На базі Національного інституту терапії імені Л.Т.Малої НАМН України обстежено 120 хворих на ГХ. Хворих поділили на 2 групи: І групу(основну) склали 60 хворих, що мають стаж куріння більше 10 років, ІІ групу(порівняння)- склали 60 некурящих хворих. Середній вік хворих І групи-50,29±2,02, ІІ-54,27±1,34 років.

Для І групи систолічний артеріальний тиск (АТ) склав 157,31±0,92 мм.рт.ст.; діастолічний АТ- 88,94±0,51 мм.рт.ст.; пульсовий АТ- 68,15±0,87 мм.рт.ст.; для ІІ-153,65±0,58 мм.рт.ст.; 87,66±0,33 мм.рт.ст.; 66,55±0,64 мм.рт.ст., відповідно. Частота серцевих скорочень у групі курців було вище, а саме 77,34±2,18уд/хв., тоді як в групі порівняння- 71,89±1,18уд/хв. Індекс маси тіла для І групи склав 29,14±0,76 од., для ІІ-28,27±0,49 од.

Для вивчення структурно-функціональної перебудови міокарда всім хворим була проведена ехокардіографія (ЕхоКГ).

Результати. За результатами трансторакальної ЕхоКГ у хворих, які палили більше 10 років виявлений достовірно більший розмір лівого передсердя в діастолу на 11,3%(I група-4,22±0,11 см; II-3,74±0,05 см),в систолу – на 13,3%(I група-3,14±0,10 см, II-2,72±0,09 см). При цьому показник скоротливої здатності лівого передсердя у гіпертоніків обох груп не мав статистично достовірних відмінностей (26,55±1,41% проти 28,84±1,07%, відповідно), хоча і прослідкувалася тенденція до зниження фракції спорожнення лівого передсердя у курців. За допомогою ЕхоКГ також було визначено достовірне переважання у II групі товщини задньої стінки лівого шлуночку в систолу (ТЗСЛШс) – на 7,38%(I група-1,76±0,05 см, II-1,63±0,04 см), товщини міжшлуночкової перегородки в діастолу (ТМШПд)–на 11,9%(I-1,26±0,06см, II-1,11±0,03см), товщини міжшлуночкової перегородки в систолу (ТМШПс)–на 11,2%(I група-1,78±0,05 см, II-1,58±0,03 см), індексу маси міокарда лівого шлуночку (ІММЛШ) – на 13,29%(I група-188±7 г/м2, II-163±5 г/м2), що дає інформацію про більшу міру гіпертрофії міокарда лівого шлуночка в першій групі пацієнтів в порівнянні з некурящими пацієнтами з другої групи.

Висновки. Таким чином, у гіпертоніків, що палять, гіпертрофія міокарда більш виражена за рахунок збільшеної маси міокарда лівого шлуночка через потовщення стінок серця при нормальних об'ємних показниках.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИИ БЕРЕМЕННЫХ

Степанова Е. В., Кебашвили С.В.
Научный руководитель - д. мед. н., проф. О.Я. Бабак
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины № 1

Артериальная гипертензия (АГ) во время беременности является частой причиной материнской, внутриутробной и неонатальной заболеваемости и смертности.

Цель. Изучение у беременных с хронической АГ возможности эффективного использования дигидропиридинового антагониста кальция (ДАК) III-го поколения амлодипина (нормодипина), а также безопасности его применения.

Задачи. Определить эффективность Нормодипина в лечение гипертензии беременных.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 беременных женщин в возрасте от 18 до 43 лет в сроки беременности 21-38 недель, разделенных на 2 группы: 1-ю (контрольную) группу составили 18 женщин с физиологическим течением беременности, 2-ю (основную) группу (14 человек) - женщины с хронической АГ I-II степени. Обследование проводилось дважды во 2-м и 3-м триместрах беременности: эхокардиография, суточное мониторирование АД с интервалом измерения днем 15-20 минут, ночью - 30 минут. Все пациентки 2-ой группы в течение 2-3-х месяцев в качестве антигипертензивной терапии принимали амлодипин (Нормодипин): 6 беременных - в суточной дозе 5 мг, 8 – по 10 мг. Трем беременным удалось добиться контроля АД одним препаратом, 4 беременных в качестве второго препарата получали метилдопа в суточной дозе 500-750 мг, а 7 пациенток - β-адреноблокаторы (метопролол или атенолол в суточной дозе 25-75 мг).

Результаты. Отмечается положительное влияние нормодипина не только на уровень АД у беременных, но и параметры гемодинамики, что выражается снижением общего периферического сопротивления сосудов и повышением сердечного индекса. Безопасность ДАК для будущего ребенка подтверждена многоцентровыми проспективными когортными исследованиями.

Выводы. Нормодипин является эффективным и безопасным препаратом в лечении артериальной гипертензии у беременных.

ДИНАМІКА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 В БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНІЙ РІДИНІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ ТА ХРОНІЧНОМУ БРОНХІТІ УСКЛАДНЕНОМУ ВТОРИННИМИ БРОНХОЕКТАЗАМИ

Ткачук Л.О., Прокопів Х.І.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. Т.Я. Бондаренко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Спостерігається постійне зростання розповсюдженості хронічного бронхіту, яка становить 9-10% населення світу як в розвинутих країнах, так і таких, що розвиваються. Вторинні бронхоектази, як ускладнення хронічного бронхіту є однією з найбільш інвалідизуючих патологій, з якою повязані суттєві економічні витрати.

Метою роботи є вивчення запальних змін дихальних шляхів при хронічному бронхіті, що супроводжуються тканинною перебудовою і в подальшому призводять до ремоделювання бронхіальної стінки та розвитку такого ускладнення, як бронхоектази. Виявлення запального процесу та його прогресування у хворих на хронічний бронхіт, ускладнений вторинними бронхоектазами, шляхом визначення вмісту інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) в бронхоальвеолярній рідині, дозволить контролювати прогресування хвороби та загострень, використовувати випереджувальну лікувальну тактику, покращить ефективність і дієвість лікування пацієнтів, а значить і якість їх життя.

Матеріали і методи: вміст ІЛ-6 в бронхоальвеолярній рідині було визначено методом імуноферментного аналізу в 74 пацієнтів з хронічним бронхітом та 78 пацієнтів з хронічним бронхітом ускладненим вторинними бронхоектазами.

Результати дослідження. Рівень ІЛ-6 в бронхоальвеолярній рідині при хронічному бронхіті склав (189,3+2,46 пг/мл), що в 4,03 рази вище норми, котра становила (46,89+3,96) пг/мл. При хронічному бронхіті ускладненому вторинними бронхоектазами рівень ІЛ-6 в бронхоальвеолярній рідині становив (226,56+3,27) пг/мл, що в 4,83 рази вище від встановленого індексу.

Висновок: при хронічному бронхіті ускладненому вторинними бронхоектазами рівень ІЛ-6 в бронхоальвеолярній рідині буде вище, ніж при хронічному бронхіті без вторинних бронхоектазів, що ймовірно свідчить про активацію та подальше прогресування запального процесу.

ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Фельдман Д.А., Степанова О.В., Сёмова О.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф.О.Я. Бабак
Харківський національний медичний університет Кафедра внутрішньої медицини №1
Державна установа «Національний інститут терапії

імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України»

Актуальність. На сьогоднішній день статини є препаратами вибору серед гіполіпідемічних засобів, що використовуються для корекції дисліпідемії при серцево - судинних захворюваннях (ССЗ). У 50% хворих ССЗ виявляється неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП).

Печінка, як і серцево - судинна система, бере активну участь у розвитку дисліпідемії. Тому, багато років актуальним залишається питання про можливість і ефективність застосування статинів у пацієнтів з НАЖХП.

Мета та завдання дослідження: вивчити гіполіпідемічний ефект статинів у хворих на НАЖХП.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 90 хворих на дисліпідемію та НАЖХП (за даними ультразвукового дослідження). Всім пацієнтам до та після лікування був проведений біохімічний аналіз крові (загальний холестерин (ЗХС), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), коефіцієнт атерогенності (АГ) та ультразвукове дослідження печінки.

Пацієнти були розподілені на 3 групи. Пацієнти першої групи (n = 30) застосовували монотерапію статинами (Аторвостатин, 10 мг на добу), пацієнти другої групи (n = 30) - урсодезоксіхолієву кислоту (УДХК) (10мг / кг на добу), пацієнти третьої групи (n = 30) – комбінація статинів та УДХК (Аторвостатин, 10 мг на добу, УДХК-10мг / кг на добу). Ефект від терапії був оцінений через 6 місяців після початку дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. У першої групи пацієнтів ЗХС знизився на 5,8% .; рівень ЛПНЩ - на 17%; ТГ - на 5,0%; коефіцієнт АГ - на 38%; рівень ЛПВЩ підвищився на 37,5%.

У другої групи пацієнтів ЗХС знизився на 4,3%; рівень ЛПНЩ - на 13,2%; ТГ - на 5,5%; коефіцієнт АГ - на 38%; рівень ЛПВЩ підвищився на 37,5%.

У третьої групи пацієнтів ЗХС знизився на 10%; рівень ЛПНЩ - на 18%; ТГ - на 15,8%; коефіцієнт АГ - на 42,2%; рівень ЛПВЩ підвищився на 44,4%.

У пацієнтів першої групи, в порівнянні з пацієнтами другої групи, зазначалося більш виражене зниження рівня ліпідів, однак при використанні комбінованої терапії (статини + УДХК) відзначався найбільш виражений гіполіпідемічний ефект. Статини добре переносилися пацієнтами з НАЖХП, побічні ефекти не виявлялися.

Висновки: таким чином, дане дослідження підтвердило, що статини є необхідним компонентом дисліпідемічної терапії хворих на НАЖХП.

Однак комбінована терапія (статини + урсодезоксіхолієва кислота), протягом 6 місяців і більше, є найбільш ефективною в досягненні цільового ЗХС, ЛПНЩ, ТГ, ЛПВЩ в сироватці крові в порівнянні з монотерапією статинами, що довело дане дослідження.

РЕСПІРАТОРНИЙ СИНДРОМ ПРИ ВЖИВАННІ ІАПФ

Хорощак В.Я., Савчук Я.М.
Наукові керівники - д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра Внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Артеріальна гіпертензія сьогодні посідає чи не перше місце серед захворювань серцево-судинної системи.

За статистикою в Україні зареєстровано близько 12 мільйонів хворих артеріальною гіпертензією, що становить близько 23% дорослого населення країни.

Гіпертензія є найбільш значним фактором ризику передчасної смерті в усьому світі, який можна попередити. Вона підвищує ризик появи ішемічної хвороби серця, інсультів, захворювання периферичних судин та інших серцево-судинних захворювань, включаючи серцеву недостатність, аневризму аорти, атеросклероз та тромбоемболію легеневої артерії. Одним з основних гіпертензивних препаратів І-ї лінії являються іАПФ.

Вони інгібують фермент пептидил дипептидазу, що бере участь у перетворенні ангіотензин І в ангіотензин ІІ та інактивує брадикінін — сильний вазодилататор, який стимулює викид NO і простацикліна (простагландина I_2). Гіпотензивна активність інгібіторів АПФ є наслідком інгібування дії ренін-ангіотензинової системи і посилення ефектів калікреїн-кінінової системи.

Однією з побічних дій іАПФ є розвиток респіраторного синдрому. Сухий кашель зустрічається у 7-10% пацієнтів які приймають іАПФ. В.А. Орлов і співавт. стверджують, що появи кашлю при прийомі іАПФ не залежить від віку, куріння чи гіперреактивності бронхів, але частіше виникає в жінок, ніж у чоловіків. Його виникнення не залежить від дози препарату та не супроводжується змінами функції легень, ознаками бронхообструкції чи гіперчутливості .

Кашель виникає через накопичення в бронхах брадикінінів та інших вазоактивних речовин. Під дією брадикініну синтезується простагландин Е, який володіє бронхоконструктивною дією. Кромі цього збільшується продукція оксиду азоту та інших прозапальних медіаторів, які викликають бронхоконстрікцію.

Якщо кашель надокучає пацієнту, то слід замінити іАПФ на антагоністи рецепторів до ангіотензину ІІ.

Іншим варіантом лікування кашлю є препарати агоністик гама-аміномасляної кислоти.

Це препарати Баклофен, Теофілін, Суліндак.

За даними ретроспективного дослідження встановлено, що за період з вересня 2014 по грудень 2014 року, було вибрано 206 хворих на АГ (ессенціальну), які в схемі свого лікування приймали іАПФ. У 17 хворих відмітили появу кашлю.

Хворим запропоновано приймати по 200 мг/день Теофіліну. На 3 день прийому Теофіліну кашель зник у 15 пацієнтів, 1 пацієнт не відмітив покращення від прийому. Ще 1 пацієнт не приймав Теофіілін, оскільки самостійно відмовився від ліків.

Висновок.

Респіраторний синдром зустрічається у 7-10% хворих на гіпертонічну хворобу. Ефективність Теофіліну у дозі 200 мг/день у хворих респіраторним синдромом складає 84%

РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Чайковська С.М.
Науковий керівник - к.мед.н. І.В. Дудка
Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Актуальність. Останнім часом зросла кількість досліджень, присвячених взаємообумовленості розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та загострень хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Згідно з літературними даними, у 60-80% хворих на бронхі-

альну астму та ХОЗЛ виявляють ГЕРХ.

Провідним нейромедіатором автономної системи стравоходу є монооксид нітрогену (NO), що бере участь у регуляції тонусу нижнього сфінктера стравоходу (НСС).

Мета. Вивчити функціональний стан ендотелію у хворих на ХОЗЛ із супровідною ГЕРХ.

Матеріал і методи. Обстежено 45 хворих на ХОЗЛ (15 – з ендоскопічно позитивною неерозивною (ЕПН) ГЕРХ – 1-ша група, 15 – з ендоскопічно позитивною ерозивною (ЕПЕ) ГЕРХ – 2-га група та 15 – без супровідної ГЕРХ – 3-тя група), віком від 37 до 63 років. Група контролю – 15 практично здорових осіб (ПЗО).

Наявність ендотеліальної дисфункції (ЕД) оцінювали за вмістом у крові метаболітів NO (з реактивом Гріса), активністю iNOS – методом ІФА. Також вивчали антиагрегатну, антикоагулянтну та фібринолітичну активність ендотелію.

Результати дослідження. У пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ГЕРХ спостерігалося істотніше зростання вмісту NO у крові (у межах 70-90%), ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ (на 42%) ($p<0,05$). У хворих на ХОЗЛ із супровідною ЕПН ГЕРХ вміст NO у крові перевищив показник у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ на 19,9% ($p<0,05$), а у хворих на ХОЗЛ із супровідною ЕПЕ ГЕРХ – відповідно на 34,2% ($p<0,05$). Активність iNOS у хворих 3-ї групи перевищувала показник у ПЗО у 17,7 раза ($p<0,05$), 1-ї групи – у 20,8 раза ($p<0,05$), 3-ї групи – у 23,1 раза ($p<0,05$).

Зростали показники спонтанної ($p<0,05$) та індукованої АДФ агрегації тромбоцитів ($p<0,05$) у всіх хворих на ХОЗЛ. Знижувався вміст у крові АТ III: у хворих 3-ї групи на 20,3% у порівнянні з ПЗО ($p<0,05$), 2-ї групи – на 27% ($p<0,05$), 1-ї групи – 32,6% ($p<0,05$); знижувалась фібринолітична активність ендотелію (за зниженням ПАП у межах 12-25%, СФА – 18-20% та ФФА – 32-35%, всі $p<0,05$).

Висновки. 1. Загострення ХОЗЛ супроводжується активацією iNOS та істотною гіперпродукцією NO. 2. Підсилення NO-залежної релаксації НСС у хворих на ХОЗЛ, разом із встановленим дисбалансом агрегаційних властивостей крові, системи факторів коагуляційного гемостазу та фібринолізу, є важливими ланками потенціювання розвитку ЕП ГЕРХ.

ВПЛИВ КОНЦЕНТРИЧНОЇ ТА ЕКСЦЕНТРИЧНОЇ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА НА РОЗВИТОК АРИТМІЙ СЕРЦЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Шушковська Ю.Ю.
Науковий керівник – д. мед. н., проф. В.І. Денесюк
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Кафедра внутрішньої медицини №3

Метою роботи є вивчення можливого впливу концентричної та ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) на розвиток аритмій серця при ішемічній хворобі серця (ІХС).

Метеріали та методи: обстежено 86 хворих на стабільну (13) і нестабільну (73) стенокардію, у яких визначалася концентрична та ексцентрична ГЛШ та різні аритмії серця. Використовували такі методи дослідження: ЕКГ в 12 загальноприйнятих відведеннях, холтерівське моніторування ЕКГ (у 22 хворих), ехокардіограму (ЕхоКГ) в М і В режимах та ліпідний спектр крові.

Результати дослідження. У хворих на стабільну і нестабільну стенокардію концентрична ГЛШ визначалась у 57, ексцентрична – в 20, відсутня ГЛШ – в 9 випадках. При концентричній ГЛШ – синусова тахікардія – в 11 (19,30%), синусова брадикардія – в 12 (21,05%), суправентрикулярна екстрасистолія – в 17 (29,82%), шлуночкова екстрасистолія I-II градацій за Lown – у 5 (8,77%), шлуночкова екстрасистолія III-V градацій за Lown – у 6 (10,52%), фібриляція чи тріпотіння передсердь – у 4 (7,02%), внутрішньопередсердна блокада – в 1 (1,75%), атріовентрикулярна блокада I-III ступіня – у 3 (5,26%), блокада лівої ніжки пучка Гіса – в 24 (42,11%), блокада правої ніжки пучка Гіса – у 7 (12,28%), CLC-синдром – в 1 (1,75%), WPW-синдром - в 1 (1,75%), комбінована аритмія – в 24 (42,11%) випадках; при ексцентричній ГЛШ - синусова тахікардія – у 3 (15,00%), синусова брадикардія – у 5 (25,00%), суправентрикулярна екстрасистолія – у 5 (25,00%), шлуночкова екстрасистолія I-II градацій за Lown – у 3 (15,00%), шлуночкова екстрасистолія III-V градацій за Lown – у 2 (10,00%), фібриляція чи тріпотіння передсердь – у 2 (10,00%), атріовентрикулярна блокада I-III ступіня – в 1 (5,00%), блокада лівої ніжки пучка Гіса – в 13 (65,00%), комбінована аритмія – в 12 (60,00%) випадках; при відсутній ГЛШ - синусова тахікардія – у 3 (33,33%), синусова брадикардія – у 2 (22,22%), суправентрикулярна екстрасистолія – у 2 (22,22%), шлуночкова екстрасистолія I-II градацій за Lown – у 3 (33,33%), шлуночкова екстрасистолія III-V градацій за Lown – в 1 (11,11%), блокада лівої ніжки пучка Гіса – у 5 (55,56%), комбінована аритмія – у 6 (66,67%) випадках.

Висновок: у хворих на стабільну і нестабільну стенокардію на розвиток аритмій серця впливають як концентрична, так і ексцентрична ГЛШ. У обстежених хворих концентрична ГЛШ зустрічалася у 2,85 рази частіше, ніж ексцентрична. При ексцентричній ГЛШ у 1,42 рази частіше виникали епізоди фібриляції чи тріпотіння передсердь, у 1,42 рази частіше - комбіновані порушення ритму.

ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ

МЕДИКО-ГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ КОМП'ЮТЕРИЗАЦІЇ

Вітковська Н.В.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. М. Є. Йонда
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гігієни та екології

Широке застосування комп'ютерів викликало необхідність оцінки їх впливу на самопочуття людей, які їх використовують. Велике навантаження припадає на зоровий аналізатор, що приводить до зниження акомодаційної здатності ока, конвергенції і критичної гостроти світлових мерехтінь. Дослідники відмітили вплив тривалого користування комп'ютерів на серцево-судинну систему, а саме: сповільнення серцевих скорочень, зниження артеріального тиску, ударного і хвилинного об'ємів крові, сповільнення внутрішньо-мозкового кровообігу, зниження можливостей адаптаційних механізмів. Все це пов'язано з гіпокінезією і монотонністю роботи на комп'ютері. Тривала праця на комп'ютері веде до зниження функціональної активності ЦНС, що проявляється порушенням рівноваги основних нервових процесів у бік переважання гальмування. Робота на комп'ютері пов'язана з багатогодинним перебуванням людини в сидячому положенні і веде до перенавантаження кістково-м'язової системи, а при тривалому перебуванні в незручній робочій позі – до тиску на грудну клітку, затрудняє дихання, порушує кровообіг тощо.

Профілактика названих порушень в організмі при тривалому користуванні комп'ютером зводиться до двох основних моментів: оптимізації умов праці (відповідне приміщення, робоче місце, режим праці) та заходи з підвищення толерантності організму до дії шкідливих факторів.

Нами розроблений комплекс фізичних вправ для працюючих з комп'ютером з використанням методів заспокійливого і тонізуючого самомасажу. Рекомендовано вживання вітамінів А, В1, В2, В6, В12, що мають важливе значення для функції ока та вправи для м'язів органу зору, які поліпшують їх функцію.

Застосування розроблених заходів значно зменшує негативний вплив тривалої праці за комп'ютером, підвищує працездатність та опірність організму людини.

БУРШТИНСЬКА ТЕС ЯК ОСНОВНИЙ ТЕХНОГЕННИЙ ЗАБРУДНЮВАЧ КАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ

Іващишин С. В.
Науковий керівник – асист. Н.В. Балій
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, медицини катастроф

Мета. На сьогоднішній день гостро стоїть питання атмосферного забруднення та контролю викидів промислових підприємств. Глобальне зростання антропогенної діяльності викликає необхідність постійного екологічного моніторингу довкілля з метою уникнення масових збитків та корегування нормативно-правової бази щодо охорони навколишнього середовища.

Матеріали і методи: статистична обробка даних історій хвороб дорослого населення та дітей за 2010-2014 р.р. та дослідження грунтового покриву методом біоіндикації.

Результати дослідження. Загальна оцінка впливу викидів Бурштинської ТЕС на рівень захворюваності в Галицькому районі. Результати соціального опитування та обробки статистичних даних показали, що основним фігурантом найбільш масових викидів і негативного впливу на довкілля та атмосферу в Івано-Франківській області є Бурштинська ТЕС. Беручи до уваги загальні показники викидів по області, ми виявили, що левова частка припадає саме на дане підприємство і складає 84,4%. Виходячи з цих даних, констатуємо, що Бурштинська ТЕС входить в сотню підприємств України, що завдають найбільшої шкоди довкіллю. За даними 2009 року, ТЕС викинула в атмосферу 190,9 тонн екотоксикантів (з кожним роком це число збільшується на 0,45% у зв'язку із застарілістю електрофільтрів, невпорядкованістю цілісної амортизаційної системи підтримки обладнання, відсутністю обладнання сіркоочистки, а також обладнання для переробки твердих відходів).

Представляє науково-практичний інтерес вивчення зв'язку між атмосферними викидами та рівнями захворюваності.

Аналіз за окремими нозологічними формами динамічності захворювань за останні 2-4 роки показав збільшення рівня захворюваності дихальної, ендокринної систем, онкопатології та психічних розладів.

Висновок: для своєчасного виявлення ризиків техногенного впливу ТЕС на здоров'я населення регіону ми рекомендуємо проводити регулярний моніторинг даної екосистеми шляхом біоіндикації, щоб контролювати рівень важких металів.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ШКІДЛИВОГО ВПЛИВУ ДИМЕТОАТУ НА ТВАРИН З РІЗНИМ ТИПОМ АЦЕТИЛЮВАННЯ

Липка В.Т.
Науковий керівник - к. мед. н., асист. О.П. Коротун
Буковинський державний медичний університет
Кафедра гігієни та екології

Актуальність роботи. Одними з найпоширеніших полютантів навколишнього середовища є пестициди. Традиційно одними із найбільш застосовуваних залишається фосфоорганічні, зокрема диметоа який є інгібітором ферменту – ацетилхолінестерази, що каталізує гідроліз ацетилхоліну, який відповідає за передачу нервового імпульсу. Відомо, що N-ацетилтрансфераза бере участь у синтезі ацетилхоліну, тому особи з різною активністю цього ферменту, повинні володіти різною чутливістю до впливу антихолінестеразних засобів. Однак, сучасна система гігієнічного регламентування цих шкідливих сполук не враховує індивідуальну схильність до них осіб з різним типом ацетилювання. Більш багатообіцяючим стає підхід, який враховує індивідуальну схильність кожної людини та визначення біомаркерів схильності та пошуку біомаркерів ефекту до шкідливого впливу ксенобіотиків.

Мета дослідження: здійснити гігієнічну оцінку біомаркерів ефекту та швидкості ацетилювання як біомаркера схильності до шкідливого впливу диметоату, для найбільш вразливих верств населення.

Матеріали дослідження. Експеримент проводили на статевозрілих (віком 6 міс.) щурах-самцях. Кількість тварин у статистичній групі становила 6-12. Інтоксикацію диметоа-

том моделювали шляхом внутрішньошлункового введення протягом 28-ми днів його водного розчину з розрахунку 5 мг/кг. Тип ацетилювання попередньо визначали за допомогою амідопіринового тесту. Вплив на організм оцінювали за змінами біохімічних показників крові: холінестерази, метгемоглобіну та показників прооксидантно-антиоксидантної рівновани (окисно модифікованих білків (ОМБ), малонового альдегіду (МА), глутатіон-S-трансферази (Г-S-Т), глутатіонредуктази (ГР)).

Результати дослідження. Підгостра дія диметоату спричинила пригнічення активності холінестерази на 18% у «швидких» ацетиляторів та на 8% у «повільних». У «повільних» так «швидких» ацетиляторів спостерігали зростання концентрації метгемоглобіну крові, яке було більш вираженим у «швидких» ацетиляторів - на 224% (у «повільних» - на 131%). При дослідженні показників прооксидантно-антиоксидантної рівновани у тварин з «швидким» типом ацетилювання виявлено підвищення рівня ОМБ крові на 22% та печінки на 31%, тоді як у «повільних» – цей показник не зазнав змін. Крім того у «швидких» ацетиляторів спостерігали пригнічення активності каталази крові на 29% та ГР крові на 42%. У «повільних» ацетиляторів за умов підгострого впливу диметоату в крові спостерігали зниження рівня МА на 29%, зростання активності ГР на 46%, зниження активності Г-S-Т на 37%. У печінці тварин з «швидким» типом ацетилювання спостерігали зростання рівня МА на 34%, яке супроводжувалося значнішим, ніж у «повільних» ацетиляторів зростанням активності ГР.

Висновки. В результаті дослідження було з'ясовано, що «швидкий» тип ацетилювання є біомаркером схильності до шкідливого впливу диметоату. Виявлено, що зростання рівня метгемоглобіну крові є додатковим біомаркером ефекту шкідливого впливу диметоату. З'ясовано, що показники прооксидантно-антиоксидантної рівноваги (каталаза, ГР, МА, Г-S-Т крові) є додатковими біомаркерами шкідливого ефекту диметоату.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКІВ ІМУНОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ ВАЖКИМИ МЕТАЛАМИ ШЛЯХОМ БІОІНДИКАЦІЇ

Овчар А.І., Карабанович М. М.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. В. А. Левченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги

Щорічно з різних джерел в навколишнє середовище надходить мільйони тонн забруднюючих і небезпечних токсичних сполук, в тому числі важких металів, що створює небезпеку для всіх елементів біосфери. В даний час існують дослідження про здатність важких металів (свинцю, кадмію, ртуті) викликати дисімуноглобулінемію (K.P. Mishra et al., 2006), модифікувати відповідь Т-лімфоцитів із перемикання з Th1 на Th2 (J.Y. Chen et al., 2007), посилювати апоптоз клітин мішеней (E. Tousson et al., 2011), знижувати функціональну активність і кількість макрофагів (M. Sengupta et al., 2002). Однак отримані результати не дають цілісного уявлення про зміни в імунній системі людини при хронічній інтоксикації важкими металами в зоні техногенного впливу теплоелектростанцій. Також не визначені шляхи ідентифікації можливих ризиків впливу важких металів на рівень захворюваності населення.

Мета роботи. Обгрунтувати доцільність застосування методів біоіндикації в осередках техногенного забруднення довкілля важкими металами, для прогнозування ризиків виникнення імунодефіцитних станів.

Враховуючи, що під вплив викидів екотоксикантів в зоні потужного техногенного впливу промислових об'єктів, окрім людей підпадає й більшість представників рослинного світу, важливим стає вивчення причинно-наслідкових відносин, зв'язку між станом здоров'я населення і рівнем забруднення довкілля важкими металами.

Важливим компонентом екологічного моніторингу повинна бути побудова картосхем, комп'ютерне моделювання, для оцінки й контролю рівня та вогнищ техногенного забруднення важкими металами грунту, рослин-біоіндикаторів, води для прогнозування можливих ризиків негативного впливу екотоксикантів на стан імунної системи, рівень захворюваності в даному регіоні.

Подібний екологічний моніторинг довкілля, співпраця біологів та медиків, дозволить розширити діагностичну та медикаментозну тактику для побудови прогностичної моделі регресивного типу, кількісного описання зв'язку між рівнем захворюваності та характером техногенного забруднення. З цією метою доцільно застосовувати енергодисперсний рентгенологічний структурний експрес-аналіз для встановлення рівня важких металів в середовищі, в поєднанні з імунологічними дослідженнями.

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ШКІЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ЗОСШ №16 І-ІІІ СТУПЕНІВ М. ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА

Прусак О. І.
Наукові керівники - асист. Л. С. Гречух
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гігієни та екології

Здоров'я людини залежить від багатьох різноманітних чинників: способу життя, соціально-економічних та екологічних умов, спадковості та стану системи охорони здоров'я. Екологічна ситуація населених місць формується при поєднанні природних та техногенних факторів. У залежності від призначення території до екологічних умов висуваються різні вимоги. Прикладом об'єкта з високими вимогами до екологічного стану територій є школа.

Мета: встановити особливості екологічної ситуації шкільної ділянки на основі гігієнічної оцінки планування території, запиленості повітря та шумового забруднення.

Завдання роботи: дослідити планування шкільної ділянки; визначити санітарно-захисну зону ділянки школи; вивчити видовий склад рослинності ділянки; визначити запиленість повітря та рівень шуму на території школи.

Об'єктом дослідження є територія загальноосвітньої школи №16 м. Івано-Франківська.

Для проведення досліджень використовували методи картографії, фізичні, математично-статистичні та екологічного моніторингу.

Для оцінки планування ділянки школи складено карту-схему з нанесенням функціональних зон та смуг зелених насаджень. Для визначення видового складу рослин було вибрано три майданчика розміром 1х1 м в різних місцях шкільної ділянки. Оцінку шумового забруднення проводили на межі ділянки школи та дороги, а також житлового масиву та поблизу входу в школу.

Висновки. Планування ділянки не відповідає санітарно-гігієнічним вимогам; площа озеленення не відповідає нормам, на межі території школи і дороги відсутня смуга

зелених насаджень; запиленість повітря знижується від автомагістралі та житлових будинків вглиб зеленої зони; не правильно підібраний видовий склад рослин; рівень шуму в межах допустимих норм.

ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У СУЧАСНОМУ СВІТІ

Секрет Т.В.
Наукові керівники: к.мед.н. Л.М. Ваколюк, доц. С.О. Сокур
Вінницький національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології, кафедра ендокринології

Мета і завдання. Стаття присвячена вивченню проблем ожиріння, що є одним із суттєвих факторів виникнення цукрового діабету типу 2 (ЦД2), гіпертонічної хвороби (ГХ), дисліпідемії (компонент метаболічного синдрому), серцево-судинної недостатності, порушенням репродуктивної функції, захворюванням опорно-рухового апарату, деяких форм раку. В основі порушення метаболічних процесів та виникнення вищеперерахованих станів являється наявність інсуліно- та лептинорезистентності. Основними чинниками, що призводять до розвитку ожиріння, є порушення балансу між надходженням енергії в організм та її витратами. Найчастіше ожиріння виникає внаслідок переїдання на тлі зниження фізичної активності, вікових, статевих, професійних чинників та деяких фізіологічних станів. З усього вищесказаного можна зробити висновок, що саме наші шкідливі звички, надмірне харчування можуть спричинити розвиток первинного ожиріння.

Матеріали та методи. Нами в умовах Вінницького обласного ендокринологічного центру було обстежено протягом 2013-2014 років 53 хворих у віці від 38 до 65 років. Серед пацієнтів було 18 хворих з первинним ожирінням (ПО) I ст, 25 хворих – з ПО II ст. та 10 хворих із III ст. ПО. В усіх хворих був ЦД 2 типу середньої важкості в стадії субкомпенсації та ГХ II ст. Під час обстеження у хворих відзначався стан вуглеводного, ліпідного, білкового, електролітного обмінів та інструментальні дослідження за показами.

Результати. На основі проведеного обстеження було зафіксоване переважання андроїдного типу ожиріння, яке характеризується відкладання жиру у верхній частині тіла, що часто спричиняє розвиток цукрового діабету, дисліпідемії, ускладнень серцево-судинної системи. Проаналізувавши склад харчування усіх обстежених пацієнтів, було виявлено переважання продуктів, збагачених жирами та особливо вуглеводами. У хворих з первинним ожирінням були значно вищі показники ліпідного та вуглеводного обмінів, порівняно з групою контролю.

Висновки. 1. Ожиріння – це медико-соціальна проблема, яка зумовлена сумісною дією таких факторів, як стан харчування, фізичне навантаження, дотримання здорового способу життя.

2. У хворих з ПО відмічається збільшення рівня ХЛ, ТГ, HbA1c, індексу HOMA та особливо ЛП. Прогресуюче підвищення ІМТ призводить до виникнення лептино- та інсулінорезистентності.

3. Рівень лептину та розвиток ожиріння в подальшому має чітку гендерну залежність, що підтверджується підвищеною концентрацією статевих гормонів у жінок, що зумовлено стресовими ситуаціями, психо-емоційним виснаженням, надмірним харчуванням, гіподинамією.

4. Профілактика та лікування первинного ожиріння сприятиме попередженню комплексу метаболічних порушень та ускладнень від компонентів метаболічного синдрому.

ВПЛИВ МІСЯЧНИХ ФАЗ НА САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНІСТЬ, НАСТРІЙ ТА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ

Шкільна О. О.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. С.О. Латанюк
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра загальної гігієни та екології

Актуальність: Вплив Місяця на біосферу Землі сильно змінює її параметри , в тому числі фізіологічні функції людського організму. У зв'язку з цим визначення впливу Місяця на самопочуття студентів дає можливість попередити негативні зміни і покращити працездатність у дні зміни місячних фаз.

Мета: Виявити вплив фаз нового та повного Місяця на самопочуття, настрій, активність та розумову працездатність студентів.

Матеріали та методи: В процесі досліджень було використано календар змін фаз Місяця, згідно з яким проведено тестування 40 студентів 3 курсу ВНМУ. Тестування проводилось в однакові дні повного та нового Місяця в абсолютно ідентичних умовах. Тестування проводилось за САН-тестом, а також тестами на визначення розумової працездатності.

Результати: Було встановлено незначний вплив Місяця на самопочуття та працездатність студентів. Так, у ході досліджень нами було виявлено такі середні показники самопочуття при повному Місяці становили :5,725±0,58, а при новому - 4,278±0,61; активності при повному – 5,625±0,508 та при новому Місяці - 4,575±0,641; і показники настрою відповідно - 6,175±0,507 та 4,54±0,49 (максимальний показник 7,00). Достовірність результатів значима при $p \leq 0,05$.

Показники розумової працездатності згідно проведених тестів свідчать, що студенти показали середній час виконання завдання 57секунди при повному Місяці та 82 секунд при новому.

Висновки: В результаті наших досліджень можна зробити висновок, що фази Місяця впливають на показники самопочуття, активності, настрою, інтелектуальних здібностей.

Так, встановлено, що повний Місяць в певній мірі чинить меншу негативну дію, про що свідчать більш високі показники досліджуваних величин.

ГІСТОЛОГІЯ, ЦИТОЛОГІЯ ТА ЕМБРІОЛОГІЯ

ВІКОВІ ЗМІНИ НЕЙРОНО-АНГІО-ГЛІАЛЬНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ У КОРІ МОЗОЧКА

Головін Д. В., Кучер І. В.
Наукові керівники : д.мед.н. проф. М.С. Пушкар, д.м.н. доц. О.Є.Маєвський
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Актуальність : Морфологічні зміни структур кори мозочка належать до числа фундаментальних наукових проблем, дослідження яких являється основою для подальшого вивчення нервової системи. У сучасних наукових дослідженнях нейроно-ангіо-гліальні (НАГ) відношення є одними основних показників активності та функціонального стану нейронів при функціональних навантаженнях на нервову систему і патологічних станах, та залежать від ступеня функціонування гліальних клітин.

Метою даної роботи є встановлення закономірностей морфометричних показників НАГ відносин в корі мозочка, проведення оцінки та виявлення вікової динаміки змін НАГ системи кори мозочка, встановлення та порівняння особливостей морфометричних показників НАГ відносин в корі мозочка чоловіків і жінок.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на препаратах (секційному матеріалі) кори мозочка, отриманих від 60 трупів людини (33 чоловіків та 27 жінок) у віці від 18 до 88 років, що вмерли від випадкових причин, не пов'язаних з патологією й ушкодженням нервової системи. Отриманий матеріал розподілили на вікові групи, а кожну групу за статевою ознакою.

Для гістологічного дослідження брали ідентичні ділянки кори мозочка в області fissura horizontalis. Гістологічну обробку морфологічного матеріалу проводили згідно з загальноприйнятими методиками. Дослідження проводили на зрізах товщиною 3 мкм, забарвлених гематоксилін-еозином і за методом Ніссля. Проводили кількісну і якісну оцінку морфологічних структур, оцінювали просторові гліо-капілярні й нейроно-гліальні відношення досліджуваних ділянок кори мозочка. За допомогою цифрової відеосистеми "Mediscope" проводили візуалізацію зображення та виготовляли мікрофотографії.

Результати : При вивчені вікових особливостей кори мозочка були виявлені характерні зміни: прогресивне візуальне зменшення щільності розташування, кількості нейронів, дистрофічні і дегенеративні зміни нервових клітин, редукція капілярної мережі. На препаратах у полі зору як прояв вікової динаміки візуально помітне збільшення кількості гліальних клітин. Не виявлені суттєві морфологічні відмінності нейронів, гліальних клітин і капілярів між чоловіками і жінками.

Висновок : Вікові зміни морфометричних показників є результатом розвитку компенсаторно-пристосувальних реакцій, обумовлених рівнем трофічного гліально-капілярного забезпечення і динамікою зміни НАГ відносин, що дозволило виявити гістологічну варіабельність досліджуваної структури.

МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ В СІТКІВЦІ ПРИ ПАКЛІТАКСЕЛ-ІНДУКОВАНІЙ РЕТИНОПАТІЇ

Довга Н.З.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. С.Б. Геращенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Таксани широко використовуються у схемах протипухлинного лікування солідних пухлин різних органів і мають високу ефективність. Стало відомо, що доцетаксел, паклітаксел, тамоксифен викликають оптичну нейропатію. Є відомості, що при припиненні курсу лікування розлади можуть стати незворотними.

Мета дослідження - вивчити будову сітківки в процесі розвитку паклітаксел-індукованої ретинотоксичності на світлооптичному рівні за допомогою методів комп'ютерного морфометричного аналізу.

В експерименті 24 рандомбредним білим щурам вводили внутрішньоочеревинно паклітаксел у дозі 2 мг/кг маси тіла через одну добу 4 рази, сумарна доза - 8 мг/кг за методом R.S. Polomano et al. У контрольній групі (15 тварин) вводили внутрішньоочеревинно ізотонічний розчин NaCl еквівалентного об'єму. Матеріал для дослідження забирали через одну, 7, 14 і 27 діб після останнього введення паклітакселу, фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, поміщали в парафін. Після забарвлення гематоксиліном і еозином вимірювали товщину сітківки та її окремих шарів із використанням програмного забезпечення UTHSCSA Image Tool® for Windows® (version 2).

Встановили, що паклітаксел індукує ретинотоксичність, яка проявляється морфологічними і морфометричними змінами в сітківці. Найбільш стійкі зміни відбулися в шарі паличок і колбочок і цим можна пояснити виникнення ретинотоксичності при застосуванні паклітакселу. Отримані нами дані показали набряк шарів сітківки. Морфометричні зміни сітківки полягають у стійкому зменшенні товщини шару паличок і колбочок, найбільш вираженому на 15-у добу експерименту. В інших шарах сітківки 1-а доба характеризується звуженням більшості шарів сітківки, 7-а доба змінюється їхнім розширенням, на 15-у добу повторно виникає їхнє стоншення, на 27-у добу показники не досягають інтактних тварин. У товщині сітківки визначається хвилеподібний характер змін від 1-ї до 27-ї доби: на 1-у добу товщина зменшується, на 7-у добу зростає за рахунок набряку в усіх шарах сітківки, на 15-у добу відбуваються компенсаторні зміни в бік нормалізації, на 27-у добу в більшості шарів повторно зростають ознаки набряку і дистрофії нейронів.

Результати нашого дослідження розкривають патогенетичну картину виникнення втрати зору після лікування паклітакселом. В основі набряку, який виникає в динаміці лікування є судинні, ішемічні і запальні процеси зі стоншенням ядровмісних шарів. Дистрофія і набряк сітківки, її ненормальне потовщенням були пов'язані з накопиченням надлишкової рідини в міжклітинному просторі її нейросенсорної частини.

ВИВЧЕННЯ ГЕПАТОТОКСИЧНОЇ ДІЇ ЕТОПОЗИДУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Коколин В., Глущук А.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. С.Б. Геращенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Етопозид - протипухлинний препарат із групи похідних подофіллотоксину. Має цитотоксичну дію за рахунок пошкодження ДНУ. Етопозид є специфічним відносно таких фах мітотичного циклу: блокує G2 фазу, викликає загибель клітини у G2 фазі і пізній S фазі. Етопозид не пригнічує збірку мікротрубочок. Високі концентрації етопозиду (10 мкг/мл і більше) викликають лізис клітин на входженні в мітоз. Низькі концентрації (0,3-10 мкг/мл). Етопозид викликає побічні дії на серцево-судинну, кровотворну, дихальну та нервову систему. мл) пригнічують входження клітин у профазу. Гастроінтестинальна токсичність етопозиду характеризується нудотою і блювотою (31-43%), болем у животі (0-2%), анорексією (10-13%), діареєю (1-13%), стоматитом (1-6%), гепатотоксичністю (0-3%), у тому числі транзиторною гіпербілірубінемією, підвищенням рівня печінкових трансаміназ. Гепатотоксичність етопозиду залишається найменш вивченою.

Гепатотоксичний вплив етопозиду вивчали на моделі, запропонованій C.L. Bergman (1994) - одноразове введення препарату в дозі 22 мг/кг маси тварини. Матеріал забирали на 3-ю, 7-у і 15-у добу після останнього введення. Контроль – введення ізотонічного розчину – 12 щурів. Зрізи забарвлювали гематоксиліном і еозином. Встановлено, що на кінець 3-ї доби в печінці виявляється розширення і стаз синусоїдних гемокапілярів, дезорганізація печінкових пластинок, білкова дистрофія гепатоцитів, набряк навколочасточкової сполучної тканини, повнокров'я судин печінкових тріад. На 7-у добу виявляються глибокі дистрофічні зміни гепатоцитів, ознаки активації макрофагів, вогнищеві внутрішньочасточкові скупчення лімфоцитів. Через 15 діб спостерігається деструкція стінки синусоїдів, некробіоз і некроз гепатоцитів перипортальної зони печінкової часточки, значна макрофагальна реакція з розширенням некротичних ділянок на проміжну зону часточки, центролобулярні гепатоцити в стані глибокої дистрофії. Ендотеліоцити стінки синусоїдів мають збільшений об'єм ацидофільної цитоплазми, випинаються в просвіт гемокапілярів з явищами стазу. Міжчасточкова сполучна тканина набрякла та інфільтрована лімфоплазмоцитарними елементами.

Таким чином, результати наших експериментів показали, що введення етопозиду призводить до глибоких патологічних змін у стані гепатоцитів та їхніх синусоїдних гемокапілярів, що слід враховувати в клініці онкології при включення етопозиду в схеми лікування хворих із злоякісними пухлинами і, по можливості, використовувати гепатопротекторні засоби з метою поліпшення якості життя цих хворих.

ЕЛЕКТРОННОМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ГЛАНДУЛОЦИТІВ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ВПЛИВОМ ЦИСПЛАТИНУ

Попович Л., Козловська М., Лошак О.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. О.І. Дєльцова
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гістології, цитології та ембріології

При лікуванні онкохворих цисплатиновими комплексами часто виникає гіпофункція слинних залоз, що є причиною запальних процесів у ротовій порожнині, пошкодження зубів і порушення смаку. Морфологічним дослідженням гландулоцитів (Гл) слинних залоз присвячені поодинокі роботи.

Метою дослідження було вивчення морфо-функціонального стану Гл піднижньощелепної слинної залози під впливом цисплатину.

Цисплатин вводили 25 білим дорослим щурам внутрішньоочеревинно в дозі 2 мг/кг маси один раз на тиждень протягом 9 тижнів. 10 інтактних тварин служили контролем. Шматочки залози забирали через 3, 7, 14, 21 і 28 діб після останнього введення цисплатину, готували блоки, зрізи вивчали в електронному мікроскопі.

Через 3 доби після останнього введення цисплатину ядра Гл округлої форми з м'якими інвагінаціями, в окремих ядрах - каріопікноз. У навколоядерній зоні в цитоплазмі набряк і дрібна вакуолізація. Поодинокі цистерни гранулярної ендоплазматичної сітки деформовані, із малою кількістю рибосом. У Гл багато слизових гранул, плоских цистерн агранулярної ендоплазматичної сітки. Матрикс мітохондрій ущільнений з осміофільними властивостями, кристи не простежувалися. Біля ядра часто кілька гіперплазованих комплексів Гольджі з розширеними цистернами і вираженим вакуолярним компонентом, водночас у базальному полюсі - прояви атрофічних змін у комплексі Гольджі. На 7-у добу ядра Гл набували неправильної форми, окремі у стані каріопікнозу. В апікальному полюсі Гл розрідження цитоплазми, ознаки набряку і дисоціації елементів гранулярної ендоплазматичної сітки, нечисленні дрібні прозорі і великі ліпідні вакуолі. Мембранні структури мітохондрій не мали чіткості, їхній матрикс виявляв помірну електронну щільність, кристи не виявлялися. На 14-у добу досліду в ядрах Гл пікноз. У цитоплазмі світлі секреторні гранули без оболонки. У мітохондріях матрикс великої електронної щільності, кристи не визначалися. На 21-у добу ядра Гл із м'якими інвагінаціями. У мітохондріях дифузна гомогенізація матрикса і зменшення крист. У цитоплазмі наявні дрібні секреторні гранули, обмежені мембраною, як з осміофільним, так і з мутним пластівцеподібним вмістом. Елементи гранулярної ендоплазматичної сітки нечисленні і виглядали, як плоскі цистерни. На тлі дрібної вакуолізації виокремлювалися поодинокі автофагосоми. До 28-ї доби спостерігалися ознаки деякого поліпшення стану Гл: з'являлися нечисленні секреторні гранули різного діаметру звичайного вигляду. У мітохондріях визначалося просвітлення матрикса, з'являлися короткі кристи, виявлялися дрібні "молоді" форми. У цистернах гранулярної ендоплазматичної сітки збільшувалася кількість прикріплених рибосом. У цитоплазмі вільні рибосоми і полісоми, автофагосоми.

ЕЛЕКТРОННОМІКРОСКОПІЧНА БУДОВА СТІНКИ СИНУСОЇДІВ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОБІОТИКА ПЕСТИЦИДУ 2,4-Д

Чесановський В., Рибчак С.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. Г.Б. Кулинич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Надмірне використання шкідливих і загрозливих для здоров'я людини різного роду хімічних сполук, у тому числі пестицидів, є однією з причин стійкого погіршення екологічної ситуації в Україні. До найпоширеніших пестицидів, які використовуються в сільському господарстві належать

препарати групи 2,4-Д та інші. Окремі питання щодо токсичного впливу пестициду 2,4-Д на структури печінки залишаються маловивченими.

Метою дослідження було вивчення стану синусоїдів печінки при токсичній дії пестициду 2,4-Д.

В експерименті на 18 білих рандомбредних щурах пестицид 2,4-Д вводили внутрішньошлунково в дозі 1/10 DL_{50} протягом 14 діб через день. Тварин виводили з експерименту передозуванням ефірного наркозу. Структури печінки вивчали в електронному мікроскопі на 3-ю, 7-у, 14-у, 21-у, 30-у і 60-у доби досліду.

На 3-ю добу після останнього введення пестициду 2,4-Д у просвіті синусоїдних гемокапілярів траплялись еритроцити, тромбоцити. Периферійні ділянки їхніх ендотеліоцитів (Ен) стоншені. Між ендотеліоцитами ідентифікувалися макрофаги. Простір Діссе вузький. Через 7 діб плазмолема ендотеліоцитів визначалася нечіткістю контурів. Мітохондрії щільно розташовувалися одна біля одної і мали поліморфні зміни: деструкцію крист і руйнування зовнішньої мембрани на її окремих ділянках, гомогенізацію матриксу. Також виявлялися набряклі, просвітлені мітохондрії з нечітко вираженою зовнішньою мітохондріальною мембраною та фрагментацією крист. У просвіті синусоїдних гемокапілярів визначалися еритроцити, лейкоцити. На 14-у добу **п**росвіти синусоїд**і**в широкі, у деяких еритроцити були розділені чітко помітними прошарками плазми - „болюсами", в інших виявлялась адгезія еритроцитів між собою з утворенням сладжів. Часто еритроцити прилипали до люменальної плазмолеми ендотеліоцитів. У просвіті синусоїдів також траплялися лейкоцити і тромбоцити, схильні до агрегації. Стоншені ендотеліоцити гемокапілярів у периферійній зоні містили широкі пори і подекуди невеликі вітрилоподібні вирости. Простір Діссе був нерівномірно розширеним і містив невелику кількість мікроворсинок гепатоцитів. Через 21-у добу стінка синусоїдів була стоншена. Між ендотеліоцитами вкраплювалися макрофаги з великим ядром і глибокими інвагінаціями каріолеми. В окремих Ен спостерігали лізосоми, великі за розмірами автофагосоми і ліпідні вакуолі. На 30-у -і 60-у доби в просвіті синусоїдів містилися сладжі з еритроцитів і тромбоцитів. Просвіт Діссе звужений. Таким чином, дистрофічні зміни Ен стінки синусоїдів наростають у динаміці до 14-ї доби, дещо зменшуються до 30-ї і залишаються на цьому рівні і на 60-у добу експерименту.

ВПЛИВ ЦИСПЛАТИНУ НА СУБМІКРОСКОПІЧНУ БУДОВУ ЕНДОТЕЛІОЦИТІВ СТІНКИ СИНУСОЇДІВ ПЕЧІНКИ

Яцута Т., Купчак М.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. С.Б. Геращенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Проблема лікування онкологічних хворих не стає менш актуальною, незважаючи на постійне вдосконалення шляхів боротьби з пухлинними захворюваннями. Як правило, цитостатики не володіють вибірковістю дії щодо пухлинних клітин, а водночас здійснюють прямий чи опосередкований токсичний вплив на здорові, не обтяжені пухлинним процесом клітини.

Метою нашого дослідження стало вивчення вираженості ультраструктурних змін в ендотеліоцитах синусоїдів печінки здорових щурів під впливом цисплатину.

Цисплатин вводили 25 білим дорослим щурам внутрішньоочеревинно в дозі 2 мг/кг маси один раз на тиждень протягом 9 тижнів. Матеріал для електронномікроскопічного дослідження забирали на 1-у, 7-у, 14-у і 30-у добу після останнього введення.

Електронномікроскопічне дослідження печінки через 1-у добу виявило в ендотеліоцитах стінки синусоїдних гемокапілярів - набряк цитоплазми в зоні органел. Визначалося розходження ендотеліоцитів на чималі відстані в периферійній зоні. Простір Діссе розширений, подекуди спостерігали прояви еритропедезу в перисинусоїдний простір. У просвіті гемокапілярів - еритроцитарні агрегати з еритроцитами різноманітних форм, які відмежовані один від одного та від ендотеліоцитів тонкими прошарками плазми. В окремих ділянках еритроцитарні мембрани не мають чіткості, їхні контури "розмиті", характерні ознаки сладж-агрегації, тобто визначаються порушення реологічних властивостей крові.

У наступний термін (7-а доба) стінка синусоїдів тонка. В окремих ендотеліоцитах набряк цитоплазми в зоні органел. Простір Діссе розширений.

На 21-у - 30-у доби після введення тваринам цисплатину в ендотеліоцитах виявлялися прогресуючі патогістологічні зміни, простежувалося пошкодження стінки синусоїдів і порушення реологічних властивостей крові. У просвіті капілярів виявлялися еритроцити і тромбоцити, відокремлені між собою тонкими прошарками плазми. В ендотеліоцитах розпізнавалися великі за розмірами "люки". Стінка гемокапілярів тонка, просвіт мав великий діаметр. Візуалізувалися фрагменти ендотеліальних клітин, у периферійній зоні яких наявні численні мікропіноцитозні пухирці. Простори Діссе розширені, ворсинки судинної поверхні гепатоцита малочисельні.

Отримані результати свідчать за те, що при введенні тваринам цисплатину в ендотеліоцитах виявлялися дистрофічні зміни, які є проявом токсичності цисплатину. Тобто, використовуючи в протоколах лікування онкологічних хворих цисплатин, слід ураховувати побічні дії цього засобу і проводити відповідну корекцію гепатопротекторами, які б змогли усунути або хоча б зменшити негативні побічні ефекти цитостатиків, не впливаючи на їхню протипухлинну дію.

ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ

КОМПОНЕНТИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ

Никифорук М.М.
Науковий керівник – д.мед.н. проф. Н.Г. Вірстюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету

Метою роботи було змін ліпідного спектру крові у хворих на псоріаз за наявності метаболічного синдрому (МС).

Матеріали і методи дослідження. Обстеженню підлягало 93 хворих на бляшковий псоріаз. Тривалість захворювання коливалась від 1-го до 22 років. Прогресуюча стадія діагностована у 32 (34,4%), стаціонарна – у 61 (65,6%) хворого. Для оцінки важкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index). Для оцінки якості життя використано шкалу DLQI *(Dermatology Life Quality Index)*.

Всі пацієнти були розділені на 2 групи: I група включала 48 хворих на псоріаз з МС [вік 47,8±4,6 років; ІМТ 34,3±4,6 кг/м2]; II група – 45 хворих на псоріаз без МС [вік 43,8±5,1 років; ІМТ 21,4±4,8 кг/м2].

МС діагностували згідно з рекомендаціями International Diabetes Federation (2005). Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили з використанням програми "Statistica 7,0 for Windows".

Отримані результати та їх обговорення. Клінічна картина у хворих усіх груп характеризувалась симетричним розташуванням вогнищ ураження, переважно на розгинальних поверхнях верхніх та нижніх кінцівок, на бокових поверхнях тулуба і у попереково-крижовій ділянці. Ураження волосистої частини голови відзначалося у 65 (69,9%) хворих. Патологічний процес був представлений папульозними елементами, зливного характеру з чіткими межами. У всіх пацієнтів відзначалася позитивна тріада Ауспіца. У 20,43% випадків був відзначений позитивний феномен Кебнера.

Окремі компоненти МС були присутні у хворих обох груп, що є характерним для перебігу псоріазу. Проте більш часто вони були наявними у хворих I групи за наявності МС. Зокрема, дисліпідемія відзначалася у 39 (81,25%) хворих I групи порівняно з 21 (46,7%) хворими II групи, цукровий діабет 2-го типу – у 14 (29,17%) і 1 (2,22%), артеріальна гіпертензія – у 41 (85,42) і 15 (33,33%), ішемічна хвороба серця (ІХС) – у 19 (39,58) і 2 (4,44%), ожиріння – у 47 (97,92) і 19 (42,22%), неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – у 31 (64,58) і 1 (2,22%) хворих відповідно. У 22 (43,75%) хворих I групи відзначалося 2 компоненти МС, 3 компоненти – у 17 (35,42%), 4 і більше компонентів – у 9 (18,75%) хворих.

У хворих I групи показник площі ураження шкіри BSA перевищував такий у хворих II групи без МС на 37,33%, ($p<0,05$), індекс PASI – на 31,1%, індекс якості життя – на 41,17%, ($p<0,05$), (табл.2).

Висновки. 1. Наявність МС у хворих на псоріаз супроводжується більш важким перебігом псоріазу за показниками площі ураження шкіри BSA та індексом активності запального процесу PASI. 2. У хворих на псоріаз з МС найбільш часто відзначалася дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, ожиріння та НАЖХП.

ВПЛИВ ЛУЩЕННЯ НА БАКТЕРІАЛЬНЕ ЗАСЕЛЕННЯ ШКІРИ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ

Островський М.М.
Науковий керівник – к.мед.н, доц. О.Д. Александрук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дерматології та венерології

Псоріаз – генетично детерміноване, хронічне, полісистемне захворювання багатофакторної природи, що характеризується еритематозно-сквамозним висипом та доброякісною гіперпроліферацією епідермоцитів, із порушенням їх диференціації та кератинізації. Однією із ключових діагностичних ознак захворювання вважається інтенсивне крупно-пластинчасте лущення шкіри, що спричинене головним чином паракератозом. Цей патогістологічний феномен зумовлений майже 10-кратним прискоренням епідермального циклу та супроводжується відповідним збільшенням інтенсивності утворення та відторгнення з поверхні шкіри рогових пластинок у вигляді лусок.

Враховуючи те, що однією з функцій епідермісу є захист організму від інфекційних агентів за рахунок фізіологічного злущування рогового шару, метою нашої роботи було встановити, наскільки зменшується густина бактеріального заселення шкіри хворих на псоріаз із збільшенням інтенсивності лущення при псоріазі. Для досягнення даної мети ми дослідили густину бактеріального заселення шкіри здорових добровольців та порівняли її із густиною заселення бактеріями лусок, відторгнених з псоріатичних висипань.

Групою порівняння слугували 25 практично здорових добровольців обох статей. Вивчення густини бактеріального заселення поверхневих шарів шкіри проводили за допомогою методу вогнищевих відбитків. Густину бактеріального заселення лусок з псоріатичних висипань у 26 хворих вивчали шляхом їх переміщення на поживне середовище. Порівняння густини проводили шляхом підрахунку кількості колоній, що виросли на місцях контакту, на одиницю площі.

При обстеженні шкіри практично здорових осіб виявлено показники різної густини бактеріального заселення поверхневих шарів шкіри: від невеликого числа колоній до випадків тотального росту без можливості підрахунку, що певною мірою залежало від розташування ділянки шкіри, що вивчалась. В той же час, практично всі випадки дослідження лусок з псоріатичних висипань показали їх надмірну колонізацію бактеріями. Отриманий результат суперечив очікуваному, адже за умови 10-кратного прискорення лущення повинно спостерігатись відповідне зменшення густини поверхневого бактеріального заселення шкіри за рахунок інтенсивного механічного видалення бактерій. Ймовірно, поряд із «посиленим» елімінаційним захистом у хворих на псоріаз виникають дефекти інших механізмів протимікробного захисту шкіри, що зумовлюють отриманий нами результат.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ МІКРОФЛОРИ ШКІРИ У КОНТРОЛЬНІЙ ГРУПІ ПАЦІЄНТІВ

Скакун О.З., Козачишин Н.І.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. Н.Ю. Сенишин, асист. І.О. Буянова, асист. В.Т. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дерматології та венерології

Мікрофлора шкіри є важливим фактором, що вливає на

перебіг та ефективність лікування дерматозів. На шкірі на мікроорганізми діють бактерицидні фактори сального секрету і поту, що сильно окислюють pH. В подібних умовах існують переважно Staphylococcus epidermidis, мікрококи, сарцини, аеробні та анаеробні дифтероїди; інші види - Staphylococcus aureus, α-гемолітичні і негемолітичні стрептококи - правильніше розглядати як транзиторно циркулюючі види. Основні зони колонізації - епідерміс, роговий шар шкіри, шкірні залози і верхні відділи волосяних фолікулів.

Нами проведено бактеріологічне дослідження мікрофлори шкіри обличчя, верхньої частини грудей та тильної поверхні кистей у 30 осіб, що становитимуть контрольну групу, різної статі віком від 18 до 35 років.

Забір матеріалу проводився в достатньому об'ємі, без травматизації прилеглих тканин. Взяття матеріалу відбувалося при дотриманні правил асептики. Для оцінки кількісного росту мікроорганізмів користувалися слідуючими критеріями: I- норма; II- слабкий ріст(< 10^4/ 1см2); III- помірний ріст(10^4-10^6/ 1см2); IV- сильний ріст (>10^6/ 1см2). Для орієнтовної оцінки кількісного росту мікроорганізмів в асоціації доцільно користуватися наступними критеріями:

I – дуже слабкий ріст – ріст поодиноких колоній (до 10);

II – слабкий ріст – ріст 10-25 колоній;

III – помірний ріст – ріст не менше 50 колоній;

IV – сильний ріст – суцільний ріст.

III та IV ступені росту переважно свідчать про етіологічну роль даного мікроорганізму, I та II ступені – про носійство або контамінації.

Отримано наступні результати: на шкірі обличчя у 17 пацієнтів виявлено Staphylococcus aureus. У 12 з них відмічався помірний ріст, у 4 - слабкий та у 1 - дуже слабкий. Також в одиничних випадках виявлено слідуючі мікроорганізми: дифтероїди, диплококи, грам+ коки. На шкірі верхньої частини грудей Staphylococcus aureus виявлено у 17 пацієнтів. У 11 з них відмічався помірний ріст, у 5 - слабкий та у 1 - дуже слабкий. У 1 пацієнта виявлено Staphylococcus epidermidis, що давав помірний ріст. В одиничних випадках виявлено такі мікроорганізми, як: бактероїди, диплококи, грам+ та грам- коки, Streptococcus haemolyticus. На шкірі тильної поверхні кистей у 13 пацієнтів виявлено Staphylococcus aureus. У 10 з них відмічався помірний ріст, у 2 - слабкий та у 1 - дуже слабкий. Також в одиничних випадках виявлені слідуючі мікроорганізми: мікрококи, диплококи, грам+ та грам- коки.

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Коник М.М.
Науковий керівник – к.мед.н., доц.О.М. Дідушко
ДВНЗ"Івано-Франківський національний медичний університет"
Кафедра ендокринології

Впродовж останніх років цукровий діабет (ЦД), зокрема ЦД 2, типу набув характеру глобальної епідемії, особливо в індустріально розвинутих країнах. Підраховано, що кожні 10 – 15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. В Україні кількість хворих на ЦД перевищує 1 млн 140 тис., що становить приблизно 2,5% всього населення, проте справжня кількість хворих в 2 -2.5 р. більша.

На сьогоднішній день появився новий шлях у лікуванні цукрового діабету: селективний та зворотний інгібітор натрій-глюкозного транспортера 2 типу (SGLT2). В Україні доступними є Дапагліфлозин (Форксига). Проведено аналіз літературних даних, вивчено фізіологію SGLT2, переваги та недоліки в застосуванні даного класу цукрознижуючих середників. Відомо, що Дапагліфлозин – селективний високопотужній інгібітор натрійзалежного глюкозного котранспортера 2 типу, селективно експресується в нирках з відсутністю експресії в інших тканинах. Дапагліфлозин не пригнічує інші переносчики глюкози такі як SGLT-1,який відповідає за перенесення глюкози в кишечнику. Виведення глюкози з нирками (глюкозуричний ефект) спостерігається після першого прийому препарату та триває 24 години. Поліпшує рівень глюкози натще та постпрандіальну. Ця дія інсуліннезалежна та залежить від концентрації глюкози та швидкості клуб очкової фільтрації. Використання SGLT-2 призводить до виведення не тільки глюкози, але і втрати калорій, натрію. Це призводить до схуднення та зниження АТ, хоча SGLT-2 не призводить до зміни референтних значень натрію. Більшість методів лікування цукрового діабету 2 типу діяти через інсулінозалежний механізмів за рахунок зниження резистентності до інсуліну, збільшення секреції інсуліну, і подачі екзогенного інсуліну. Ниркова інгібування SGLT2 використовує інсулін-незалежний механізм дії.

Обстежено 18 хворих із цукровим діабетом 2 типу, яким було призначено селективний та зворотний інгібітор натрій-глюкозного транспортера 2 типу (SGLT2) - Дапагліфлозин (Форксига) на фоні терапії метформіном та проведено оцінку динаміки параметрів вуглеводного обміну під впливом запропонованого лікування.

Отже, інноваційні препарати відкривають нові можливості в лікуванні цукрового діабету.

Застосування природніх механізмів регуляції рівня глюкози дає можливість попередити виснаження та гибель ß – клітин і відстрочити призначення інсулінотерапії.

HIPPOTHERAPY – TRUTHFUL METHOD OF POSTPOLIOMYELITIS REHABILITATION

Chichirello-Konstantinovich K.D.
Supervisor- Prof., Ph.D., L.V. Moroz
Vinnitsa Pirogov national medical University
Department of infectious diseases and epidemiology

Actuality: Poliomyelitis (PM) - (disease of Heine-Medina, children's spinal paralysis) - is an acute infectious disease that is caused by one of three types of polio virus and is characterized by a large range of clinical manifestations from abortive to paralytic forms (spinal, bulbar, pontin). The consequences of PM are rather hard. The vaccine-associated PM became very problematic nowadays and in many situations says against vaccine therapy/prevention. Modern methods of treatment (dehydration, detoxification, desensitization) inhibit acute infectious process, but does not deprive the side of the paralytic effects of the disease. The program of rehabilitation (massage, muscules' stimulation, magnetic therapy, Spa treatment) is not able to provide the lost functions of the body, because it does not create any pathogenetically reasonable effect. Thus, it greatly reduces the quality of life of patients, makes them weak in society and creates a negative psychological effect.

Aim: to study the using and effectiveness of hippotherapy in the practice of effective treatment after poliomyelitis.

Materials/methods: the retrospective analysis of the sources in practice and experience of using hiyppotherapy as a treatment method in PM (American Hippotherapy Association, Inc, International Post Polio Support Organization).

Results: Numerous study prove, that hippotherapy is a method of medical rehabilitation, based on horse riding; form of exercise therapy, where horses, the process of riding and exercise that is performed by the patient while riding are the tools for rehabilitation. «Points of method's application'' are meningoradicular, asthenic syndromes, syndromes of spinal, breathing, vestibular disorders' syndromes, muscle weakness, psycho-social rehabilitation. It allows patient to improve coordination and orientation in space, to restore physical balance, to improve muscles' health, to generate additional motor skills. It promotes regression of anxiety and depressive disorders.

Conclusions: 1. PM is a severe infectious disease with disorder of the nervous system, which reduces the quality of life of the patient, generates complex movement disorders and require medical rehabilitation. 2. There are many multilevel methods of medical rehabilitation for recovery of lost work capacity in patients with poliomyelitis. 3. Hippotherapy is a physiological method for improving the quality of life of such patients, it can be made by 2 mechanisms: psychogenic, biomechanical. This creates its versatility and comprehensive approach to treatment.

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Баблюк Л.А., Макойда І.Я., Стовбан М.П., Мельник О.П.
Науковий керівник – д.м.н., проф. М.М. Островський
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Епідемія туберкульозу складає одну з основних медико-соціальних проблем сьогодення. Кількість хворих на туберкульоз становить 1,4% від загальної кількості населення України, а показник смертельних випадків найбільший серед інфекційної патології.

Мета: проаналізувати епідеміологічну ситуацію по туберкульозу в Івано-Франківській області.

Завдання: дослідити основні епідеміологічні показники по туберкульозу в Івано-Франківській області за 2014 рік.

Матеріали і методи: проаналізовано статистичні показники загальної захворюваності, хворобливості та смертності по туберкульозу в Івано-Франківській області за 2014 рік в розрахунку на сто тисяч населення.

Результати. Проаналазувавши основні епідеміологічні показники по туберкульозу в Івано-Франківській області за 2014 рік, встановили, що показник кількості вперше виявлених на протязі року хворих із розрахунку на сто тисяч населення (показник захворюваності) становив 60,4%. Показник загальної кількості хворих із активною формою туберкульозу (показник хворобливості) на кінець 2014 року складав – 66,6% у розрахунк на сто тисяч населення. Кількість померлих від туберкульозу на протязі 2014 року в розрахунку на сто тисяч населення (показник смертності) становило 12,7%.

Висновки. Туберкульоз – це небезпечне інфекційне захворювання, яке проявляє соціальну залежність, спричиняє тимчасову та стійку втрату працездатності і вимагає тривалого, комплексного лікування та реабілітації хворих.

ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛЕЙКОЦИТАРНОЇ ФОРМУЛИ ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Боднар М. В., Дорошенко У. П.
Науковий керівник – асист. Е. Ю. Винник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології.

Мета роботи: дослідити можливість оцінки ступеню *ендогенної інтоксикації (ЕІ)* на основі розрахунку інтегральних показників лейкоцитарної формули у пацієнтів з *гострими кишковими інфекціями (ГКІ)* в залежності від віку.

Завдання дослідження: 1. Обчислити інтегральні показники лейкоцитарної формули у хворих з ГКІ.

2. Провести оцінку взаємозв'язку між інтегральними показниками та ступенем ендогенної інтоксикації у хворих з ГКІ різних вікових груп.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 80 хворих на гострі кишкові інфекції, які лікувались в обласній інфекційній лікарні м. Івано – Франківська за період 2012 – 2013 рр. Розраховували інтегральні показники: *модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІМ)* В.К. Островського; *індекс реактивної відповіді нейтрофілів (РВН); ядерний індекс Даштаянца Г. Д. (ЯІ)* у хворих на гострі кишкові інфекції. Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм «Microsoft Exel».

Результати дослідження: За даними проведеного дослідження встановлено, що середнє значення лейкоцитарних індексів у хворих старше 20 р. відповідало середньому сту-

пеню ендогенної інтоксикації в гострому періоді, тільки у пацієнтів до 20 р. - легкому ступеню. В період ранньої реконвалесценції у всіх вікових групах відмічено легкій ступень ЕІ. Даний індекс був достовірно вищим у хворих старше 60 років протягом всього періоду захворювання.

Ядерний індекс в усіх вікових групах відповідав середньому ступеню важкості ЕІ. У стадії ранньої реконвалесценції нормалізації даного індексу не було відмічено. Достовірної різниці між віковими групами не встановлено.

Індекс РВН в усіх вікових групах вказував на субкомпенсовану ЕІ і тільки в групі до 20 років на компенсовану. В періоді ранньої реконвалесценції індекс залишався в межах компенсованої інтоксикації в усіх вікових групах.

Висновки. 1) За даними проведеного дослідження встановлено, що використання лейкоцитарних індексів дозволяє оцінити ступінь ендогенної інтоксикації. 2) Використання *модифікованого лейкоцитарного індексу інтоксикації* В.К. Островського; є доцільним у старшої вікової групи, оскільки враховує вік хворого. 3) Використання даних індексів є виправданим для контролю за якістю патогенетичного лікування.

АЛГОРИТМ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Бугайчук І. М.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. І.Г. Грижак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Вступ. Токсоплазмоз – це зоонозне протозойне захворювання, небезпечне для людей з імунодефіцитом. Важкі форми токсоплазмозу виникають у ВІЛ-інфікованих осіб в стадії СНІДу. Спостерігають енцефаліт, хоріоретиніт, пневмоніт, можливий септичний перебіг, що вимагає негайного призначення адекватного лікування. Діагностика токсоплазмозу зустрічається із значними труднощами через недостатню інформативність серелогічних маркерів на тлі імунодефіциту. Інфікування або реактивація хронічного токсоплазмозу у цих хворих може перебігати без появи IgM чи наростання IgG.

Мета роботи. Розробити алгоритм діагностики активних форм набутої токсоплазмової інфекції у хворих на СНІД на основі комплексної оцінки клінічних, серологічних та імунологічних показників.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням перебували 152 ВІЛ-інфіковані особи, яких обстежено на предмет серологічних маркерів токсоплазмозу, показників CD4+Т-лімфоцитів.

Висновки. Розроблено алгоритм діагностики токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованих осіб, який базується на комплексному анамнезі, наявних клінічних ознаках токсоплазмозу: гарячка, м'язові болі, полілімфаденопатія, нейроциркуляторна дистонія пульмоніт, гепатолієнальний синдром, міокардит, хоріоретиніт, енцефаліт. За вказаними ключовими ознаками токсоплазмової інфекції хворих було поділено на 3 клінічні групи, кожна з яких поділялась на серологічні категорії (серонегативні, сероконверсія, хронічна інвазія), які в свою чергу розділені на імунологічні підкатегорії за рівнем CD4+Т-лімфоцитів (>100 і <100 кл./мл. крові). Враховувався рівень IgG (<200 і >200 МО/мл). Алгоритм діагностики представлений у вигляді таблиці, завдяки якій проводилась комплексна оцінка усіх показників у пацієнта, що підвищило ефективність діагностики токсоплазмозу на 7,2%.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С З ВКЛЮЧЕННЯМ ПРЕПАРАТУ РИБОНУКЛЕЇНОВОЇ КИСЛОТИ

Васкул Н.В., Дем'янчук М.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. О.Я. Пришляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Багаторічна персистенція вірусу при хронічному гепатиті С (ХГС) може бути основою для прогресуючого ураження печінки та призводити до формування цирозу печінки з розвитком в майбутньому гепатоцелюлярної карциноми. Для підвищення якості лікування доцільним є включення в схему противірусної терапії (ПВТ) додаткових препаратів, які забезпечують кращий терапевтичний ефект та підвищують переносимість стандартних схем лікування.

Метою роботи було вивчення ефективності впливу комплексного лікування хворих на ХГС в стадії реплікації вірусу із застосуванням препарату рибонуклеїнової кислоти «Нуклекс» на деякі лабораторні показники функціонального стану печінки.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 60 хворих на ХГС в стадії реплікації вірусу, з них – 35 чоловіків (58,33%) та 25 жінок (41,67%) віком від 18 до 47 років. Обстежені хворі були розділені на 3 групи по 20 пацієнтів в залежності від лікування. 1 група отримувала ПВТ (інтерферон, рибавірин), 2 група – ПВТ та Нуклекс в дозі 0,75 г/д, 3 група - ПВТ та Нуклекс в дозі 1,5 г/д. Контрольну групу склали 20 здорових осіб аналогічного віку. Застосовувалися загально-клінічні, біохімічні, молекулярно-біологічні та інструментальні методи дослідження.

Результати. Вже після першого місяця лікування у пацієнтів 2 та 3 груп відмічалась позитивна динаміка лікування, достовірно зменшилися ознаки цитолізу, стабілізувалися рівні білірубіну (загального та прямого). Після 6 місяців лікування нормалізація біохімічних показників відмічалася в усіх групах дослідження. Позитивні динамічні зміни показників цитолізу у пацієнтів з ХГС більш виражені при застосуванні Нуклексу в дозі 1,5 г/д. у пацієнтів 2 групи рівень АЛТ після лікування склав 0,36±0,02 ммоль/год•л проти 1,68±0,08 ммоль/год•л (до лікування) ($p<0,01$). У пацієнтів 3 групи рівень АЛТ був значно нижчим від такого до лікування (0,3±0,02 ммоль/год•л та 1,68±0,08 ммоль/год•л відповідно, $p<0,01$). Це вказує на відсутність токсичної дії на організм та вищу мембраностабілізуючу ефективність даної дози (1,5 г/д). Динаміка вірусного навантаження у пацієнтів всіх груп суттєво не залежала від застосування Нуклексу, його дози та складала від $3,5*10^4$ до $8,3*10^5$ МО/мл.

Висновки. Більш виражений терапевтичний ефект досягався при комплексному застосуванні ПВТ та РНК-препарату. Дані схеми лікування сприяють покращенню деяких біохімічних показників функціонального стану печінки вже через 1 місяць застосування зі стабілізацією їх впродовж лікування. Шляхом цитолітичного моніторингу виявлено, що Нуклекс впливає на організм при застосуванні різних схем лікування, однак найкраще в дозі 1,5 г/д.

ВМІСТЦИТОКІНІВ (ІЛ-2, ІЛ-4) ТА В2-МІКРОГЛОБУЛІНУ ПРИ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Пилюк І.І., Гавриш М.М.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Г.Б. Матейко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Мета: оцінити діагностичну значимістьвмісту цитокінів (ІЛ-2, ІЛ-4) та β2-мікроглобуліну(β2-МГ) при пневмонії у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ).

Матеріали і методи: обстежено 40 дітей віком від 3-х до 8-ми років. Основну групу склали 20 хворих на пневмонію дітей, які часто хворіють на ГРЗ. Групу порівняння - 20 дітей з пневмонією, які не часто хворіють на ГРЗ. Обидві групи дітей отримували протокольну терапію з приводу пневмонії. Контрольну групу склали 20 здорових дітей того ж віку. Обстеження включало визначення в сироватці крові до та після лікування рівнів ІЛ-2,ІЛ-4 та β2-МГ методом ІФА.

Результати досліджень:При аналізі вмісту ІЛ-2 в сироватці крові встановлено, що його концентрація в дітей основної групи була нижчою порівняно з групою порівняння (відповідно 205,20±40,21 проти 310,20±73,56 пг/мл, p<0,05). Після проведеного лікування рівень ІЛ-2 в групі порівняння підвищився практично до нормальних величин (відповідно до 465,66±74,51 проти 512,15±67,26пг/мл, p>0,01), на відміну від основної групи, в якій нормалізації його вмісту не спостерігалось (відповідно 261,61±70,82 проти 512,15±67,26 пг/мл, p<0,001).

Аналіз показників ІЛ-4 у досліджуваних групах дітей свідчить про підвищення його рівня. При цьому вміст ІЛ-4 у дітей основної групи перевищував його концентрацію у дітей групи порівняння (відповідно 10,17±0,41 проти 7,66±0,44мкмоль/мг, p<0,05). Після проведеного лікування в групі порівняння рівень ІЛ-4 знизився майже до нормальних величин(відповідно 5,19±0,51 проти 3,11±0,29пг/мл, p>0,01), тоді як у дітей основної групи показник вмісту ІЛ-4 залишався високим (7,21±0,69 проти 3,11±0,29пг/мл, p<0,001).

При вивчені вмісту β2-МГ у дітей обох груп до лікування встановлено зниження його рівня в порівнянні із здоровими дітьми (відповідно 3,30±0,40 та 4,99±0,75 мкг /мл проти 7,59±0,73мкг/мл, p<0,001). Після проведеного лікування в дітей групи порівняння відмічали підвищення рівняβ2-МГ практично до нормальних величин (відповідно 7,21±0,78 проти 7,59±0,73 мкг/мл, p>0,01) на відміну від основної групи, в якій нормалізації його вмісту неспостерігалось, незважаючина підвищення (5,33±0,76 проти 7,59±0,73 мкг/мл, p<0,01).

Висновок:у хворих на пневмонію дітей відмічається дисбаланспоказників цитокінів ІЛ-2, ІЛ-4 та пригнічення синтезу β2-МГ.Проведене лікування з приводу пневмонії у дітей, які не часто хворіють на ГРЗ сприяло нормалізації вищевказаних показників імунного статусу. У дітей, які часто хворіють на ГРЗ після проведеного лікування утримувався знижений вмістβ2-МГ, ІЛ-2 на фоні підвищеного рівня ІЛ-4, що свідчить про переключення імунної відповіді з клітинної ланки на гуморальну і є доказом імуносупресії. Це є підставою для пошуку шляхів проведення імунопрофілактики частих ГРЗ у таких дітей, яка одночасно може слугувати способом профілактики розвитку пневмонії.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ПО САЛЬМОНЕЛЬОЗУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Данканич В.В.
Науковий керівник – асист. Е.Ю. Винник, к.ф-м.н., доц. А.М. Добровольська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Мета: Прогнозування епідеміологічної ситуації по сальмонельозу в Івано-Франківській області та прогнозування подальших спалахів інфекції, встановлення основних шляхів профілактики та боротьби з сальмонельозом.

Матеріали та методи: Статистичні дані звітів захворюваності на сальмонельоз в Івано-Франківській області з 1991 по 2014 рр. Проведення математично моделювання та прогнозування захворюваності на сальмонельоз на період 2015 – 2038 р.р.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм «Microsoft Excel».

Результати: В результаті проведеного багаторічного ретроспективного аналізу, встановлено, що спостерігається багаторічна тенденція до росту захворюваності. Середній показник за 1991-2014 рр. становив 13,91±0,92 на 100 тис. населення, що складав 7,4% в загальній структурі гострих кишкових інфекцій. Простежувалась періодичність підйому захворюваності раз у 4-5 років. В етіологічній структурі до 2009 р. провідна роль належала Salmonella typhimurium, а з 2010 р. – Salmonella enteriditis Основними чинниками передачі сальмонельозу були: м'ясопродукти (50,0%), кондитерські вироби (19,9%), овочі (12,4%), молокопродукти (8,6%), вироби з яєць (6,4%), риба (2,7%). Найвища захворюваність на сальмонельоз за період 2015-2038 рр. очікується у 2022, 2023, 2024 рр.

Висновки: 1. Встановлено, що крива захворюваності на сальмонельоз впродовж 1991 – 2014 рр. характеризувалась хвилеподібною формою.

2. На період 2015 – 2038 рр. прогнозується збереження даної тенденції з найвищим рівнем у 2022, 2023, 2024 рр.

3. Найбільш ефективними профілактичними заходами залишається дотримання санітарно – гігієнічних та санітарно ветеринарних правил.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СПИРИЛЛ В МАЗКАХ СОСКОБОВ ИЗ ЗЕВА В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Кузовенкова Е.А., Бянов А.С.
«Одесский национальный медицинский университет»

При проведении диагностики заболеваний внутренних органов недостаточное внимание уделяется поиску патогенных для человека спирилл родов Borrelia, Treponema, Leptospira, вызывающих хронические заболевания с полиморфизмом клиники, волнообразным течением и обилием осложнений.

Цель исследования - выявление патогенных спирилл в мазках соскобов из зева пациентов с целью усовершенствования диагностики и лечения заболеваний внутренних органов. Материалами исследования стали цифровые микрофотографии, данные серологических исследований (ИФА, иммуноблот), интраскопии (УЗИ, МРТ, КТ). Использовали микроскоп Carl Zeiss Standart 20, объектив Carl Zeiss 100x,

окуляры 10х/18х, цифровую камеру FinePix F10, FUJIFILM. Микрофотографии анализировали с помощью Adobe Photoshop CS6. Исследуемая группа - 95 пациентов: 49 мужчин и 46 женщин. Спириллы были классифицированы по размеру, количеству завитков, осевых изгибов. В качестве стандартного микрообъекта был взят диаметр нейтрофила - 168 пкс (12 мкм). В результате были обнаружены спириллы в соскобах из зева у 89 чел.: 27 спирилл соответсвовали роду Treponema, а 710 роду Borrelia, одна спирилла не классифицирована. Длина спирилл варьировала от 45 пкс (3,2 мкм) до 1615 пкс (115,3 мкм) ширина от 6 пкс (0,4 мкм) до 12 пкс (0,8 мкм), количество завитков от 1 до 9, а количество осевых изгибов от 0 до 7. Эти данные были подтверждены результатами ИФА и иммуноблоттинга, а также проведенной интраскопией и клиническим характером течения заболеваний (гранулематозные поражения органов, кардиты, мезаортиты, мезартерииты).

Выводы: Цифровая микроскопия соскобов слизистой зева может использоваться в качестве скрининга спирохетозного поражения внутренних органов. Метод прост, общедоступен и может быть автоматизирован.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКОБАКТЕРІЙ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Мазур І.М., Островський М.М.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. І.Я. Макойда
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Впродовж останніх десятиліть у багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, туберкульоз є не тільки однією з найпоширеніших хвороб серед населення, але й посідає перше місце за смертністю від інфекційної патології. Однією з причиною зростання рівня захворюваності є розвиток резистентності до протитуберкульозних препаратів, що призводить до зниження якості лікування та підвищення його вартості.

Для визначення частоти і характеру резистентності мікобактерії до протитуберкульозних препаратів було проаналізовано медичні карти хворих, які лікувалися в відділенні хіміорезистентного туберкульозу обласного фтизіопульмонологічного диспансеру.

Обстежено 60 хворих на туберкульоз легень. Середній вік пацієнтів становив 38,58±6,3 років. Осіб до 50 років було 50 (83,3%), понад 50 років – 10 (16,7%). Гендерний аналіз відобразив такі дані: серед пацієнтів переважали особи чоловічої статі 50 (83,3%), жінки – 10 (16,6%). За клінічними формами туберкульозу хворі розподілилися таким чином: інфільтративний – 23 (38,3%), фіброзно-кавернозний – 14 (23,3%), дисемінований – 23 (38,3%).

Бактеріовиділення виявлено у 57 (95,0%), деструкція легеневої тканини – у 46 (76,6%). У 15 (25%) хворих спостерігалися супутні захворювання: ВІЛ/СНІД – 4 (26,6%), хронічний бронхіт – 8 (53,3%), гепатит – 2 (13,3%), цукровий діабет – 1 (6,7%).

Результат тесту медикаментозної чутливості у даних хворих продемонстрував високий рівень резистентність до препаратів І ряду: рифампіцин – 60 (100,0%), ізоніазид – 49 (81,7%), стрептоміцин – 47 (78,3%), етамбутол – 38 (63,4%) і піразинаміду – 15 (25,0%). Резистентність до препаратів ІІ ряду становила: етіонамід – 33 (55,0%), офлоксацин – 19 (31,7%), канаміцин – 18 (30,0%) , капреоміцин – 9 (15,0%) і амікацин – 4 (6,6%). 5 (8,3%) хворих, у яких спостерігалась виражені побічні дії при вживанні препаратів ІІ ряду, були переведені на паліативне лікування.

Проаналізувавши вище приведені дані, можемо зробити висновок, що проблема хіміорезистентного туберкульозу залишається актуальною надалі. Підвищення ефективності лікування має не тільки клінічне, але і епідеміологічне значення, зменшує поширення інфекції нечутливої до протитуберкульозних препаратів. Для досягнення даної мети потрібно удосконалювати методи лікування із застосуванням протитуберкульозних препаратів ІІ ряду, проводити постійний контроль за дотриманням інфекційного режиму та режиму лікування.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ІНФЕКЦІЙНОЇ ТА НЕІНФЕКЦІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У М. ДРОГОБИЧ ЗА 2010-2014 РОКИ

Мацур М.А.
Науковий керівник – к. мед. н., в.о. доц. І. Байдалка
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра епідеміології

Актуальність: Після найінтенсивніших досліджень і революційних відкриттів минулого століття інфекційні захворювання залишаються актуальною проблемою у всіх без винятку країнах світу в XXI сторіччі. Інфекційні хвороби, у тому числі й нові, становлять загрозу розвитку людства, оскільки є причиною третини загальної щорічної кількості смертей у світі.

Метою роботи було провести ретроспективний епідеміологічний аналіз інфекційної та неінфекційної патології у м. Дрогобич впродовж 2010-2014 років із визначенням найбільш актуальних медичних проблем населення даної місцевості.

Матеріали та методи: Для виконання роботи були опрацьовані матеріали річних статистичних форм звітності МОЗ України, лікувальних закладів м. Дрогобича та використані описово-оціночний, аналітичний та статистичний прийоми комплексного епідеміологічного методу.

Результати: Загальна захворюваність у м. Дрогобич за 2010-2014 роки мала тенденцію до зростання і в середньому становила 167395 на 100 тис. населення. Захворюваність інфекційними хворобами становила 4422,6 на 100 тис. населення в середньому. Групою ризику щодо інфекційної патології були особи віком до 14 років та особи жіночої статі (5890 та 4772 на 100 тис. населення відповідно). Середній показник неінфекційної захворюваності за роки дослідження становив 158255 на 100 тис. населення. Рівень захворюваності в осіб віком до 14 років був найвищим та становив 235669 на 100 тис. населення. Захворюваність на неінфекційну патологію серед жіночого населення становила 176 472 на 100 тис. населення, та перевищувала аналогічний показник у групі осіб чоловічої статі в 1,3 рази. Серед неінфекційних захворювань найбільшу частку мали: хвороби ендокринної системи, розлади харчування, обміну речовин – 5,1%, хвороби органів травлення – 10,28%, хвороби системи кровообігу – 27,62%, хвороби органів дихання – 28,37%.

Висновки. Отже, інфекційні та неінфекційні хвороби є загальномедичною проблемою у м. Дрогобич і потребує більшої уваги з боку органів охорони здоров'я. Доцільно

розробити і впровадити нові профілактичні програми з метою з'ясування чинників ризику актуальних захворювань у м. Дрогобич та зниження їх впливу на стан здоров'я населення.

ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ КО-ІНФЕКУЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ/СНІД В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА В УКРАЇНІ

Мельник О.П., Баблюк Л.А., Макойда І.Я., Стовбан М.П.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.М. Островський
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Актуальність. Особи, які інфіковані ВІЛ мають більший ризик захворіти на туберкульоз, а термін до розвитку активної хвороби є значно меншим, ніж у ВІЛ-негативних. При прогресуванні імунодефіциту туберкульоз має агресивний перебіг. На ранній стадії ВІЛ-інфекції виявляють мікобактерію в мазку мокротиння й зміни на рентгенограмі легень, часто з наявністю порожнин. На пізній стадії клінічна картина подібна до первинного туберкульозу легень із негативними результатами мазка мокротиння, інфільтративними змінами або вогнищевою дисемінацією на рентгенограмі без утворення порожнин розпаду.

Мета. Дослідити епідеміологічну ситуацію, щодо туберкульозу поєднаного з ВІЛ-інфекцією/СНІДом по Івано-Франківській області та України за 2011-2014 роки.

Матеріали і методи. Статистичне дослідження показника захворюваності ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД за 2011-2014 роки. Розрахунок показника проводився на 100 тисяч населення.

Результати. Захворюваність на туберкульоз/ВІЛ/СНІД по Україні в 2011 році становила 9,1%, а в Івано-Франківській області — 1,7%. В 2012 та 2013 роках по Україні показник мав тенденцію до зростання та становив відповідно 10,4% та 10,5%. Однак, в 2014 році показник захворюваності на ко-інфекцію повернувся до 10,4%. По Івано-Франківській області відмічається тенденція зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз, відповідно в 2012 році показник становив 2,3%, в 2013 — 2,5%, а в 2014 — 3,3%.

Висновки. Проаналізувавши епідеміологічну ситуацію, щодо ко-інфекції за останні 4 роки, відмічаємо тенденцію до зростання випадків поєднання туберкульозу та ВІЛ/СНІДу серед населення Івано-Франківської області.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТОКСОКАРОЗУ У ДІТЕЙ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Мельник Х.В.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. Г. Б. Матейко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Мета роботи - покращити знання молодих лікарів, інтернів, студентів медиків з питань діагностики токсокарозу на підставі ознайомлення з клінічними особливостями та методами лабораторної діагностики даного гельмінтозу серед дитячого населення Івано-Франківської області .

Матеріали і методи: Для виконання поставлених завдань ми провели аналіз індивідуальних карт 50-ти стаціонарних хворих на токсокароз дітей, які перебували на лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні м. Івано-Франківськ у 2012-2014роках. **Результати дослідження.** Розподіл пацієнтів за віком наступний: 3-6 років - 44%, 7-14 років - 34%, 15-18 років - 22%. З них хлопчиків - 64%, а дівчаток - 36%. Серед хворих сільських мешканців нараховувалось 70%, а міських мешканців - 30%. За результатами аналізу амбулаторних карт при первинному зверненні до лікаря у 38% дітей було встановлено діагноз бронхіальна астма, у 22% - гострий бронхіт, у 16% - ГРВІ, у 12% - хронічний гастродуоденіт, у 8% - атопічний дерматит, у 4% - лімфаденопатія. Провідні клінічні прояви токсокарозу : лімфаденопатія - 92%, легеневий синдром - 56%, абдомінальний синдром - 52%, підвищення температури тіла - 24%, гепатоспленомегалія - 22%, токсико-алергічний синдром - 10%. Абдомінальний синдром : біль у животі - 44%, рідкі випорожнення - 26%, нудота - 16%, блювота 14%. Легеневий синдром : кашель - 56%, задишка - 26%. Токсико-алергічний синдром (лущення, поліморфний висип на шкірі, свербіж), ускладнений стрептодермією - у 5% дітей. Він не піддавався традиційній терапії антигістамінними засобами. Гепатомегалія виявлена у 22% пацієнтів за даними перкусії, пальпації та УЗД. У 22% дітей лімфаденопатія поєднувалась з гепатоспленомегалією, а у 28% - з легеневим синдромом. Еозинофілія спостерігалась у 100% хворих. Її високий рівень (більше 10%) виявили у 57,1 % дітей. Діагноз токсокарозу верифікували виявленням у крові специфічних антитіл до антигену токсокар, середні рівні, яких визначали у 15,1 % , а високі у — 84,9 % дітей.

Висновки: На токсокароз частіше хворіють хлопчики віком від 3-х до 6-ти років, що проживають у сільській місцевості. Вирішення проблеми токсокарозу у дітей залежить не тільки від впровадження в практику інформативних методів діагностики, а і відповідної підготовки лікарів різного фаху. Серед провідних клінічних синдромів токсокарозу, які найчастіше зустрічаються є : лімфаденопатія (92%), легеневий синдром (56%), абдомінальний синдром (52%), з меншою частотою реєструються: підвищення температури тіла (24%), гепатоспленомегалія (22%), токсико-алергічний (10%) синдром.

ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

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

На сьогоднішній день проблема вірусних гепатитів, зокрема гепатиту В (ГВ) і гепатиту С (ГС), їх поєднаних форм та асоційованих з ВІЛ-інфекцією, залишається актуальною і однією з найважливіших для медичної науки і охорони здоров'я. Актуальність проблеми зумовлена безперервним ростом захворюваності населення України на ГВ і ГС, частим розвитком хронічних форм захворювання, його несприятливих наслідків (цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома). Якщо не будуть прийняті невідкладні заходи щодо ГС, то через 10-20 років рівень смертності зросте в 3 рази (В.И. Лучшев, 2004, О.Н. Ершова, 2005).

Гепатит В, С і ВІЛ-інфекція мають однакові механізм і шляхи передачі збудників, фактори, що сприяють їх поши-

ренню. До одночасного інфікування вірусами ГВ, ГС і ВІЛ призводить штучний парентеральний шлях зараження при ін'єкційному введенні наркотичних середників (А.Л. Гураль, В.Р. Шагинян и др., 2002). Тому у споживачів ін'єкційних наркотиків часто діагностують вірусні гепатити поєднаної етіології і ко-інфекцію з ВІЛ, тобто ГВ+ГС+ВІЛ (А.Л. Гураль, 2002, В.Г. Канестри, 2001).

Проведено аналіз звіту Івано-Франківського обласного центру по боротьбі та профілактиці ВІЛ-інфекції та СНІДу за 2014 рікі встановлено, що серед причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб на другому місці після менінгоенцефалітів став цироз печінки, спричинений вірусами гепатитів В і С, тому проблема вірусних гепатитів у поєднанні з ВІЛ-інфекцією потребує глибокого різностороннього вивчення.

Постійна увага дослідників прикута до ролі печінки в забезпеченні балансу мікроелементів в організмі – вона головний орган накопичення і виділення багатьох мікроелементів. Патологія печінки виразно впливає на рівні мікроелементів. Гострий гепатит призводить до зниження рівня цинку в крові, зростає коефіцієнт залізо/мідь, а цинк/мідь – зменшується (Е.Е.Сабадаш, 1998). При хронічному гепатиті зростає рівень заліза, а також спостерігається накопичення феритину – гемосидерину в клітинах печінки. Внаслідок того посилюються запальні і фібротичні процеси в паренхімі печінки (В.Т. Ивашкин, 2001).Перевантаження залізом корелює з наявністю хронічного гепатиту С, з високою активністю трансаміназ, гістологічною активністю гепатиту і фібротичними змінами в печінці. У хворих з хронічним вірусним гепатитом виявлена достовірна кореляція між рівнем феритину і заліза в крові та в тканині печінки (В.Т.Ивашкин, 2001, С.И. Полякова, А.Г. Кучеренко, И.Е. Смирнов, 2010).

Така асоціація інфекцій та порушення обміну речовин, в тому числі мікроелементів, вимагає більш детального подальшого вивчення цієї проблеми та вдосконалення діагностики та лікування хворих.

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ПОКАЗНИКІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА ПРИКАРПАТТІ

Попп О.Р.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. О.Є. Кондрин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Метою дослідження було: за допомогою комплексних показників провести аналітичну оцінку епідемії ВІЛ-інфекції на Прикарпатті за останні 10 років.

Завдання дослідження:

1. Вивчити прояви епідемії ВІЛ-інфекції на основі динаміки епідеміологічних показників захворюваності на СНІД, летальності та смертності.

2.Провести епідеміологічну оцінку епідемії ВІЛ-інфекції за допомогою розрахунку комплексних показників (умовної річної інтенсивності, річного переходу ВІЛ-інфекції у СНІД, похибки диспансеризації) та обчислення комплексного балу епідемії.

Матеріали та методи дослідження. Для проведення дослідження використовували статистичні показники захворюваності, смертності, летальності ВІЛ-інфекції серед населення Прикарпаття за останні 10 років, за звітами обласного Івано-Франківського центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Для обчислення спеціальних комплексних інтегративних показників умовної річної інтенсивності епідемії, річного переходу ВІЛ-інфекції у СНІД, похибки диспансеризації та комплексного балу епідемії використовували методичні рекомендації «Комплексні показники оцінки епідемії ВІЛ-інфекції та роботи центру профілактики і боротьби зі СНІДом на регіональному рівні» автори Дикий Б.М., Грижак І.Г., Пришляк О.Я. та співавтори, 2012 рік.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою прикладного пакету комп'ютерних програм «Microsoft Excel».

Результати дослідження. В Івано-Франківській області в останні 10 років відмічаються низькі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, які можуть бути занижені також через, в тому числі, і меншу кількість взятих на диспансерних облік, ніж було виявлено ВІЛ-інфікованих.

Комплексні показники, зокрема показник умовної інтенсивності епідемії та комплексний бал епідемії демонструють більш рівномірну тенденцію розвитку епідемії ВІЛ в регіоні.

Висновки: 1. Система комплексних показників вирішує проблеми з´ясування конкретних причин змін і тенденцій показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, СНІД, смертності та летальності серед населення регіону.

2. Формалізоване визначення комплексного балу епідемії в умовних цифрових величинах допомагає оцінити інтенсивність епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

3. Динаміка комплексних епідеміологічних показників за останні 10 років демонструє позитивні тенденції зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу на Прикарпатті.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ

Процик А.Л., Гринишин І.В.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. О.Я. Пришляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри інфекційних хвороб та епідеміології

Мета роботи. Вивчити клініко-лабораторну ефективність лікування хворих на лямбліоз із використанням орнідазолу в порівнянні із застосуванням метронідазолу з фуразолідоном.

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

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

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

Результати. Встановлено, що у хворих на лямбліоз спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний (82%), алергічний (72%), астено-невротичний (65%) та інтоксикаційний (47%).

Під впливом проведеного лікування тривалість основних синдромів у пацієнтів 2-ї групи, в порівнянні з хворими 1-ої групи, скорочувалась в середньому на 2-3 дні ($p<0,05$). Результати ультразвукової діагностики свідчать, що дискінезія жовчовивідних шляхів після проведеної терапії спостерігалася у хворих 2-ої групи в 1,5 рази рідше ($p<0,05$). Пов-

торне виявлення лямблій після лікування з використанням препарату орнідазол зареєстровано у 2 (5,9%) обстежуваних, у той час, як при терапії метронідазолом і фуразолідоном - у 6 (18,1%).

Висновки. Клініко-лабораторна ефективність препарату орнідазол більш виражена у порівнянні із застосуванням комбінації метронідазолу з фуразолідоном, що підтверджено скороченням тривалості основних клінічних синдромів захворювання в середньому на 2-4 дні, зменшення частоти повторного виявлення лямблій в більш, ніж 3 рази ($p<0,05$).

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У М. ЛЬВОВІ ЗА 2012-2014 РОКИ

Рудяк М.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. З. Василишин
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра епідеміології

Актуальність: Медико-соціальне значення інфекційного мононуклеозу (ІМ) обумовлено повсюдним поширенням у світі із щорічним інфікуванням вірусом Ебштейна-Барр від 16 до 800 осіб на 100 тис. нас. Досі не знайдено експериментальну модель серед тварин, на якій можна було б вивчити варіанти перебігу і наслідки ІМ.

Метою роботи було вивчити клініко-епідеміологічні особливості ІМ у м. Львові за 2012-2014 рр. з метою вдосконалення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Матеріали та методи: За даними обліково-звітних документів органів ДСЕС України у м. Львові проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності із використанням описово-оціночного, статистичного, аналітичного, картографічного прийомів комплексного епідеміологічного методу дослідження.

Результати: Встановлено, що середній показник захворюваності на ІМ становить 18,7 випадків на 100 тис. населення, перевищує багаторічний показник по місту (15,4 на 100 тис. нас.) у 1,2 рази і має тенденцію до зростання. У структурі інфекцій з повітряним механізмом передачі ІМ становить 3,9 %, вітрової віспи (72,7 %), туберкульозу (10,3 %) і кору (8,9 %). Випадки захворювання реєструвалися круглорічно із найбільшою часткою у жовтні (10,2 %), листопаді (10,1 %), грудні (10,2 %) та у липні (9,7 %). Групами ризику за віком є діти від 1-4 років (163,4 випадки на 100 тис. нас.). Найнижчі показники реєструвалися у групі молодих людей 30 років і старших (3,2 на 100 тис. нас.). Найчастіше хворіють діти, що відвідують ДДЗ (середня захворюваність у даній групі становить 187,9 випадки на 100 тис. нас.) та студенти ВНЗ (54,8 випадки на 100 тис. нас.). Спостерігається переважання захворюваності у осіб чоловічої статі у 2,1 рази на противагу жіночій (28,2 і 13,6 випадки на 100 тис. нас. відповідно). За медичною допомогою з приводу ІМ звернулися 100 % хворих, з них у 1-й день 44 %, 2-й і 3-й по 21,2 %, 4-й – 14,8 %. Показник госпіталізації становить 80,3 %, випадків смерті не відмічалося.

Висновки. Отже, ІМ є актуальною проблемою у м. Львові, оскільки епідемічна ситуація щодо цього захворювання є неблагополучною, спостерігається тенденція до підвищення рівня захворюваності, уражаються різні групи населення, що вимагає посиленої уваги спеціалістів медико-профілактичного та лікувального скерування.

ОБМІН ЗАЛІЗА ТА ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Русєва К.С., Дем'янчук М.В.
Наукові керівники: проф. О.Я. Пришляк, доц. Т.О. Нікіфорова
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Актуальність. В даний час хронічний гепатит С залишається серйозною проблемою для охорони здоров'я населення у зв'язку з домінуючим положенням в структурі посттрансфузійних вірусних гепатитів. За приблизними експертними оцінками ВООЗ в Україні гепатитом С інфіковано біля 3% громадян або близько 1,2 млн. осіб. Головна небезпека полягає в розвитку цирозу печінки у 10-20% хворих в терміні від 5-20 років з моменту інфікування. Патогенез HCV-інфекції, не дивлячись на багаточисельні дослідження залишається не до кінця вивченим.За даними наукової літератури відмічається надмірна напруженість системи антиоксидантного захисту, а також порушення обміну заліза. Виходячи з цього, метою нашого дослідження було вивчення активності церулоплазміну та насиченості трансферину залізом у хворих на хронічний гепатит С у порівнянні з хронічним гепатитом В, а також в залежності від концентрації вірусу в крові.

Матеріали і методи. Нами обстежено 20 хворих на хронічний гепатит С (antiHCV+) в стадії реплікації вірусу (RNA HCV+) з помірно вираженою активністю, з них – 11 чоловіків і 9 жінок віком від 19 до 55 років (середній вік – 37,79±3,07 років). Діагноз хвороби встановлювали на основі скарг, анамнезу хвороби, об'єктивних даних та змін лабораторних показників. Разом з біохімічним аналізом крові, пацієнтам визначали активність церулоплазміну та насиченість трансферину залізом за методиками Г.О. Бабенка (1991р). Обстеження проводили на момент поступлення хворих на стаціонарне лікування. Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням стандартного пакету «Statistica 8».

Результати. Встановлено, що всі хворі скаржилися на загальну слабкість, важкість в правому підребер'ї. Тривалість перебігу хвороби складала від 1 до 13 років. За даними УЗД печінки відмічалися: гіперехогенність, дрібнозернистість. Розміри в середньому сладали 14,5±0,8 см., селезінки -11,5± 1,0 см. Вена порта -1,0 -1,3 см. У 37,5% хворих були явища анемії, у 22% - підвищене ШОЕ. Загальний білірубін не перевищував 75,6 мкмоль/л, тімолова проба - 9,05 од., АЛТ -145,7 од., альбумін знижувався до 37,9%. RNA HCV була позитивна у всіх хворих, концентрація вірусу досягала $5,10*10^6$ копій/мл. Активність церулоплазміну в середньому складала 37,04±4,86 ум.од., насиченість транферину залізом – 0,45±0,14 ум.од., що достовірно перевищувало показники здорових осіб, а також хворих на ХГВ ($p< 0,05$).

Висновок. У 55 % хворих на ХГС спостерігається підвищення активності церулоплазміну, у 80% - підвищення насиченості транферину залізом, що вказує на порушення як антиоксидантної системи, так і обміну ессенціальних мікроелементів – заліза та міді. Відмічена кореляція цих показників із концентрацією вірусу у крові.

КЛІНІКО-ЕТІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕПТОСПІРОЗУ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сорока О.Р.
Наукові керівники: к. мед. н., доц. Т,О. Нікіфорова, асист. О.В. Копчак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

Вступ. В Івано-Франківській області сформувалися природні та антропургічні осередки лептоспірозу. Відомо, що у попередні роки циркулювали, в основному, L.Icterohaemorrhagiae, L.Grppotyphosa, L.Hebdomadis, L.Tarassovi, L.Canicola, але в останні 4 роки з'явились випадки лептоспірозів, які викликані новими для нашої області лептоспірами – L.Pomona, L.Bataviae, L.Australis, L.Autumnalis, L. Cynopteri та інші.

Мета роботи. Скласти етіологічну, клініко-лабораторну характеристику лептоспірозів, визначити особливості перебігу, прогностичні ознаки.

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано медичні карти хворих на лептоспіроз, пролікованих в ОКІЛ у 2011-2014 р.р. Діагноз підтверджений в РМА за наростанням титру антитіл до лептоспір.

Результати. Серед 48 хворих антитіла до L.Grppotyphosa виявлено у 11 хворих, L.Pomona – у 11, L.Icterohaemorrhagiae – у 8, L.Autumnalis – у 5, L. Canicola – 5, L.Australis – у 3, L. Cynopteri – 3 L.Bataviae – у 2 . Переважали чоловіки (36). Всі хворі жителі сільських районів. Їх вік від 29 до 82 років, тільки 1 хворий мав 16 років. У більшості хворих лептоспіроз перебігав у тяжкій формі, тільки у шести була середньотяжка форма (L.Pomona, L.Bataviae, L. Cynopteri, L.Icterohaemorrhagiae). Зараження на лептоспіроз (7 із 11 випадків, L.Pomona, L.Bataviae) частіше пов'язане з водним шляхом. При інших лептоспірозах (L.Australis, L.Autumnalis) в епіданамнезі - наявність домашньої худоби і гризунів. Хворі поступали до лікарні, в основному, з червня по листопад. Більшість хворих мали високу температуру – 39-40°С. Болі в м'язах були у всіх, окрім хворих з L.Australis та L.Bataviae. Найтяжчу гостру ниркову недостатність викликали L.Autumnalis і L.Icterohaemorrhagiae. Жовтяниця була у всіх хворих, гостра печінкова енцефалопатія спостерігалася у двох хворих. Реактивний панкреатит спостерігався у 76% хворих. Найбільше ускладнень мали хворі з L.Autumnalis і L.Pomona.

Висновки. Отже, відмічається активація осередків L.Pomona та поява спорадичних випадків L.Autumnalis, які володіють високою вірулентністю та тяжким перебігом хвороби. Поодинокі випадки L.Australis, L.Bataviae, L. Cynopteri мали дещо легший перебіг.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ЗАЛІЗНИЧНОМУ РАЙОНІ М. ЛЬВОВА У 2011-2013 РР.

Цепінь М., Рудюк М.
Науковий керівник – к. мед. н., доц. Л. Козак
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра епідеміології

Актуальність. Хвороба Лайма (ХЛ) – найпоширеніша трансмісивна інфекційна хвороба країн помірного кліматичного поясу. Борелії є причиною виникнення етіологічно не діагностованих у 16,7 % випадків неврологічних та 20,7 % ревматологічних захворювань.

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей ХЛ у Залізничному районі м. Львова за 2011-2013 рр. з метою вдосконалення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Матеріали та методи. Для досягнення мети використано описово-оціночний, статистичний, аналітичний, картографічний прийоми комплексного епідеміологічного методу дослідження та дані обліково-звітної документації органів ДСЕС України.

Результати. На території Залізничного району м. Львова спостерігається неблагополучна епідемічна ситуація щодо ХЛ. Середній показник захворюваності у роки дослідження становив 3,9 випадків на 100 тис. населення і перевищував середній багаторічний показник у 1,15 разу. Спостерігалась тенденція до зниження рівня захворюваності на ХЛ, випадків смертності не відмічалось. Групами ризику щодо захворюваності на ХЛ були дорослі 30-39 р. та 60 років і старші (18,2 та 13,2 на 100 тис. населення відповідно). Реєструвались випадки й серед дітей із найвищим показником у 15-17 р. (1,6 на 100 тис. населення). Найвищий середній показник захворюваності реєструвався серед робітників і службовців – 37,7 на 100 тис. населення, високим він був і у групі пенсіонерів – 18,6 на 100 тис. населення. У розподілі за статтю встановлено в 1,7 разів вищу захворюваність серед жінок. У пацієнтів зараження відбувалося у лісових масивах (61 %), паркових зонах (23 %) та на присадибних ділянках (16 %).

З усіх захворілих на ХЛ було госпіталізовано 40 %. Частка госпіталізованих була найвища серед осіб, які звернулися в 1-7 дні захворювання (85 %) та в 5,6 рази менша серед тих, які зверталися на 8-14 день захворювання (15 %).

Висновки. Таким чином, ХЛ є складною медичною проблемою для територій дослідження. Встановлена неблагополучна епідемічна ситуація вимагає реалізації додаткових цільових профілактичних програм, реєстрація безеритемних форм, а зростання частки тяжких форм перебігу – вдосконалення клініко-лабораторних підходів у діагностиці.

ІВАБРАДИН: У ФОКУСІ ПРОТИІШЕМІЧНА АКТИВНІСТЬ

Боднар М. В.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. Н. М. Середюк
Науковий консультант - к. ф-м. н., доц. А. М. Добровольська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства
Кафедра медичної інформатики, медичної і біологічної фізики

Актуальність. Пошук фармакотерапевтичних препаратів, які б суттєво зменшували частоту серцевих скорочень, що необхідно хворим на *хронічну стабільну ішемічну хворобу серця* (*ХСІХС*), призвів до впровадження в лікарську практику івабрадину – потужного інгібітора if-каналів синусового вузла. У рандомізованому клінічному дослідженні SIGNIFY (2009-2014) доведено, що івабрадин слід вважати антиішемічним фармзасобом, оскільки зменшення тахікардії обмежує зону ішемії, а також потребу міокарда в кисні.

Мета роботи. Дослідити можливість використання івабрадину в лікуванні хворих на стабільну ішемічну хворобу серця.

Матеріал і методи дослідження. Було проаналізовано 20 історій хвороб у пацієнтів з різними класами ІХС. Серед обстежених були хворі зі стабільною хворобою коронарних артерій (7 чол.), з інфарктом міокарда (10 чол.), з ASD (atrium septum defect – 2 чол.) і з токсичною кардіоміопатією (1 чол.). Серед 20 хворих у 55% спостерігався гіпокінез по задній стінці лівого шлуночка (у 45% – норма), у 80% – гіпокінез по міжшлуночковій перегородці (у 20% – норма). У свою чергу з 20 хворих 30% пацієнтів мали концентричну, а 10% – ексцентричну гіпертрофію лівого шлуночка, 50% – ексцентричне ремоделювання лівого шлуночка, 10% – нормальну геометрію лівого шлуночка. Середнє арифметичне значення частоти серцевих скорочень у хворих контрольної сукупності становило 92,6 уд./хв., а у хворих дослідної сукупності – 71,5 уд./хв.

Методи дослідження відповідали стандарту, визначеному Протоколом надання медичної допомоги хворим на стабільну стенокардію і гострі коронарні синдроми. Тому для аналізу ефективності лікування використовувалися параметричні критерії перевірки статистичних гіпотез (критерій Фішера-Снедекора і Стьюдента).

Результати. За результатами експериментального дослідження була перевірена статистична гіпотеза про рівність дисперсій двох нормальних сукупностей (контрольної і дослідної). Критерієм перевірки підлягав розподіл Фішера-Снедекора. Оскільки, мала місце нерівність $f>f^*$,($f=6,221$ – обчислене значення критерію Фішера-Снедекора; $f^*=3,432$ – критичне значення критерію Фішера-Снедекора, визначене на рівні значущості $\alpha=0,005$), тому з надійною ймовірністю P=0,995 був зроблений висновок, що дисперсія контрольної сукупності більша за дисперсію дослідної. Це дало можливість перевірити статистичну гіпотезу про рівність центрів розподілу двох незалежних сукупностей (контрольної і дослідної), коли їх дисперсії невідомі і передбачається, що вони нерівні. Критерій перевірки цієї статистичної гіпотези підпорядковувався розподілу Стьюдента. Оскільки мала місце нерівність $t>t^*$ ($t=4,539$ – обчислене значення критерію Стьюдента; $t^*=3,078$ – критичне значення критерію Стьюдента, визначене на рівні значущості $\alpha=0,005$), тому з надійною ймовірністю P=0,995 був зроблений висновок, що центр розподілу контрольної і дослідної сукупності зміщені.

Висновок. Встановлено, що застосування препарату івабрадину в схемі лікування хворих на *ХСІХС* вплинуло на зміну частоти серцевих скорочень у обстежених пацієнтів.

За отриманими результатами дослідження хворим на *ХСІХС* рекомендується приймати препарат івабрадин (кораксан) в дозі 5 мг 2 рази на день, курсами 3-4 рази на рік.

КОРОНАРНЕ СТЕНТУВАННЯ – ПАНАЦЕЯ ПРИ ГКС?

Данканич В. В.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. Т. В.Мергель
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

Актуальність. Гострий коронарний синдром є серйозною та актуальною медико-соціальною проблемою сучасності, що пов'язано з важкістю наслідків для життя та здоров'я, тенденцією до його омолодження у віковому аспекті, цілою низкою соціальних проблем – високою смертністю, тимчасовою чи постійною втратою працездатності.

Мета. Проаналізувати ефективність використання коронарного стентування, як методу реперфузійної терапії при гострому коронарному синдромі (ГКС) та його впливу на стаціонарну летальність на прикладі роботи Закарпатського обласного клінічного кардіологічного диспансеру (ЗОККД) та Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні (ІФЦМКЛ).

Матеріали і методи: статистичний аналіз показників роботи рентген-хірургічного відділення Закарпатського ОККД та відділення інвазивних методів діагностики та лікування Івано-Франківської ЦМКЛ за 2013-2014 роки.

Як вітчизняні, так і європейські алгоритми та рекомендації щодо надання медичної допомоги при ГКС вказують на необхідність ургентного коронарного стентування хворих із STEMI, оскільки, первинна балонна ангіопластика з більшою частотою призводить до відновлення прохідності коронарних артерій і до нормального антеградного кровотоку, ніж тромболітична терапія. Термінової інвазивної стратегії потребують NSTEMI пацієнти з дуже високим ризиком: при рефрактерній стенокардії, повторній стенокардії, при наявності клінічних симптомів серцевої недостатності або гемодинамічної нестабільності, аритмії із загрозою для життя. Загальний час ішемії не має перевищувати 120 хв., а «Золотою годиною» для надання високоефективної медичної допомоги при ГКС є перші 60 хв. Дані роботи ЗОККД вказують на те, що в перші 2 години від початку симптомів ГКС виконується тільки 7,4% коронарних стентувань, найбільша частка - 61,6% стентувань при гострому інфаркті міокарда (ГІМ) виконується в термін 3-24 годин. Згідно з даними відділення інвазивних методів діагностики та лікування (ІМДЛ) ІФЦМКЛ при STEMI в перші 2 години виконується 25,62% коронарних стентувань, найбільше – 45,81% проводиться в термін 2-6 годин. В той же час, при NSTEMI в перші 2 години – 13,04%, найбільше – 47,83% стентувань в термін більше 12 годин. Згідно з вищенаведеними даними в більшості випадків час «двері – балон» або «медичний контакт – балон» перевищує 90 хв. Основними причинами цього є

низька санітарна культура населення та проблеми з транспортуванням хворих до центру з можливим перкутанним коронарним втручанням (ПКВ). На рівні ЗОККД з широким використанням реперфузійної терапії у формі стентування, летальність від ГКС становить 5,5% за 2014 рік, а в ІМДЛ ІФЦМКЛ – 4,22%, що вказує на високу ефективність лікування. Для порівняння: летальність при інфаркті міокарду по Україні в 2011 році склала12,95%, 2012 - 13,88%, а в 2013 становила 13,88%. Ініціатива «Stent for Life», до складу якої входить і українська кардіологічна спільнота, спрямована на забезпечення доступності до рятуючих життя технологій шляхом організації максимально швидкої доставки хворих у відповідні медичні заклади.

В Україні станом на сьогодні існує 44 центри з можливістю проведення черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), 13 із них, в тому числі й ЗОККД та ІФЦМКЛ, можуть чергувати цілодобово та щодня, що позитивно впливає на показник стаціонарної летальності при ГКС. Якщо всі центри зможуть працювати в режимі 24/7, для чого необхідне створення спеціалізованого штату фахівців, то показник летальності від ГІМ по Україні помітно знизиться та наблизиться до європейського.

ПОРТРЕТ “ПОСТІНФАРКТНОГО ХВОРОГО”: У ФОКУСІ МАГНІТНО – РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Петровська Л.Р.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Н.М. Галюк
Науковий консультант - д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра внутрышньої медицини №2 та медсестринства

Актуальність. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – метод медичної візуалізації з використанням фізичного явища ядерно – магнітного резонансу. Актуальність використання МРТ – діагностики зумовлена високими можливостями ,серед яких можливість провести оцінку будови та функції органа, виявити патологічні зміни, які при інших методах візуалізації можуть бути скриті, синхронізувати томограму із зубцями електрокардіограми. Безпечність зумовлена неінвазивністю даного методу візуалізації, який не пов’язаний із застосуванням іонізуючого випромінювання, та використовує промені , що містять на 19 порядків менше енергії ніж та, що використовується при рентгенографії і радіонуклідній діагностиці. Контрастна речовина , яка використовується в МРТ - діагностиці в меншій мірі здатна викликати алергійні реакції, ніж йодисті препарати, які використовуються при традиційній рентгенографії і комп’ютерній томографії . Переваги зумовлені також більшою чіткістю та деталізованістю МР – зображення серця в порівнянні з результатами інших методів візуалізації, можливістю реконструювати об’ємні зображення органів, а також відтворювати трьохвимірну структуру серця.

Мета роботи: встановити характер морфо – функціональних змін у хворого, що переніс інфаркт міокарда і виокремити критерії для прогнозування та ведення “постінфарктних” хворих .

Матеріал і методи дослідження:в дослідження включено 8 кардіологічних хворих, у 7 з яких верифіковано ішемічну хворобу серця (іХС), в одного дефект міжпередсердної перегородки (стан після пластики дефекта типу ASD – II,ostium secundum). Об’єм обстежень базується на рекомендаціях Європейського Товариства Кардіологів (ЄТК) та Асоціації Кардіологів України (АКУ) і включає оцінку больового синдрому (типовий, атиповий , неангінальний) , претестову ймовірність іХС, ЕКГ, ЕхоКГ, селективну коронарографію , МРТ – діагностику, яка проводилася в лікувально – діагностичному центрі “СіМед Груп ”(Л.Б. Стефанська, О.Ю. Стефанський).

Результати дослідження та їх обговорення.Серед обстежених 8 хворих у 5 (62,5 %) з допомогою МРТ- діагностики виявлені структурні та функціональні зміни в міокарді , які кваліфіковані як виражена дилатація порожнин зі стоншенням стінок серця , глобальна гіпокінезія з ділянками відтермінованого контрастування (трансмуральне, інтрамуральне , субепі-, та субендокардіальне) та фіброзу ; в одного хворого діагностовано синдром некомпактності ЛШ (підвищена трабекулярність , гіпоперфузія, відтерміноване контрастування субендокарда). Ще в одного хворого з пластикою дефекта МПП виявлено вип’ячування середньої третини МПП в систолу передсердь в сторону правого передсердя глибиною 0,6 см і протяжністю 1,7 см (аневризма МПП). У 2 обстежених (25%) структурних змін в міокарді не виявлено .Таким чином портрет постінфарктного хворого слід доповнити такими морфо-функціональними ознаками як : синдром некомпактності ЛШ , дилатація порожнин серця , глобальна або сегментарна гіпо-, акінезія ,гіпоперфузія , відтерміноване контрастування (трансмуральне, інтрамуральне або субепі- та субендокардіальне). Вказані зміни можуть пояснювати феномен slow reflow у хворих після тромбекстракції , ангіопластики та стентування коронарних артерій .

Висновок: МРТ – діагностика необхідна у хворих з клінічними ознаками синдрому гібернації міокарда, що важливо для ведення постінфарктних хворих та прогнозування наслідків дестабілізації іХС.

INFLUENCE DE L'ORDINATEUR SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Aleksovitch L. V.
Dirigeant scientifique - enseignant en chef T. V. Lashkiv
Université nationale de médecine d'Ivano- Frankivsk
Chaire des langues

L'utilisation de l'ordinateur amène beaucoup de problèmes à la santé, surtout pour les enfants.

Selon l' Organisation mondiale de la santé le champ électromagnétique de moniteur de l 'ordinateur provoque de grands changements dans l'organisme. Les résultats des récherches suivant les points controlés et la norme établie de 50 - 60% sont :

- système nerveux: les résultats changent de 52 à 32%;
- génération des vaisseaux sanguins du cerveau : les résultats sont 43%;
- index du système endocrine et du coeur: la dégression est vers 27%;
- système artériel et système veineux: la dégression est vers 28%;
- système sécréteur des reins: les résultats sont évalués à 20%.

L'organe le plus sensible au champ électromagnétique chez les filles est le pancréas (90%), et chez les garçons ce sont les reins qui sont souvent affectés (80%).

L' influence de l'ordinateur sur la vision est évidamment trop dangereuse: la miopie se développe.

2 heures par jour devant l'ordinateur au cours d'un période long provoquent chez 50% d 'enfants l'asthénie. Les enfants s'y trouvent le plus longtemps pendant les jeux vidéo.

Les savants japonais constatent les changements psychiques chez les enfants: la vie réelle se déforme, l'agression et la cruauté apparaissent. La dépendance de l'ordinateur se développe chez 60 - 70% d 'enfants, surtout à l'âge de 13 à 15 ans.

Principaux reinseignements aux enfants pour le travail à l'ordinateur :

- placer contre le mur la partie arrière de l 'ordinateur;
- ne se trouver devant le moniteur que 15-20 minutes;
- la distance de l'écran aux yeux doit être 50 - 70 centimètres;
- faire de la gymnastique pour les yeux;
- suivre les règles de l'hygiène: essuyer l'écran de l'ordinateur par la serviette humide, aérer la chambre.

TONGUE PARALYSIS AFTER OROTRACHEAL INTUBATION IN PATIENT WITH PRIMARY MEDIASTINAL TUMOUR

Boiko Iryna
Scientific supervisor - senior tutor N. R.Vengrynovych
Chair of Linguistics

The aim of our research is to study various types of complications during tracheal intubation.

The task of our work is to investigate the main causes of complications arising after tracheal intubation on the whole and a case of tongue paralysis after orotracheal intubation in a patient suffering from primary mediastinal tumour in particular.

Tracheal intubation is the placement of a flexible plastic tube into the trachea to maintain an open airway or to serve as a conduit through which to administer certain drugs. Tracheal intubation requires a great deal of clinical experience to master and serious complications may result even when properly performed.

Several lesions have been described as post-intubation complications, such as laryngospasm, perforation of the trachea or esophagus, irregular heartbeat, high blood pressure, elevated intracranial and introcular pressure, bronchospasm as well as injuries to the pharynx, larynx or trachea. Cranial nerve injury following routine endo-tracheal intubation appears to be rare, and most reports describe Tapia's syndrome with hypoglossus/recurrent laryngeal nerve paralysis; cases that describe only bilateral hypoglossus palsy are infrequent.

We have investigated the case record of a 28-year-old man suffering from bilateral hypoglossus palsy after he had been performed a diagnostic anterior mediastinotomy in the Ivano-Frankivsk Regional Hospital. After the procedure the patient exhibited peripheral desaturation to a level of 60%. The patient had to be intubated again and was kept in the intensive care unit. Overall, the patient remained a total of 70 days in the intensive care unit and was intubated for 62 days. After discharge, the patient complained of an inability to swallow and difficulty in speaking with normal vibration of the vocal cords. Examination revealed no structural alterations of the soft palate. The tongue exhibited bilateral hypotrophy with an inability to move forward, suggesting bilateral hypoglossus palsy. Due to the spatial distance, the doctors ruled out injury to the hypoglossal nerve caused by surgery. They attributed the cause of injury to neuropathy after prolonged compression of neighboring tissues by the tube, which was transferred to the nerve.

As a result of the conducted investigation we have come to the **conclusion** that to avoid complication after tracheal intubation, special attention should be paid to the correct positioning of the head during surgery or during rapidly performed tracheostomy if prolonged intubation is anticipated.

"SMART" INSULIN

Davydenko O.V.
Scientific supervisor – N.M. Dybuna
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Linguistic

Today manypeoplesuffer fromdiabetesmellitus,so newmodifiedinsulinhas been developedby the scientistsfrom the USA. Normally, after you have eaten food thatcontains a lotofglucose, your blood sugar level rises.ß-cells in your pancreas are signaled toproduce and to release insulin into your bloodstream. Insulin then binds tothecells' receptorsand thus contributes tocells' membranepermeabilitytoglucosefrom the bloodstream.Due to the splitting of glucose in the cell it receives energy. However,patients withtype I diabetes mellitus have a violationordeficiencyof insulinsynthesis, leading to increasedblood glucoseandcells' energy starvation. Brainsuffers mostly,because glucoseis the only source of energy for it. Therefore, to preventhyperglycemiapatientsneed todetermineglucose level inblood always andto inject insulin. Butto avoid its constantdeterminationandintroductionthe "smart" insulinwas created.

It maintainsa constantconcentration of glucosefor 14 hoursand altersits activitydepending on the level of glucose. Toone of theinsulin'sendborophenylic acidconnected to alkyl fragment was attached. Whenglucose levelis low, alkylfragment bindsto albumin–a protein constantlycirculating in the blood,and the moleculebecomes inactive. Whenblood glucoselevel is

high,borophenylicfragmentis attached toglucose, thenalkyl fragmentand albuminare disconnectedandinsulinmoleculebecomes active. Thuswe avoidhyperglycemiathatin a few yearscan make a person invalid andevenkill him.

AFRICANCHILDREN. HOW CAN WE HELP?

Dziombak Khrystyna
Scientific supervisor- senior tutor of the Chair of Linguistics N.R.Vengrynovych

The aim of our research is to find possible ways ofgiving help to Africanchildren who areperhaps the most vulnerable human beings not only in time of crisis but also in everyday life.

The main task of our investigation is to reveal health problemswhich may be caused by malnutrition and lack of safe drinking water in this part of the Earth as well as to discover the means of giving aid to African children by Ukrainian people on the whole and the students of Ivano-Frankivsk National Medical University in particular.

Proper nutrition and safe water are essential for healthy development, and without them, children are at risk of serious illnesses and death.In developing countries over 90% of deaths of children under five years old are caused by diarrheal diseases. It is estimated that over 14,000 people die daily due to complications caused by lack of access to safe drinking water. Malnutrition weakens children's immune systems leaving them with little or no protection against water-related diarrheal diseases. Its occurrence may lead to permanent problems with physical and mental development. Malnutrition also has an effect on HIV transmission. Moreover, acute and chronic diseases cannot be treated properly because there are not enough healthcare workers and medication to reach every child in need. The situation of many children seems helpless but we, students of IFNMU, believe that we are able to help prevent many deaths and improve conditions in which children are forced to live.

Firstly, we should fight malnutrition. According to the United States Fund for UNICEF, almost half of the population is malnourished in the southern parts of Somalia;over eleven million people in the Horn of Africa are in need of food assistance due to the drought and two million children are at risk of starvation in Kenya, Ethiopia, Djibouti and Somalia.Many diseases can be avoided with a healthy and properly nourished body.*Secondly*, it is extremely important to provide families with safe drinking water. Many infections are caused by bacteria and parasites living in the polluted water. Access to clean water is essential for the prevention of disease and death of children.

So, **what can we personally do to help African children?-** Just $1 per day to Aid for Orphans Relief Foundation is enough to provide 24 packets of high energy biscuits specially developed for malnourished children. Another $1 per day is enough to provide 2 families with Basic Family Water Kits that are able to give access to clean water if necessary. With $1.5 from Ukrainian people per day it will be possible to provide 1malnourished child with Ready-to-eat Paste for Acute Malnutrition.

To crown it all it must be said that it is obvious that inhabitants of developing countries need help in gaining access to safe drinking water in order to get a chance for normal healthy lives.

«CHANGE DYNAMICS OF TRACE ELEMENT COMPOSITION IN ORGANS AND TISSUES OF EXPERIMENTAL ANIMALS UNDER CONDITIONS OF CADMIUM AND NITRATE INTOXICATION»

Dmytruk Yulia
Scientific supervisor - L.A. Kobzan
State higher educational institution «Ivano-Frankivsk national medical university»
Department of linguistics

Environmental pollution with heavy metals,nitrates and nitrites has reached the level that threatensthe human's health. Nowadays, situations when ions of nitrates and cadmium cationssimultaneously enter the human's organism are very frequent. Scientific and practical interest has become the research of combined effect of these toxicants on traceelement composition of the liver and kidney.

The main goal of the research was to study the combinedeffect of cadmium chloride and sodium nitrate on zinc and cuprum contents in liver and kidney tissues. To study the combined effect of cadmium chloride and sodium nitrate intoxication on the white nonlinear male rats was modeled. The weight of male rats was about 180-200 grams. The experimental animals were divided into 2 groups: I-control group (intacts), which drank the usual drinking water; II-second group, animals received cadmium chloride intramuscularly in the dose of 1\10 LD_{50} andsodium nitrate orally in the dose of 1\10 LD_{50} during 10 days. The material was collected on 14^{th},28^{th} days after intoxication.

The results of the conducted research showed the increase (1.7-1.9 times) in cuprum level in kidney tissue of the intoxicated rates on the 1^{st},28^{th} dayscompared to the intact ones.As for the cuprum content, it should be noted that inthe liver its level increasesthe most on 14^{th} and 28^{th} days(1.7 times).

Zinc level in kidney tissue decreases on 14^{th} day. But on 28^{th} day of the experiment its level is higher1.2 times compared to the control group of animals, their zinc content in the liverincreases 1.5 times on 14^{th} day, and decreases by the end of the experiment.

The obtained results of the research confirm imbalance of cuprum and zinc levels in organisms of the animals havingexperienced cadmium and sodium intoxication. Such changes can lead to changes of the organismhomeostasis, including the protein, lipidic, hydrocarbonate and mineral metabolisms.

AGROSTISTENUIS AS BIOINDICATOR OF ANTHROPOGENIC POLLUTION OF TERRESTRIAL ECOSYSTEMS

Hladenka O.Ya.
Scientific supervisor – Z.B. Chut
SHEI «Ivano-Frankivsk NationalMedical University»
Chair of Linguistics

Among the most important current problems is the environmental condition. Oil and oil products playthe important role inits pollution.Soil contamination by oil leads to a violation of dynamic equilibrium in the ecosystem due to changes in the structure of the soil cover, soil geochemical properties and toxic effects on living organisms. The risk of oil pollution is associated with high sensitivity to higher plants, which play an important role in all terrestrial ecosystems. Windlestraw due to its morphology is resistant to contamination byoiland unpretentiousto soil fertility, so it can be used for the remediation of soils. The aim of the research was to studymorphophysiologicalways to adapt windlestrawtooil pollution. Windlestrawwasgrown in vessels, volume of 15 liters.

Oil was introduced in the rate of 50 ml/kg (mean pollution) and 100 ml/kg (strong pollution). Control soil was without oil. Soil and plants were taken from environmentally clean territory v.VistovaKalush district. In three weeks after the introduction of oil (required time for evaporation of volatile oil) plants of about the same size and age: the length of aboveground vegetative sprout is 33.5 cm, were plantedon the prepared soil. During the fifth day after planting we have observed die-back in the vessels, where there was excessive soil pollution (100 ml/kg). During the 19th day almost in all vessels the first bright green leaves began to appear;theygrowfrom thegreensward. The results of morphometric analysis showed that in average soil contamination such morphometric parameters like length and width of leaves and dry weight of aerial parts of windlestraware reduced. In case of excessive contamination the above mentioned indexes are reduced by 1.2 - 2.2. Generative sprouts are absent, and in average contamination the height of above ground part of generative individuals is reduced almost twice. It was determined that most pollutants that fall into plant cells, accumulate in chloroplasts, cause increased activity of chlorphilase that destroys chlorophyll-protein-lipid complex of photosynthetic apparatus and leads to a decrease in the intensity of photosynthesis. During windlestraw growth on the very contaminated soil the contentof carotenoids is higher than in control plants, so they do not fulfill their protective properties, and the decrease in chlorophylls'content occurs.The obtained research results indicate that Agrostistenuis may serve not only as bioindicator of technogenic pollution of ecosystems, but italso can be successfully used for the remediation of soilscontaminated by oil.

THE INFLUENCE OF POWER AND MANUAL TOOTHBRUSHES ON GUMS, TEETH AND ORAL CAVITY PROPER

Hrymaliuk Rostyslav
Scientific supervisor - senior tutor N.R. Vengrynovych
Chair of Linguistics

The aim of our research is to show the influence of power toothbrush and manual toothbrush on gums, teeth and oral cavity. The object is to figure out what toothbrush is the best to cope with cleaning of teeth, tongue and oral cavity on the whole.

A good, old-fashioned manual toothbrush has been proven time and time again that it's the right tool for the job, but in recent years, the power toothbrush has become a serious contender. Since both types of toothbrushes are designed to be used to promote good oral health, the one you choose to keep your teeth clean will depend on your personal preferences. The design of a manual toothbrush couldn't be simpler. It's the perfect shape and length, and it's easy for most people to use. But for those who lack manual dexterity or the ability to direct the toothbrush in the correct motion, a power toothbrush can help.

The purpose of a toothbrush is to remove plaque and to stimulate the gums to prevent tooth decay and gum disease. Today the design and technology of power toothbrushes has been evolved, some models have been clinically proven to remove significantly more plaque than a traditional toothbrush, especially in hard-to-reach areas.

There are a lot of pros and cons about manual and power toothbrushes. With the help of my group-mates, who readily agreed to be volunteers in my study, I am going to compare the results of brushing teeth either with manual or power toothbrush. Our experiment will last for two months.

Thus, students of group 12 of Ivano-Frankivsk National Medical University were divided into two experimental groups (A and B). Experimental Group A (12 persons) is going to use power toothbrush for a month and Experimental Group B (12 persons) is going to use a manual toothbrush for the same period of time. Before starting the experiment, all the volunteers visited a dentist, therefore, the statuses of their gums, teeth, salivary glands and oral cavity proper were written down in specially designed cards.

In a month all the students will visit their dentists one more time. Our task is to compare all the data taken at beginning of our experiment with those taken at the end. The volunteers' personal opinion, tooth sensitivity, general condition of the oral cavity after brushing teeth with one of the mentioned above toothbrushes will also be taken into consideration.

In a week a vice-versa experiment will be conducted (students having used manual toothbrush will use a power one and vice-versa). This will give complete information on dental peculiarities of everyone having taken part in the experiment. With the help of the data obtained we'll be able to define and recommend the best choice of toothbrush personally. Moreover, the effect of both manual and power toothbrushes on the oral cavity proper will be compared and estimated.

KLUGHEIT. FÄHIGKEITEN UND UNGLEICHHEIT

Huzol B.O.
Der wissenschaftliche Leiter – H.M. Fedorak
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

Wir bisher nicht betrafen Frage über voraussichtlich Wichtigkeit der beerbten Unterschiede in Fähigkeiten. Zulassen, dass auseinandergehen in ausbildenden Angaben, in anschließender fachlicher Karriere und Niveaus des Einkommens gültig unmittelbar wiedergäben Differenz in klugheitenen Fähigkeiten. In derart Gelegenheit es darf behaupten, dass in schulischem Gebäude gültig da ist Gleichheit der Möglichkeiten, doch Leute auffinden Niveau des Studiums, das ihr inländischer Potentialen antwortet.

Das derart klugheitenen Fähigkeiten? Viele Jahren Soziologen führten Diskussionen, gültig da ist ob alleinige Fähigkeit des Menschen, die es nennen Intellekt darf, und, falls der maßen, inwiefern er beruht auf angeborenen Unterschieden. Klugheitenen Fähigkeiten es hart zu bestimmen, insofern dieser Begriff ergreift viel allerhander, häufig Eigenschaften nicht verbinden. Z.B., wir können zulassen, dass allein „häufige" Ausgestaltung der klugheitenen Fähigkeiten spukt Möglichkeit abstrakte mathematische Aufgaben verbinden. Zugleich Leute, die erfolgreich derart Aufgaben entscheiden, ab und an entdecken nicht hoher Fähigkeiten in anderen Sphären, sprechen wir, in Geschichte oder Kunst. Insofern dieser Begriff nicht sich treiben lassen akzeptabler Bestimmung, einige Psychologen anboten (und viele Lehrkraft mit dieser unbedacht beistimmten), klugheitenen Fähigkeiten einfach Angabe des Tests IQ zu aufzählen (intelligence quotient, oder Koeffizient der Geistesbildung). Unausreichender dieser Angabe ist gänzlich augenfällig, weil Bestimmung der klugheitenen Fähigkeiten ist arm sein an Beweise.

Mehreren Testen IQ offensichtlichen Ganze der Begriffe aufgaben. Diese Teste ist vorgebaut dermaßen, dass durchschnittlichen Grad abfasst 100 Punkte: Gesicht, dass nicht anwirbt dieses Quantum, bestimmt als Mensch „mit klugheitenen Fähigkeiten niedriger durchschnittlicher", a wer anwirbt über 100 Punkte, hat „klugheitenen Fähigkeiten höher durchschnittliches Niveau". Ungeachtet fundamentaler Beschwerden der Messung der klugheitenen Fähigkeiten, Teste IQ umfassend ausnutzen in wissenschaftlichen Abhandlungen, sowie in Schulen und in Sphäre des Business.

IQ und genetische Faktoren Ergebnisse testet IQ gültig korrelieren mit Erfolgen in Studium (dass nicht verwunderlich, insofern diese Teste von Beginn an ausarbeiteten für prognostiziert der Erfolge in der Schule). Sie gleichfalls sind in Korrelation der Verbindungen mit sozialen, wirtschaftlichen und ethnische Unterschieden, und dieser alle letzter assoziieren mit Schwankungen der Niveaus das Studien der Angaben. In dem Gesamten weiße Lehrlinge demonstrieren besserer Angaben, als schwarzhauten oder Mitglieder anderer unbevorrechteter Minderheiten.

THE SIGNIFICANCE OF SCREENING PROGRAMS FOR DIAGNOSING *PHENYLKETONURIA* IN NEWBORNS

Ivashchyshyn S.V.
Scientific supervisor - V.Z. Vysochan
SHEI «Ivano-Frankivsk national medical university»
Chair of Linguistics

The objective of the study was to perform the statistical data analysis aimed to monitor the incidence of phenylketonuria (PKU) in Ivano-Frankivsk region.

Materials and methods. The study involved the statistical data of the Main Statistics Office in Ivano-Frankivsk for the period of 2000-2013, calculated by means of *STATISTICA 6.0. Software package.*

Findings. The study revealed that the number of patients with phenylketonuria in the region ranged from 17 to 23 individuals in the intervening years. The number of patients with classic PKU in 2005, 2009, 2010, 2011 and 2013 made up less than 1case per 10 000 people. And in 2003, 2004, 2006, 2008 and 2012 this index was higher than 1. The highest index was marked in 2003 and made up 2.83.

According to the data from local scientists the prevalence of PKU in Central Europe and in Ukraine makes up 1:10 000. This fact draws special attention to the early diagnosis and preventive measures for PKU in the region.

In the course of investigation, we have established that the screening for PKU wasn't performed effectively for two newborns from the same family in Kalush, Ivano-Frankivsk region. The first boy was diagnosed phenylketonuria when he was 11 years old as recommended by neurologist. In this case the PKU was first discovered by means of molecular-and-genetic analysis carried out in the Institute *of Pediatrics*, *Obstetrics and Gynecology* of NAMS of Ukraine in *Kyiv*. The second child from the same family was diagnosed with PKU at the age of two years.

Conclusions. The above-mentioned facts prove the necessity to spread some knowledge on genetics among health care personnel and families of reproductive age. The study findings prompted us to prepare special booklets on the importance of early PKU diagnostics and spread them among different health care institutions (Central Regional Children's Hospital and Women's Consultation Centre). This made it possible to promote preventive measures for this disease.

ARS ANTIQUA CURATIONIS – FUNDAMENTUM MEDICINAE MODERNAE

Ivanochko U.V. Praefectus scientificus – magist. N.V. Bondar
PSSI «Ivano-Frankivskyj universitas medicinalis nationalis»
Cathedra linguisticae

Medicina europaea moderna capit initio in Graeca et Roma. Finis examinationis – ungere principium et methodum curationis epochae Antiquae. Bases therapiae et ethicae praescribantur in „Aphorismi" Hippocrates, ad exemplum: 1) similia similibus curantur; 2) noli nocere aegroto; 3) natura sanat, medicus curat; 4) curare aegroto, sed non morbum. Momentum magnum agebat phytotherapia: librum «Codex Vindobonensis Medicus Graecus 1» (512 a.d. n.e.) et Corpus Hippocraticum. Medici antiquae adhibebat Artemisiam annuam pro curatione malariae, sed medicina moderna adhibet artemisinum, quo continet Artemisiam annuam. Proprietates antibacteriales nucis et urticae adhibentur hodie contra Staphylococcum. Curatio contra abscessum, podagram erat brassica. Hallen adhibebat eam contra morbum intestini. Examinatio moderna firmat, quod brassica inhibetur tumorum cellulosorum. Chirurgia – disciplina senissima. Doctrina de fascibus, instrumentis, curatione vulnerum, fracturarum praescribuntur in laboraribus „patris medicinae". Hodie methodi actuales Hippocratis pro curatione luxationis humeri et pedis vari, filum chirurgicum „mitra Hippocratis", et „scamnum Hippocratis" – hodie filum chirurgicum adhibetur medicina. Principum «Ubi pus ibi evacuo»est signum pro curatione pyopathiae et inflamationis. Sic principia et methodi therapiae antiquae – fundametum firmum medicinae modernae.

INTERNET UND DIE MENSCHEN

Kostenko S.W.
Der wissenschaftliche Leiter – M.I. Huzol
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

Mein Forschungsthema heißt: «Internet und die Menschen» und ich werde in meinen Forschungen auf folgende Punkten eingehen: -Internetnutzung. Statistische Angaben. -Was ist Online-Sucht.-Charakteristische Symptome-Folgen-Professionelle Hilfe. Heutiges Leben kann man kaum ohne Medien vorstellen. In der Schule, an der Universität, auf der Arbeit oder zu Hause – sie begleiten und verfolgen uns überall. Fernsehen, Radio, Internet sind schon zum Alltag geworden. Und das Internet, sowohl in Deutschland, als auch in der Ukraine hat die führende Position. Die Frage von Internetabhändigkeit ist heutzutage sehr aktuell, weil es zu einem großen und wichtigen Medium geworden ist. Mittlerweile gibt es kaum ein Mobiltelefon, dass nicht Internetfähig ist. Aber das Internet birgt jetzt nicht nur viele Informationen, sondern auch Gefahren. Schnelle Kommunikation, grenzenlose Informationen und Unterhaltung: Das Internet bietet fast unendliche Möglichkeiten. Im Internet habe ich gefunden, dass heutzutage etwa 62 Millionen der Deutschen und 23 Millionen der Ukrainer im Internet surfen. Laut der statistischen Angaben wird in Deutschland das Internet meistens benutzt, um E-Mails zu schreiben, um im Internet zu surfen oder Online-Nachrichten zu lesen. Kaum jemand möchte auf die Möglichkeiten des Internets verzichten. Das Netz kann aber auch gefährlich werden, denn es macht abhängig. Namensgeber der Internetsucht ist der New Yorker Psychiater Ivan Goldberg, der den Begriff „internet addiction disorder", kurz: IAD, 1995 erstmals einführte. Er beschrieb die Abhängigkeit als ein psychisches Problem ähnlich der Spiel- oder Kaufsucht. Man vermutet, dass rund 2,5 Millionen Menschen in Deutschland online-züchtig sind. Dabei werden drei Gruppen unterschieden: An erster Stelle steht die Gruppe der Online-Sexsüchtigen. Vor allem Männer, überwiegend Studenten unter 30 Jahren. An zweiter Stelle sind die jugendlichen Spielsüchtige. Auch hier finden sich mit 85% vor allem männliche Internetnutzer, meist im Alter zwischen 12 und 24 Jahren. Die dritte Gruppe ist abhängig von den sogenannten Chatrooms. In dieser Gruppe gibt es zu 90% Mädchen und Frauen.

Die Zahl der Menschen die ohne Internet nicht mehr leben können wächst. Dabei wissen viele gar nicht, dass sie abhängig sind. Für Internetsucht kann es viele Ursachen geben. Dazu ge-

hören unter anderem die Attraktivität des Internets sowie neue Handlungsmöglichkeiten wie die Realitätsflucht und das Experimentieren mit der eigenen Identität. Anders als Alkoholabhängige können Onlinesüchtige ihrem Suchtmittel nicht ihr Leben lang aus dem Weg gehen. Sie müssen unter fachkundiger Anleitung den richtigen Umgang mit dem Netz trainieren. So dass sie irgendwann in der Lage sind, ihre E-Mails zu checken und sich danach wieder von der virtuellen Welt zu verabschieden, um beispielsweise mit realen Freunden Fußballspielen zu gehen.

COMPARING THE NUMBER, ACTIVITY AND EFFECTIVENESS OF ORGANIZATIONS HELPING PEOPLE WITH DOWN SYNDROME IN UKRAINE AND THE UK

Krasnovskiy Vladyslav
Scientific supervisor − Tetiana Pizhuk
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Linguistics Department

Objectives. The main purpose of this work is to analyze the number and the activity of organizations, services and events helping people with Down syndrome, and to compare their effectiveness in Ukraine and the UK in terms of their opportunity to be the national advocate for the value, acceptance and inclusion of people with Down syndrome.

Materials and Methods. Working with statistic data over the last several years and analyzing stastistic data.

Findings. The first years of life are a critical time in a child's development. Children with Down syndrome typically face delays in certain areas of development, so early intervention is highly recommended. It can begin any time after birth, but the sooner it starts, the better. Detection, medical and social rehabilitation of children with Down syndrome at early age require close cooperation, based on providing services not only for child, but also to its family. We analyzed the existing techniques of supporting children and their families.

In Ukraine the social assistance to children with Down syndrome and their family support is poor, and it's only at early stage of developing. Organizations, services and events helping people with Down syndrome are mostly charitable. Doctors and teachers often use outdated and superficial information. This situation leads to child's abandonment in maternity hospitals and to low level of social adjustment of children with Down syndrome at later stages of their life. While comparing the situation in the UK, we have to admit much higher level of social protection and help financed by the state.

Conclusion. If we develop the wide network of organizations and services helping to detect, rehabilitate and integrate people with Down syndrome as useful members of the society, we would greatly benefit from it.

THERAPEUTIC EFFECT IN COMPARISON TO VITAMIN COMPLEX "SUPRADIN"

Lavreniuk I.Y. Scientific supervisor - Tetiana Pizhuk
SHEI «Ivano-Frankivsky National Medical University»
Linguistics Department

Objectives. The purpose of this work is to research the application of sea - buckthorn therapeutic properties in medicine and to compare them to the action and effectiveness of famous trade mark vitamin complex"Supradin";to show obvious advantages of the sea- buckthorn consumption in different forms over costy manufactured vitamins.

Materials and methods. Sea-buckthorn oil, extract, syrup, candles, juice, ointment, cream, aerosol were used by one group participants of the experimnt.The analysis of collected data was based on the self-assessment of the participants.

Findings. 100 women and men of 19 to 50 years of age were included into trial groups, after their informed written consent to the study procedures. One group of the participants chosen at randomdaily consumed 28 g of sea buckthorn daily and kept a record concerning their

symptoms of common cold, digestive tract infections and urinary tract

infections.The seeds of the berries had been ground to facilitate the absorption of the seed components in the digestive system.

Questions were answered by the participants of the trial every day.

The other group of participants consumed vitamin complex-"Supradin".They were also asked to record their health condition after vitamins intake for a certain period.

Conclusions. The results revealed the positive effects of sea buckthorn berries and oil on humans. The positive findings concerning the physiological effects of sea buckthorn berry and oils in humans deserve further investigation.

DEVELOPMENT OF SYMPATHOADRENAL CRISIS AGAINST THE BACKGROUND OF SLEEP AND REST VIOLATION

Lychman Tetiana
Scientific supervisor - I.F. Tsebruk
SHEI «Ivano-Frankivsk national medical university»
Chair of Linguistics

The purpose of the study is to investigate the effect of rest and sleep violation on sympathoadrenal system in students of the medical university.

Materials and methods: 5 case histories of students hospitalized with the diagnosis of sympathoadrenal crisis have been investigated.

Investigation results: we have found out that the study overload affects the students' health. The most common symptoms of sympathoadrenal crisis (increasing blood pressure, tachycardia, fear of death, sweating, trouble breathing) have been observed in the students under investigation. Having analyzed case histories it was found that the etiological causes of this condition were as follows: reduction of sleep, lack of rest, decreased physical activity, eating disorders, and stress. It should be mentioned that some cases involved the failure to diagnose, misdiagnosis, or the delayed diagnosis of a health condition because the mentioned above symptoms are characteristic to other diseases.

Conclusion: the investigation found that it is significant that the medical students should keep regular hours, have good rest after learning performance, get regular meals, and have a good sleep. Otherwise, the disruption of biological rhythms can cause health problems.

PLACEBOS (SCHEIN-MEDIKAMENTE) TÄUSCHUNG ODER NACHWEISBARE WIRKUNG?

Maslyak K.T.
Der wissenschaftliche Leiter - H.M. Fedorak
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

Wer möchte in seiner gesundheitlichen Notsituation statt

eines wirkungsvollen Arzneimittels mit einem Schein -Medikament aus Stärke, Zucker, Kochsalzlösung u. ä. abgespeist werden? Niemand. Genau das aber ist ein Placebo.

So gesehen wäre das Thema bereits abgehakt, das Kapitel beendet. Ganz so einfach ist es aber nicht. Warum ist das Prinzip der Placebo-Behandlung so alt wie die Menschheit und ihre Medizin? Warum hat sich bis heute, selbst in unserer aufgeklärten Zeit und Gesellschaft dabei nichts geändert? Was steckt eigentlich hinter dem Placebo-System? Nur Betrug oder auch eine unentbehrliche Hilfs-Funktion, wenngleich durch heilsame Einbildung?Aber ist nach heutigem Rechts-Verständnis auch alles zulässig, was hier möglich ist? Vor allem aber: Wo, wie und durch welche Faktoren entwickeln Placebos ihre Wirksamkeit: Persönlichkeitsstruktur des Patienten und des Arztes, Beziehung zwischen Arzt und Patient, individuelle Krankheitssituation, äußere Einflüsse, Verlauf des Leidens u. a.?Und haben Größe, Form, Farbe usw. eines Arzneimittels wirklich einen solchen Einfluss? Werden Placebos in der Therapie heute noch eingesetzt? Und vor allem: Welche Rolle spielen sie in den Arzneimittel-Prüfungen beim so genannten Doppel-Blindversuch? Sollen sie tatsächlich zum wissenschaftlichen Standard gehören?Alles Punkte, die insbesondere eines nahe legen: Nicht gleich alles in Frage stellen, ablehnen, von unbewiesenen Phänomenen, wenn nicht gar Betrug oder Skandal sprechen, bevor man sich nicht zumindest einen ersten Überblick verschafft hat. Dem soll diese Einführung in Möglichkeiten und Grenzen der Schein-Medikamente, der Placebos, dienen.

EFFICIA PELLICULARUM TERRORIUM IN CONSCIENTIA ET SUBCONSCIENTIA INFANTIUM

Ovchar I.U.
Praefectus scientificus – magist. U.S. Chopyk
PSSI Ivano-Frankivskyj universitas medicinalis nationalis
Cathedra linguisticae

Formido una e generibus popularibus cinematographicae. Tales pelliculas vident homines multi in urbe. Quails efficacia pellicularum terrororis in conscientia et subconscientia infantium? Horrores creantur, ut homines sentient angor, facientur exspectationes pavoris. Persona, qua videt pelliculas terrorores, caedit sui intrinsecus, tali modo demittitur immunitatem, per originem hormoni et anticorporis oriuntur hypoxia, sudor et cetera. Infantes – personae cum psychica non formans ad extremitate. Suae conscientia et subconscientia est in statu formantis, idcirco infantes non sentient, quod est bonum et malum. Ea pelliculae terrorores ferrunt pro iis periculi. Non habent humanitatis, aggressivi, inoboedientes. Quantum infantes dormiunt, vident terrors, metuunt nuctis. Pro sociumo infantes sunt non apti, et terrent alliquid.

WIEVIEL GEHIRN BRAUCHT DER MENSCH?

Pavljuk Ju.O.
Der wissenschaftliche Leiter – M. I. Huzol
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

Wie müssen die Gehirne arbeiten? In den letzten Monaten erschien die Nachricht mehrere Geschichten, die über Menschen mit beschädigten oder fehlenden Teile des Gehirns, die jedoch leben ein relativ normales Leben zu erzählen. Abgesehen von der Sensation dieser Meldungen und schauen sie aus der Sicht der Neurophysiologie, ist die Schlussfolgerung, dass wir nicht nur nicht verstehen, wie unser Gehirn funktioniert - es scheint, ist unser gegenwärtiges Verständnis der Mechanismen der seine Arbeit grundlegend falsch.

Im vergangenen Jahr berichtete die Presse über eine Frau, ohne Kleinhirn geboren wurde - ausgeprägter Teil des Gehirns, unter den Hinterhauptslappen der Halbkugeln befindet. Schätzungen gehen davon aus, in das Kleinhirn enthält bis zu die Hälfte aller Zellen des menschlichen Gehirns. In diesem Fall ist es nicht nur um die Schädigung des Gehirns - des Kleinhirns in 24 Jahre alte Frau nicht existiert.

Nehmen Sie den letzten Fall, dass im Gehirn der Mann wurde festgestellt, Bandwürmer. Mehr als vier Jahre wurde der Wurm im Gehirn zu tun durch das Loch, so dass eine Menge Ärger zu seinem Besitzer - einschließlich Anfälle, Probleme mit dem Gedächtnis und Gefühl seltsame Gerüche. Für einen Mann, dessen Gehirn wird durch ein Lebewesen angenagt, bekam ein Mann aus relativ einfach. Wenn das Gehirn arbeitet nach dem Prinzip der meisten Geräte von der Menschheit geschaffenen, wäre es viel schlimmer kommen können. Nehmen wir an, Wurm, das Ihr Handy nagte - das Gerät einfach nicht mehr funktionieren. Ich erinnere mich an den Fall von den 1940er Jahren. Als einer der ersten elektromechanischen Computer außer Betrieb aufgrund von Motten in einem Relais gefangen

Das gleiche Konzept gilt für das Gehirn. Für jeden der Schlüsselfunktionen des Gehirns verantwortlich ist keine spezielle Abteilung, und mehrere Bereiche auf einmal, oft, die die gleiche Arbeit leicht unterschiedliche Weise. Wenn ein Bereich, wäre nicht praktikabel, wird ihre Arbeit der anderen zu nehmen.

Edelman und sein Kollege Joseph Gally genannte entartete verbreitete biologische Qualität und inhärente Eigenschaft komplexer Systeme, mit dem Argument, dass es das unvermeidliche Ergebnis der natürlichen Selektion. Dieses Konzept erklärt, warum eine Verletzung oder Missbildungen der Hirnstrukturen sind manchmal nicht so katastrophal, aber logischerweise sein sollte. Und auch - warum ein Verständnis des Gehirns bietet Wissenschaftlern so schwer.

OPERARII MEDICINALES PRYKARPATTJA – PARTICIPITES LIBERTATES AEMULATIONIS MEDII XX SAECULI

Paraschchuk Ju.-I.L.
Praefectas scientifica – M.I. Guzol
PSSI «Ivan-Frankivskyj universitas natinalis»
Cathedra linguisticae

Oppidum Ivano-Frankivsk (Stanislaw) erat unus ex foveola actionis Ucrainici Rebellionis Exercitus (UBE). „Goverla" IV territorium militare, quae primo 1945 anno numerabantur 10 mille rebellionum, curabantur medicis Ucrainici Rubri Crucis (URC).

Methodo examenationis materiarum ex archivis et analysis literaturae habemus notitiarum gravium de medicis Stanislaw.

Ductus servitio medicinali UBE in Prykarpattja erant medici varii: ex exitu 1944 anni erat M. Kolman („Wulgar"), interiebat in Februario 1945 anni; J. Martynecj („Berest") – e secundo dimmidio 1945 anni; W. Stefurak („Sanitet") – vere 1944 anni; J. Kendzjor, M. Dolynsjkyj.

In territorio regionis Stanislaw creabantur retia medicinalia punctorum et valetudinarium militarium. Materiae ex archivis et analysis literaturae demonstrantur, quod in Prykarpattja ex 1944-1955 annis erant 4 valetudinaria militaria, ubi curantur 40-50 sauciorum et 10 ambulatoriorum, ubi sanantur 5-10 sauciorum.

In territorio regionis Stanislaw erat praxis curationis gravosauciorum in medicinalibus civicis punctis. Itaque in medicinal-

ibus punctis et ambulatoriis creabantur e numeriis medicorum greges claudestini. Soli greges laborabantur in nosocomio urbano Stanislaw (ex 1944 ad 1950 annis ducebat architer Malynovsjkyj Iwan, praefectus sectionis chirurgicae Senjutovych Wasylj (post – professor IFNMU). Greges claudestini faciebant in nosocomio districo (ND) Kalush, in 1943-1944 ducebat D. Kapitana; Wojnyliwsjk ND (aetas 1943-autumnus 1944 annorum) ducebatur M. Dolynsjkym, Solotwynsjk ND ducebatur J. Kendjor, Galuch ND M. Krysa, Rogatyn ND – L. Meljnyk, Bilshiwci ND – W. Lotocjkyj.

Itaque, necesse demonstratur, quod systema cautionis medinalis exercituum UBE in territorio regionis Prykarpattja respondebatur postulationibus duces UBE et struebatur ad condicione belli tunc temporis.

INTERRACIAL MARRIAGES AND THEIR MEDICAL CONSEQUENCES

Petryshyn Juliana
Scientific supervisor - I. F. Tsebruk
SHEE «Ivano-Frankivsk national medical university»
Chair of Linguistics

Objectives. The goal of my work is to investigate the influence of interracial marriages on the development of future generations.

Materials and methods. Our investigation involved interviewing of 70 students of the medical university. While investigating the problem we have used the following methods: international statistics, inquiry, and biological data.

Findings. Recently the number of interracial marriages has steadily continued to increase because worldwide human migration. Research supports the interracial couples' tendency to marry because of four important facts: shared common interests, the attractiveness of the partner, shared similar entertainment interests, and socioeconomic similarity. However, it must be mentioned that mixed-race marriages suffer many more problems, including medical ones, than single-race marriages. Heterosis occurs due to mixed-race marriages and causes changes of biological characteristics of the future generation. The first generation of hybridization between different races is considered to be more talented, clever, better adapted to the environment and frequently to be more beautiful than other children. But these children are also thought to have health problems. Interracial marriages result in an increased number of mulatto, metis, sambo, creoles and decreased number of representatives of classic races.

Conclusion. Summing up this research I want to tell that the consequences of interracial marriages may be very various and may lead to some genetic problems in the future generation.

CARDIOVASCULAR SYSTEM DISEASES AS THE LEADING CAUSE OF DEATH AND DISABLEMENT AMONG UKRAINIAN POPULATION

Plaviuk Bohdana
Scientific supervisor - V.Z. Vysochan
SHEI «Ivano-Frankivsk national medical university»
Chair of Linguistics

Objectives of the study. The primary objectives of this study are to determine and compare the prevalence and mortality rate for cardiovascular system diseases (CVD), mainly the myocardial infarction in Ukraine and Ivano-Frankivsk region; as well as to study the primary disablement statistics for arterial hypertension (AH) and ischemic heart disease (IHD).

Materials and methods. The study involved statistical data of in-patients' case histories and protocols from Ivano-Frankivsk Regional Cardiological Dispensary. Statistical analysis of survey materials was performed using the biostatistics' methods in software packages EXCEL-2003, STATISTICA 8.0 (StatsoftInc., USA).

Findings. Every tenth recourse of Ukrainian adult population for help was prompted by the cardiovascular pathology. More than 500 thousand Ukrainians die from CVD every year that makes up about 1370 people every day. The cardiovascular system diseases make up 66% in the structure of Ukrainian total mortality rate for the last 3 years, while in most European countries it is below 50%.

Speaking about Ivano-Frankivsk region the prevalence of acute myocardial infarction (AMI) in 2014 was 87.4% of cases per 100 thousand adults, as compared to 77.75% in 2013 and 79.94% in 2012. The highest prevalence rate of AMI was recorded in Tlumach region and made up 120%. In Ivano-Frankivsk this prevalence was 93.4 % (2014). The mortality rate for AMI made up 18.3% in Ivano-Frankivsk (2014). This rate made up 8.0% in Ivano-Frankivsk region. The AMI mortality rate was the highest in Rozhniativ (22.5%) and Tysmenytsia (22.4%) regions, in Dolyna region it was 16.5%, in Tlumach region – 15.3% and 4.5% in Horodenka region and 6.8% in Kalush region. The AMI mortality rate was not recorded in Verkhovyna region (the city of Yaremche, 2014).

Primary disablement caused by AH in 2014 has decreased by 18 cases and made up 11 individuals as compared to 29 in 2013. The increase was observed in Verkhovyna (+2 cases) district and the city of Ivano-Frankivsk (+4). Primary disablement caused by IHD has decreased by 32 cases and made up 236 cases as compared to 268 in 2013 (Verkhovyna (+5), Dolyna (+3), Rohatyn (+4) Rozhniativ (+ 4), Sniatyn (+7) and Tlumach (+10) regions).

Conclusions. According to the State Statistics Service about half of the deaths in Ukraine in 2013 were caused by cardiovascular diseases. This number has not considerably changed as compared to 2012.This indicates a low culture of prevention, diagnosis and treatment of cardiovascular disease among Ukrainians. Ukraine has set a goal to reduce the death rate from cardiovascular diseases by a quarter among the international community of countries till 2025.

ADVERSE MATERNAL AGE AND FETAL ABNORMALITIES

Pukach I.
Scientific supervisors: P.M. Teliuk., I.F. Tsebruk
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Chair of Medical Biology and Genetics
Chair of Linguistics

Objectives. A goal of this work is to research a connection between old maternal age and abnormalities of fetuses that has an important clinical effect. It is worth studying to predict fetal and maternal diseases and rate of mortality.

Materials and methods: we have provided an analysis of statistic database of local hospital to examine appointed categories of fetal diseases (including chromosomal abnormalities) and advanced maternal complications.

Findings. The effect of maternal age on the incidence of chromosomally normal spontaneous abortion and different categories of chromosomal abnormality among all clinically recognized pregnancies was evaluated. Estimated maternal age-specific rates of trisomy among all recognized pregnancies were

calculated and suggest that a majority of oocytes of women aged 40 years and older may be aneuploid. Pregnancy at old maternal age is one of higher-risk conditions causing maternal and fetal morbidity and mortality. Women of adverse maternal age have an increased risk of pregnancy associated complications and adverse pregnancy outcomes. A number of fetal chromosomal diseases occurs more frequently in cases of adverse maternal age. Obviously fetuses suffer from Down's syndrome more often in cases of late pregnancies.

Conclusions: evidently there is a dependence of frequency of fetal abnormalities on increasing maternal age. We have noticed a close connection between old maternal age and fetal trisomy. Effective prevention of fetal diseases is to give birth in young age.

TROCAR COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS

Romanyuk S.P., Pyuryk M.V.
Supervisor - MD, Professor O.L. Tkachuk
SHEI «Ivano-Frankivsk National University»
Department of Surgery «Educational and Research Institute of Post-Graduate
Education IFNMU»

Objective: to increase the effectiveness of laparoscopic surgery by reducing the number trocar complications.

Materials and methods. To achieve this goal we conducted a retrospective analysis of 5483 laparoscopic interventions conducted over the past 10 years at the Department of Surgery «Educational and Research Institute of Post-Graduate Education» and results concerning foreign scientists. Complications of use of trocars were divided into groups as follows: damage to blood vessels of the anterior abdominal wall, extraperitoneal insufflation, internal injuries, damage to large retroperitoneal vessels, gas embolism, pinching the lobe in the wound of abdominal wall, surgical wounds fester in places trocar introduction, development postoperative hernia.

Results. To prevent complications of laparoscopic surgery trocar algorithm according to which we invited follow some rules. At the start of the operation the patient must lie horizontally with an empty bladder and stomach, the results of ultrasound and palpation research should determine the pulsation of the aorta and other entities. Previously patients were divided into groups with higher risk and without risk of damage by trocar. In patients without a high risk of trocar injury recommend that infraumbillical access. Patients at high risk (abdominal surgery history, marked obesity, extreme weight loss, intraperitoneal adhesions), we recommend using an open laparoscopy by Hasson. Putting Veresh needle (in case of use): at 90 ° to the skin surface and 45 ° to the horizon after a manual maximum elevation of the anterior abdominal wall. After the needle into the abdominal cavity Veresh tip it should be fixed for the prevention of damage to internal organs. The pressure before the introduction of the first trocar can be briefly increased to 25 mm Hg. c. for safe entry of the latter. First trocar introduce vertical angle of 90 ° to 45 ° and skin to the horizon. After the introduction of laparoscopy immediately check the status of internal organs for damage, especially in the projection of access. Under the supervision of laparoscopy trocar enter the following avoiding injury epigastric vessels. Trocar number of complications decreased to 0,4%, postoperative mortality was 0,002%. The average length of stay was 2,3 days versus 4,1 days in the comparison group.

Conclusions. Comprehensive evaluation of patients before surgery, improvement and optimization techniques of surgical intervention and individualized approach using the algorithm can prevent the development of complications of laparoscopy trocar and improve the results of surgical treatment of patients. Compliance algorithm has reduced the length of stay of 1,8 days.

INFLUENCE OF CADMIUM INTOXICATION ON THE STRUCTURE OF SMALL INTESTINAL MUCOSA

Sachko A.M., Synoverskyy P.S.
Supervisor - Candidate of Biological Sciences (PhD), docent M.I. Hryshchuk
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Histology, Cytology and Embryology

Threatening and harmful is intense pollution by compounds of heavy metals, including cadmium. We know, that this metal accumulates in organs and tissues especially in the kidneys, liver, bones, disrupting their function. In view of the above, the purpose of the study was: to establish patterns of electron microscopic changes in the wall of the small intestine of rats under the influence of cadmium on it and focus regenerative processes after their termination.

Condition of columnar epithelial cells with striated edging of 30 white male rats studied by electron microscopy. Experiment duration from 1 to 45 days. Animals injected with cadmium chloride aqueous solution in a total dose of 1/10 DL50 - 12,000 mg / kg for 14 days. Collection of material made on the 3rd, 7th, 14th, 21st, 30th and 45th days of the experiment.

At the end of day 3 in absorption cells swelling of the cytoplasm was revealed during electron microscope examination. Shortened microvilli, disoriented, covered with a thin layer of glycocalyx. The final mesh outline is unclear**.** Red blood cells could be found in the lumen of the intestine at the absorptive surface.

There are pronounced structural changes after 7 days at electron microscope study of the absorption cell. In their apical pole are areas with deformation and destruction of microvilli and even full exposure of these zones. In the cytoplasm are determined larger number of organelles. They are concentrated in the over the cell nucleus area epithelial cells. Mitochondria contain packed matrix with single inclusions of transparent bubbles. Mitochondrial membrane saved.

During the experiment, goblet cells could be found in two forms: devastated tightened with dark cytoplasm and large, full of granules. The main feature is a violation of their accumulation and retention of secretion. Clearly identified thickened collagen fibers. Blood capillaries expanded, erythrocytes could be traced here. Flattened endothelial cells contain small amounts of organelles and pinocytotic vesicles. Luminal plasmolemma forms a protrusion into the lumen of the capillary to form folds and veil shape outgrowths. Basement membrane locally expanded and loosened. The permeability of the endothelial cells of capillaries broken throughout the experiment with some positive changes at the end of 1 month recovery period.

Damage to the mucosa membrane of enterocytes in the villi and crypts is characterized by lesions (14th day of cadmium injection) and 1 week after its termination. The first manifestations of improving the cell's functional state are determined at the end of the 1st week and are most pronounced at the end of the 1st month of rebuild period.

Thus, in assessing the effects of cadmium in the development of cadmium intoxication and subsequent recovery period, it should be noted that the reaction of the mucosa membrane contains three periods. First - cumulation in the tissues of the small intestine. Second period - aftereffect and the third - reduction.

SCHÖNHEITSOPERATIONEN BEI KINDERN

Schutak M-V. I.
Der wissenschaftliche Leiter – H.M. Fedorak
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

10% aller plastischen Operationen werden an unter 20-jährigen vorgenommen. Jedes fünfte Kind in Deutschland zwischen 9 und 14 Jahren wünscht sich eine kosmetische Korrektur. Ziel dieses wissenschaftlichen Arbeit war die Erklärung, dass Aufgrund der Aussehens bei Kindern verschiedene Probleme entstehen können, aber nicht immer die Schönheitsoperation einen richtigen Ausweg ist. Generell gibt es kein Mindestalter bei Kindern und Jugendlichen für eine Schönheitsoperation. Plastische Chirurgen sind jedoch sehr zurückhaltend, bei Jugendlichen plastische Eingriffe vorzunehmen, weil der jugendliche Körper noch nicht ausgereift ist. Es gibt aber Fälle, bei denen zum Beispiel durch eine pathologische Fettverteilungsstörung solche Deformitäten aufgetreten sind, dass auch bei Kindern und Jugendlichen eine Fettabsaugung schon indiziert ist. Ein medizinischer Grund für eine Schönheitsoperation liegt beispielsweise auch vor, wenn man einen hohen Leidensdruck wegen seines Aussehens hat. Solche Kinder werden sehr oft gehänselt, trauen sich nicht mehr in die Schule und ziehen sich sozial zurück. Das sind Fälle, die zeigen, dass die Grenzziehung zwischen Schönheit und Seelenpein nicht leicht ist. Dann ist eine Operation auch medizinisch sinnvoll. Wenn aber sich ein Mädchen Fett absaugen lassen will, um einen schlanken Bauch zu haben, liegt das an einem verqueren Schönheitsbild unserer Gesellschaft. Lehrer sollen solche Schönheitsbilder mit ihren Klassen diskutieren, dann wird deutlich, wie willkürlich die sind. Ein verantwortungsvoller Gutachter wird dem Kind erklären, welche Gefahr es mit einer Operation auf sich nimmt und ihm Auswege zeigen, beispielsweise einen Schulwechsel, wenn es gemobbt wird.

BERUF DES ARZTES. ARGUMENTE PRO- UND CONTRA

Tscherwak Wira
Der wissenschaftliche Leiter – M.I. Huzol
Die medizinische nationale Universität zu Iwano-Frankiwsk
Der Lehrstuhl für die Sprachkunde

Mein Thema lautet: „Beruf des Arztes. Seine Pro- und Contra- Argumente."

Es gibt viele gute Gründe, um Arzt zu werden. Es gibt aber Contra-Argumente.

Bevor ich Vor- und Nachteile meines Berufs gründlich erörtern werde, möchte ich kurz über Aufgaben des Arztes und seine Arbeitsorten berichten.

Die Aufgaben eines Arztes umfassen: Patienten untersuchen, Krankheiten diagnostizieren, Befunde erheben, medizinische Behandlungen durchführen, Vorsorgeuntersuchungen durchführen, Therapiemaßnahmen festlegen, Diagnosen und Behandlungsabläufe dokumentieren.

Als Arzt bieten sich vielfältige Beschäftigungsmöglichkeiten. Bei diesen Arbeitsorten kann man als Arzt tätig werden: Krankenhäuser, Praxen, Kliniken, Medizinische Labore, Rehabilitationszentren, Forschung, Gesundheitsämter, Ärztekammern, Krankenversicherungen, Medizinische Lehre

Und jetzt eingehend zu Vorteilen und Nachteilen in diesem Beruf. Sie werden absichtlich verschiedener Aspekte erörtert.

Persönliche Erfahrungen im Berufsalltag.

Pro: Fachliche, psychologische und soziale Herausforderung. Selbständiges Arbeiten mit einem hohen Maß an Verantwortung. Abwechslungsreiche Tätigkeit. Medizinische Fragestellungen bieten viele Lösungsmöglichkeiten.

Contra: Grosse Verantwortung für Patienten trotz geringer klinischer Erfahrung.

Hohe Arbeitsbelastung unter Zeitdruck. Emotionale Belastung durch schwierige Situationen. Gesundheitliche Beeinträchtigung durch Stress bei der Arbeit.

Beziehungserfahrungen im Berufsalltag.

Pro: Zusammenarbeit mit verschiedenen Teams und Berufsgruppen. Möglichkeit, kranken Patienten zu helfen. Anerkennung und Dankbarkeit von Patienten. Die Arzt-Patient-Beziehung ist eine zwischenmenschliche Herausforderung.

Contra:

Übersteigerte Ansprüche der Patienten an die Medizin und die medizinischen Fachpersonen. Wenig Anerkennung und Motivierung am Arbeitsplatz durch Vorgesetzte.

Strukturelle berufliche Rahmenbedingungen.

Pro: Der Arztberuf kann auf der ganzen Welt, in verschiedenen Kulturen und unter verschiedenen sozialen Bedingungen ausgeübt werden.

Es gibt immer noch viele Berufsmöglichkeiten, z.B. im Hospital, in der Privatpraxis, im Management oder in der Gesundheitspolitik.

Contra: Grosse Arbeitsbelastung. Verschiebung der Arbeit mit dem Patienten zu immer mehr administrativer Arbeit am PC, Bürokratisierung des Arztberufs.

Schwierige berufliche Rahmenbedingungen für Frauen, die neben der Familie noch eine anspruchsvolle Karriere verfolgen möchten.

THE EFFECTIVENESS OF WARNING LABELS AND SIGNS ON CIGARETTE PACKS AND PROBABILITY OF USING THEM ON BOTTLES OF ALCOHOL AND DRUG PACKS

Tychkovskiy S. I.
Supervisor - senior lecturer L.D. Savchuk
SHEI «Ivano-Frankivsk national medical university»
Department of Linguistics

Smoking – is one of the worldwide disasters of our century. Warning labels and signs on cigarette packs are one of the biggest the steps of Anti – tabacco campaign and Tabacco control movement in Ukraine. Moreover, the campaign is able to reduce an impact of smoking in our country. However, another reason for attention – alcohol – is still advertising, without any warning labels on them. Also The number of cases of overdosing with some kinds of drugs increased. It is considered that warning labels on alcohol bottles and prohibition of its advertising will decrease or even stop diseases connected with alcoholism. Also warning signs and labels on drug packs will decrease cases of overdosing and self-treatment.

The aim of the work was to present the effectiveness of using warning labels on cigarette pack and possibility of using them on drug packs and alcohol bottles, in struggle for our health.

Materials and methods. 80 respondents were tested for different questions, like whether or not they drink, and if so, whether they pay attention to the warning labels.

Results. The analyze has shown that among the 80 partici-

pants there were 18(22,5%) smokers. Warning labels on cigarette packs can't prevent half of them(54%) from buying a new pack. However 15(83,3%) of them think that more decisive signs are needed. 43(53,75%) respondents think that such kind of labels are needed on bottles of alcohol to prevent people from buying them. And at last, 73(91,25%) persons think that warning signs are needed on drug packs to protect people from self-treatment.

Conclusion. According to our results, putting warning labels and using on drug packs and alcohol bottles is a valuable idea, which, in fact, will decrease the popularity of alcohol and self-treatment, so that will make people healthier and stronger.

EATING HABITS EVALUATION OF THE STUDENTS AT IVANO-FRANKIVSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Uskov Viktor
Scientific supervisor − Tetiana Pizhuk
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Linguistics Department

Objectives. The goal of research is to teach students the importance of making good nutritional decisions by examining the food intske, analyzing nutritional information and categorizing foods as healthy vs. less healthy. After accessing assessing their own eating habits, students will understand how to change these habits by making healthy choices and eating balanced meals.

Methods. As a basis for documenting and understanding the food intake, rapid methods of dietary assessment were helpful. An assessment survey involved focus-group to gather information on their food beliefs, behaviour and number of food intakes. The interviewer worked to create knowledge base with minimal bias.

Findings. The number of interviewers in this study consisted of a total of 80 university students of both sexes aged between 18 and 22 years. Participation in the study was voluntary and anonymous. Students were informed that by completing the questionnaire they were providing their informed consent to participate. Food Record Participants completed food record over three days. Participants were also asked to record estimated portions of all food consumed within the same period of time. Subsequently, the mean of the three days recordings was calculated, and the daily energy, macronutrients (proteins, carbohydrates, lipids) and calcium intakes were evaluated. In order to estimate the proportion of each food group in the diet of young university students, the foods belonging to the same category were grouped and it was determined the caloric value of that group. Later, taking into account the average total caloric intake, the percentage of the different food groups was calculated. Regarding the distribution of meals, were accounted the meals taken by the students during the study period as well as the number of times that the breakfast was present in the diet of these young people.

Conclusions. The analysis revealed that Medical University students have inadequate eating habits, including a low number of daily meals, frequently omitting breakfast, practicing a slight varied diet, predominant in carbohydrates and protein rich foods, but lacking fruits, vegetables, legumes and dairy products. It was also observed that the food intake of these young people does not meet neither the recommendations of the daily energy needs nor the different food groups requirements.

HEMATOLOGICAL PARAMETERS IN RATS UNDER THE INFLUENCE OF ENERGY DRINKS

Zahrynovskyy V., Partsey H.Yu., Oleksyn M.B., Lytvyniuk N.I., Slobodian Z.O.
Scientific supervisors: Doctor of Biological Sciences G.M. Ersteniuk, Senior Teacher N.M. Dubyna.
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Chair of Biological and Medical Chemistry named after G.O. Babenko
Chair of Linguistics

The term "energy drinks" is one of the easily accessible non-alcoholic drinks; they are ostensibly used to prevent or reduce fatigue, increase physical efficiency, improve mood and cognitive functions. In the available scientific literature data about the effects of energy drinks on hematological parameters are not well determined. Proceeding from the position that blood cells are among the first who respond to the receipt of various kinds of food, drugs, etc., it is important to study hematological parameters under the influence of energy drinks.

Materials and Methods: our study was performed on white laboratory Wistar rats which were in vivarium under certain lighting conditions, temperature regimen and standard diet. The experimental animals were divided into four groups: group 1 – males, group 2 – females receiving an energy drink for a month; group 3 – males, group 4 – females receiving drinking water (control groups). The blood was determined the number of red blood cells, white blood cells, lymphocytes, hemoglobin, and NBT-test using hematology analyzer "Micro CC – 20 Plus" was performed. The obtained data are statistically calculated using Microsoft Excel.

Results of the study. As a result of performed research the decrease of red blood cells amount by 1.3 times in the blood of experimental animals compared with the control ones. At the same time, hemoglobin level decreased by 1.2 times compared to intact animals. Such data may indicate a disorder of blood formation in these animals or red blood cells hemolysis or hemoglobin synthesis violation. In the study of rats' blood leucogram, increase of lymphocytes number by 1.5 times in the males' experimental group and decrease by 1.4 times in the experimental group of females compared with control animals were found. The number of leukocytes decreased 1.5 times in the experimental females compared with control females and increased 1.6 times in the experimental males compared to control animals. The intensity of the "oxygen explosion" that takes place inside phagocytic cells was evaluated by NBT-test, while a decrease by 1.2 times in animals receiving energy drinks was observed in comparison with the control groups.

Conclusions: such results indicate the necessity for in-depth study of energy drinks influence on blood cells, in particular on metabolic processes which support the functioning of these cells.

ПОЭЗИЯ – ЛЕЧЕНИЕ СЛОВОМ

Абуавад Али Хасан Рошди
Научный руководитель - С.В.Родчин
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» Факультет подготовки иностранных граждан, кафедра языкознания

Современная наука доказала, что различные виды звуков оказывают на человека большое воздействие. Согласно этой теории, звукотерапия подразделяется на музыкотерапию, словотерапию, лечение ультразвуком и звуками природы. Особое место в словотерапии занимает рифмотерапия, т.е.

лечение стихами. Давно уже не вызывает споров то наблюдение, что некоторые слова и предложения, произнесённые с определённой интонацией, несут в себе энергетический и целебный заряд. Это подтверждают эксперименты японского исследователя Эмото Масару, который пытался с помощью слов очистить воду. В результате таких попыток, ему удалось найти не одно слово, а сочетание двух: любовь и благодарность.

Мы можем найти «любовь» и «благодарность» с помощью классической и современной литературы. Обратимся к лирике известного украинского поэта-символиста Павла Тычины. Если внимательно изучить лирику Тычины, то в его стихотворениях можно найти множество дневного света, ожидания чего-то радостного, сильного, молодого. Тут борьба радости и грусти, смеха и плача, одиночества и воссоединения, разлуки и встречи, грозы и тишины, но характерным остаётся победа радости, любви, веры в лучшее над унылым состоянием. Особое внимание следует уделить тому, что именно символизирует то или иное природное явление: весна – любовь, солнце – радость, любовь к жизни, ветер – судьбоносные перемены.

Ви знаєте, як липа шелестить // У місячні весняні ночі? // Кохана спить, кохана спить, // Піди збуди, цілуй їй очі. // Кохана спить… // Ви чули ж бо: так липа шелестить.

Множество стихотворений Тычины, в которых звучит гимн жизни, весне, любви, которые очищают и воскрешают душу человека, кроме того помогают найти гармонию с самим собой и окружающей средой, установить равновесие между нашим способом существования и окружающим миром, т.е. сохранить здоровье. Учитывая, что украинский язык по мелозвучности среди европейских языков занимает одно из первых мест, то нетрудно представить какой целебный эффект может произвести лирика Тычины на человека.

Актуальность искусного владения словом во врачебной практике, трудно переоценить, поскольку все врачи от логопеда и психолога до семейного врача (исключение, патологоанатом) общаются, разговаривают, обмениваются информацией с пациентами непосредственно. Слово врача дарит надежду.

Як не горю – я не живу. // Як не люблю – я не співаю. // Але цього я ще не знаю, // Бо завжди я – // Як полум'я.

БОТАНІЧНІ НАЗВИ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН, ЯКІ МАЮТЬ МІФОЛОГІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ

Доскоч Х.Р.
Науковий керівник - ст.викл. О.В. Рудик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра мовознавства

Історія застосування лікарських рослин людиною сягає глибини віків. Грецький вчений і лікар Гіппократ описав лікувальні властивості 236 рослин. Гален використовував у своїй практиці 473 рослинні препарати. Із восьми тисяч рослин, що вважались у давнину лікарськими, сучасна медицина визнала лише біля 300. Серед них: широке застосування отримали чистотіл, подорожник, деревій, пастуша сумка, золототисячник, хвощ польовий, календула, кульбаба, алтея, беладона. Наукові ботанічні назви рослин переважно вказують на їх зовнішній вигляд, лікувальні властивості, територію розповсюдження, період цвітіння. Але в багатьох назвах роду та виду рослин знайшли відображення давні міфи та легенди. Метою даної роботи є дослідити походження назв широко відомих у фармакології та медицині рослин. У роботі досліджуємо етимологію назв таких лікарських рослин: Adonis vernalis, Arthemisia absintium, Atropa belladonna, Mentha piperita, Convallaria myalis, Viola odorata, Viola tricolor, Lilium lancifolium, Primula veris, Mirtus communis, Centaurea cyanus, Nymphaea alla, Narcissus poëticus, Paeonia officinalis, Olea europaea. Проведене дослідження демонструє, що наукова номінація рослин тісно пов'язана не тільки з географічними і природничими особливостями регіону їх розповсюдження, а й з культурно-історичними, релігійними, філософськими, міфологічними аспектами життєдіяльності людини. Це дослідження підтверджує, що латинська та грецька мови є джерелом біноміальної ботанічної номенклатури, а легенди та міфи, відображені у назвах рослин, часто дають корисну інформацію про їхні цілющі властивості. Результати дослідження сприяють кращому усвідомленню принципів наукової номінації рослин, вказують на тісний зв'язок природи, людини та медицини.

МІФОЛОГІЧНІ УЯВЛЕННЯ, ТЕРМІНОЛОГІЯ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ

Шпір Д.О.
Науковий керівник – ст. викл. О.В. Рудик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра мовознавства

Метою роботи є дослідження особливостей використання міфологічних мотивів та термінології в медичній практиці, її значення.

Матеріали і методи: опрацьовано та досліджено використання міфологічних уявлень та термінології в медицині від її зародження і до сучасних днів.

Результати дослідження: . В багатьох сферах людського життя можна помітити вплив античної культури. І медицина не виключення. В медичній термінології часто використовуються терміни, що походять від античних визначень та міфологічних уявлень, які побутували у Стародавній Греції. Медицина – це мистецтво і наука одночасно. І саме тому для лікаря має бути завжди відкритою скарбниця загальнокультурних цінностей людства. Термін (Terminus) – римський бог меж та пограничних знаків, які вважалися священними. Строгість та однозначність наукового терміна, точна відповідність поняттю – це ті якості, які відображені в номенклатурних кодексах різних галузей медицини. Терміну не властива багатозначність, експресія, побічні асоціації. Але в медичній термінології це лише основна тенденція. Адже слова медичного лексикону ввібрали в себе дуже багато з історії і культури попередніх епох. У роботі досліджено етимологію анатомічних та клінічних термінів, утворених від власних імен давньогрецьких та римських богів та героїв. Проаналізовано семантичні та лексичні зв'язки сучасного терміна та латинського слова – основи.

Висновок: Окинувши поглядом медичну термінологію протягом двох з половиною тисячоліть (від Гіппократа і до наших днів), можна скласти цілий список греко-римських богів, демонів, героїв та інших фантастичних істот, які залишили свій слід у медичному словнику: Адоніс, Арахна, Афродіта, Венера, Геліос, Гіменей, Гіпнос, Діоніс, Марс, Меркурій, Морфей, Німфа, Панацея, Псіхея, Танатос, Ерот, Ескулап та ін.

PRECARPATHIANS MEDICAL WORKERS ARE PARTICIPANTS LIBERATION COMPETITIONS MIDDLE OF XX CENTURY

J. Parashchuk
Supervisor – M.I. Hutsol
SHEE Ivano Frankivsk National Medical University
Department of Linguistics

One of cells of activity of Ukrainian Insurgent Army (UIA) there was territory of the Ivano-Frankivsk (Stanislavska) area. On her territory IV operated military neighbourhood of «Goverlia», which on beginning of 1945 united about 10 thousand the medical providing of which was fixed on the structures of Ukrainian Red Cross (URC) insurgents in the rows.

The method of research of the archived materials and analysis of literature is get next data about the medical workers of Stanislav.

Guidance on Prykarpattya in different times doctors carried out medical service of UIA: from the end of 1944 years M. Coleman («Vuglyar «), perished in February, 1945 ; I. Martinez («Berest «) - from the second half of 1945; V. Stefurak («Sanitet») - by the spring of 1944; J. Kendzor, M. Dolinsky.

There was the unfolded network of hospitals and first-aid stations on territory of area Stanislavs. The archived documents and analysis of literary sources testify that on Prykarpattya during 1942-1955 years 4 hospitals of tactical segments were unfolded, where simultaneously treated oneself 40-50 injured and about 10 infirmaries, counted on 5-10 wounded.

Stanislav has wide distribution purchased the practical worker of treatment of seriously wounded in civil medical establishments. To that end in hospitals and out-patient's clinics of edge from a number physicians underground groups were created. Such groups functioned in Stanislav town hospital (operated from 1944 to 1950 year a group which was headed by the main doctor of Malinowski Ivan and manager of surgical departion Seniutovych Vasyl (later is a professor of the Ivano-Frankivsk medical institute). the Underground groups of physicians operated of Kalush district hospital (DH) in 1943-1944 years under the direction of doctor D. Kapitan, Voinyliv DH (summer of 1943-autumn of 1944), headed M. Dolynskym, Solotvyn DH under the direction of J. Kendora, Galychina (medical assistant M. Krysa), Rohatyn (by a doctor L. Melnyk), Bilshivtsi (by a doctor V. Lototsky) of district hospitals.

Thus, it is necessary to mark, that the system of the medical providing of servicemen UIA on the walks of life of Prykarpattya answered the requirements of command of UIA and was built in relation to the terms of battle situation, walks of life and period of battle actions.

МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ ТА ГЕНЕТИКА

ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ПОШИРЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТУВАННЯ ГЕНЕТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАН, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ОБОВ'ЯЗКОВОМУ СКРИНІНГУ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Гринчишин А. В.
Науковий керівник – к. мед.н., доц. Р.В. Козовий
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

З **метою** вивчення динаміки поширення та особливостей діагностики генетичних захворювань, які підлягають обов'язковому скринінгу новонароджених, нами проаналізовано статистичні дані Івано-Франківської обласної дитячої лікарні за 2013-2014 роки.

Встановлено, що у 2013 році була проводена скринінг програма на фенілкетонурія, муковісцидоз, адреногенітальний синдром, гіпотеріоз у 17405 новонароджених. У 955 (5,5 %) з них виявлено відхилення від меж норми за біохімічними показники, а саме підвищення фенілаланіну – 43 (4,5 %), тиреотропного гормону – 159 (16,6 %), 17-гідроксипрогестерону – 650 (68 %), імунореактивного трипсину – 108 (11 %). Дані особи підлягали вторинному обстеженню, після якого діагнози підтвердились в 321 (1,8 %) дитини (фенілкетонурія – 79 (24,6 %), адреногенітальний синдром – 156 (48,7 %), муковисцедоз – 86 (26,7 %)). У 2014 році аналогічно було обстежено – 16064 новонароджених. У 504 (3,2 %) з них виявлено підозру до вищеописаних спадкових захворювань, а саме: 64 (12,7 %) особини мали підвищений вміст фенілаланіну, тиреотропного гормону – 117 (23,2%), 17-гідроксипрогестерону – 236 (46,8 %), імунореактивного трипсину – 63 (12,5 %). Повторно обстежено 465 (2,8 %) дитини, з них у 119 (25,6 %) підтверджено діагноз фенілкетонурія, у 227 (48,8 %) – адреногенітальний синдром, 56 (13,1 %) – муковисцидоз, 53 (12,5 %) – гіпотеріоз.

Висновок: в 2014 році відсоток дітей, в яких була підозра на зазначенні хвороби знизилась у порівняння з попереднім у 2 рази. Однак відсоток новонароджених із підтвердженим діагнозу на фенілкетонурію збільшився на 18,7%, на адреногенітальний синдром – 30,2% та на муковисцидоз зменшився на 55,5% за досліджувані роки. Раннє та своєчасне встановлення діагнозу є запорукою збереження здоров'я та соціального життя людини.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ МІОПІЇ, ГІПЕРМЕТРОПІЇ ТА АСТИГМАТИЗМУ

Джочка Л. Р.
Науковий керівник - к.б.н., доц. Н.В. Довганич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

Сьогодні все більше людей страждають офтальмологічними захворюваннями. Можливо, причиною цього є збільшення навантаження на зір, яке пов'язане з розвитком і щораз більшим поширенням комп'ютерних технологій, деякий вплив здійснює середовище і поганий стан екології, проте далеко не останню роль у цьому процесі відіграють спадкові чинники. Оскільки у наш час активно розвивається генетика, а в медицині запроваджують методи генної терапії, доцільним є вивчення ролі спадковості у виникненні поширених серед населення таких захворювань, як міопатія, астигматизм, далекозорість.

Метою роботи є встановлення впливу генетичних факторів на розвиток офтальмологічних захворювань (міопії, гіперметропії та астигматизму).

Об'єктом популяційно-статистичного дослідження були дані обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за останні 4 роки. Проводилось анкетування 140 студентів першого курсу Івано-Франківського національного медичного університету.

Визначено, що в м. Івано-Франківську первинна захворюваність короткозорістю за останні чотири роки зросла на 26 %, а по області – на 10 %. За результатами анкетування, 43,75% опитаних мають проблеми з зором. Найбільш поширеною є міопія (67 %), а гіперметропія (8 %) і астигматизм (15 %) – меншою мірою. 83% хворих короткозорістю набули захворювання (з них більше третини - у юнацькому віці). Генетичну схильність до міопії мали 67 %. Що стосується астигматизму, то більшість дослідників вважають, що спадковість незначно впливає на розвиток цього захворювання, хоча існує погляд, що форма очного яблука, а отже, і спричинений її порушеннями астигматизм, успадковується від батьків. За результатами дослідження генетичну схильність мали 55 % хворих, проте ці дані не можна вважати об'єктивними, у зв'язку з малою кількістю хворих на астигматизм серед опитаних. Отримано дані про час, що проводять за монітором студенти-першокурсники. Зокрема, найбільше серед опитаних перед екраном проводять час – 41 % до 4 годин та 37 % до 6 годин.

Отже, рівень захворюваності міопією, згідно з статистичними даними, щороку зростає і може набути загрозливих масштабів, за відсутності активної протидії розвитку проблеми. Виявлено, що короткозорість належить до групи очних захворювань з генетичною схильністю, коли спадковість виступає як патогенетичний чи умовно-етіологічний фактор. Для подальшого розвитку дослідження варто залучити до опитування більші групи, а також провести повторне анкетування цієї ж групи через певний час, простеживши таким чином динаміку росту захворюваності серед студентства.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК,ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ ІЗ ХРОМОСОМНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дмитрів В.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. М.В. Бондаренко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

Мета дослідження:проаналізувати перебіг вагітності жінок,які народили дітей з хромосомною патологією.

Матеріали і методи:проведено ретроспективний аналіз 12 випадків народження дітей з хромосомною патологією в м.Івано-Франківську за 2008-2013рр. Використано обмінні карти вагітних та історії пологів.

Результати:серед проаналізованих історій розподіл за нозологічними формами виглядав наступним чином:синдром Дауна – 83,3%,синдром Едвардса – 8,3%,інші - 8,4%. Діагноз хромосомного захворювання в більшості випадків виставляли на основі синдромологічного аналізу, результати каріотипування були присутні лише у 16,6 %.

Вік жінок становив від 20 до 30 років – 58,3%, 30-40 років – 41,7%. Вік батька старше 35 років становив – 50,0%. Особливості спадкового анамнезу: наявні хромосомні аномалії у родичів I-III ступеня спорідненості у 8,3 % випадків. Жінки,які народили дітей з хромосомною патологією відрізнялись високою соматичною захворюваністю.

Загалом ускладнений перебіг вагітності спостерігався у 83,3 % випадків:загроза переривання вагітності з ранніх термінів і протягом усієї вагітності зареєстрована у 75,0 % випадків,мала рухова активність плода – 25,0% випадків,передчасне старіння плаценти – 66,7 % випадків,гіпоплазія плаценти у 16,6%,маловоддя або багатоводдя спостерігалось у 41,7 % випадків. Зміни біохімічного скринінга і УЗД-маркери хромосомної патології були наявні у 58,3 % випадків. Відсутні результати біохімічного скринінга у 33,3 % вагітних,що народили дітей з хромосомною патологією. З проаналізованої документації не завжди можна було виявити відсоток жінок,які пройшли медико-генетичне консультування.

Висновок:перебіг вагітності у жінок, що народили дітей з хромосомною патологією у 83,3 % випадків супроводжувався ускладненим перебігом,що є показом до медико-генетичного консультування.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ, ЩО ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ТЕХНОГЕННОГО ЗАБРУДНЕННЯ ВИКИДАМИ ХІМІЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ М. КАЛУША

Йосипів М. І., Мігащук І. І.
Науковий керівник – д.б.н., проф. В. П. Стефурак
ДВНЗ «Івано- Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

Проблема вивчення впливу шкідливих факторів навколишнього середовища на здоров'я людей займає одне із центральних місць серед інших актуальних екологічних проблем. Медико – екологічне значення її визначається необхідністю діагностики початкових змін в стані здоров'я, пов'язаних з дією згаданих факторів, її своєчасної корекції. Метою даної роботи було дослідити захворюваність дітей хворобами органів дихання, які постійно проживають в умовах техногенного забруднення навколишнього середовища викидами хімічних підприємств м. Калуша. Об'єктом дослідження були діти, що народились і постійно проживають в зоні дії підприємств ТОВ «Карпатнафтохім». Інформаційну базу роботи складають статистичні дані Івано – Франківського обласного управління статистики, інформаційно – аналітичного центру та обласної санепідемстанції. Для порівняння захворюваності дітей хворобами органів дихання були вибрані два райони – Калуський, населення якого зазнає несприятливого впливу шкідливих факторів навколишнього середовища, на території якого знаходяться хімічні підприємства, і Верховинський зі сприятливою екологічною ситуацією. Аналіз приведених матеріалів за останні 10 років показав, що кількість викидів в атмосферу в Калускому районі збільшилась на 10 %. У повітря потрапляють такі забруднюючі речовини як хлор, хлористий водень, аміак, оксид вуглецю, дихлоретан, сірчистий ангідрид, окиси азоту, важкі метали, зола тощо. Доведено прямий зв'язок між інтенсивністю забруднення атмосферного повітря і станом здоров'я дітей. Статистичні дані за остання 5 років показують, що захворюваність дітей у Калуському районі в порівнянні із Верховинським, є вищим на 20 %. Загальна захворюваність дітей алергічним ринітом зустрічалась на 1,5 раз частіше ніж у Верховинському, хронічним ринітом, фарингітом – 2,3 рази, хронічними хворобами мигдаликів, аденоїдів – 1,1 рази, пневмонії – 1,2 рази. Захворюваність хронічним ларингітом у Верховинському районі майже не спостерігається, тоді як у Калуському районі становить 0,15 випадків на 1000 дитячого населення, первинна захворюваність – 0,09 випадків. Отже, на основі проведених досліджень можна зробити висновок, що техногенна ситуація в м. Калуші завдає великої шкоди здоров'ю дитячого населення, зокрема

зумовлює захворюваність хворобами органів дихання. З метою покращення екологічного стану атмосферного повітря м. Калуша необхідно проводити систематичні моніторингові дослідження стану атмосферного повітря, удосконалювати системи очищення і утилізації газових і пилових відходів, створювати нові екологічно чисті джерела енергії, а також необхідна рання діагностика і комплекс лікувально – профілактичних заходів.

ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ФОРМУВАННЯ ДОВГОЛІТТЯ

Кобрин О.Т.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. Р.В. Козовий
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

З метою вивчення та аналізу комплексу факторів, що впливають на формування тривалості життя, нами було проведено анкетування у довгожителів міста Івано-Франківська. Анкетування було фрагментом комплексної науково-дослідної робити: « Генофонд населення Прикарпаття: вплив еколого-географічних, соціально-економічних факторів на його структуру та формування здоров`я людей», яка виконується кафедрою медичної біології і медичної генетики Івано-Франківського національного медичного університету.

В структурі анкети довгожителям було запропоновано відповісти на ряд запитань, кожне з яких оцінювалось в балах від 0 до 2, на підставі яких можна було б вивчити вплив факторів довкілля на тривалість життя довгожителів.

При аналізі даних, які ми отримали шляхом анкетного опитування, виявлено, що при гендерному співвідношенні серед довгожителів переважають жінки 24 (80%). Серед опитаних 11 (37%) мали родичів довгожителів, інші ж 19 (63%) – відповідно, не мали в своєму родоводі людей, яких можна було б вважати довгожителями. Шкідливих звичок ми не виявили в 29 (97%) довгожителів. Цей показник є значно вищий у порівнянні з контрольної групою. Також було встановлено, що 13 (43%) довгожителів мали І-у (0) групу крові, 11 (37%) - ІІ(А), ІІІ- 5 (17%) та ІV – 1(3 %).

З метою вивчення генетичних механізмів формуванні тривалості життя у досліджуваних осіб було забрано матеріал для цито-генетичного , молекулярно-генетичного та біохімічного аналізу.

Отже, дані які ми отримали на цьому етапі можуть дати нам змогу стверджувати, що успадкування тривалості життя іде за мультифакторним типом. Для того, щоб збільшити життя населення нам необхідні розробки заходів щодо здорового старіння і активного довголіття.

ОЦІНКА ЦИТОГЕНЕТИЧНОГО СТАТУСУ ДОВГОЖИТЕЛІВ ЗА КАРІОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ СОМАТИЧНИХ КЛІТИН

Лазуркевич Х. О.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Л. Є. Ковальчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

В країнах Європейської економічної співдружності та в Японії для токсикологічних досліджень в якості обов'язкового тесту використовується мікроядерний (МЯ). Водночас аналіз інтерфазних клітин дозволяє оцінити поряд з МЯ інші каріологічні показники, які в сукупності відображають цитогенетичний статус організму на різних етапах онтогенезу.

Мета роботи – встановити цитогенетичний статус довгожителів Івано-Франківської області за показниками різних типів ядерних аномалій соматичниж клітин.

Матеріал і методи. Проведено дослідження епітеліоцитів слизової оболонки ротової порожнини і лімфоцитів периферійної крові (ЛПК) 55 довгожителів (основна группа) та 35 жителів Прикарпаття, у родоводах яких не було довгожителів (группа порівняння). Забір букальних епітеліоцитів, фіксація та виготовлення мазків здійснено за методикою прийнятою в генетичній лабораторії кафедри медичної біології і медичної генетики. ЛПК досліджено на мазках, отриманих після їх культивування та отримання метафазних пластинок. Проведено статистичний аналіз.

Результати дослідження. Серед цитонетичних показників екфоліативних клітин першочергово встановлено 4 типи мікроядер, які відрізнялися за розмірами і локалізацією в клітині. У букальних епітеліоцитах реєструвалися МЯ всіх типів. Кількість малих МЯ 1 типу – 1/40 розміру основного ядра, склала 24,44 % від загальної. МЯ 2 типу – розмірами 1/10-1/15 основного ядра визначалися у 38,16 %, 3 типу – кілька дрібних утворень і 4 типу – розмірами 1/4 основного ядра, виявлялися відповідно у 11,53 % і 25,87 % від загальної кількості МЯ. Співідношення різних типів МЯ у ЛПК було подібним до такого в епітеліоцитах. У ядрах останніх і ЛПК осіб групи порівняння частіше реєструвалися МЯ 1 і 2 типів ($p>0,01$). Паралельно враховували клітини з іншими ядерними аномаліями. За частотою перше місце серед них посіли клітини, які мали ядерні протрузії, рідко визначалися мости. Ідентифіковано протрузії трьох типів: „міхурця", „розбитого яйця" та „язика". Протрузії локалізувалися поза ядром у цитоплазмі, були чітко відмежовані від ядра і з'єднувалися з ним перемичкою. В епітеліоцитах виявлялися переважно протрузії типу „міхурця". На противагу, в ЛПК частіше знаходили протрузії типу „розбитого яйця". Оскільки протрузії, подібно до мікроядер, можуть утворюватися фрагментами хромосом або цілими хромосомами, які відстали при порушенні веретена поділу, то закономірною була позитивна кореляція між МЯ і сумарною частотою протрузій трьох типів ($r=0,65$, $p<0,01$). Достовірної різниці між інтегральним цитогенетичним показником, що включає МЯ, протрузії та мости у довгожителів і людей групи порівняння не встановлено. **Висновок**. Цитогенетичний статус довгожителів, визначений за каріологічними показниками, близький до такого осіб зрілого і похилого віку.

ОЦІНКА СТАНУ ГЕНОФОНДУ НАСЕЛЕННЯ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 1995- 2014 РОКИ

Прокопів Х.І., Петришин І.Ю.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Р.В. Козовий
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра медичної біології і медичної генетики

З розвитком технічного прогресу зростає вплив мутагенних факторів на геном людини. З метою оцінку стану генофонду населення нами вивченні основні демографічні показники (загальна народжуваність, загальний коефіцієнт природного приросту населення, середня очікувана тривалість життя при народженні, коефіцієнти загальної, повікової та дитячої, смертності), в тому числі індикатори здоров'я

(показник захворюваності, її причини, коефіцієнт фертильності) за 1995 - 2014 років.

Встановлено, що кількість населення у Івано-Франківській області за досліджуваний період зменшилась в 1,06 разів (відповідно 1466,8 – в 1995 році та 1382,1 - в 2014 році). Загальний коефіцієнт природного приросту (на 1000 осіб наявного населення) у 2014р. є від'ємним (– 0,4), при позитивному (0,8) у 1995 р.

Позитивний індикатор здоров'я (загальна народжуваність) за досліджуваний період знизився в 1,1 разів (відповідно 18479 (в 1995 році) та 16716 (в 2013 році)). Найбільшим даний показник був в 1995-1996 (18479) та 2009 (17333), 2012 (17101) роках. Кількість новонароджених хлопчиків переважала таку дівчаток у більшості років. Середня очікувана тривалість життя при народженні станом на 2013 рік помітно зросла – 73,15 років (відповідно 68,41років для чоловіків і 77,76 років для жінок), орієнтовно в 1,09 (p=0,053) разів за досліджуваний період.

Інформативним показником стану генофонду вважається коефіцієнт фертильності, який характеризує середню кількість потенційних народжень у кожної жінки в репродуктивному віці (15-49 років) незалежно від зовнішніх факторів і смертності. За проміжок часу з 1995 по 2014 роки він зменшився з 52,9‰ до 48,2‰ (p=0,053). Наступним нами було проаналізовано співвідношення кількості новонароджених до віку матері. Станом на 2013 рік спостерігається тенденція до зростання віку майбутніх матерів (так у 35-39рр. народжуваність становить 22,2 (для порівняння 14,0 у 1995р.), у 40-44 рр. – 4,4 (відповідно 3,5 у 1995 р.) і у 45-49 рр. – 0,3 (0,2 у 1995 р.)

Серед негативних індикаторів здоров'я виявлено збільшення в 1,3 рази показника захворюваності (від 936,9 до 1197,5) за період 1995-2013 серед населення Прикарпаття. Кількість соматичних мутацій, які проявились у вигляді новоутворів корелювала із вищезгаданим показником (r = 7,5). Однак кількість хромосомної патології зменшилась в 1,5 разів (p=0,055) (2,1 у 1995 році та 1,4 у 2013 відповідно), що може свідчити про активізацію репараційних процесів. Аналіз коефіцієнта загальної смертності виявив його зменшення від 13,3 (2008 р.) до 12,7 на 1000 населення (2014р.) (p=0,05). Показник дитячої смертності також знизився за ці роки в 1,6 разів, що може відображати позитивну соціально-економічну ситуацію в країні загалом.

Об'єктивний аналіз основних демографічних показників, включно із індикаторами здоров'я дає змогу зробити адекватну оцінку стану генофонду населення та в подальшому розробляти заходи профілактики, щодо його збереження.

МАКРОСКОПІЧНА БУДОВА ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ДІТЕЙ ДО 1-ГО РОКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ КРОВОПОСТАЧАННЯ

Федонюк Л.Я., Підгайна І.Я.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Л.Я. Федонюк
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Кафедра медичної біології

Мета: Опису клапанного апарату серця присвячено безліч фундаментальних робіт, як вітчизняних, так і закордонних авторів. Але на сьогоднішній день мають місце досить суперечливі думки щодо присутності кровоносних судин у клапанах серця (КС). Тому метою дослідження було вивчити макроскопічну будову стулок КС дітей до 1-го року та створити модель тривимірної організації ділянок прикріплення сухожилкових струн (СС) до стулок передсердно-шлуночкових КС.

Матеріали: матеріалом для дослідження послужили 23 КС дітей до 1-го року. Для дослідження були використані макроскопічний метод і метод 3-D реконструкції.

Результати: при макроскопічному дослідженні передсердно-шлуночкових КС дітей до 1 року чітко ідентифікувались стулки, які мали вигляд ніжних, тонких, напівпрозорих пластинок, що проявляли пластичність при русі. Стулки мітрального клапана (МК) мали значно чіткі форми та краї, ніж стулки тристулкового клапана (ТК), у складі якого визначались більш неправильні форми, що були зумовлені фестончатими краями стулок. Стулки передсердно-шлуночкових КС дітей до 1 року з'єднувались із соскоподібними м'язами за допомогою СС. Останні, фіксуючись до шлуночкової поверхні стулки клапана, робили її нерівною на відміну від передсердної поверхні стулки клапана, яка була гладкою. На передсердній поверхні стулки передсердно-шлуночкових КС відзначалась незначна складчастість стулки, яка більше проявлялась у ділянках ближче до вільного краю.

У результаті проведення 3D моделювання СС передсердно-шлуночкових КС дітей до 1 року було виявлено, що у складі СС МК до стулки прямує до 5 кровоносних судин.У складі СС ТК до стулки прямує не більше двох кровоносних судин, які є артеріальними судинами магістрального типу та, прямуючи до стулок клапанів, не галузяться. Встановлено, що кровоносні судини СС розташовуються у своєрідних «футлярах», в яких відсутні клітинні елементи. Досягаючи стулки МК або ТК серця, кровоносні судини, розгалужуються та утворюють капілярні сітки безпосередньо у стулках клапанів.

Висновок: таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що МК кровопостачається краще ТК. До КС прямують кровоносні судини магістрального типу, які у місці з'єднання СС із стулкою передсердно-шлуночкових КС, розгалужуються та утворюють капілярні сітки.

ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Ходош Я. Є., Безродна А. І.
Науковий керівник - А.І. Безродна
ДВНЗ «Харківський національний медичний університет»
Центральна науково-дослідна лабораторія (ЦНДЛ)

Мультифакторіальні захворювання або хвороби зі спадковою схильністю (МФЗ) - зумовлені комбінацією генетичних і негенетичних факторів. Етіологія та патогенез МФЗ складні, багатоетапні та остаточно ще не з'ясовані. Генеалогічне дослідження дозволяє практичним лікарям підвищити ефективність медико-генетичного консультування для забезпечення вторинної та третинної профілактики при формуванні груп підвищеного ризику на бронхіальну астму та покращити механізми виявлення факторів маніфестації.

Метою роботи є генеалогічний аналіз схильності до захворювання родичів з різним ступенем спорідненості з хворим на бронхіальну астму серед харківської популяції. Завдання: 1. Встановити показники коефіцієнту кореляції між віком маніфестації бронхіальної астми у батьків і нащадків. 2. Дослідити схильність до захворювання родичів з різним ступенем спорідненості з хворим на бронхіальну астму 3. Порівняти статеві особливості схильності до бронхіальної астми.

Матеріали і методи: Вік хворого на момент постановки діагноза вважався віком маніфестації патології. Вік жінок від 18 до 83 років, вік чоловіків від 19 до 82 років. В 70 родоводах була інформація про вік маніфестації БА у пробанда та батьків. Розподілення віку маніфестації БА в усіх групах відповідало нормальному закону розподілення Гауса. Розраховано коефіцієнт кореляції Пірсона (r) та його статистична помилка (s_r). Різницю долей оцінювали за допомогою кутової трансформації φ. Перевірка статистичних гіпотез про рівність коефіцієнтів кореляції в парах родичів проведена за допомогою t критерію Стьюдента

Результати дослідження. Між віком маніфестації БА у батьків і нащадків є прямий зв'язок. Величина коефіцієнта кореляції для пар батьки-нащадки становить 0,54 (p <0,001). Спостерігається варіація коефіцієнтів кореляції в залежності від статі хворих. Максимальний корелятивний зв'язок був виявлений в парах «мати-нащадок» (r = 0,73). В парах «батько - нащадок» цей показник удвічі менше (r = 0,36). При порівнянні чоловічої та жіночої статі на схильність до передачі БА виявлено, що достовірно більше жінок, ніж чоловіків, які мають родичів з БА ($\varphi_{♀}$=1,861, $\varphi_{♂}$=1,281, $F_{Факт.}>F_{табл.}$). Причому кількість хворих родичів серед опитуваних пацієнток удвічі більше кількості хворих родичів пацієнтів як першого так і другого ступеню спорідненості.

Висновок. Максимальний ризик захворіти на БА є у родичів першого ступеню спорідненості, особливо, якщо хворіє мати.

МІКРОБІОЛОГІЯ ТА ВІРУСОЛОГІЯ

ПРОРИВ У ЛІКУВАННІ ВІЛ

Давиденко О.В.
Науковий керівник - Г.В. Руско
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра мікробіології,вірусології та імунології

За допомогою генної інженерії пенсильванським вченим вдалося зробити імунні клітини несприйнятливими до ВІЛ. У дослідженні брали участь 12 пацієнтів, заражених ВІЛ. За словами професора Карла Джуна, провідного автора дослідження, йому і його колегам вдалося безпечно і ефективно змоделювати Т-лімфоцити , що володіють природною стійкістю до ВІЛ,а потім ввести генно-інженерні клітини пацієнту, щоб вони постійно перебували в організмі. Всі існуючі на сьогоднішній день ліки від ВІЛ працюють за одним принципом: вони пригнічують розмноження вірусу. Головний прорив нової технології полягає в тому, що вона не намагається впливати на вірусні частинкам, а змінює середовище, тобто імунну систему пацієнта таким чином, що вона стає непридатною для життя і розмноження ВІЛ. Тобто нова генно-інженерна технологія не додає чергове лікарство, а, навпаки, скасовує (як мінімум різко скорочує) необхідність в довічній лікарської терапії,яка є надзвичайно дорогою.

Щоб створити невразливі для ВІЛ імунні клітини, вчені використовували технологію, яку називають молекулярними ножицями, –ZFN(Zinc Finger Nuclease) або так звану нуклеазу цинкових пальців. За допомогою ферменту ZFN, який розрізає ланцюжок ДНК в певних місцях, дослідники відтворили в клітинах рідкісну мутацію під назвою CCR-delta-32. Ця мутація зустрічається не частіше ніж в однієї людини на сотню. Щасливі власники мутантного гена стійкі до ВІЛ.

Суть мутації полягає в тому, що через неї в лімфоцитах не синтезується білок CCR5, який знаходиться на поверхні звичайних лімфоцитів і служить «перепусткою» для вірусів всередину клітини. Зачепившись за білок-рецептор CCR5, смертельний вірус проникає всередину клітини, вводить одноланцюгову РНК, що дозволяє змінювати генетичний код і починає там розмножуватися, в результаті знищуючи клітину і разом з нею - здатність людини протистояти інфекціям. Немає білка-рецептора CCR5 - немає проблем. Технічно це виглядало так: у 2009 році у 12 пацієнтів забрали їхні власні лімфоцити на сепараторі(прилад для механічного розділення і освітлення сумішей рідин) і обробили ферментом ZFN, який обережно вирізає з ДНК ген білка-рецептора CCR-5. В результаті з поверхні клітин зник білок, і клітини ставали непроникні для ВІЛ. У середньому фермент-ножиці спрацьовував в 11-28 % оброблених клітин. Потім генно-модифіковані клітини вводили назад пацієнтам. Після цього шість чоловік з дванадцяти припинили приймати свої звичайні антивірусні ліки.

Отже, дана технологія є проривом у лікування СНІД,що має великі перспективи.

ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТА АНТИГРИБКОВОЇ АКТИВНОСТІ НОВОСИНТЕЗОВАНИХ ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИХ СПОЛУК ТА ЕКСТРАКТІВ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН

Репетило І.І.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Р.В. Куцик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Актуальність. У XXI столітті у сфері медицини постають дві значні проблеми: перша пов'язана з перевантаженням фармацевтичного ринку препаратами одинакового спектру дії, що створює конкуренцію і знижує ентузіазм науковців у сфері розробки нових патентів. Друга проблема пов'язана з появою мультирезистентних мікроорганізмів та необхідністю розробки нових препаратів для боротьби з ними. Друга проблема безпосередньо породжує першу, тому цей цикл видається нерозривним. Постає питання чи повинні ми продовжувати синтезувати речовини з потенційним хіміотерапевтичним ефектом, чи ретельніше досліджувати наявні природні засоби для боротьби з проблемою антибіотикорезистентності.

Метою даної наукової роботи є дослідження та порівняння протибактеріальної та протикандидозної активності новосинтезованих сполук, похідних хінолінів та імідазолів, та екстрактів лікарських рослин.

Матеріали і методи. Виконано порівняльне мікробіологічне дослідження протимікробних властивостей 26 новосинтезованих сполук та 22 екстрактів лікарських рослин відносно широкого спектру музейних та клінічних штамів мікроорганізмів. Тестування протимікробної активності проводили двома методами – дифузії в агар та серійних розведень в агарі. Заміщені хіноліни (*ТП*-шифр) проявили

високу активність у методі дифузії в агар: речовина *ТП1* виявила бактеріостатичну дію на один штам *Candida* (мінімальна бактеріостатична концентрація 250 мкг/мл); *ТП2* проявила значну активність на штам *Candida* (мінімальна бактеріостатична концентрація 8 мкг/мл) на клінічний ізолят *Staphylococcus haemolyticus* (Бугрин) (мінімальна бактеріостатична концентрація 31.25 мкг/мл) та музейний штамм *Staphylococcus aureus* ІСА-5 (мінімальна бактеріостатична концентрація 62.5 мкг/мл); *ТП5* виявила активність на штам *Staphylococcus* (Бугрин) (мінімальна бактеріостатична концентрація 250 мкг/мл) та на клінічний ізолят *Enterococcus faecalis* (мінімальна бактеріостатична концентрація 62.5 мкг/мл); *ТП3* виявила лише артефакти затримки росту культур, які не корелюють з бактеріостатичною чи бактерицидною дією. Також було помічено високу селективність дії сполук. Рослинні екстракти виявили також значну селективну активність, зокрема *Zingiber officinalis, Alnus glutinosa* (плоди),*Punica granatum, Quercus rubra, Oreganum vulgare, Glycyrrhiza glabra (корені), Silibium marianum (плоди), Humulus lupus, Catalpa fragesii, Betula nigra (листя)* проявили значну протикандидозну дію. *Laurus nobilis, Alnus glutinosa* (плоди)*, Quercus rubra, Allium cepa, Rozmarinus officinalis, Cinnamonum cassia, Silibium marianum (плоди), Betula nigra (кора), Betula nigra (листя), Populus nigra* володіють протибактеріальною дією на *Staphylococcus aureus* та *E.coli*

Висновок. Дане наукове дослідження встановило виражену протикандидозну та протибактеріальну активність деяких новосинтезованих сполук, а саме заміщених хінолінів, які пропонуються для подальшого вивчення з перспективою впровадження у фармацевтичній галузі як діючої речовини антибіотичних препаратів. Також було виявлено протимікробну активність екстракту *Sylibium marianum, Catalpa fragesii,* щодо яких відповідних даних опубліковано ще не було.

СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ НА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІ ШТАМИ ГРИБІВ РОДУ CANDIDA

Сілецька О.В., Гуцол Б.О.
Наукові керівник - д.мед.н., проф. Р.В. Куцик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра мікробіології та вірусології

Антибіотикорезистентність – це спонтанна здатність мікроорганізмів до протидії антибіотикам. На глобальному рівні це один із «глухих кутів» сучасної медицини, адже з кожним роком все важче боротись з інфекційними захворюваннями, проти яких не має ефективних та доступних препаратів. Антибіотики та хіміотерапевтичні препарати, які ще декілька років тому були ефективними, сьогодні втрачають свої позиції і їх використання вимушено обмежується. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, швидке підвищення стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів може призвести до підриву основ охорони здоров'я, які впроваджувались в практику медичною наукою упродовж останніх 50 років. Як результат ВООЗ оголосила антибіотикорезистентність однією з головних загроз людству(С.Дейнека, 2013). Одним із шляхів подолання даної проблеми є використання альтернативних препаратів у боротьбі з різними збудниками інфекційних захворювань. Саме пошук таких шляхів і є завданням нашого досліду, з використанням рослинних екстрактів у альтернативній терапії.

Мета:

виявити певні рослинні екстракти серед низки досліджуваних, до яких чутливі мікроорганізми;

виявити синергізм протимікробної дії у екстрактів разом з антибіотиками та обчислити закономірність зменшення резистентності відносно кількісного співвідношення екстракт – антибіотик.

Нами проведено скринінгове дослідження протимікробної активності 90% спиртових екстрактів рослин флори Прикарпаття методом дифузії в агар. У досліді ми використали представників дріжджоподібних грибків роду Candida з поліантибіотикорезистенцією, виділені в лікувальних закладах м. Івано-Франківська.

Одержані результати свідчать, що значним рівнем протимікробної активності відносно даних штамів проявили екстракти бруньок Тополі чорної (*Pulpus nigra*), Лавр благородний (*Laturus nobilis)*, Імбир садовий (*Zingiber officinalis*),плоди вільхи *(Alnus*), Кориця несправжня(*Cinnamoneum cassia*), Куркума довга (*Curcuma longa)*, розторопша (*Silibium)*, смородина чорна (*Piper nigrum*), екстракт ромашки (*Matricaria recutita*). Особливу протитимікробну активність виявив рослинний екстракт розмарина звичайного (*Rosmarinus officianalis).*

Отже, в ході скринінгового дослідження ми мали можливість виділити перспективну рослинну сировину, яка потребує подальшого фітохімічного і мікробіологічного вивчення з метою встановлення хімічної природи її антибіотичних компонентів та визначення діючих концентрацій екстрактів, які проявили найбільшу активність.

МОДЕЛЮВАННЯ БІОПЛІВКИ У СТАФІЛОКОКІВ IN VITRO ПІД ВПЛИВОМ ЦЕФАЗОЛІНУ

Сосна Галина
Науковий керівник – асист. Г.С. Лаврик
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології, імунології

Метою роботи є вивчення здатності до формування біоплівок клінічних ізолятів *Staphylococcus aureus* та дії протимікробного препарату цефазоліну на біоплівки *in vitro*.

Матеріали і методи: ізоляти *S. aureus* у кількості 6, з них - 4 з носа і 2 з шкіри, були виділені від пацієнтів, які проходили профілактичне обстеження. Біоплівки формували на дні пластикових чашок наступним чином: в кожну чашку вносили по 4 мл поживного бульйону та по 10 мкл культури та інкубували при 37 ºС 48 год. Після чого біоплівки відмивали дистильованою водою, фіксували 1% спиртовим розчином генціанвіолету та витримували при кімнатній температурі протягом 45 хв. Для визначення контролю формували біоплівку із стандартного штаму *S. aureus ATCC 25923 (F-49)*.

Для визначення чутливості досліджуваних штамів до цефазоліну (30 мкг) використовували диско-дифузійний метод.

При вивченні впливу антибіотиків на формування біоплівки проводили послідовні розведення цефазоліну від 0,1г/мл до 7,81мкг/мл. У кожне розведення вносили по 0,01мл культури та інкубували при 37 ºС. Через 24 год. з розведень, у яких спостерігалось помутніння, формували на дні

пластикових чашок біоплівки.

Візуалізацію біоплівки проводили за допомогою світлової мікроскопії.

Результати дослідження. З 6 ізолятів *S. aureus* чотири здатні утворювати біоплівки, референтний штам таку властивість не виявив. Чутливість до цефазоліну у плівкоподібних стафілококів була дещо нижча, ніж у планктонних. Після інкубування у середовищі з цефазоліном плівкоподібні стафілококи формували біоплівки з розведень 31,25 мкг/мл, 15,62 мкг/мл, 7,81 мкг/мл. Мінімальна подавляюча концентрація для біоплівкових стафілококів складала 62,5 мкг/мл. Чим менша була концентрація цефазоліну, тим щільнішою була біоплівка.

Висновок: виділено біоплівкові та планктонні форми стафілококів. Референтний штам не проявив здатності формувати біоплівку. Толерантна популяція клітин біоплівкових стафілококів не втратила здатності формувати біоплівку після інкубування з цефазоліном.

Вивчення стійкості до антибіотиків культур, що здатні утворювати біоплівки є важливим, позаяк покращить ефективність етіотропної терапії.

ПРОТИМІКРОБНА ДІЯ СОКУ СМОРОДИНИ ЧОРНОЇ

Яцунда Л.Т., Тимчук І.В.
Наукові керівники: к.мед.н., асист. І.В. Тимчук, асист. Панас
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Смородина чорна в народній медицині застосовується в основному, як вітамінний засіб, оскільки містить великий запас вітаміну С. Проте, мало хто знає про її бактерицидну дію. Зважаючи на стрімкий розвиток резистентності мікроорганізмів до антибіотиків є необхідним пошук рослинних препаратів, які мають протимікробну дію.

Метою нашого дослідження було вивчення антимікробних властивостей замороженого соку смородини чорної.

Матеріали і методи. Для дослідження використано сік смородини чорної, заморожений протягом 6 місяців при t -20°С, одержаний за допомогою соковижималки №1 та шляхом подрібнення ягід і витисненням соку вручну №2. Протимікробну активність соку смородини вивчали на референтних штамах мікроорганізмів: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923(F-49), *Escherichia coli* ATCC 25922, *Proteus vulgaris* №152, *Bacillus subtilis* ATCC 66-33, *K.pneumoniae*. При цьому використовували метод дифузії в агар на МПА та метод серійних розведень в МПБ.

За результатами досліджень найкращу протимікробну дію соку смородини чорної виявлено відносно *S.aureus*. Зона затримки росту становить 17,0±0,6мм для соку №2 та 12,0±1,2мм для соку №1. Слабшу протимікробну активність виявлено щодо штамів *K.pneumoniae* 9,0±0,6мм (№2) та *B.subtilis* 10,0±0,7мм (№2). Незначний бактеріостатичний ефект виявлено відносно *E.coli*. Методом двократних серійних розведень виявлено відсутність росту *K.pneumoniae* та *S.aureus* при спільному культивуванні з соком №2 лише у розведенні 1:2.

Висновки. Встановлено, що незважаючи на довготривале зберігання замороженого соку смородини чорної він володіє вираженою протимікробною активністю відносно *S.aureus* та *K.pneumoniae.* Сік смородини чорної, який витиснений вручну, володіє кращою протимікробною активністю, оскільки він темнішого кольору, а отже містить більше антоціанів, які мають бактерицидні властивості та локалізовані в шкірі ягід.

НЕВРОЛОГІЯ

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КАТАДОЛОНУ У ХВОРИХ ІЗ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ

Романюк Н. В.
Наукові керівники: асист. І.І. Ліскевич, д.мед.н., проф. В.А. Гриб
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології

Вступ. Проблема больових синдромів, пов'язаних з патологією хребта, стала неінфекційною епідемією XXI століття. Біль у спині, зумовлений дегенеративно-дистрофічними змінами хребта - остеохондрозом, є однією з найбільш поширених причин тимчасової втрати працездатності, що виводить нозологію у ряд актуальних медико-соціальних та економічних проблем.

Мета. Оцінити ефективність застосування катадолону в лікуванні хворих із попереково-крижовими больовими синдромами.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 35 хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу (НПІПО), які перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні Івано-Франківської МКЛ №1. Діагностичний комплекс включав клініко-неврологічне обстеження, визначення інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою та опитувальником Мак-Гілла, рентгенографію поперекового відділу хребта, нейровізуалізацію (КТ, МРТ) – за показаннями, а також анкетування за шкалою оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008). Хворі були розподілені на 2 групи: пацієнти контрольної групи (n=17) отримували стандартну терапію згідно протоколу, пацієнти основної групи (n=18) в комплексному лікуванні отримували катадолон (флупіритин) в дозі 100 мг тричі на добу протягом 14 днів.

Результати досліджень. У 23 пацієнтів (65,7%) діагностовано рефлекторні та у 12 пацієнтів (34,3%) компресійно-корінцеві синдроми. Інтенсивність больового синдрому до початку лікування за візуально-аналоговою шкалою становила в середньому 6,12±0,28, вона була достовірно вищою серед хворих із компресійними корінцевими синдромами – 8,32±0,30 ($p<0,05$). Вже на 7-й день лікування відмічалося зниження інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою, що було більш виражене та достовірно змінювалось у хворих основної групи порівняно з контрольною - 2,44±0,22 : 4,98±0,26 відповідно ($p<0,05$). На 14-й день лікування вдалося досягти стійкого зниження больового синдрому та зменшення м'язово-тонічного синдрому. Побічних ефектів в результаті прийому досліджуваного препарату не спостерігалося. Віддалені результати засвідчили достовірне підвищення якості життя пацієнтів до рівня 22,64±0,38 ($p<0,05$).

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про доцільність застосування катадолону у хворих з попереково-крижовими больовими синдромами.

ВИПАДОК ПРАВЦЯ У НЕ ЩЕПЛЕНОЇ ДИТИНИ

Андрійчук О.А., Каролькі Д.Й., Турчанська Н.І.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. М.І. Пітик, к.мед.н., асист. І.І. Ліскевич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології та нейрохірургії

Правець (tetanus) – тяжке інфекційне захворювання, поширене у багатьох країнах світу. Правець в Україні і сьогодні залишається значною медичною та соціальною проблемою, оскільки посідає за летальністю четверте місце після СНІДу та сказу. У середньому в Україні за останні 5 років летальність від правця перевищує 60%, що певною мірою зумовлено порушеннями в проведенні як планової активної, так і активно-пасивної імунізації. Ми спостерігали випадок правця у не щепленої дитини на базі Івано-Франківської обласної дитячої лікарні. З анамнезу вдалося з'ясувати, що за 2 тижні до початку захворювання батьки зверталися на приймальний покій обласної дитячої лікарні з приводу стороннього тіла носового ходу, яке було видалено. Ним виявився побутовий гальванічний елемент округлої форми діаметром 5-7мм. Профілактичні щеплення дитині не проводились у зв'язку з відмовою батьків. В неврологічному статусі виявлено: очні щілини Д≤С, зіниці Д=С, легкий птоз справа, тризм, дисфагія. Загальна м'язова гіпотонія. Сухожильні рефлекси торпідні. Симптом Бабінського з двох сторін. Періодичні тонічні судоми без втрати свідомості. Менінгеальні знаки відсутні. Протягом наступної доби стан дитини погіршувався за рахунок потьмарення свідомості, наростання явищ дихальної недостатності, токсичного ураження нирок. КТ головного мозку – об'ємних утворень, вогнищевих змін в головному мозку не виявлено. Аналіз ліквору від 6.04.12 – безколірний, прозорий, білок 0,099 г/л, реакція Панді (-), цитоз 8/3, хлориди 125 ммоль/л, цукор 2,7 ммоль/л. Хлопчик протягом місяця перебував у відділенні інтенсивної терапії, стан залишався тяжким за рахунок розвитку гострої інфекційно-токсичної енцефалопатії з вираженою дихальною недостатністю. Надалі після стабілізації стану дитина переведена для подальшого лікування у відділення для дітей з ураженням ЦНС. Заключний діагноз: Правець, генералізована форма. Інфекційно-токсична енцефалопатія, епілептичний синдром, сенсо-моторна афазія, ехолалія, період відновлення мовлення, когнітивні розлади легкого ступеню. Двобічна вогнищева пневмонія, ускладнена гнійно-легеневим синдромом. Гострий перебіг. ДН 0-І ст. Трахеостомія. Катамнез складає 2 роки. Хлопчик перебуває на диспансерному спостереженні у невролога з приводу симптоматичної епілепсії з поліморфними (генералізовані тоніко-клонічні, прості парціальні моторні) припадками і епіеквівалентами на ЕЕГ, із зниженням когнітивних функцій та змінами емоційно-волоьової сфери; постійно отримує протиепілептичну терапію, завдяки чому досягнуто часткового контролю над припадками.

НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ КАРОТИДНИХ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЯХ – КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ

Боженко М.І.,Панчишин О.Б.
Науковий керівник - к.м.н., доц. Н.Л. Боженко
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології

Актуальність: На сучасному етапі КЕА розглядається як метод «золотого стандарту» для лікування каротидної хвороби, є еталоном превентивної терапії - компоненту профілактики інсульту. Під час операцій та в післяопераційному періоді велика увага надається вивченню причин післяопераційних ускладнень,що впливає на результат операцій (особливо в „асимптомних" хворих) та значно знижує їх якість життя. Це робить проблему дуже важливою.

Мета: Проаналізувати частоту неврологічних ускладнень при операціях на сонних артеріях.

Матеріали та методи: Проаналізовано історії хвороб 183 хворих з патологією сонних артерій, з них 98 чоловіків, жінок – 95 які за 2013 та 2014 рік прооперовані у відділі судинної хірургії ЛОКЛ. Операції виконувались під місцевою анастезією. Всім хворим для підтвердження діанозу було проведено комплексне обстеження,УЗДГ, КТ з перфузією або МРТ з ангіографією. Всі хворі консультовані до та після оперативних втручань неврологом із зазначенням неврологічного статусу.

Результати дослідження:Клінічна картина хвороби на момент дослідження у всіх хворих складалась із різних неврологічних синдромів.Частина хворих (21%) була асимптомною клінічно але із змінами на УЗДГ та нейровізуалізаційних дослідженнях. До операції для підтвердження діагнозу хворим проводились УЗДГ гілок дуги аорти та дуплексне сканування. При ТІА та ГПМК в анамнезі більшості хворих проводилась КТ або МРТ. Визначено такі ускладнення раннього післяопераційного періоду:інсульт(0,5%),ТІА(5,1%),кровотеча з рани(0,8 %),важкий набряк шиї, який вимагає інтубації (0,5 %),ушкодження черепних нервів(11,2%).У1,5% було пошкодження ІХ пари ЧМН, 3% - під'язичного нерва (ХІІ п.), 4,5% - гілки лицевого нерва (VII п.), 4% - вагуса (Х п.) і його гілок.

Висновки: При КЕА необхідна комплексна оцінка неврологічного статусу пацієнта неврологом. Найчастішим неврологічним ускладненням КЕА є ураження ЧМН.Своєчасна діагностика і корекція ускладнень є резервом для покращення результатів реконструктивних операцій на сонних артеріях.

ДІАГНОСТИКА КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Демчина М.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. М.Ю. Купновицька-Сабадош
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології та нейрохірургії

У хворих на розсіяний склероз (РС) крім рухових, чутливих, мозочкових та інших вогнищевих неврологічних порушень спостерігаються зміни вищих кіркових функцій, що в деяких випадках можуть бути першим та/або домінуючим симптомом цього захворювання. Ураження когнітивної сфери є частим супутником РС (від 43 % до 70 %) як на ранніх, так і на пізніх стадіях захворювання. Зазвичай відзначаються порушення різних видів пам'яті, ефективності та швидкості обробки інформації, виконавчих функцій, уваги, когнітивної гнучкості, дефіцит в абстрактних можливостях та в здатності до узагальнення і класифікації. Висока частота порушень когнітивних функцій при РС та їх важкість і вплив на щоденне життя пацієнтів доводять доцільність якнайшвидшого розпізнавання цих порушень та призначення відповідного лікування.

Метою нашої роботи було визначити наявний когнітивний дефіцит у пацієнтів з РС за допомогою Монреальської

шкали когнітивної оцінки (МоСА).

Монреальська шкала дозволяє оцінити різні когнітивні сфери: увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, конструктивно-зорові навички, абстрактне мислення, рахування і орієнтацію. Час для проведення тесту складає 10 хвилин. Оцінка у 26-30 балів свідчить про нормальний когнітивний статус.

Нами обстежено 18 хворих з РС, середній вік яких складав 31,4 ±2,1 роки. Згідно з розширеною шкалою ступеня інвалідизації при РС (EDSS), останній складав в середньому 4-5,5 балів.

Результати отримано наступні. Середній бал МоСА у всіх обстежуваних становив 21 бал. Двоє пацієнтів отримали по 8 балів, що свідчить про надзвичайно низький рівень інтелекту. Лишень 3 пацієнтів набрали по 24 бали і жоден не набрав 26-30 балів. Кількість отриманих балів за МоСА не мали чіткої залежності від ступеня EDSS та від варіанту перебігу РС. Аналізуючи результати тестування за МоСА, можна встановити, які когнітивні сфери страждають у кожного окремого пацієнта.

Отже, отримані нами порушення вищих кіркових функцій у пацієнтів з РС свідчать про необхідність ранньої діагностики у них когнітивного рівня і якнайшвидшої корекції когнітивного дефіциту, який полягає в когнітивній гімнастиці та тривалому медикаментозному лікуванні.

ПРОФІЛАКТИКА СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Іванків Я.
Науковий керівник – доц. Н.Л. Боженко
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології

Актуальність. Інсульт є другою провідною причиною смерті у світі. Загалом смертність від інсульту становить 20-22%, серед них 92% припадає на ішемічні інсульти. Фібриляція передсердь(ФП) - причина майже третини всіх інсультів. Для 80% пацієнтів з ФП перший ішемічний інсульт стає смертельним чи веде до стійкої інвалідності. В 2/3 випадків повязані з ФП інсульти можна попередити за допомогою правильно підібраної антикоагулянтної терапії.

Мета. Порівняти ефективність профілактики судинних подій у хворих з фібриляцією передсердь, котрі знаходилися на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні, зі стандартами затвердженими Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Міністерством охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Проведена робота ґрунтується на даних ретроспективного аналізу 270 історій хвороб пацієнтів неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) з діагнозом ішемічного ураження головного мозку та ускладненнями у вигляді фібриляції передсердь за 2014 рік.

Результати. На основі проаналізованих даних нам вдалося отримати наступні статистичні дані: стать: чоловіки/жінки – 50%/50%; вік: найстарший пацієнт – 83 роки, наймолодший – 40 років, середній вік – 66 років; консультація кардіолога: проводилася у 100% хворих; ускладнення основного діагнозу у вигляді ФП виявлено у 43% пацієнтів; протромбіновиі індекс(ПТІ): визначено в 93% випадків. За абсолютними значеннями показників $ПТІ_{max}$ – 96%, $ПТІ_{min}$ – 22%, $ПТІ_{сер}$ – 63%; міжнародне нормалізоване відношення(МНВ): визначено в 71% випадків. За абсолютними значеннями показників $МНВ_{max}$ – 6,57, $МНВ_{min}$ – 1,0, $МНВ_{сер}$ – 2,16; інструментальне обстеження: МРТ проведено 21% хворих, КТ – 79% хворих; призначено препарат для профілактики тромбозу в 79% випадках, з них: 58% – антикоагулянти, 42% – антигреганти.

Висновки. Ціль антитромботичної терапії при ФП - попередження ішемічного інсульту і мінімізація ризику геморагічного інсульту. Всім хворим з ішемічним інсультом повинна проводитись вторинна профілактика, яка включає гіпотензивні препарати, статини, дезагреганти, а хворим з ФП – антикоагулянти. Це зменшить ризик виникнення повторного інсульту та дозволить знизити рівень інвалідизації. Препарати нового покоління дають широкі можливості для захисту від інсульту.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЕВОЙ СОЛИ ГОПАНТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Каширина А.В., Резниченко Е.К.
Научный руководитель - д.мед.н. проф. И.А. Григорова
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра неврологии №1

Эпилепсия – заболевание, которое требует длительного применения антиконвульсантов, которые обладают угнетающим действием на центральную нервную систему. В результате этого страдает когнитивная сфера.

Цель: исследование эффективности препаратов кальциевой соли гопантеновой кислоты (КСГК) в лечении когнитивных нарушений .

Материалы и методы исследования. Под наблюдением: 14 пациентов с диагнозом: эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими приступами. Частота приступов составляла 1 раз в 1-2 месяца. Возраст: от 18 до 27 лет (9 мужчин и 5 женщин). Все пациенты принимали противосудорожную терапию не менее 5 лет.

Нами был использован психодиагностический метод исследования, в результате которого по шкале MMSE (Minimental State Examination) все пациенты до лечения получили 21,7 ± 2,8 балла (деменцию легкой степени выраженности).

На ряду с антиконвульсантной терапией в структуру лечения была включена КСГК, имеющая ноотропное и противосудорожное действие, повышает стойкость мозга к гипоксии, стимулирует процессы анаболизма в нейронах и уменьшает моторную возбудимость. Назначение в дозе 500 мг 3 раза в день через 30 минут после еды в течение 6 месяцев. После курса лечения КСГК повторно проведено тестирование по шкале MMSE. У всех пациентов улучшения результатов до 25,1 ± 1,7(предметные когнитивные нарушения)

Выводы. В комплексную терапию эпилепсии несомненно необходимо включение КСГК для улучшения когнитивной сферы у пациентов.

ЗАСТОСУВАННЯ СЕДАТИВНО-СНОДІЙНИХ ЗАСОБІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СИНДРОМОМ НЕСПОКІЙНИХ НІГ НА ФОНІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕВРОПАТІЇ

Козловська М.Г., Попович Л.О.
Науковий керівник – асист. Н.П. Ткачук
ДНВЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології

Синдром Екбома або синдром неспокійних ніг (СНН) –

захворювання, що відноситься до групи рухових розладів, є актуальною проблемою медицини та характеризується непереборним бажанням рухати ногами з метою полегшення неприємних відчуттів. Слід зазначити, що скарги на біль, неприємні відчуття, неспокій в ногах наявні і у хворих з діабетичною поліневропатією (ДПН), у частини з яких стандартна терапія больового синдрому при поліневропатії не дає бажаного ефекту. Ймовірно, така резистентність до лікування зумовлена власне СНН, поєднаного з ДПН. Тому так необхідна чітка діагностика СНН у хворих з ДПН з метою призначення адекватної терапії, а цим самим покращення якості життя пацієнтів. Метою дослідження було вивчення ефективності седативно-снодійного препарату, що містить зопіклон та ряд рослинних середників, у поєднанні з праміпексолом у хворих на ДПН, коморбідним із СНН. Обстежено 46 хворих з СНН на фоні ДПН, що перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ОКЛ. Середній вік хворих – 52,83±1,46 років, рівень глікозильованого гемоглобіну – 9,51±0,62%. Всі хворі раніше отримували стандартне лікування ДПН (корекція глікемії, дисліпідемії, α-ліпоєва кислота, бенфотіамін) та габапентин по схемі і не відмітили покращення стану. Залежно від призначеної схеми лікування хворі були рандомізовані на 2 групи: 24 пацієнта I групи отримували праміпексол в дозі 0,75 мг на добу протягом 2 тижнів, 22 хворих II групи - праміпексол 0,75 мг на добу та зопіклон у комбінації із седативними рослинними середниками («Ліксон», Україна) у дозі 4 мл ввечері протягом 2 тижнів. Для виявлення СНН застосовували критерії, запропоновані міжнародною групою з вивчення СНН (IRLSG, 2003). Крім того використовували шкалу оцінки ступеня важкості СНН, шкалу сонливості Epworth, анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. При опитуванні хворих за шкалою оцінки суб'єктивних проявів сну виявлено: кількість нічних пробуджень, тривалість сну, час засинання та якість сну значно покращилися на фоні комбінованого лікування праміпексолом та ліксоном, що суттєво відрізнялося від показників I групи після лікування ($p<0,05$). При вивченні динаміки показників шкали сонливості Epworth виявлено, що на 3-й тиждень комбінованого лікування праміпексолом та «Ліксоном» денна сонливість у хворих зменшилися і за шкалою становила 7±0,89 балів, що відповідає нормальному сну; у хворих I групи після лікування цей показник становив 12±1,02, що свідчить про виражену денну сонливість та потребує консультації лікаря. Висновки. Доведена ефективність застосування снодійного препарату «Ліксон» у поєднанні з праміпексолом у хворих з СНН на фоні ДПН, що доказано показниками рейтингових шкал та клінічних ознак.

ВИКОРИСТАННЯ ПЕНТОСАНУ ПОЛІСУЛЬФАТУ SP 54 У ХВОРИХ З КАРДІОЕМБОЛІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Лошак О.Т., Сухов М.В.
Науковий керівник – асист. Н.П. Ткачук
ДНВЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології

Серед всіх судинних захворювань ішемічний інсульт (II) супроводжується високою летальністю і є найчастішою причиною інвалідності. Проблема кардіоемболічного інсульту (КЕІ), який за оцінкою різних авторів становить близько 18–20% від їх загальної кількості, вважається однією з актуальних у кардіоневрології. КЕІ має більш тяжкий перебіг і частіше призводить до летального наслідку порівняно з атеротромботичним і лакунарним підтипами. Причиною смерті хворих на ішемічний інсульт є набряк мозку, пневмонія, набряк легень, тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) як наслідок тромбозу глибоких вен (ТГВ).Тому, крім базової терапії ішемічного інсульту, що полягає у застосуванні дезагрегантів, статинів, гіпотензивних середників, нейропротекторів, хворим, які в анамнезі мали II, були знерухомлені або тим, які страждали на цукровий діабет (ЦД), ожиріння, з метою профілактики ТЕЛА додатково призначають непрямі антикоагулянти до 4-6 тижнів. Метою дослідження було вивчити вплив гепариноїду пентосану полісульфату SP 54 на показники системи гемостазу в хворих з КЕІ у ранній відновний період на фоні прийому аспірину 100 мг. На базі неврологічного відділення МКЛ №1 м. Івано-Франківська обстежено 27 хворих з КЕІ, які спостерігались впродовж 10 днів. Середній вік хворих становив 64,3±1,72 років. У 7 (25,9%) хворих спостерігався ЦД 2 типу, 11 (40,7%) хворих страждали ожирінням, 8 (29,6%) хворих мали II в анамнезі, 2 хворих (7,4%) були лежачими. Всім хворим призначався пентосан полісульфат SP 54 25 мг по 2 таб 3 р/д на фоні прийому аспірину 100 мг/д. Контроль системи гемостазу проводився за показниками: АЧТЧ, РФМК, агрегаційно-адгезивним властивостям тромбоцитів (на базі ОКЛ) до лікування та по закінченню курсу терапії в стаціонарі. Отримано наступні результати: до лікування у 8 (29,6%) хворих за даними агрегатограми зареєстровано аспіринорезистентність. У 22 (81,5%) хворих на фоні прийому пентосану спостерігалося подовження АЧТЧ на 6,12±1,24 од. У 16 хворих (59,3%) рівень РФМК, які є маркерами фібриноутворення розчинного згустку до лікування був вище норми, а після лікування у 18 (66,7%) пацієнтів спостерігалося зниження рівня РФМК на 4,2±0,23, що суттєво відрізнялося від показників до лікування ($p<0,05$). При дослідженні агрегатограми у 13 (48,1%) хворих до лікування спостерігалося пригнічення агрегації, у 6 (22,2%) виявлено дезагрегацію. На фоні проведеної терапії у 16 (59,2%) хворих показники агрегатограми покращилися до норми із сповільненою швидкістю агрегації, у 11 (40,7%) хворих виявлено пригнічення 1 фази агрегації. Висновки. Дане дослідження показує позитивний вплив препарату пентосан полісульфат SP 54 на систему гемостазу, а саме подовження АЧТЧ, зниження рівня РФМК, що попереджує ТГВ, а відтак і ТЕЛА, а також вплив на показники агрегації тромбоцитів, що є досить цінною його властивістю для вторинної профілактики інсульту.

ВПЛИВ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Оринчак Л. Б.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Т. І. Негрич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Розсіяний склероз (РС) – це хронічне прогресуюче, інвалідизуюче, автоімунне захворювання центральної нервової системи, на яке хворіють переважно особи молодого, працездатного віку, частіше уражає жінок порівняно з чоловіками. Саме тому, для жінок, хворих на РС, проблеми, що пов'язані з плануванням сім'ї та народженням дитини є особливо актуальними.

Мета дослідження – вивчити вплив грудного вигодовування на клінічні характеристики РС серед мешканців Прикарпаття.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 207 жінок,

хворих на РС, жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області, із достовірно підтвердженим діагнозом РС. Усі хворі були оглянуті у стадії ремісії. У цих пацієнтів було зібрано анамнез життя, захворювання та детально вивчено перебіг вагітностей та народження дітей, а також проведене клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив 37,91±0,72 років, середній ступінь важкості за шкалою EDSS – 4,09±0,10 бали. Середній вік початку РС у всіх оглянутих жінок склав – 27,44±0,66 років. Отримані дані були піддані статистичній обробці.

Результати і обговорення. Дослідили, що середній вік дебюту РС у всіх жінок, які народжували дітей становив – 28,92±0,73 років. Середня тривалість захворювання на час народження дитини – 5,90±0,51 років. Серед оглянутих нами жінок, хворих на РС, фізіологічним шляхом народжували 83,56±4,34% жінок, а шляхом кесаревого розтину –16,44±4,34%.

Вірогідно більша частина жінок, хворих на РС мали грудне вигодовування у своїх дітей порівняно з особами, які не годували грудьми (90,57±4,02 % проти 9,43±4,02 %; відповідно t=14,29, p<0,01). Середня тривалість грудного вигодовування – 7,25±0,70 місяців. У 5-ти (4,03 %) оглянутих пацієнток захворювання дебютувало під час годування грудьми. У більшої кількості жінок, під час грудного вигодовування не було рецидивів РС порівняно з особами, які мали загострення захворювання (70,83±6,56 проти 29,17±6,56; відповідно t=4,49, p<0,01). Середній бал за шкалою інвалідизації EDSS практично не відрізнявся між жінками, які годували грудьми та особами, які не мали грудного вигодовування у дітей (3,63±0,31 порівняно з 3,80±0,03; відповідно t=0,32, p>0,05). Середня вага дітей народжених хворими пацієнтками склала – 3181,05±70,78 грам.

Висновок. Серед обстежених хворих значно більша частина жінок мали грудне вигодовування для своїх дітей. Наявність у жінок грудного вигодовування не впливає на прогресування за шкалою EDSS, а також не сприяє вищій ймовірності виникнення загострень РС під час вигодовування грудьми.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕНОЛЬНИХ ПОХІДНИХ ГАМК ПРИ ТИКОЗНИХ РОЗЛАДАХ У ДІТЕЙ

Павлюк О.М., Мелех Г.В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. М.І. Пітик, к.мед.н., доц. О.М. Пітик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології

Тики виявляються у 11-13% дітей в загальній популяції, переважно серед міських жителів, і виражено впливають на прогноз якості життя в дорослому віці. Метою роботи було вивчення терапевтичної ефективності препарату нообут (ноофен), який завдяки комбінації γ-аміномасляної кислоти та β-фенілетиламіну володіє унікальною поєднаною ноотропною і транквілізуючою дією при різних проявах рухової та поведінкової дисфункції у дітей. Проведено клініко-неврологічні та експериментально-психологічні дослідження 35 хворих у віці від 7 до 14 років. Використано анкету поведінки дитини, графомоторні функції досліджували за тестом Еліса. Ноофен призначали наступним чином: дітям віком до 10 років по 100 мг двічі на добу, дітям 11-14 років по 200 мг двічі на добу, за 30 хв. до прийому їжі. Тривалість курсу складала 4 тижні. Встановлено, що ноофен суттєво покращує когнітивні функції у дітей. Діти ставали уважнішими, спокійнішими, рефлективнішими, відмічалося зниження рівня тривожності, покращення поведінки в школі і сім'ї, підвищення відповідальності за результати навчання. Найбільш позитивні зміни спостерігалися за такими пунктами анкети поведінки дитини: 19 (вимагає багато уваги), 23 (неслухняний у школі), 25 (не ладнає з іншими дітьми), 26 (часті травми, схильність до травмування), 41 (імпульсивність або дії без обміркування), 62 (погана координація або незграбність), 78 (неуважний або легко відволікається), 104 (надзвичайно галасливий). У 67% випадків досягнуто зменшення вираженості тикозних розладів, особливо транзиторних множинних моторних і фонаторних тиків, поліпшення функції уваги, зниження ступеня рухової розгальмованості і гіперактивності, дискоординації рухів, про що свідчать дані про достовірну оптимізацію графомоторних функцій за тестом Еліса. Таким чином, отримані результати свідчать про необхідність включення препарату нообут (ноофен) в схеми комплексного лікування тикозних розладів та синдрому гіперактивності у дітей.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІАГНОСТИКА ГЕМІКРАНІЇ

Панчишин О.Б., Боженко М.І.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Н.Л. Боженко
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології

Актуальність:Гемікранія, або мігрень вражає принаймні 0,48% дорослого населення України. Пік захворюваності: від 25 до 34 років (у 90% осіб, що страждають на мігрень, перший приступ виникає у віці до 40 років). У Львівській області за 1 квартал 2014 року, було зареєстровано 536 випадків мігрені(369 у жінок, 167 у чоловіків).У жінок гемікранія спостерігається в 2–3 рази частіше, ніж у чоловіків. Мігрень входить до списку, за даними ВООЗ, перших 20 захворювань,які викликають значну непрацездатність у популяції і в 10 перших захворювань,які викликають значну непрацездатність серед жінок. У пацієнтів, у яких була мігрень з аурою, ризик розвитку ішемічного інсульту був більшим в 13 разів у порівнянні із пацієнтами контрольної групи Гемікранія діагностується тільки у 48% випадків.

Мета: Скринінг пацієнтів з болем голови .Вивчення особливостей клінічного перебігу мігрені за допомогою опитувальника MIDAS(Migraine Disability Assessment Questionnaire).

Матеріали та методи: ОбстеженО 39 пацієнтів неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) та амбулаторних хворих з діагнозом мігрень.З них обстежено 31 жінка та 8 чоловіків у віці від 23 до 58 років. Пацієнтам проводили неврологічний огляд, консультування в офтальмолога, МРТ або КТ головного мозку, а також вони заповнювали опитувальник MIDAS.Важливе значення надано ретельному збору анамнезу.

Результати: У ході даного дослідження виявлено, що співвідношення захворюваності на гемікранію між чоловіками та жінками становить 1:3. Серед вікових груп найбільша частота припадає на вік 25-54 роки- 68%, старші 55 років- 22%, а молодші 25 років-10%. Частота нападів: рідше 1 разу на місяць- 34%, 1 раз на місяць – 27 %,2 рази на місяць – 17 %, 3-4 напади – 12%,5-10 нападів - 6% частіше 10 разів на місяць – 4%. Тривалість нападів мігрень, що тривала більше 6 годин становить 80%, а довше 24 годин- 32%. Частіше зустрічалась мігрень без аури-79% ,рідше – мігрень з аурою-21%.Двоє пацієнток госпіталізовано з мігренозним

статусом . У однієї було ускладнення- діагностовано мігренозний інсульт за даними КТ .Також анамнестично було встановлено, що ризик захворювання складає 60-90%, якщо напади були у обох батьків, 72 % - якщо страждала мама, 20 - 39% - якщо тільки батько,ризик захворіти при здорових батьках – 11 %.

Висновок: Мігрень один з найпоширеніших видів головного болю серед всіх відомих людству. Захворюваність у Львівській області за 1 квартал 2014 року становила 536 випадків. За допомогою опитувальника MIDAS ми встановили, що частіше на гемікранію хворіють жінки віком 25-54 роки. Найпоширеніша частота нападів рідше 1 разу на місяць, а тривалість більше 6 годин. Згідно анамнестичних даних встановлено, що мігрень має спадковий характер і зустрічається переважно, коли хворіли батьки чи лише мати.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ГІЄНА-БАРРЕ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Скакун О.З, Подворна Ю. О.
Науковий керівник - асист. Л.Б. Оринчак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра неврології та нейрохірургії

Синдром Гієна-Барре – демієлінізуюча поліорадикулонейропатія, що супроводжується арефлексією і прогресуючим в'ялим паралічем з варіабельними сенсорними і вегетативними порушеннями. Цей синдром викликається аутоімунними процесами, при яких організм здійснює клітинно-опосередковану і гуморальну імунологічну реакцію проти мієліну периферичних нервів.

Захворюваність на синдром Гієна-Барре у світі становить у середньому 1,3 випадки на 100 000 населення.

Для діагностики використовують аналіз спинномозкової рідини і електроміографію. При аналізі спинномозкової рідини виявляють білково-клітинну дисоціацію. За допомогою електроміографії виявляють зниження амплітуди М-відповіді, ознаки демієлінізації і денервації, порушення провідності по сенсорних волокнах.

До специфічного лікування відносять плазмаферез та застосування імуноглобулінів. Курс плазмаферезу включає чотири-п'ять сеансів із заміною близько 1 об'єма плазми за сеанс (40-50 мл/кг). В легких випадках показане проведення двох сеансів плазмоферезу з заміною 1,5 л об'єму плазми під час кожного з них. Американське дослідження свідчить про те, що тривалість застосування ШВЛ у хворих СГБ, для лікування яких застосовують плазмаферез, менша на 61%, порівняно з цим показником у пацієнтів без специфічного лікування. Внутрішньовенна пульс-терапія імуноглобулінами полягає у введенні 0,4 г/кг/день імуноглобуліну протягом п'яти днів. Більшість досліджень вказують, що значної різниці між ефективністю лікування цими методами немає. Комбіноване лікування недоцільне: його ефективність не перевищує ефективність кожного з методів окремо.

Монотерапія кортикостероїдами вважається серйозною лікарською помилкою, оскільки при проведенні 6 рандомізованих досліджень виявлено, що через рік стан у хворих, які лікувалися кортикостероїдами був гіршим, ніж у тих, хто приймав плацебо.

Однак, за результатами дослідження, яке проводилося у Данії, щодо ефективності застосування кортикостероїдів разом з імуноглобулінами виявлено, що через 4 тижні у групі хворих, яким проводили комбіновану терапію, стан був кращим, ніж у хворих, що приймали лише імуноглобулін.

Незважаючи на відносно сприятливий прогноз у більшості випадків, синдром Гієна-Барре є важкою хворобою, оскільки летальність коливається від 8 до 13%.

За результатами дослідження, що проводилося у Великобританії протягом одного року 8% хворих загинули. Через рік 4% осіб, які перенесли синдром Гієна-Барре, залишилися лежачими або залежними від штучної вентиляції легень, 9% не могли самостійно пересуватися, 17% стали нездатними бігати, 62% мали повне або майже повне виздоровлення. До основних причин летальних випадків належать зупинка серця, інфекційні захворювання, емболія легеневої артерії, дихальна недостатність.

ГОРМОН МЕЛАТОНИН И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА СНА

Черняк А.В., Кохан Е.Н.
Научный руководитель - доц., к.мед.н. Е. К. Резниченко
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра неврологии №1

Сон регулирует гормон мелатонин. Он вырабатывается в эпифизе только во время ночного сна из серотонина. Мелатонин обладает широким спектром физиологических функций. Основными из них являются: участие в формировании эндогенных биологических ритмов организма, цикла «сон — бодрствование», регуляция температуры тела, участие в антиоксидантной защите организма, иммуномодулирующее действие. Доказано, что во всех известных причинах инсомнических нарушений в пожилом возрасте патогенетическим механизмом реализации является первичное или вторичное снижение синтеза гормона мелатонина эпифизом головного мозга.

Целью нашего исследование явилось изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла «сон-бодрствование» у пожилых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 пожилых пациента в возрасте от 65 до 76 лет, из них 14 женщин и 8 мужчин, страдающих бессонницей. Всем пациентам был назначен синтетический аналог мелатонина (Вита-мелатонин) в дозе 3 мг ежедневно вечером за 30 мин до сна в течение 2-х недель.

Результаты и обсуждения. Все пациенты отметили значительное улучшение качества сна – сократился период засыпания, прекратились ранние пробуждения, пациенты перестали просыпаться ночью и видеть тревожные сновидения.

Выводы. Очевидно, что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недостаточности эпифиза.

НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА МОРФОЛОГІЯ

LUNG CANCER COMBINED WITH TUBERCULOSIS (CLINICAL CASE)

Lutsak Oksana, Lutsak Yurii
Scientific supervisors – Candidate of Medical Science M.Bahrii, Candidate of Medical Science V. Klym
SHEI «Ivano-Frankivsk national medical university»
Department of Pathological Morphology, Department of Surgery №2

Problem analysis and recent research. Lung cancer of TB patients occurs in 4.5 - 7 times more often than in the population. The combination of tuberculosis and lung cancer has been detected more often, especially in male patients over 40 years. The lack of a unified concept of carcinogenesis in general, as well as unclear clinical and radiographic criteria for recognition these combined processes in lungs causes a poor differential diagnosis of the combined pathology. An assured assumption of a combination of cancer and tuberculosis is expressed only in 10-15% of patients. As a result, patients with lung cancer when it is combined with TB often come to the clinic at stage III and IV of a tumor.

Today there are following hypotheses for the development of lung cancer in combination with TB:

tuberculosis and lung cancer are antagonists: in countries with high mortality from TB incidence of lung cancer is relatively low.

the combination of cancer and tuberculosis is random; they are two independent parallel processes.

tuberculosis as a precancerous disease: chronic inflammation of the lungs stimulates bronchial epithelium metaplasia or become carcinogenic factors, initiating the development of malignancy.

lung cancer is the precondition for the development of tuberculosis: the tumor is favorable for the development of tuberculous process in the lung tissue, reducing both local and general immune status.

Clinical case. Patient B., born in 1954, on 4/16/2014, urgently entered the department of thoracic surgery of Ivano-Frankivsk Central Municipal Hospital, he complained of shortness of breath, productive cough with mucous expectoration, hemoptysis periodic, and weight loss of 20 kilograms in 5 months, as well as general weakness and fever up to 38° C. The general condition of the patient was moderate. The frequency of respiratory movements was up to 25 per minute; pulse was 122 per minute, blood pressure - 140/90 mm Hg.c. It is known from the history of the disease that during the year the patient had attacks of hemoptysis, but did not approach for medical care. The patient was hospitalized in the thoracic department, where according to X-ray, CT radiograph, Videofiberbronchoscopy and bronchial biopsy was based diagnosis cancer. After that under endotracheal anesthesia patients underwent left-sided lateral thoracotomy. On the tenth day after surgery the stitches were taken out from the thoracotomic wound. The wound healed by primary intention.

The histopathological study of surgical specimens of bronchus with tumor showed: overgrowth of squamous non-keratinized cancer. The histopathological study of surgical specimens of alveolar parenchyma showed: all of the studied fragments of lung tissue had specific tuberculous inflammation, such as miliary and larger epithelioid-cell granulomas and different sized localizations of caseous necrosis surrounded by epithelioid cells and Langhans-Pyrogov cells. The histopathological study of surgical specimens of lymph nodes showed: tuberculous lymphadenitis.

The patient was discharged with recommendations for further treatment and regular supervision of the local oncologist and phthisiatrician. Patient was examined in 3 months. No complaints.

СИНДРОМ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Ваколюк А.В., Рябець Т.С.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Т.М. Король
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Метою роботи є виявити основні клініко-морфологічні характеристики ФПН, простежити, якими патологічними станами він найчастіше супроводжується. Статистично визначити кореляцію наявності синдрому зі станом новонародженого.

Матеріали та методи: В ході дослідження були опрацьовані дані 2014 року з Вінницького патоанатомічного бюро. Зокрема, серед 50 випадків було досліджено кількість супутніх синдромів. Обраховали число мертвонароджених дітей. Методами морфологічного аналізу було встановлено основні характеристики ФПН.

Результати: Таким чином було визначено, що основними патологічними змінами при ФПН є наступні: гнійний фунікуліт, периваскулярні крововиливи, ангіоматоз, гнійно-некротичний децидуїт. Статистичними методами було встановлено, що найбільш поширеним видом ФПН є хронічна форма. Серед 50 опрацьованих випадків було виявлено 8 мертвонароджених дітей (16% від загальної кількості випадків).

Висновки: Отже, внаслідок проведеної робити можна підсумувати, що були виявленні основні супутні синдроми ФПН. Лікарю-гінекологу варто звертати на них увагу при лікуванні та курації вагітних, з метою підвищення ефективності надання медичних послуг. Найбільша поширеність хронічної форми свідчить про те, що гінекологи несвоєчасно виявляють дану проблему. Тому, вона вимагає більшої уваги, раннього моніторингу та впровадження морфологічних критеріїв діагностики.

БІОФІЗИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЖОВЧІ В ДІАГНОСТИЦІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО БЕЗКАМ'ЯНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Вацеба Б. Р.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Однією з актуальних проблем сучасної гастроентерології є захворювання жовчного міхура, такі як холецистит та жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Хронічний холецистит тісно пов'язаний із ЖКХ. Можна вважати, що проблема ефективного лікування хронічного холециститу є методом профілак-

тики ЖКХ, яка в нас час є не лише медичною проблемою, але й соціальною. Можливість тривалого безсимптомного перебігу захворювання створює певні труднощі його виявлення на ранніх стадіях. Це стає причиною пізньої діагностики, коли застосування консервативних методів лікування значно обмежене. Морфологічним субстратом ЖКХ є камені у жовчному міхурі та/або в жовчних протоках. Компонентами цих каменів є практично всі компоненти жовчі, з суттєвим переважанням окремих із них, а сам процес літогенезу є наслідком порушення відповідного співвідношення між цими компонентами та переходом їх із розчинного стану в нерозчинний. Мета роботи - порівняння біофізичних властивостей жовчі у хворих на ЖКХ та хронічний безкам'яний холецистит в залежності від біофізичних показників жовчі та характеру патологічного процесу в жовчному міхурі, оцінка значення біофізичних показників жовчі для діагностики ранніх стадій розвитку жовчнокам'яної хвороби. Нами досліджено 58 зразків міхурової жовчі, з них: 32 отримано від хворих на жовчнокам'яну хворобу (I група), 26 - від хворих на хронічний безкам´яний холецистит (II група). У першому випадку жовч отримали шляхом пункції жовчного міхура після холецистектомії, в другому – шляхом проведення фракційного дуоденального зондування. Проводили аналіз результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень, дослідження фізичних властивостей та мікроскопію осаду міхурової жовчі. Середній вік обстежуваних пацієнтів становив 57,65±1,18 р. Результати дослідження. Міхурова жовч у більшості пацієнтів першої групи темно-коричневого кольору (81,25%), у другій групі колір жовто-коричневий (50%) та зеленуватий (30,77%). Густина жовчі становила 1,038±0,0023 у I групі та 1,028±0,0034 у II групі, рівень pH склав 6,21 ± 0,2 та 6,85±0,08 в I та II групах відповідно. При мікроскопічному дослідженні осаду жовчі у II групі наявність лейкоцитів спостерігали у 92,31% зразків, в той час як у I групі вони були виявлені лише у 62,5% зразків. Високий призматичний війчастий епітелій було виявлено у 71,88% препаратів I групи, та у 61,54% препаратів II групи. Кристали холестерину спостерігали у 87,5% зразків I групи та 76,97% зразків II групи; кристали жирних кислот – у 81,25% та 46,15% зразків I та II груп відповідно; білірубінат кальцію виявили у 62,5% зразків жовчі хворих на ЖКХ та у 53,85% зразків жовчі хворих на хронічний безкам'яний холецистит. Мікроліти виявлені у 96,88% зразків жовчі хворих I групи та у 61,54% хворих II групи. Висновки. Жовчнокам'яну хворобу характеризують наступні біофізичні характеристики міхурової жовчі: темно-коричневий колір, висока густина, зсув pH в кислу сторону, наявність високого призматичного війчастого епітелію, великої кількості кристалів холестерину, жирних кислот, білірубінату кальцію та мікролітів. Зниження pH, підвищення густини міхурової жовчі, збільшення кількості в ній кристалів та мікролітів, наявність великої кількості епітеліальних клітин свідчить про підвищення літогенності жовчі.

ВПЛИВ ЕТАНОЛУ НА ГІСТОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ У ЗВИВИСТИХ СІМ'ЯНИХ ТРУБОЧКАХ ЯЄЧКА ЩУРІВ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ

Долинко Н.П., Ільницька С.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Б.В. Грицуляк
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Кафедра анатомії і фізіології людини та тварин

Як відомо, серед причин, що провокують розвиток неплідця у чоловіків, важливе місце займає хронічна алкогольна інтоксикація, що зумовлено високою чутливістю статевих клітин різних стадій розвитку до етанолу.

Метою даної роботи було визначити характер гістологічних змін у звивистих сім'яних трубочках яєчка в умовах хронічної алкогольної інтоксикації в експерименті.

Дослідження виконане на 36 статевозрілих щурах, яким внутрішньошлунково вводили 30% розчин етанолу з розрахунку 2 мл на 100 г маси тіла тварин на протязі 7,14 і 21 доби один раз на добу. В гістологічних зрізах тканин, зафарбованих гематоксиліном і еозином, підраховували кількість статевих клітин у звивистих сім'яних трубочках на VII стадії циклу сперматогенного епітелію та об'єм ядер інтерстиційних ендокриноцитів. За загальноприйнятою методикою визначали концентрацію сперматозоїдів та відсоток їх патологічних форм.

Нами встановлено, що вже на 7 добу досліду кількість сперматоцитів на стадії прелептотени зменшилась до 200,04±2,42, сперматоцитів на стадії пахітени – до 243,09±2,35 і сперматид 7-го етапу розвитку – до 820,32±3,21 проти 226,37±2,94; і 286,73±3,21 та 912,71±15,65 у контрольній групі. Із збільшенням терміну алкоголізації тварин до 21 доби кількість сперматоцитів на стадії прелептотени знизилась до 132,42±4,26, сперматоцитів на стадії пахітени – до 148,29±4,76 і сперматид 7-го етапу розвитку – до 741,51±7,74. В цих умовах достовірно (p□ 0,05) зменшився також об'єм ядер інтерстиційних ендокриноцитів. Кількість сперматозоїдів в еякуляті знизилась до (60,35±1,25) млн/мл проти (67,50±3,60) млн/мл у контролі, а кількість патологічних форм сперматозоїдів зросла до 38% проти 23,9% у контролі. Достовірно (p□ 0,05) зменшилась кількість живих сперматозоїдів.

Отримані нами морфометричні дані підтверджують високу чутливість клітин сперматогенного епітелію до дії етанолу, що може призвести до зниження репродуктивної функції.

ЕКСПРЕСІЯ ПАН-ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО МЕМБРАННОГО МУЦИНУ MUC1 КЛІТИНАМИ ПРОТОКОВОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Євсєєв А.В.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. В.О. Туманський
Запорізький державний медичний університет
Кафедра патологічної анатомії і судової медицини

Метою роботи є імуногістохімічне (ІГХ) визначення особливостей та патерну експресії пан-епітеліального мембранного муцину MUC1 злоякісними клітинами протокової аденокарциноми підшлункової залози (ПА ПЗ).

Матеріали і методи. ІГХ дослідження було проведено на післяопераційному матеріалі 40 пацієнтів віком від 51 до 68 років, хворих на ПА ПЗ за стандартною методикою з використанням поліклональних антитіл проти MUC1 (Thermo Lab, США) та системи детекції EnVision FLEX з діамінобензидином (DAKO, США). Зрізи дозабарвлювали гематоксиліном Майєра, укладали в бальзам і проводили оцінку результатів ІГХ реакції у мікроскопі Axioplan 2 (Carl Zeiss, Німеччина).

Результати дослідження. У результаті дослідження показано, що переважна більшість високо- та помірно-диференційованих ПА ПЗ є позитивними на пан-епітеліальний (або *«mammary-type»*) мембранний муцин MUC1. Також нами була відзначена висока позитивна експресія цього муцину у реактивно зміненій тканині ПЗ, що оточувала пухлину, а саме в епітелії тубулярних комплексів та у вогнищах

панкреатичної інтраепітеліальної неоплазії (PanIN) протокового епітелію. Злоякісні клітини ПА ПЗ у 33 випадках із 40 (82,5%) були інтенсивно імунозабарвлені на MUC1. Патерн експресії у «класичних» злоякісних протокоподібних залозах, оточених рясною десмопластичною стромою, був обмежений люмінальною мембраною, тоді як в ділянках з помірним та низьким диференціюванням також відзначалась цитоплазматична експресія цього маркера. У ділянках помірного диференціювання спостерігались пухлинні клітини з базально розташованими ядрами і внутрішньоклітинним скупченням муцину MUC1 в апікальній частині. Зміненя нормального (мембранного) патерну імунозабарвлення на патологічне (цитоплазматичне) спостерігалось також у 68,2±12,8% злоякісних клітин ПА ПЗ у зонах периневрального інвазії у панкреатичну тканину та у стінку дванадцятипалої кишки. Це свідчить про те, що патологічне MUC1-імунозабарвлення може бути маркером агресивності пухлини. Отримані результати підтверджуються даними інших дослідників, які припускають, що MUC1 також функціонує як сигнал-перетворювач, тісно взаємодіючи з молекулами сімейства епідермальних рецепторів факторів росту (EGFR) і бере участь в прогресії канцерогенезу.

Висновки. Пан-епітеліальний мембранний муцин MUC1 експресується на люмінальній мембрані клітин злоякісних протокоподібних структур у більшості випадків протокової аденокарциноми підшлункової залози, а також в епітелії тубулярних комплексів і вогнищах PanIN поза пухлиною. Патологічне цитоплазматичне імунозабарвлення на цей маркер спостерігається у ділянках помірного та низького диференціювання, а також у зонах інвазії, що свідчить про зв'язок ІГХ-патерну MUC1 з агресивністю пухлини.

МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ В ЯЄЧКУ ЩУРІВ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ

Івасюк І. Й.
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

З року в рік значно зростає кількість хворих з запальними процесами, розладами копулятивної та генеративної функції. Тому з метою диференціювання характеру патологічного процесу і вирішення питання доцільності хірургічного втручання рекомендують біопсію. Метою даної експериментальної роботи є вивчення стану мікроциркуляторного русла та сперматогенезу у віддалені терміни після діагностичної біопсії яєчок.

Для дослідження було використано 48 білих статевозрілих безпородних щурів-самців масою 170-200 г, віком 8 місяців. Усі експерименти проводили під загальним ефірним наркозом. Структуру яєчка щурів вивчали через 1,7,14,30 діб після проведення біопсії яєчка для встановлення гістологічних змін у ньому.

Результати дослідження показали, що через одну добу після проведеної операції біопсії маса становить 1234,71±19,46мг проти1149,85±21,23мг інтактного органа. У місці хірургічного втручання наявні мікрогематоми. Діаметр сім'яних канальців дорівнює в середньому до 178,93± 2,46мкм.

Через 7 діб досліду маса яєчок зменшується до 950,5±15,41мг. В місці біопсії наявна концентрація судин мікроциркуляторного русла у зв'язку з атрофією канальців. Просвіт їх нерівномірний. Діаметр сім'яних канальців дорівнює в середньому до 160,01±0,79мкм. Власна оболонка потовщена.

Через 14 діб після біопсії атрофічні явища наростають. Маса органа становить 907,46 ±13,69 мг, а паренхімні мікросудини в місці операційного втручання деформовані. Діаметр звивистих сім'яних канальців зменшений в середньому до 148,35± 0,72мкм.

На 30-ту добу досліду маса органа становить 938,27 ±19,51 мг. Сітка судин мікроциркуляторного русла в місці хірургічного втручання різко деформована. Просвіт судин, що збереглися, місцями значно розширений або навпаки –звужений. Діаметр сімяних канальців зменшений в середньому до 123,40± 2,09мкм.

Отримані нами результати впливу експериментальної біопсії яєчка щурів на їх структури і функцію мають теоретичне і практичне значення для андрології, оскільки вони свідчать про негативний вплив на статеву залозу, порушення цілісності білкової оболонки, яка відіграє важливу бар'єрну роль. Проведені досліди показують, що біопсія яєчок призводить до деформації гемокапілярної сітки та атрофії звивистих сім'яних канальців у місці втручання.

ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСІЇ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ

Кіндратів Е.О.
Науковий консультант- д.мед.н., проф. І.О. Михайлюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Сприятливий фон для розвитку цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (ЦІН), асоційованої з папіломавірусною інфекцією (ПВІ) створює хронічне запалення, в результаті взаємопов'язаних розладів імунної системи, зокрема локальної, кровопостачання стромального компоненту і клітинного оновлення цервікального епітелію.

Проведено морфологічне дослідження шийки матки 250 жінок з ЦІН при розладах репродуктивної функції. В залежності від ступеня важкості ЦІН всі випадки розділені на три групи: 1 група - 110 випадків з легким ступенем ЦІН (ЦІН-І); 2 група – 86 випадків з ЦІН помірного ступеня (ЦІН-ІІ); 3 група – 54 випадки з ЦІН важкого ступеня (ЦІН-ІІІ). Контрольну групу склали 30 жінок з розладами репродуктивної функції, у яких при гістологічному дослідженні цервікальних біоптатів не виявлено жодної патології шийки матки. Дослідження клітин лімфоїдного ряду проводили на препаратах забарвлених азур II – еозином.

Об'ємна частка запального інфільтрату при ЦІН-І зростала у 2,6 рази проти показника контрольної групи. Серед елементів клітинного інфільтрату переважали лімфоцити, об'ємна частка яких склала 6,85±1,9 ($p<0,05$), нейтрофільні гранулоцити 1,08±0,02 ($p<0,05$), фібробласти 0,96±0,1 ($p<0,05$). Об'ємна частка плазматичних клітин характеризувалася незначним зростанням, але є наближеною до такої ж у групі контролю. Міжепітеліальні лімфоцити та нейтрофільні гранулоцити розміщуються у товщі багатошарового плоского епітелію (БПЕ), з найбільшою їх концентрацією у базальному та парабазальному шарах. При ЦІН-ІІ запальні інфільтрати рихлі, інколи ущільнені та в 4,6% випадків формують дрібні субепітеліальні лімфоїдні вузлики, які виявляються переважно на стику циліндричного епітелію цервікального каналу та БПЕ. Запальні інфільтрати представлені малими формами лімфоцитів, нейтрофільними гранулоцитами, макрофагами, плазматичними клітинами з домішками тучних клітин. Об'ємна частка запального інфільтрату складає 15,9±1,8%, що у 2,5 рази вище ніж у контрольних зразках. На відміну від ЦІН-І при ЦІН-ІІ відмічається віро-

гідне зростання лімфобластів, кількість яких перевищує у 2 рази у контрольних зразках (0,46±0,8 об% проти 0,17±0,8, об%) (p<0,05). Серед елементів клітинного інфільтрату також переважають лімфоцити (p<0,05), макрофаги (p<0,05) та нейтрофільні гранулоцити (p<0,05). У 37 випадках (68,5%) при ЦІН-ІІІ наявна запальна інфільтрація як багатошарового плоского епітелію, так і строми. У 8 (21,6%) випадках різко виражена, в 16 (29,6%) - помірна, у 13 (24,1%) відмічається вогнищева інфільтрація, переважно субепітеліальної локалізації. Незалежно від інтенсивності запального процесу серед елементів клітинного інфільтрату переважали лімфоцити (5,66±1,8 об% проти контролю 4,24±0,5 об%; p<0,05). Лімфоцити розташовувалися або рівномірно дифузно, або формували множинні дрібні скупчення з нейтрофільними гранулоцитами, макрофагами та плазматичними клітинами. Такі скупчення спостерігаються субепітеліально, навколо капілярів та вогнищ ендоцервікозу.

При ЦІН-ІІІ кількісний показник плазматичних клітин не є вірогідним і наближається до показника контрольної групи. Натомість об'ємна частка лімфобластів перевищує у 4 рази контрольні показники (p<0,05), у 2,8 та 1,5 разів (p<0,05) відповідно об'ємної частки їх при ЦІН-І та ЦІН-ІІ.

Отримані нами дані переконливо свідчать про дисбаланс механізмів імунного контролю клітинного гомеостазу на фоні ПВІ, що може визначати формування та прогресію неопластичного процесу в багатошаровому плоскому епітелії шийки матки.

НАПІВАВТОМАТИЧНИЙ СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ГЕМОСУДИН

Котик Т.Л., Токарук Н.С.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. Ю.Л. Попович, д.мед.н., О.Я. Жураківська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Гемосудини (***ГС***) є важливим компонентом строми будь-якого органа, які одні з перших реагують на вплив факторів різного ґенезу. Найбільш повну та об'єктивну оцінку перебудови ГС можна провести на основі їх морфологічних змін, що підтверджені кількісними показниками. Однак, «ручний» спосіб отримання останніх є суб'єктивним і створює значні труднощі пов'язані з великими затратами часу, нервовим напруженням, швидкою втомлюваністю і виникненням небезпеки допустити помилку. Вищесказане зумовлює мету нашого дослідження.

Мета: розробити напівавтоматичний спосіб одержання різноманітних морфометричних параметрів ***ГС*** на світлооптичному та гемокапілярів (***ГК***) на електронно-мікроскопічному рівнях.

Матеріал і методи. Використано електронограми ГК піднижньощелепної залози та напівтонкі зрізи сечового міхура інтактних щурів.

Результати. За допомогою макромови в ImageJ було розроблено оригінальний ***набір інструментів*** (***НІ***), який визначає різноманітні метричні параметри ***ГС***: площу (1), радіус (2) та діаметр (3) просвіту; коефіцієнти форми внутрішнього (4) та зовнішнього (5) периметрів; загальну площу (6); індекси Вогенворта (7) та Керногана (8); товщину стінки (9). Для ***ГК*** також визначає товщину базальної мембрани (ТБМ) (10), а при наявності ядра ендотеліоцита – його площу (11) і ядерно-цитоплазматичне відношення (12).

При цьому, користувач самостійно виділяє ті чи інші структури ***ГС*** для вимірювання. Товщину стінки ***ГС*** і ТБМ можна обчислювати як по всьому периметру, так і в окремих ділянках.

У розробленому нами ***НІ*** реалізовані оригінальні алгоритми вимірювання радіуса, товщини стінки ***ГС*** та ТБМ ***ГК***. Обчислюються ці показники відносно єдиної точки – геометричного центру просвіту ***ГС*** чи ***ГК*** і промальовуються різними кольорами. При цьому, товщина стінки ***ГС*** чи ***ГК*** вираховується як середня довжина відрізків, які перпендикулярні дотичним до їх люмінальних поверхонь, а ТБМ – до зовнішнього периметра ***ГК***. Результати вимірювань, які отримані «ручним» способом та за допомогою розробленого нами ***НІ***, не відрізняються (p>0,05). Водночас, отримані нашими алгоритмами значення товщини стінки судин та ТБМ є в рази більш точними за рахунок значної кількості вимірювань, що здійснюються в автоматичному режимі, на що вказують їх малі стандартні похибки.

Висновок. Розроблений нами набір інструментів для напівавтоматизованого способу визначення морфометричних параметрів гемосудин на світлооптичному та електронно-мікроскопічному рівнях значно зменшує суб'єктивність результатів, затрати часу, нервове напруження і є важливим інструментом для морфометрії.

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Кучер І.В.
Науковий керівник - к.ю.н., викладач О.О. Верлан – Кульшенко
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Актуальність : Проблеми щодо ділової репутації медичних працівників дедалі більше привертають увагу науковців та практиків. Це обумовлено, зокрема, недостатньою законодавчою урегульованістю вказаних відносин, відсутністю у цивільному законодавстві загального визначення вказаного цивільно-правового інституту, норм, які б прямо передбачали підвідомчість спорів про захист ділової репутації лікарів тощо.

Метою даної роботи є системний аналіз правового регулювання та захисту честі, гідності та ділової репутації у сфері охорони здоров'я; дослідження порядку реалізації медичним працівником свого особистого немайнового права на захист ділової репутації, визначення цивільно-правового механізму захисту права на недоторканність ділової репутації лікарів та його складові.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», «Про телебачення та радіомовлення», інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

Результати : Окремі юридичні проблеми захисту права на недоторканність ділової репутації розроблялися і продовжують розроблятися як теоретиками права, так і цивілістами України та інших зарубіжних країн. Псування ділової репутації медичного працівника прямо пропорційно відображається на діловій репутації медичного закладу. Серед найпоширеніших способів завдати шкоди діловій репутації медичного працівника є такі: розміщення негативної інформації в мережі інтернет, поширення негативних відгуків про

роботу лікарів та медичного закладу в цілому; «незалежне» журналістське розслідування, розголошення конфіденційної інформації колишнім співробітником медичного закладу. Вибір способу захисту особистого немайнового права, зокрема права на повагу до гідності та честі, права на недоторканність ділової репутації, належить позивачеві. Разом із тим особа, право якої порушено, може обрати як загальний, так і спеціальний способи захисту свого права, визначені законом, який регламентує конкретні цивільні правовідносини. Наслідками вчасно не вжитих заходів щодо захисту ділової репутації може стати припинення роботи медичного закладу, втрата довіри пацієнтів, розірвання договорів або небажання контрагентів продовжувати договір на новий строк.

Висновок : Правовий статус медичних працівників в Україні не є повністю захищеним з боку необґрунтованих звинувачень пацієнтів, що призводить до порушення права медичних працівників на захист ділової репутації. Аналіз чинного законодавства, праць відомих фахівців з проблем захисту ділової репутації обґрунтовує необхідність знання норм цивільного права лікарями.

ХАРАКТЕР СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН В ЯЄЧКУ В УМОВАХ БЛОКАДИ КРОВОТОКУ АРТЕРІЄЮ СІМ'ЯВИНОСНОЇ ПРОТОКИ

Лісова Т.А., Столець М.В.
Науковий керівник- д.мед.н., проф. Б.В. Грицуляк
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Кафедра анатомії і фізіології людини та тварин

Як відомо, вазектомія являється одним із способів контрацепції, яка полягає в резекції сім'явиносної протоки. При цьому блокується кровоток артерією сім'явиносної протоки, яка є другою за просвітом артерією, що кровопостачає яєчко. Разом із тим характер структурно-функціональних змін в цих умовах залишився не дослідженим, що послужило метою даної роботи.

Експерименти проведені нами на 33 статевозрілих щурах, яким під загальним знеболенням на артерію сім'явиносної протоки накладали шовкову лігатуру. Через 1,7 і 30 діб забирали тканини яєчка, фіксували їх в розчині Буена, виготовляли парафінові блоки, зрізи з яких фарбували гематоксиліном і еозином. В гістологічних препаратах яєчка визначали діаметр звивистих сім'яних трубочок , ступінь пошкодження клітин сперматогенного епітелію в них та їх кількість на VII стадії циклу сперматогенезу.

Вже на 7 добу досліду діаметр звивистих сім'яних трубочок зменшився до (155,0±3,40) мкм проти (197,8±4,4) мкм у контролі. Достовірно зменшилась кількість сперматоцитів на стадії прелептотени (до 215,3±3,2), сперматоцитів на стадії пахітени (до 262,6±4,0) і сперматид 7-го етапу розвитку (до 721,2±11,0) проти 226,3±2,9, 286,7±3,2 та 912,7±15,6 відповідно у контролі.

У більш віддалені терміни досліду (21 доба) діаметр звивистих сім'яних трубочок зменшився до (131,8±3,7) мкм у середньому. Зменшилась, у порівнянні з попереднім терміном експерименту, кількість сперматоцитів на стадії прелептотени (до 170,6±3,1), сперматоцитів на стадії пахітени (до 218,4±2,9) та сперматид 7-го етапу розвитку (до 530,0±8,7).

У 26% звивистих сім'яних трубочок виявлено легкий ступінь пошкодження клітин, у 15% – важкий ступінь, а 10% трубочок – спустошені. Звичайну будову зберігають тільки 49% звивистих сім'яних трубочок.

Отже, блокада кровотоку артерією сім'явиносної протоки призводить до суттєвих розладів сперматогенезу, що повинно враховуватись при виконанні операції резекції протоки, враховуючи можливість його реканалізації при повторному шлюбі.

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ЧАСТОЧОК МОЗОЧКА ЛЮДИНИ ЯК КРИТЕРІЙ НОРМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Мар'єнко Н.І.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. О.Ю. Степаненко
Харківський національний медичний університет
Кафедра гістології, цитології та ембріології

Вступ. В теперішній час завдяки сучасним методам нейровізуалізації (МРТ, фМРТ, КТ, ОФЕКТ, ПЕТ) можуть бути виявлені морфологічні зміни часточок мозочка, що є необхідним для ранньої і точної діагностики. Однак відомості про анатомічну норму мозочка, які використовуються в якості критеріїв норми цих методів, базуються на невеликій кількості досліджених об'єктів і не враховують особливостей індивідуальної анатомічної мінливості, статевих та вікових особливостей. У зв'язку із цим актуальним напрямком сучасних морфологічних досліджень є вивчення анатомічної норми часточок мозочка із урахуванням закономірностей індивідуальної анатомічної мінливості.

Мета роботи: дослідити будову і закономірності індивідуальної анатомічної мінливості часточок мозочка людини.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведено на 230 мозочках трупів людей обох статей, що померли від причин, не пов'язаних із патологією головного мозку, віком 20-99 років. Досліджувалась форма часточок мозочка на його серединному сагітальному розтині.

Результати дослідження. За складністю форми і особливостями розгалуження білої речовини всі часточки мозочка можна розділити на три типи. Перший тип – «простий», включає часточки I, II, III і X; часточка складається із не розгалуженого центрального стовбура білої речовини, на одній чи обох поверхнях якого знаходиться різна кількість листків сірої речовини. Для часточок із цим типом форми ми виділили по 4 варіанти форми, які відрізняються розмірами, ступенем диференціювання сірої речовини, кількістю та розташуванням листків сірої речовини. Другий тип – «дихотомічний», характерний для часточок IV-V. Головний стовбур білої речовини послідовно дихотомічно ділиться, утворюючи різну кількість гілок 2-4-го порядків. У різних об'єктів описані різні варіанти комбінацій гілок білої речовини різних порядків. Третій тип – «Y-подібний», або «У-подібний», характерний для часточок VI-VII, VIII і IX. Головний стовбур білої речовини часточки ділиться на 2 головні гілки (верхню і нижню), від яких в середину часточки відходить різна кількість дочірніх (середніх) гілок, кількість і розташування яких різноманітні і визначають варіант форми часточки. Виходячи із цих характеристик, ми виділили 14 варіантів розгалуження білої речовини часточок VI-VII, VIII і IX.

Висновки. Встановлено, що існує виражена індивідуальна анатомічна мінливість форми часточок мозочка людини. Виділені типи та варіанти нормальної будови часточок можна використовувати в якості критеріїв норми сучасних діагностичних методів для виявлення морфологічних змін мозочка при різних захворюваннях ЦНС.

АНАЛІЗУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЦЕРВІКАЛЬНУ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНУ НЕОПЛАЗІЮ

Мельничук О.С.
Наукові керівники: проф., д.мед.н. І.О. Михайлюк, доц., к.мед.н. Е.О.Кіндратів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

В профілактиці раку шийки матки особливу увагу приділяють діагностиці і лікуванню фонових і передракових станів шийки матки. Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (ЦІН), представляє собою один з етапів малігнізації цервікального епітелію, тому заслуговує великої уваги.

Метою дослідження є вивчення динаміки захворюваності на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію, її структури та особливостей морфології.

Робота ґрунтується на аналізі даних результатів патогістологічного дослідження шийки матки, які проводилися на базі патологоанатомічного відділення обласного клінічного онкологічного диспансеру (ОКОД) м. Івано-Франківська.

Нами проаналізовано 1869 результатів патогістологічного дослідження з наявністю інтраепітеліальних уражень шийки матки, з яких ЦІН діагностована у 1145 випадках, що складає 61,3%. ЦІН легкого ступеня діагностована у 409 пацієнток (35,7%), помірного ступеня у 577 випадках (50,4%) та у 159 (13,9%) патогістологічних досліджень тканини шийки матки верифікована дисплазія важкого ступеня.

Середній вік жінок з ЦІН складає 35,7±7,6 роки, причому 64,8% складають паієнтки у віці від 20 до 39 років.

Аналіз результатів патогістологічного дослідження показав наявність прямих морфологічних ознак папіломавірусної інфекції (ПВІ) поруч з інтраепітеліальними ураженнями шийки матки. Патогномонічним проявом ПВІ є наявність маркерних клітин з балонною дегенерацією – койлоцитів. Койлоцитоз (вогнищевий, виражений) виявлений у 165 випадках, що складає 8,8%. У 120 випадках (10,5%) койлоцитоз спостерігається при цервікальній інтраепітеліальній неоплазії: при ЦІН-І – у 35,0%, при ЦІН-ІІ – у 53,3%, при ЦІН-ІІІ – у 11,7%. Середній вік цих пацієнток з ЦІН та ознаками ПВІ складає 34,2±9,6 роки: при ЦІН-І – 36,42±9,6 роки, при ЦІН-ІІ – 33,91±11,6 роки та при ЦІН-ІІІ – 29,64±9,7 роки. У 31 випадку наявність ПВІ поєднувалась з лейкоплакією. Крім цього, у 100,0% койлоцитоз має місце при кондиломатозних вегетаціях багатошарового плоского епітелію

Поглиблене вивчення патогенезу та морфогенезу ЦІН є важливим етапом у профілактиці виникнення раку шийки матки, що дозволить знизити показники онкогінекологічної захворюваності, разом з цим, покращити репродуктивне здоров'я жінок та популяційні показники населення.

МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОВЕРХНЕВИХ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ

Нагорна Д.М., Яковенко В.О., Курик О.Г.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» ДУС
Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», м. Київ, Україна

Вступ. На сьогоднішній день колоректальна патологія займає значне місце у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту, а вивчення її пато- і морфогенезу набуває все більшого значення. Морфологічне дослідження біопсійного матеріалу є основним методом діагностики колоректальної патології. Сучасні методи ендоскопічного дослідження із застосуванням методик відеоколоноскопії, хромоскопії (метиленовим синім, індигокарміном, оцтовою кислотою, генціановим фіолетовим), ендоскопії зі збільшенням, дослідження у вузькому спектрі світла дають можливість оцінити стан слизової оболонки кишечника і прицільно взяти біопсію з патологічно змінених ділянок. Серед онкологічних захворювань травного тракту в останні десятиліття перше місце займає колоректальний рак, отже актуальною є діагностика передракових станів – патологічних процесів, які мають або потенційний ризик малігнізації або створюють сприятливий фон для цього. До передракових процесів відносяться перш за все поверхневі колоректальні неоплазії. В останні роки колоноскопію розглядають як скринінговий метод діагностики передракових станів товстої кишки і профілактики колоректального рака.

Метою нашого дослідження стало проведення аналізу результатів морфологічного дослідження біопсій, взятих при проведенні відеоколоноскопії (ВКС).

Матеріал і методи. Було виконано ретроспективну оцінку результатів морфологічних досліджень матеріалу, взятого при проведенні ВКС. Протягом 2013р. на базі Медичного Центру «Універсальна клініка «Оберіг» виконані 499 діагностичні колоноскопії з біопсією (відеоендоскопи Olympus CF-150; Olympus GIF-160Z; Olympus Optical Co.LTD, Tokyo, Японія). Пацієнти були віком від 16 до 85 років.

Результати і обговорення. У 360 пацієнтів (72%) з 499 були виявлені аденоми, з них папілярно-тубулярні - у 151 пацієнта (42%), зубчасті аденоми у 94 пацієнтів (26%). В 115 випадках (32%) були знайдені як папілярно-тубулярні, так і зубчасті аденоми. Гіперпластичні поліпи були знайдені у 48 (10%), грануляційні поліпи у 12 (2,4%) пацієнтів. Неспецифічний виразковий коліт був діагностований у 24 хворих (4,8%), хвороба Крона - в 4 випадках (0,8%). У 8 пацієнтів (1,6%) була знайдена аденокарцинома. В 3 випадках (0,6%) були діагностовано підслизові утворення, які були взяті при проведенні діагностичної біопсії - ліпома у 2 випадках (0,6%) і нейроендокринна пухлина (карциноїд) в одному випадку (0,2%).

Висновок. Роль морфолога в діагностиці колоректальних захворювань надзвичайно велика, оскільки правильно встановлений діагноз дає можливість обрати правильну тактику лікування, що є дуже відповідальним за умов сучасних підходів до цієї проблеми. Перспективним э широке впровадження морфологічних досліджень з імуногістохімічним визначенням потенціалу малігнізаці колоректальних неоплазій.

Ключові слова: поверхневі колоректальні неоплазії, відеоколоноскопія, біопсія.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ АДЕНОГІПОФІЗА НЕСТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ ПРИ СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Перетятко І.В., Заяць Н.Л.
Науковий керівник – д.мед.н., доц. О.Я. Жураківська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Актуальність та перспективність наукової роботи не ви-

кликає сумнівів, адже на сьогодні цукровий діабет (ЦД) називають неінфекційною епідемією XXI століття. В Україні зареєстровано понад 1 млн. хворих на ЦД, у тому числі 7180 дітей віком до 18 років. Багато дітей хворих на ЦД відстають у фізичному і статевому розвитку від здорових дітей. Не дивлячись на велику кількість робіт, присвячених цукровому діабету, тільки деякі із них стосуються частоти і причин виникнення порушень фізичного і статевого розвитку. Враховуючи вищесказане, **метою** дослідження є встановлення морфофункціональних змін ендокриноцитів аденогіпофіза при експериментальному ЦД у тварин дорепродуктивного віку.

Матеріалом дослідження послужили шматочки гіпофіза 20 щурів-самців лінії Вістар віком 1 і 3 місяці, які порівну розподілялися на 2 групи: контрольну та експериментальну 10. Моделювали ЦД шляхом внутрішньоочеревинного введення стрептозотоцину (7 мг на 100 г маси тіла) розчиненого в 0,1 М цитратному буфері з pH 4,5. На 14 і 42 добу після введення стрептозотоцину забирали гіпофіз для дослідження. Розвиток цукрового діабету впродовж 42 днів контролювали за щоденним визначенням глюкози в крові, яку вимірювали із краплі крові хвостової вени за допомогою тест-полосок на глюкометрі фірми «Accu Chec» (Німеччина). Використали біохімічний, гістохімічний та електронно-мікроскопічний методи дослідження.

В 1- і 3-міс. тварин на 14 добу розвитку експериментального ЦД в аденогіпофізі спостерігаються стрес – реактивні зміни у відповідь на гіперглікемію, які характеризуються достовірним збільшенням функціональної активності соматотропів і кортикотропів. Зростає площа їх ядер і ядерно-щитоплазматичний індекс, збільшується об'ємна щільність секреторних гранул у їх цитоплазмі. Такі якісні і кількісні зміни соматотропів призводять на 14-ту добу стрептозотоцинового ЦД до статистично значущого зростання в крові соматотропного гормону. На 42-добу експерименту спостерігається зниження морфофункціональної і секреторної активності аденогіпофіза. Достовірно зменшується кількість соматотропів, гонадотропів у загальній частці ендокриноцитів у 1-міс. тварин відповідно на 20,6% та 35,1%, у 3-міс. – на 30,8% та 38,9%. В ендокриноцитах субмікроскопічно спостерігаються зміни за типом гідропічної дистрофії, що супроводжується зменшенням у них об'ємної щільності секреторних гранул. Рівень соматотропного гормону в крові зменшується і на 42 добу експериментального ЦД є достовірно меншим, порівняно з контрольними показниками.

Висновки. На 42 добу розвитку стрептозотоцинового ЦД спостерігається зниження морфофункціональної активності аденогіпофіза, зменшується кількість соматотропів, гонадотропів у загальній частці ендокриноцитів, що призводить до затримки фізичного та, ймовірно, статевого розвитку тварин.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНІХІАЛЬНИХ ТА ЛЕГЕНЕВИХ АРТЕРІЙ

Сліва Гжегож
Наукові керівники: д.мед.н., проф. І.О. Михайлюк, к.мед.н., доц. З.Я. Гурик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) становить важливу проблему сучасної медицини, оскільки з кожним роком збільшується захворюваність та смертність від даної патології. ХОЗЛ - друге за розповсюдженістю інфекційне захворювання у світі, яке посідає четверте місце в структурі смертності й характеризується стійкою тенденцією до зростання показників через поширеність шкідливих звичок, збільшення тривалості життя, зміни довкілля. Мета дослідження – вивчити структурні зміни в бронхіальних артеріях у хворих на ХОЗЛ. Проведено морфологічні дослідження 40 легень взятих на автопсії. Причиною смерті хворих була легенево-серцева недостатність, обумовлена загостренням ХОЗЛ. Виготовляли парафінові зрізи товщиною 5-7 мкм, які забарвлювали гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за Ван-Гізоном, за Хартом, методикою ОЧГ на фібрин.

Результати проведеного нами дослідження показали, що в усіх хворих на ХОЗЛ мають місце структурні зміни судин, що кровопостачають легені як малого, так і великого кола кровообігу. Артерії м'язового типу, які кровопостачають бронхи і альвеолярні ходи і мають діаметр від 100 до 1000 мкм, виявляються із значними змінами м'язової оболонки, як її поздовжнього, так і циркулярного шарів – у вигляді гіперплазії та дезорганізації. Внутрішня еластична мембрана в окремих ділянках розшарована, фрагментована, розділена на тоненькі волокна, гофрована. Зовнішня еластична мембрана місцями значно потовщена. При забарвленні мікропрепаратів фукселіном за Хартом, виявляються морфологічні зміни внутрішньої еластичної мембрани у вигляді її гіпереластозу, мультиплікації чи вираженої фрагментації. Інтима тонка, цитоплазма ендотеліальних клітин просвітлена, ядра місцями утворюють своєрідний частокол, круглої форми, інтенсивно забарвлені. При забарвленні мікропрепаратів на фібрин методикою ОЧГ, в окремих ділянках стінки крупних артерій виявляються вогнища фібриноїдного некрозу, відкладанням фібрину по ходу м'язових пучків, або в місцях їх розпаду. Товщина м'язової оболонки складає 25-30% від зовнішнього діаметру. Просвіт багатьох артерій різко звужений. За рахунок спазму або гіперплазії середньої м'язової оболонки, що особливо різко проявляється в легеневих артеріях діаметром 80-90 мкм. Таким чином, проведені дослідження показали, що для хронічного обструктивного захворювання легень характерним є ряд структурних змін в як в бронхіальних, так і легеневих артеріях, які приводять до звуження їх просвіту, і як результат цього – до ішемії ділянок кровопостачання, розростання сполучнотканинних елементів з наступним склерозом стінок крупних бронхів.

ПРОЯВИ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ НА ФОНІ ПОМІРНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Стрільчук Д., Токар М., Карапутна І.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.Р. Герасимчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Кафедра патологічної фізіології

Актуальність. За останні десятиріччя проблема захворювань щитоподібної залози (ЩЗ), зокрема гіпотиреозу (ГЗ) на Прикарпатті хоч і зменшилась, проте все ще залишається актуальною. ГЗ супроводжується порушеннями гормонального гомеостазу, зменшенням рухової активності, зростанням маси тіла і, як наслідок, змінами якості життя. Вивчення взаємозв'язку між впливом помірного фізичного навантаження (ПФН) і порушенням функції ЩЗ є важливим для визначення ролі системних чинників регулювання загального

метаболізму та обґрунтування патогенетичних патернів розвитку специфічного симптомокомплексу при ГЗ.

Метою дослідження було встановити ступінь розвитку проявів експериментального гіпотиреозу в умовах помірного фізичного навантаження.

Матеріали і методи: у дослідженні використано 74 самці щурів лінії Вістар масою 200-230 г. Тварин розподілено на 5 груп: I – інтактна; II – контрольна; III – з експериментальним гіпотиреозом за допомогою мерказолілу (1-methyl-2-mercapto-imidazole), Здоров'я, Харків, Україна протягом 30 днів; IV – ПФН протягом 1 місяця на тредбані з швидкістю 10 м/хв протягом 15 хв щодня; V – експериментальним ГЗ та ПФН. Визначали вміст молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові та гомогенатах легень та печінки, а також рівень лактату (ЛТ) крові та індекс маси тіла (ІМТ).

Результати. Відзначено зростання ІМТ у III групі більше як 25% ($p<0,05$), тоді як у IV–V групах зростання ІМТ достовірного зростання не відзначалось. При гекспериментальному гіпотиреозі рівень МСМ у крові зріс на 19,44% ($p<0,05$), а також в основних органах детоксикації, печінці і легенях на 16,63% та 39,71% відповідно. Проте був меншим у IV і V дослідних групах, як і рівень ЛТ з максимальним значенням у III групі, що перевищував контрольні дані у 6,8 рази і значно нижчим у тварин з ПФН та ГЗ. За умов ПФН зросла рухова активність щурів у IV та V групах, а також прояв їхнього інтересу до їди та взаємодії з іншими тваринами. Проте, варто відзначити, що зі збільшенням тривалості експерименту руховий потенціал під час ФПН у V групі щурів знизився більш як на 50% через 3 тижні від початку експерименту. Це може вказувати на прогресування симптомів гіпотиреозу, хоча значно повільніше, як у тварин з ГЗ без ПФН.

Висновки. Встановлено, що при ГЗ відбувається розвиток функціональних порушень у детоксикаційній роботі печінки і легень. Виявлено достовіне зростання ІМТ при гіпотиреозі без фізичного навантаження. Доведено позитивний вплив ФПН на фоні розвитку експериментального ГЗ. Відзначалось підвищення рухової активності, збільшенням інтересу до факторів зовнішнього середовища, зменшенням ІМТ, загальної інтоксикації та мінімальними проявами гіпотиреозу.

ДЕСТРУКТИВНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Тарасевич Н.Р.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Зміни органів травлення при метаболічному синдромі мало вивчені і практично невідомі клініцистам та патоморфологам. Опубліковані в останні роки в науковій літературі дані по вказаній темі свідчать про поєднання МС з характерними гастроентерологічними проявами: стеатозом печінки та підшлункової залози, жовчно-камяною хворобою, хронічними та гострими деструктивними холециститами, холестерозом жовчного міхура та ін. Зміни органів травлення, які характерні для метаболічного синдрому, не тільки вторинні на його фоні, але й сприяють прогресуванню даного синдрому та розвитку ускладнень, замикаючи патогенетичне коло. Мета дослідження: встановити патоморфологічні особливості жовчного міхура при деструктивних формах калькульозного холециститу на фоні метаболічного синдрому. Матеріали і методи: на базі патологоанатомічного відділення ОКЛ проведено аналіз історій хвороб хворих, прооперованих з приводу різних форм деструктивного холециститу та проведено патогістологічне дослідження операційного матеріалу даних хворих за 2014 р. Результати проведеного дослідження показали, що деструктивні зміни жовчного міхура відмічалися у 267 пацієнтів з жовчно-кам'яною хворобою (ЖКХ). І-у групу склали 147 (55,06%) хворих з ознаками флегмонозного запалення, ІІ-у – 120 (44,94%) пацієнтів з гангренозним холециститом. Деструктивні форми холециститу серед жінок спостерігалися частіше, ніж серед чоловіків. При флегмонозному холециститі це співвідношення склало 1:2,4, при гангренозному – 1:1,2. При флегмонозному холециститі стінка жовчного міхура потовщена, просякнута ексудатом. В стінці міхура відмічається велика кількість лімфоцитів і макрофагів, які утворюють як вогнищеві скупчення, так і дифузно інфільтрують всі оболонки стінки. Також відмічається виражена дифузна лейкоцитарна інфільтрація з міолізом м'язових волокон. Стінки судин мікроциркуляторного русла потовщені за рахунок гіалінозу, в окремих ділянках спостерігається гістіолімфоцитарна та лейкоцитарна інфільтрація з периваскулярною інфільтрацією. При гангренозному холециститі – обширні ділянки некрозу, які охоплювали всі оболонки. У всіх відділах жовчного міхура вираженість некротичного процесу була різною, але найбільше некротичні зміни відмічалися в дні міхура, що пов'язано з особливостями кровопостачання. Запальна клітинна реакція при гангренозному холециститі переважно відмічалася в м'язовій та серозній оболонках, вираженість склеротичних змін була різна. Таким чином, деструктивні форми хронічного холециститу на фоні метаболічного синдрому супроводжуються вираженими змінами, як всіх шарів стінки жовчного міхура, так і судин мікроциркуляторного русла.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тымощук В.С.
Научный руководитель – д.мед.н., проф. В.А. Ольховский
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра судебной медицины, медицинского правознавства

Актуальность. В Украине за последние несколько лет уровень детской смертности стремительно падает. В возрасте до 5 лет он достиг пикового показателя в 2007 году. В последующие годы уровень смертности начал постепенно снижаться, и на данный момент коэффициент на тысячу рожденных составил 10,2 умерших. Однако, по сравнению с европейскими странами он еще недостаточно низок – 7,8 смертей на тысячу родившихся в Украине, против 3,5-4,5 в ЕС.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры детской смертности в г. Харькове и Харьковской области по результатам проведенных экспертиз трупов детей на базе Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы (ХОБСМЭ).

Материалы и методы. Количественные показатели причин смертности детей по материалам предоставленных ХОБСМЭ за 2 года. За анализируемый период было выполнено 217 аутопсий.

Результаты. За указанный период, дети в возрасте от 1 до 16 лет составили 57,1% (123); дети до года - 42,9% (94).

Из них насильственная смерть составила - 43% (93), ненасильственная – 54% (117), смерть от неустановленной причины – 2% (4), мертворожденные – 1% (3).

Среди насильственной смерти детей механическая травма занимает ведущее место, затем следует механическая асфиксия, отравления и электротравма. За последние 2 года отмечается снижение смертности от механической травмы с 49 до 31,5%, повышение количества смертей от механической асфиксии с 42 до 56,1%, от отравлений - с 4 до 5,7%. Уровень смертности от электротравмы остался прежним – 4%. Подавляющее число насильственной смерти составляли несчастные случаи 71% (66).

Ненасильственная смерть в детском возрасте составила - 54% (117). В структуре смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет на первом месте стоят заболевания органов дыхания - 29,6% (34), из которых основная доля приходится на пневмонии 17,4% (5) и ОРВИ 12,2% (4). Второе место занимают инфекции 20,1% (23), среди которых лидируют кишечные инфекции 8,0% (2), сепсис 5,8% (1) и менингиты 5,7% (1).

Выводы. Результаты исследования показали существенное превалирование уровня ненасильственной детской смертности - 54% (117) над насильственной - 43% (93). Эти данные представляют интерес среди органов здравоохранения с целью качества лечебно-профилактической помощи населению путем: 1)обсуждения судебно-медицинских наблюдений совместно с лечащим врачом на клинико-анатомических конференциях в случаях расхождения клинических и морфологических диагнозов; 2)оповещения органов здравоохранения о выявленных дефектах диагностики и лечения; 3)определения причин и анализа детского травматизма, насильственной смерти детей и взрослых с целью разработки мер профилактики.

МОРФО-ФУКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ГІПОТАЛАМО-НЕЙРОГІПОФІЗАРНОЇ СИСТЕМИ НЕСТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Титик В.В.
Науковий керівник – д.мед.н., доц. О.Я. Жураківська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Мета дослідження: встановити основні закономірності структурних змін гіпоталамо-нейрогіпофізарної системи нестатевозрілих щурів при експериментальному цукровому діабеті. Дослідження морфофункціональних змін в гіпоталамо-гіпофізарній системі при цукровому діабеті є актуальним і перспективним, оскільки саме передній і середній гіпоталамус забезпечують стимуляцію В і А клітин панкреатичних острівців підшлункової залози та виділення ними інсуліну та глюкагону.

Матеріали і методи: шматочки гіпоталамуса 20 білих щурів-самців лінії Вістар 3-місячного віку, із яких 10 служили контролем, а у 10 моделювали стрептозотоциновий цукровий діабет і забирали матеріал на 7-у і 28-у доби експерименту. Було використано гістологічний та електронно-мікроскопічний методи дослідження.

Результати дослідження: На 7-му добу експерименту рівень глюкози в крові 3-міс. тварин достовірно зростає до 13,65±0,34 ммоль/л (контроль 3,75±0,86 ммоль/л, $p<0,001$). Кількісних змін зі сторони цитомієлоархітектоніки надзорового (НЯ) та пришлуночкового (ПЯ) ядер нами не виявлено. У цей термін експерименту спостерігається виражена гіперемія передньої частки нейрогіпофіза. У 3-міс. тварин об'ємна щільність нейросекреторних гранул (НГ) достовірно не відрізняється від контролю 13,98±0,15% (контроль – 13,83±0,24%, $p>0,05$), з них 1-го типу - 3,34±0,12% (контроль – 3,32±0,17%, $p>0,05$), натомість об'ємна щільність зрілих НГ знижується до 3,39±0,12% (контроль – 6,68±0,15%, $p<0,01$), а дифундуючих і залишкових НГ відповідно зростають до – 4,11±0,31% (контроль – 3,08±0,13%, $p<0,001$) та 3,14±0,17% (контроль – 0,75±0,24%, $p<0,001$). При цьому у 3-міс. тварин нами виявлена пряма сильна взаємозалежність між рівнем глюкози і об'ємною щільністю залишкових НГ нейрогіпофіза ($r_s=0,91$, $p=0,037$).

На 28-му добу експерименту порівняно з попереднім терміном рівень глюкози продовжує зростати і становить 15,32 ±0,28 ммоль/л ($p<0,01$). Більшість нейроендокринних клітин в досліджуваних ядрах набувають неправильної багатогранної форми. В їх перинуклеарних ділянках відмічаються явища хроматолізу. На периферії перикаріонів більшості НК хроматофільна речовина Ніссля набуває вигляду крупнозернистих інтенсивно забарвлених грудок. В перикаріонах, аксонах нейронів НЯ і ПЯ відмічається велика кількість дрібних зерен НГ. Часто в нейропілі зустрічаються волокна гіпоталамо-нейрогіпофізарної системи, які містять інтенсивно забарвлений дрібнозернистий матеріал. Відмічається повнокрів'я нервової частки нейрогіпофіза. Об'ємна щільність НГ є достовірно вищою за показники попереднього терміну спостереження і становить 18,68±0,36%, ($p<0,001$), з них 1-го типу 5,54±0,12% ($p<0,002$), 3-го типу 5,27±0,29% ($p<0,001$) та 4-го типу 4,18±0,17% ($p<0,001$), тоді як НГ 2-го типу достовірно не відрізняються від попереднього експерименту (3,69±0,21% ($p>0,05$)). Продовжує спостерігатись пряма кореляція між рівнем глюкози і об'ємною щільністю залишкових НГ нейрогіпофіза ($r_s=0,97$, $p=0,005$)

Висновки: При стрептозотоциновому цукровому діабеті в гіпоталамо-нейрогіпофізарній системі 3-міс. щурів відмічається підвищення функціональної активності нейроендокринних клітин НЯ та ПЯ. За таких умов у нервовій частці нейрогіпофіза виявляються зростання об'ємної щільності НГ за рахунок дифундуючих і залишкових типів. Такі зміни пов'язані з високим рівнем глюкози, що підтверджується наявністю між останньою і залишковими НГ прямої сильної кореляції.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ ЖІНКИ

Тодорів Л.Р.
Науковий керівник – доц., к.мед.н. Е.О.Кіндратів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Метаболічний синдром впливає на фертильність жінок, і може стати перешкодою для зачаття і виношування дитини.

Мета нашого дослідження полягала у з'ясуванні особливостей перебігу гінекологічних захворювань, зокрема патологію шийки матки у жінок з метаболічним синдромом, та визначити методи корекції.

Для даного дослідження було відібрано 30 жінок віком від 21 до 42 років,які перебували на диспансерному обліку з приводу порушень овариально-менструального циклу на фоні метаболічного синдрому, з яких у 16 жінок (53,3%) встановлено аліментарно-конституційне ожиріння, у 14 пацієнток (46,6%) – ендокринно-метаболічне ожиріння. Серед-

ній вік пацієнток склав 29,5± 6,3

На підставі дослідження пацієнток ,які знаходились на диспансерному обліку з приводу порушення овариально-менструального циклу виявлено:

За соціальним статусом переважали жінки (60%) з високим рівнем освіти, доходи яких в півтора - два рази вищі за прожитковий мінімум. У 6 пацієнток (20%) відмічали суб'єктивне відчуття важкості життя та неповноцінне харчування. 20% склали службовці з тривалістю робочого тижня 50 і більше годин, неповноцінне харчування мало місце у всіх пацієнток з даним соціальним статусом.

Аналіз захворювань шийки матки у хворих з порушеннями овариально-менструального циклу на фоні ожиріння показав переважання проліферативних та дисгормональних процесів. Так, у 12 пацієнток (40%) відмічається ендоцервікоз, причому у 75% діагностовано прогресуючий варіант ендоцервікозу. У 12пацієнток (40%) наявний ендометріоз. У 6 пацієнток (20%) відмічався хронічний ендоцервіцит в стадії загострення.

Аналіз розладів овариально-менструального циклу показав, що з 12 пацієнток з ендоцервікозом шийки матки у 8 пацієнток (66,7%) встановлена аменорея, у 4 пацієнток (33,3%) – олігоаменорея. З 12 пацієнток з ендометріозом шийки матки у 2 пацієнток (16,7%) встановлена альгодисменорея, у 10 пацієнток (83,3%) – олігоаменорея. З 6 пацієнток, які мають діагноз ендоцервіцит у 4 пацієнток (66,7%) діагностовано аменорею; у 2 пацієнтки (33,3%) – олігоаменорею.

Аналіз дітородної функції за останні два роки показав, що порушення нормальної (маткової) вагітності завершилось у 10 обстежених пацієнток (33,3%) трьома мимовільними абортами, у 8 пацієнток (26,7%) по одному артифіційному аборті (за медичними показниками). Ектопічна (трубна) вагітність мала місце у 12пацієнток (40%).

Застосування фітотерапії, гормонотерапії (за показами), вітамінотерапії, субкалорійних дієт та раціональне використання фізичного навантаження,супроводжувалось значним покращенням стану пацієнтів.

В результаті спостережень за пацієнтками з метаболічним синдромом, та скаргами на порушення овариально-менструального циклу, після проведеної терапії спостерігалась позитивна динаміка змін, що дало привід для продовження терапії з метою досягнення кінцевої мети – зачаття дитини.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПЕЧІНКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АЛКОГОЛЬНОМУ ГЕПАТИТІ

Трамбола О. В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. І.О. Михайлюк, к.мед.н., доц. З.Я. Гурик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патоморфології та судової медицини

Проблема хронічного алкоголізму, невід'ємною частиною якого є алкогольна хвороба печінки, має соціальне і медичне значення. Про важливість цієї проблеми засвідчує той факт, що зловживання алкоголем продовжує залишатися однією з основних причин формування цирозу печінки. Мета дослідження - вивчити морфологічні зміни печінки при хронічному алкогольному гепатиті. Матеріал і методи дослідження. Досліджено 32 випадки секційного матеріалу померлих від хронічного алкогольного гепатиту, в анамнезі яких було зловживання алкоголем в дозі не менше 50 грам на добу протягом п'яти і більше років. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювали в серії спиртів наростаючої концентрації, заливали в парафін і готували серійні зрізи. Парафінові зрізи товщиною 5-7мкм забарвлювали гематоксиліном та еозином, суданом III на жир, пікрофуксином за Ван-Гізоном для виявлення сполучної тканини печінки, за Малорі для виявлення алкогольного гіаліну та методикою ОЧГ для виявлення фібрину і сполучної тканини. Результати дослідження. Аналіз проведених досліджень у хворих на хронічний алкогольний гепатит показав, що при морфологічному вивчені аутопсійного матеріалу печінки постійно виявляються гепатоцити в стані жирової дистрофії, в більшості гепатоцитів явища крупнокрапельної жирової дистрофії. В цитоплазмі гепатоцитів поблизу ядра, переважно в центролобулярних зонах, виявляються еозинофільні включення у вигляді сітчатих мас або глибок неправильної форми з нечіткими контурами – тільця Малорі (алкогольний гіалін). На фоні дифузної жирової дистрофії виявляються дрібні вогнища коліквационного некрозу переважно в центральних відділах часточок, розповсюдженість яких залежить від ступеня гістологічної активності запального процесу та потовщення портальних трактів за рахунок лімфогістіоцитарного запального інфільтрату, який містить поряд з лімфоцитами і макрофагами ще й поліморфноядерні лейкоцити. Перисинусоїдні простори значно розширені, в них виявляється збільшення кількості колагенових волокон, по ходу синусоїдів виявляється формування суцільної базальної мембрани (капіляризація синусоїдів). Поряд з цим спостерігається активація сполучнотканинних елементів у вигляді проліферації фібробластів. В розширенних міжклітинних просторах виявляється велика кількість колагенових волокон, функціонально активних фібробластів.

Таким чином, при хронічному алкогольному гепатиті в тканині печінки спостерігається збільшення вмісту сполучної тканини та клітинних інфільтратів, а кількість гепатоцитів навпаки зменшена. Отже, прогресування алкогольного гепатиту призводить до розвитку фіброзу печінки, а в майбутньому і до цирозу печінки.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Хабаль А. В., Дейнеко А.Н.
Научный руководитель – проф. Н. Н. Питенько
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра патоморфологии

Цель: исследование токсического влияния алкогольных агентов на структуры головного мозга, их распространенность и закономерности поражения.

Материалы и методы: Исследовали головной мозг и внутренние органы 41 трупа лиц в возрасте от 22 до 40 лет, страдавших хроническим алкоголизмом, умерших от острого отравления этанолом. Исследовали кору полосатое тело, зрительный бугор, подбугорье, ножки мозга, варолиев мост, продолговатый мозг, мозжечок, окрашивали по Нисслю, Снесареву, Кахалю, Мийагава — Александровской, ван Гизону, гематоксилин-эозином. **Результаты опытов:** При гистологическом исследовании внутренних органов лиц, умерших от острого отравления этиловым спиртом, не обнаружено закономерно повторяющихся структурных изменений, которые можно было бы связать с хроническим алкоголизмом. В миокарде обнаруживали мелкоочаговые периваскулярные склеротические изменения; в печени — очаговую или диффузную жировую инфильтрацию без выраженного цирроза; в надпочечниках — истончение коры, накопление в ней бурого пигмента и наличие аденоматозных гиперпластических узелков. Более

четко и постоянно в этой группе наблюдали острые нарушения гемодинамики — общее венозное полнокровие, точечные кровоизлияния в серозных и слизистых оболочках. Гемодинамика во внутренних органах проявлялась множественными стазами, диапедезными кровоизлияниями и глубокими острыми дистрофическими изменениями. В печени была резко выражена жировая дистрофия с множественными мелкими очагами острого некроза. В надпочечниках имелся выраженный делипоидоз коры, в гипофизе — распространенный лизис, дегрануляция и вакуолизация базофилов. В остальных органах обнаружена картина мутного набухания. Состояние головного мозга характеризовалось глубокими гемо- и ликвородинамическими нарушениями. Мягкие оболочки и ткань мозга были резко застойно полнокровны. Никаких свежих и давних очаговых изменений головного мозга не найдено. При сравнении изменений в головном мозге при алкогольном делирии и остром отравлении этиловым спиртом общими в обеих группах оказались сосудистые и нервноклеточные изменения: гиалиноз, фиброз, хронические нарушения сосудистой проницаемости, продуктивные изменения сосудов; простое и липоидное сморщивание нейронов, перегрузка липофусцином, резкая разреженность нервных клеток коры, продуктивные изменения глии. **Выводы:** таким образом, при алкогольном делирии на фоне хронических структурных изменений, свойственных хроническому алкоголизму, в головном мозге развиваются тяжелые острые токсикогипоксические нарушения При остром отравлении этиловым спиртом на фоне хронического алкоголизма и при алкогольном делирии гистологические изменения головного мозга в своей совокупности образуют характерный комплекс изменений, который можно обозначить как «хроническую алкогольную энцефалопатию».

КЛАСИФІКАЦІЯ МІЄЛІНОВИХ ВОЛОКОН СІДНИЧОГО НЕРВА ЩУРА ЗА ДОПОМОГОЮ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ

Хорощак Ю. М., Котик Т. Л.
Науковий керівник – к. мед. н., доц. О. М. Юрах
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра анатомії людини, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Вступ. При дослідженні мієлоархітектоніки периферійних нервів на їх поперечних зрізах визначають кількість мієлінових нервових волокон (МНВ). При цьому, МНВ розподіляють за діаметром на 3-4-5 груп. Часто класифікацію МНВ проводять з певним кроком за діаметром або площею волокна чи аксона. Такий підхід є емпіричним і необгрунтованим ні морфологічно, ні фізіологічно. Слід відмітити, що він не змінився ще з кінця минулого століття.

Мета. Здійснити спробу класифікувати МНВ за допомогою кластерного аналізу, отримати їх кластери та встановити параметри кожного з них.

Матеріал і методи. Робота виконана на сідничих нервах лабораторного щура. Фіксацію нервів, виготовлення епоксидних блоків і напівтонких зрізів та забарвлення зрізів метиленовим синім здійснювали за визнаними методиками. Для отримання хорошої оптичної роздільності МНВ зрізи фотографували при збільшенні ×1000. Морфометрію проводили за допомогою ImageJ, а статистичне опрацювання даних – в програмі R.

Результати. На першому етапі здійснено фотомонтаж 60-и фотофрагментів напівтонкого зрізу сідничого нерва в один фрагмент загальною площею 120 тис мкм^2, на якому здійснювали морфометрію. Кількість виділених МНВ становила 1776. Другий етап – проведення кластеризації за площею мієлінової оболонки, коефіцієнтом форми і площею аксона. Інші показники є похідними і тому їх використання є недоцільним. Методом Варда визначено три субпопуляції МНВ, а методом k-середніх – їх метричні параметри. Апостеріорними порівняннями виявлено, що коефіцієнт форми не впливає на отриману класифікацію. За іншими двома параметрами кластери (КЛ) МНВ при попарних множинних порівняннях відрізняються між собою ($p < 0,001$). При цьому, КЛ1, який складає 39,81%, утворюють МНВ діаметром (d) 3,98±1,13 мкм (d аксона 2,14±0,79 мкм), а КЛ2 і КЛ3 відповідно 6,87±0,78 (d аксона 3,78±0,68) і 9,90±1,03 (d аксона 5,43±0,99) мкм. Останні два кластери становлять з усієї сукупності МНВ відповідно 43,92 і 16,27%. Порівнюючи отримані результати з даними Vleggeert-Lankamp C. L. і співавт. (2004) та Prodanov D. і співавт. (2009), можна стверджувати, що МНВ КЛ3, скоріш за все, відповідають волокнам Aα, КЛ2 – Aβ, а КЛ1 – водночас волокнам Aγ і Aδ. На останньому етапі МНВ кожного з кластерів відобразили в координатному полі, а також в автоматичному режимі забарвили різними кольорами на змонтованому зображені частини сідничого нерва.

Висновки. Отримані результати свідчать про доцільність застосування кластерного аналізу для оцінки стану провідникового апарату периферійних нервів з позицій функціональної морфології.

ANALYSIS OF POSTURE IN STABILOMETRIC PLATFORM

Bodnarenko A., Skomorowski P., Seniak O.
Scientific supervisor - prof. N.M. Voronych-Semchenko
candidate of medical sciences O.V. Bugerchuk
SHEI «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Physiology, Department of Prosthetic Dentistry

Objectives: The aim of treatments is the solution of problems attitude.

Materials and methods: The study stabilometric pedan for the help. With it you can investigate whether the patient's posture is correct. This technique is non-invasive for the patient. It enables the development of patient movement in static conditions. The test is carried out for thirty seconds, recording the change in the load by means of sensors placed under the force of gravity the support surface.

The software allows the registration of signal parameters which characterize the variation in time of the center of gravity of the object. The use of standard algorithms stabilometric as developed by the French Association Posturologii (Normes 1985) allows to evaluate more correct coordinates measures pressure in the axis.

Posturography, literally means a graphical representation of attitude. These data are used to identify diseases.

Findings: Statokinesiograma is an area in which an indicator moves relative to the axes X and Y. This makes it possible to calculate the surface area (S), measured by calculating the area of the ellipse, which is 90% of the points obtained during the test (circle herring black). Stabilogram indicates the displacement of the center of gravity of the separate components (X fluctuations in the lateral plane) and component (Y vibrations in the sagittal plane). The amplitudes read from the graph higher in patients non -pathological of 0 to 0.5 Hz and 0.2 Hz typical. Stomatognathic system for instance the impact of changes in stature with the dislocations of the jaw.

Conclusion: Wrong attitude causes discomfort and various pathologies:

-degeneration (arthritis, meniscus, etc.) and stiffeners

-degeneration flexible tendon tissue, myopathy (etc.)

-nerve ganglion blockade of respiratory, digestive disorders, poor circulation, balance disorder.

ДИНАМІКА ПОШИРЕНОСТІ ТИРЕОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Волотівський І.П., Волотівська Л.С.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

Одним із чинників, що негативно впливає на функціональну здатність щитоподібної залози та сприяє розвитку патологічних процесів, є іонізуюче випромінювання. Виникає запитання: які віддалені наслідки впливу на організм радіоактивного йоду, який потрапив в атмосферу 30 років назад під час аварії на Чорнобильській атомній електростанції?Актуальність дослідження зумовлена тенденцією до зростання тиреоїдної патології в Україні.

Метою дослідження було з'ясування наслідків впливу радіації на щитоподібну залозу після перенесеної катастрофи. Для дослідження використовували амбулаторні карти хворих, які проживають у Житомирській області (Овручський, Малинський, Олевський та інші райони). Одержані результати поширеності тиреоїдної патології співставляли зі статистичними даними по Україні. До уваги брали захворювання, які можуть бути зумовлені впливом радіоактивного йоду, а саме: ендемічний зоб, гіпотиреоз, дифузний зоб (I-III ступенів), тиреотоксикоз, тиреоїдит, рак щитоподібної залози. У результаті проведеного дослідження було встановлено, що з 2009 по 2013 рік кількість ендемічних захворювань у Житомирській області зросла на 3%, у той час, як в Україні – на 5,3 %, у тому числі на гіпотиреоз - на 25 % (по Україні - на 23%);тиреотоксикоз - на 3,7 % (по Україні –на 10%); тиреоїдит - на 11 % (по Україні –на 20 %). При цьому захворюваність на дифузний зоб I ступеня зменшилась по області на 30 %(по Україні - на 11,2%); дифузний зоб II і III ступенів - на 20 %(по Україні на 1,5 %).

Таким чином, проведене дослідження демонструє динаміку тиреоїдної патології у регіонах, які постраждали у результаті аварії на Чорнобильській АЕС, та її співвідношення щодо захворювань щитоподібної залози по Україні. Можна припустити, що у ґенезі порушення тиреоїдного гомеостазу зростає роль інших зобогенних чинників.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ІЗ МІКРОЕЛЕМЕНТОЗОМ

Галанджій М.-А. В., Ващук Д.М.
Наукові керівники : д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко, к.мед.н., доц. М.М. Багрій, Т.В. Гуранич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри фізіології, патоморфології та судової медицини

Зобогенний вплив міді пояснюється тим, що вона бере участь у перетворенні неорганічного йоду в його органічні сполуки, входить до активних центрів ферментів, що беруть участь у метаболізмі йоду (йодидпероксидази, тирозинази, тиреопероксидази та інших протеїназ), залучена в процес синтезу тиреотропного гормону аденогіпофіза (ТТГ) як компонент протеїнкінази (Гуранич Т.В., 2014). Вивчення функціональних та структурних особливостей печінки за умов комбінованого дефіциту йоду та міді представляє науковий інтерес, оскільки саме у ній відбувається найбільша акумуляція міді.

Мета роботи - з'ясувати особливості структурної організації печінки щурів із мікроелементозом.

Дослідження проводили на 10-ти щурах масою 120-180 г, яким моделювали гіпотиреоїдну дисфункцію (ГД) шляхом введення тваринам із питною водою мерказоллілу (Чарнош С.М., 2007).Дефіцит міді на тлі ГД моделювали шляхом щоденного додавання до питної води комплексону d-пеніциламіну (купреніл, виробництва «Polfa» Kutno Pharmaceutical Company, Польща) у дозі 100 мг на 100 г маси тіла протягом 21-го дня (Masahiko Yamamoto et al., 1990). Структурні особливості печінки тварин вивчали за допомогою світлооптичної мікроскопії. В усіх досліджених випадках проводився морфометричний аналіз за допомогою програмного забезпечення Image Tool 2,0 for Windows. Підрахунок морфометричних показників здійснювали у 10-ти полях зору.

Препарати забарвлювали гематоксиліном і еозином. При цьому визначали такі морфометричні параметри: площу й периметр гепатоцитів та їх ядер, ядерно-цитоплазматичний індекс. Для порівняння аналогічні дослідження проведені на 8-ми інтактних тваринах (контрольна група).

У результаті дослідження встановлено. що структура печінкової часточки за умов мікроелементозу різко порушена за рахунок балкової дискомлексації. У гепатоцитах спостерігали дистрофічні зміни. Привертає увагу наявність у багатьох із них великої кількості дрібних і середнього розміру прозорих вакуолей і, як наслідок, деформація ядер. Результати морфометричного аналізу підтверджують такі зміни: середня площа та периметр гепатоцитів на 28,3% ($p<0,01$) та на 17,9% ($p<0,05$) відповідно менші за аналогічні показники у інтактних тварин. Співнапрямлена тенденція відмічалася і стосовно середнього периметра ядра гепатоцитів, який зменшився на 23,4% ($p<0,05$) щодо даних контрольної групи. Центральні вени розширені та повнокровні.

Отже, у тварин із мікроелементозом розвиваються дистрофічні зміни у тканині печінки.

РОЛЬ БІОЦЕРУЛІНУ У ЛЕГЕНЕВОМУ ЗАХИСТІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Герасимчук М.Р.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Л.М.Заяць
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патологічної фізіології

Протягом багатьох років не зменшується інтерес до проблеми лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, які часто ускладнюються патологією респіраторної системи внаслідок порушення дезінтоксикаційної функції легень. Розвиток гострого легеневого ушкодження при невідкладній хірургічній патології супроводжується зростанням летальності до 90%.

Метою роботи було вивчення протективної ролі Біоцеруліну при експериментальному каловому перитоніті.

Матеріали і методи:у дослідженні використано 122 самці білих щурів лінії Вістар, розподілених на 4 групи: інтактна, контрольна, дослідна-1 – з каловим перитонітом (КП), дослідна-2 з КП та внутрішньоочеревинним одноразовим введенням Біоцеруліну через 30 хв від початку експерименту в дозі 10 мг/кг. Усі дослідження проводили під загальним знечуленням, з використанням кетаміну (40 мг/кг). Забір крові для досліджень проводили через 1, 12, 24 та 48 години. Визначали загальну кількість лейкоцитів, лейкоцитарні індекси інтоксикації за Кальф-Каліфом (ЛІІ-КК), Островським (ЛІІ-О), Рейсом (ЛІІ-Р) та індексом ядерного зсуву (ІЯЗ), а також вміст окисної модифікації білків (ОМБ) у крові та гомогенаті легень.

Результати дослідження. Встановлено, що ЛІІ-КК у всі терміни дослідження, порівняно з тваринами із моделлю КП з корекцією, був нижчим, з максимальною різницею у 2,6 рази ($p<0,05$) на 24-ту год дослідження. Через 48 год після початку експерименту ЛІІ-КК перевищував контрольні значення у 7,9 рази ($p<0,05$), проте залишався у 1,6 рази ($p<0,05$) нижчим як у ІІІ групі щурів. Подібною була тенденція з іншими лейкоцитарними індексами ЛІІ-О, ЛІІ-Р та ІЯЗ. У ІІІ групі відзначалось переважання інтенсивності показників ЛІІ-КК, тоді як ЛІІ-О та ЛІІ-Р прогресивно наростали до 12 год, достовірно знижувались на 24 год і знову підвищувались до 48 год при розвитку КП.

Ступінь ОМБ у крові тварин з КП значно перевищував контрольні дані, здебільшого за рахунок АДНФГо та КДНФГо, рівень яких на 1-шу год був у 2,8 та у 4,2 рази ($p<0,05$) вищим. Тоді як АДНФГн та КДНФГн зростали дещо повільніше – у 1,7 рази ($p<0,05$), що є раннім критерієм важкості процесу метаболічної інтоксикації, який супроводжується пригніченням адаптаційних механізмів. За умов корекції ОМБ зростали значно повільніше як в крові, так і у гомогенаті легень.

Висновки. За умов розвитку калового перитоніту в експерименті визначено достовірне зростання лейкоцитарних індексів інтоксикації. Найбільш чутливими і доцільними у використанні виявились ЛІІ за Кальф-Каліфом та індексом ядерного зсуву, а ЛІІ за Островським і Рейсом, що знижували свої показники на 24 год експерименту можна помилково розцінити як зниження рівня ендогенної інтоксикаці, а в клінічній практиці це є недопустимим. За умов корекції КП Біоцеруліном результати ЛІІ та ОМБ були більш як у двічі нижчими на всіх етапах дослідження, що доводить його протективну роль.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ФАКТОРНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ОЦІНКИ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ЩУРІВ У ТЕСТІ «ВІДКРИТЕ ПОЛЕ»

Гужва Є.А., Ушко Н.О.
Наукові керівники: к.мед.н. О.М. Глєбов; к.б.н., доц. Я.А. Ушко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри фармакології, фізіології

У теперішній час дослідники мають велику кількість статистичних методів, які дають можливість багатогранного аналізу та інтерпретації отриманих експериментальних даних. Факторний аналіз є найбільш значимим та часто використовуваним серед багатомірних методів. Головна задача факторного аналізу це знаходження скороченої системи суттєвих або значущих чинників у просторі реєстрованих змінних.

Сучасні етологічні прийоми дослідження дозволяють описувати умовно- та безумовнорефлекторну поведінку тварин у вигляді послідовності дискретних поз і рухових актів, що мають певний біологічний сенс. У фізіологічних експериментах під поведінкою розуміють комплекс послідовних цілеспрямованих рухових актів, які складають єдиний ланцюг дій з притаманними їм внутрішніми взаємозв'язками. Для побудови прогнозів про можливі межі та особливості поведінкових реакцій тварин, необхідно визначити основні фактори, що впливають на їх поведінку, знайти залежності, що зв'язують особливості поведінкових реакцій, стан гомеостазу організму і зовнішнього середовища.

Мета дослідження: побудувати та оцінити факторну модель поведінкових реакцій білих безпородних лабораторних щурів в тесті «відкрите поле».

Експериментальна частина дослідження виконана на 20 інтактних білих безпорідних статевозрілих щурах-самцях, у яких оцінювали поведінкові реакції у тесті «відкрите поле».

«Відкрите поле» являло собою арену з діаметром 1 метр, висотою стін 40 сантиметрів та діаметром отворів у підлозі 2 сантиметри. Підлога арени була розкреслена на три ряди секторів однакової площини. Освітлення «відкритого поля» здійснювалося лампою розжарювання потужністю 100 Вт, яка була розміщена на відстані 1 метр від підлоги арени.

Експеримент та первинний аналіз отриманого відеозапису проводили за допомогою базового пакету програм для планування і оптимізації експерименту Real Timer ООО «НПК Открытая Наука». Факторний аналіз поведінкових паттернів, які були зареєстровані, проводили за допомогою

системи «Statistica 5.5». У якості критерію відбору кількості дослідних факторів використовували критерій Кайзера. При побудові факторної моделі факторні навантаження менш 0,5 не враховувалися.

За результатами факторного аналізу поведінкових реакцій щурів в тесті «відкрите поле» було виділено три головних фактори, які описували 75% змін. Даним факторам була дана фізіологічно обгрунтована інтерпретація: фактор емоційності, індивідуальних особливостей реагування та фактор тривожності.

СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ СТАНОМ ЙОДОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, РІВНЕМ ІНТЕЛЕКТУ ТА УСПІШНІСТЮ СТУДЕНТІВ

Гуцол Б.О.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

Багато років соціологи вели дискусії, чи справді існує єдина здібність людини, яку можна назвати інтелектом, і, якщо так, то наскільки він ґрунтується на уроджених відмінностях. Розумові здібності важко визначити, оскільки це поняття охоплює багато різних, часто непов'язаних якостей. Наприклад, ми можемо припустити, що «найчастішою» формою розумових здібностей є спроможність розв'язувати абстрактні математичні задачі. Водночас люди, котрі успішно вирішують такі завдання, іноді виявляють невисокі здібності в інших сферах, скажімо, в історії чи мистецтві. Оскільки це поняття не піддається прийнятному визначенню, деякі психологи запропонували (і багато освітян із цим необачно погодилися) вважати розумовими здібностями просто показник тесту IQ (intelligence quotient або коефіцієнт розумового розвитку). Незадовільність цього показника цілком очевидна, бо визначення розумових здібностей потребує доказів. Більшість тестів IQ являють собою сукупність понятійних та аналітичних завдань. Ці тести побудовані так, що середній бал становить 100 пунктів: особа, що не набирає цієї кількості, визначається як людина з розумовими здібностями нижче середнього, а хто набирає понад 100 пунктів, має розумові здібності вище середнього рівня. Попри фундаментальні труднощі виміру розумових здібностей, тести IQ широко використовують у наукових дослідженнях, а також у школах та в сфері бізнесу.

Актуальність дослідження зумовлена впливом йододефіциту на розумовий розвиток людини. У той же час вся територія України, а особливо гірські регіони Прикарпаття, належать до території зобної ендемії.

Тому метою даного дослідження було з'ясування співвідношення між станом йодного забезпечення, рівнем інтелекту та успішністю студентів.

Для досягення мети обстежено 8 юнаків та дівчат віком від 17-ти до 20-ти років, які проживають на території помірного йододефіциту (гірські регіони Прикарпаття), 19 студентів, які проживають на території легкого йододефіциту (Тисменицький район Івано-Франківської області) та 16 однолітків відносно інтактного регіону (м. Івано-Франківськ). Регіональні ступені йододефіциту визначені в результаті епідеміологічних досліджень. Стан йодного забезпечення оцінювали за вмістом йоду в сечі. Коефіцієнт інтелекту (IQ) визначали шляхом тестування за допомогою адаптованої на кафедрі фізіології методики CFIT Р. Кеттела. Успішність визначали за рейтингом успішності студентів у навчальному закладі. У результаті дослідження встановлено, що дані IQ дійсно корелюють зі успіхами в навчанні. Вони також знаходяться у взаємозв'язку з соціальними та економічними відмінностями, які асоціюються з коливаннями рівнів навчальних показників та станом йодного забезпечення організму.

Таким чином, дефіцит йоду негативно впливає на рівень розумового розвитку, що суттєво визначає успішність студента.

СКІЛЬКИ МОЗКУ НАМ НЕОБХІДНО ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ

Давиденко О.В.
Науковий керівник – асист. Ю.М. Коник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

В останні місяці в новинах з'явилося відразу кілька історій, які розповідають про людей з пошкодженими або зовсім відсутніми відділами головного мозку, які, тим не менше, живуть відносно нормальним життям. Якщо відволіктися від сенсаційності цих повідомлень і поглянути на них з точки зору нейрофізіології, то напрошується висновок, що ми не просто не до кінця розуміємо, як працює наш мозок а, мабуть, наші уявлення про мозок доволі обмежені. Минулого року преса повідомляла про жінку, яка народилася без мозочка. Його не виявилося у китаянки, яка прожила 24 роки, не викликаючи підозр у тому, що у неї в мозку чогось невистачає. Відсутність мозочка за результатами комп'ютерної томографії виявили медики (Chinese PLA General Hospital of Jinan Military Area Command in Shandong Province), до яких жінка звернулася зі скаргою на запаморочення, що її колише при ходьбі – немов би починається морська хвороба. Мати пацієнтки повідомила, що дівчинка пізно почала ходити – тільки в 7 років, а нормально говорити стала в 6 років. Мозочок - важлива частина головного мозку, що розташовується під великими півкулями. Цей відділ навіть називають малим мозком. Головна функція мозочка – забезпечення координації рухів, відчуття рівноваги, м'язового тонуса. Однак, інші відділи мозку, такі як базальні гангліїі і рухові області кори, також забезпечують регуляцію моторики. Людина з легким пошкодженням мозочка має шатку ходу, у неї порушена пальценосова проба. За деякими оцінками, в мозочку міститься до половини всіх клітин головного мозку людини. У даному випадку мова йде не просто про пошкодження мозку - мозочок у 24-річної жінки взагалі відсутній. Тим не менше, її життя цілком звичайне - вона закінчила школу, вийшла заміж і народила дитину. Не можна сказати, що відсутність у цієї жінки мозочка не має взагалі ніяких наслідків - все своє свідоме життя вона страждає від невпевненості і незручності в рухах. З іншого боку, вражає те, що вона взагалі може пересуватися без відділу мозку, який був присутній вже у перших хребетних на Землі. Наявність мозочка виявлено у викопних акул, що жили ще за часів динозаврів.

Ще один випадок, який приголомшив людство, стався у Франції. Там проживав чоловік віком 44 роки, у якого від мозку залишився тільки тонкий шар, що примикає до черепа. Порожнина черепа була заповнена рідиною. «У нього відсутні приблизно три чверті мозку», - дивується Лайонелл Філета, невролог з Середземноморського університету (Mediterranean University in Marseille, France), який окреслив свої спостереження в журналі «The Lancet».Недостача, знову ж таки, розкрилася випадково - після того, як чоловік прийшов у поліклініку зі скаргами на слабкість у лівій нозі. Зробили томограму і побачили, що мозку майже немає. У процесі обстеження з'ясувалося, що в дитинстві пацієнт

страждав від гідроцефалії. Для відтоку рідини із головного мозку встановили дренажну трубку. Її прибрали, коли хлопцеві виповнилося 14 років. Але рідина, як виявилося, скупчилася знову. На диво, мінімум мозку і рідина в голові не турбували пацієнта. У тестах на IQ чоловік набирав 75 балів при середній нормі в 100 балів. Чоловік працює в сфері обслуговування, одружений, має двох дітей.

Ці історії ілюструють одну істину, про яку не так часто говорять: у самому елементарному нашому розумінні того, як функціонує мозок, є величезні прогалини. Вся глибина нашого незнання проявляється саме на таких екстраординарних випадках, як вищеописані. Треба зазначити, що за кожну з ключових функцій головного мозку відповідає не конкретний відділ, а кілька областей відразу. Якщо одна ділянка виявиться непрацездатною, то її функції візьмуть на себе інші відділи. Тож ці випадки дали медикам ще один привід дивуватися здатності людського мозку до адаптації.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ПІД ВПЛИВОМ НАЛОКСОНУ ТА РОЛЬ ОПІОЇДНИХ ПЕПТИДІВ У РЕАКЦІЯХ ІМУННОЇ СИСТЕМИ

Писаренко Г. М.
Науковий керівник - к.мед.н., ст. викл. І.О. Сухлдост
Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. Д.Е. Альперна

Центральною проблемою медицини впродовж довгого часу є запалення. Це патологічний процес, який лежить в основі багатьох хвороб людини. В останні роки увагу науковців привертає ендогенна опіоїдна система. Це пептидні нейротрансмітери (ендорфіни, енкефаліни, дінорфіни та ін.), які виробляються більшістю типів клітин на периферії та містяться в крові. Пептиди є регуляторами діяльності органів і тканин; регулюють температуру тіла, АТ і периферійний кровообіг, функцію легень, ШКТ, ендокринних залоз; є антистресорними та знеболюваними факторами. Екзогенні опіоїди надають протибольовий ефект при запальних процесах, зменшують судинну реакцію, запальний набряк, накопичення лейкоцитів у вогнищі.

Метою є морфологічні дослідження селезінки при запаленні під впливом налоксону та з'ясування ролі опіоїдних пептидів у реакціях імунної системи.

Дослідження було проведено на самцях щурів лінії Вістар (180-200 г.). Матеріалом дослідження слугувала тканина селезінки – периферичного органа імунної системи. Моделлю запалення був гострий асептичний перитоніт, який був викликаний внутрішньочеревним уведенням 5 мг λ-карагінену в 1 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Досліджували морфофункціональний стан селезінки в динаміці запалення, на 3-тю, 6-ту, 12-ту годину, 1-шу, 2-гу, 3-тю, 5-ту і 10-ту добу. Контролем були використані для природного перебігу запалення інтактні щури. Дані, отримані в динаміці запалення на тлі дії Налоксону, порівнювали з контролем на цей препарат, а також з даними, одержаними в аналогічний строк при природному перебігу запалення. Дослідження проводилося з використанням гістологічних, морфо метричних та імуногістохімічних методів.

Результати та висновки експерименту показали, що при запаленні на тлі дії Налоксону гіперплазія селезінки і посилення виходу Т- і В-клітин у кров виражені ще більше, ніж при природному перебігу запалення; відбувається зростання клітинних та зниження виразливості гуморальних імунних реакцій; хелперна та супресорна активність знижується; посилення лімфоцитарної реакції на рівні всієї імунної системи. Одержані дані будуть сприяти удосконаленню патогенетичної протизапальної терапії.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ NO-СИНТАЗНОЇ СИСТЕМИ ТА СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМІЖНОГО МОЗКУ ЩУРІВ ІЗ ГІПОТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Побережна Л. О., Дехтяр Д. Г., Кантемир А. І.
Наукові керівники : д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко, к.мед.н., доц. М.М. Багрій, Л.В. Николишин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри фізіології, патоморфології та судової медицини

Зважаючи, що гіпофіз може одержувати від гіпоталамуса широко розгалужену NO-ергічну інервацію, а нітрит-іон модулювати секрецію основних гіпофізарних стрес-гормонів та впливати на характер клітинного окисного метаболізму, можна припустити його важливу роль у регуляції функцій гіпофіза, а також у підтриманні тиреоїдного гомеостазу загалом (Бондар Т. М., 2008; Фокин В. Ф. и соавт., 2009).

Мета роботи - з'ясувати взаємозв'язок показників NO-синтазної системи головного мозку та структурної організації компонентів гіпоталамо-гіпофізарної системи у тварин із гіпофункцією щитоподібної залози.

Дослідження проведено на 10-ти щурах масою 120-180 г, яким моделювали гіпотиреоїдну дисфункцію шляхом введення тваринам із питною водою мерказолілу (Чарнош С. М., 2007). Стан системи нітрогену азоту вивчали за вмістом нітрит-іону у сироватці крові та активністю загальної NO-синтази (NOS), конститутивної NO-синтази (cNOS), та індуцибельної NO-синтази (iNOS) у тканинах головного мозку (Green L. C., David A.W., 1982; Сумбаев В.В., 2000). Структурні особливості проміжного мозку тварин вивчали за допомогою світлооптичної мікроскопії. Препарати забарвлювали гематоксиліном і еозином за Нісслем й азокарміном – за Гейденгайном. Фотодокументування здійснювали за допомогою мікроскопа Axioskop та цифрової камери TucsenTCA-10.0-N з використанням програмного забезпечення IS-capture (V. 1.0). Для порівняння аналогічні дослідження проведені на 8-ми інтактних тваринах.

У результаті проведення експерименту у нейронах проміжного мозку спостерігали ознаки дистрофії (вакуолізацію перикаріона, гіперхроматоз, різної вираженості хроматоліз), виражений перицелюлярний і гліальний набряк, що підтверджувалися збільшенням площі нейрона у 2,4 раза ($p<0,001$), периметра нейрона – на 77,4 % ($p<0,001$) щодо аналогічних показників у інтактних тварин. Ядра нейронів деформовані, каріоплазма просвітлена, контури каріолеми візуалізувалися вогнищево.

Зміна функціонального гомеостазу щитоподібної залози негативного впливає на систему нітрогену оксиду, зокрема, виявлено суттєве зменшення вмісту нітрит-іону у сироватці крові щодо аналогічних показників у інтактних тварин. Виражені зміни активності NO-синтаз у тканині головного мозку характеризувалися зростанням активності NOS (майже у три рази) та iNOS (майже у п'ять разів) у тварин дослідної групи щодо контрольної. Зміни показників cNOS у щурів були більш інертними.

Отже, розвиток гіпофункції щитоподібної залози супроводжується вираженими змінами показників NO-синтазної системи, що узгоджувались зі структурними порушеннями компонентів гіпоталамо-гіпофізарної системи.

ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ ГІПОТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Побігун Н. Г.
Науковий керівник - д.м.н., проф. І.В. Ємельяненко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

Метою дослідження було виявити структурно-функціональні зміни щитоподібної залози (ЩЗ) щурів із гіпотиреоїдною дисфункцією, які зазнавали впливу хронічного емоційно-больового стресу (ЕБС). Експеримент проводили на 48 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою 170-220г. Тварини були поділені на 4 групи: 1-ша – інтактні тварини, 2-га – тварини з гіпофункцією ЩЗ, яку моделювали шляхом щоденного додавання до питної води мерказолілу з розрахунку 10 мг/кг маси тіла протягом 15 діб, підтримуюча доза становила 5мг/кг маси тіла до завершення експерименту, 3-тя – щури, які піддавались дії ЕБС щоденно по 1 годині на протязі 30 днів, 4-та – тварини з гіпофункцією ЩЗ, які зазнавали впливу ЕБС. Функціональну здатність ЩЗ оцінювали за вмістом в плазмі крові тиреоїдних гормонів. Для детальнішої характеристики стану ЩЗ розраховували величину тиреоїдного індексу (ТІ) за формулою: $ТІ=(вТ_3+вТ_4)/ТТГ$, де $вТ_3$ – вільний трийодтиронін, $вТ_4$ – вільний тироксин, ТТГ – тиреотропний гормон. Концентрації $вТ_3$, $вТ_4$ та ТТГ аденогіпофізу в плазмі крові визначали імуноферментним методом. Структурні особливості ЩЗ щурів вивчали за допомогою світлооптичної мікроскопії. Шматочки ЩЗ фіксували у 10% розчині формаліну. Зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином. Відповідно до отриманих результатів, у плазмі крові тварин 2-ї та 4-ї груп спостерігали зниження вмісту тиреоїдних гормонів та зростання рівня ТТГ при зменшенні величини ТІ відносно даних у тварин інтактної групи, що свідчить про розвиток гіпофункції ЩЗ. У щурів 3-ї групи виявлено достовірне зниження рівня тиреоїдних гормонів. У той же час ТТГ та величина ТІ вірогідно не відрізнялись від аналогічних показників 1-ї групи тварин. При проведенні морфологічного дослідження ЩЗ щурів, які отримували мерказоліл спостерігали наявність великих, часто деформованих фолікулів, переважання гіпохромного колоїду, сплощення тироцитів фолікулів, наявність вогнищ проліферації фолікулярного епітелію та повнокрів'я судин. Зазначені морфологічні прояви підтверджують зниження функціональної активності ЩЗ. У тварин, які піддавались дії ЕБС виявлено розвиток проліферації фолікулярного епітелію, епітелію міжфолікулярних острівців з новоутворенням дрібних фолікулів, переважно сплощених тироцитів, що вказує на зниження гормонсинтезуючої активності ЩЗ.

Таким чином, у ході експерименту встановлено закономірності впливу ЕБС на структуру та функцію ЩЗ щурів із гіпотиреоїдною дисфункцією, які потребують подальшого детального вивчення.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СТУДЕНТІВ ЙОДОДЕФІЦИТНОГО РЕГІОНУ НА ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ

Семченко В.А., Воронич В.О.
Наукові керівники : доц. О.О. Шляховенко, доц. В.П. Левко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри фізіології, фізичного виховання та здоров'я

Одним із показників тренованості студентів є реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження, яка залежить від адаптивних можливостей організму. В основі адаптації (у тому числі до фізичного навантаження) лежить енергетичне забезпечення клітин та фізіологічних систем організму загалом. Ці процеси у значній мірі залежать від функціонального стану щитоподібної залози. Актуальність дослідження зумовлена поширеністю зобної ендемії на території України (а особливо Івано-Франківської області) та високим ризиком зниження функціональної здатності щитоподібної залози навіть у молодому віці.

Мета роботи полягала у з'ясуванні взаємозв'язку між типом реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження і функціональним станом щитоподібної залози. Для досягнення мети обстежено 28 студентів (16 юнаків та 12 дівчат) гірського регіону та 25 (15 юнаків та 10 дівчат) – жителів обласного центру.

Тип реакції серцево-судинної системи на навантаження визначали з використанням проби Мартіне-Кушелевського. Принцип методу полягає у дослідженні в динаміці частоти серцевих скорочень і величини артеріального тиску (систолічного і діастолічного) до і після фізичного навантаження. За формулою Ріда визначали відсоток відхилення фактичного основного обміну від належного. Фізичний ріст та розвиток організму оцінювали за зростом та вагою тіла із обчисленням індексу гармонійності розвитку.

У результаті дослідження у більшості студентів регіону помірного йододефіциту переважав гіпертонічний тип реакції, у третини – відновлювальний період був незадовільним. У той же час у студентів, які проживають на території легкого йододефіциту, переважав нормотонічний тип реакції серцево-судинної системи, а відновлювальний період не перевищував 3-ох хвилин. У 61% студентів гірського регіону фактичний основний обмін був меншим від норми (за формулою Ріда) , тоді як в обласному центрі тільки 28% мали занижений основний обмін. При цьому гармонійний фізичний розвиток зафіксовано у 57 % обстежених студентів гірського регіону та 72 % юнаків та дівчат обласного центру. У результаті кореляційного аналізу встановлено взаємозв'язок між типом реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження та величиною основного обміну.

Таким чином, студенти, які проживають на території помірного йододефіциту, характеризуються змінами реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження, зменшенням основного обміну та порушенням гармонійного розвитку. Такі зміни можуть бути зумовленими зниженням функціональної спроможності щитоподібної залози, що розвинулась на тлі йододефіциту.

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ ЩУРІВ ІЗ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ НА ТЛІ ЙОДОДЕФІЦИТУ

Стецев'ят В.Б.
Науковий керівник - д.м.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

Серед актуальних проблем сучасної медицини важливе місце займає метаболічний синдром (МС), що є фактором ризику для розвитку серцево-судинної патології. МС є однією із пріоритетних проблем медицини, що призводить до негативних соціальних та медичних наслідків. Сприяти розвитку інсулінорезистентності може порушення тиреоїдного гомеостазу, адже добре відомо про розвиток вторинної дис-

ліпідемії за умов гіпотиреозу (Вацеба Т.С. зі співав., 2013).

Тому метою даного дослідження було дослідження ліпідного спектру крові у щурів із інсулінорезистентністю на тлі йододефіциту.

Дослідження проведено на 40 щурах масою 150-180, які були розділені на дві дослідні групи: тварини із інсулінорезистентністю, яких утримували на стандартному харчовому раціоні (1-ша дослідна група, n=20) та тварини із інсулінорезистентністю, яких утримували на йододефіцитному раціоні (2-га дослідна група, n=20). Для моделювання інсулінорезистентності щури дослідних груп отримували із питною водою 10% розчин фруктози протягом 8-ми тижнів (Шупрович А.А. зі співав., 2011). Для досягнення стану йододефіциту тварин утримували на йододефіцитній дієті (Martinez-Galan зі співавт., 1997). Функціональний стан щитоподібної залози у тварин оцінювали за рівнем тиреоїдних гормонів у сироватці крові: вільних трийодтироніну - fT_3, тироксину - fT_4, тиреотропного гормону (ТТГ). Ліпідний спектр крові вивчали за вмістом тригліцеридів (ТГ), загального холестерину (ХС), ліпопротеїнів низької (ХС ЛПНЩ) та високої щільності (ХС ЛПВЩ), коефіцієнтом атерогенності (КА). Для вивчення йодного забезпечення організму тварин знаходили рівень екскреції йоду з сечею у разових порціях сечі (Dunn J., 1993).

Встановлено, що введення тваринам розчину фруктози супроводжується порушенням ліпідного спектру крові дослідних тварин: збільшенням вмісту ТГ, ЗХС, ХС ЛПНЩ та КА. Такі зміни відбувалися на тлі зростання індексів fT_3/fT_4, $ТТГ/fT_4$. Більш виражені зміни ліпідного спектру крові виявили у тварин 2-ої дослідної групи.

Таким чином, дефіцит йоду негативно впливає на ліпідний спектр крові щурів із інсулінорезистентністю.

ПРОЯВИ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ НА ФОНІ ПОМІРНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Стрільчук Д., Токар М., Карапутна І.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.Р. Герасимчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патологічної фізіології

Актуальність. За останнідесятиріччя проблема захворювань щитоподібної залози (ЩЗ), зокрема гіпотиреозу (ГЗ) на Прикарпатті хоч і зменшилась, проте все ще залишається актуальною. ГЗ супроводжується порушеннями гормонального гомеостазу, зменшенням рухової активності, зростанням маси тіла і, як наслідок, змінами якості життя. Вивчення взаємозв'язку між впливом помірного фізичного навантаження (ПФН) і порушенням функції ЩЗ є важливим для визначення ролі системних чинників регулювання загального метаболізму та обґрунтування патогенетичних патернів розвитку специфічного симптомокомплексу при ГЗ.

Метоюдослідження було встановити ступінь розвитку проявів експериментального гіпотиреозу в умовах помірного фізичного навантаження.

Матеріали і методи: у дослідженні використано 74 самці щурів лінії Вістар масою 200-230 г. Тварин розподілено на 5 груп: I – інтактна; II – контрольна; III – з експериментальним гіпотиреозом за допомогою мерказолілу (1-methyl-2-mercapto-imidazole), Здоров'я, Харків, Україна протягом 30 днів; IV – ПФН протягом 1 місяця на тредбані з швидкістю 10 м/хв протягом 15 хв щодня; V – експериментальним ГЗ та ПФН. Визначали вміст молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові та гомогенатах легень та печінки, а також рівень лактату (ЛТ) крові та індекс маси тіла (ІМТ).

Результати. Відзначено зростання ІМТ у III групі більше як 25% ($p<0,05$), тоді як у IV–V групах зростання ІМТ достовірного зростання не відзначалось. При експериментальному гіпотиреозі рівень МСМ у крові зріс на 19,44% ($p<0,05$), а також в основних органах детоксикації, печінці і легенях на 16,63% та 39,71% відповідно. Проте був меншим у IV і V дослідних групах, як і рівень ЛТ з максимальним значенням у III групі, що перевищував контрольні дані у 6,8 рази і значно нижчим у тварин з ПФН та ГЗ. За умов ПФН зросла рухова активність щурів у IV та V групах, а також прояв їхнього інтересу до їди та взаємодії з іншими тваринами. Проте, варто відзначити, що зі збільшенням тривалості експерименту руховий потенціал під час ФПН у V групі щурів знизився більш як на 50% через 3 тижні від початку експерименту. Це може вказувати на прогресування симптомів гіпотиреозу, хоча значно повільніше, як у тварин з ГЗ без ПФН.

Висновки. Встановлено, що при ГЗ відбувається розвиток функціональних порушень у детоксикаційній роботі печінки і легень. Виявлено достовіне зростання ІМТ при гіпотиреозі без фізичного навантаження. Доведено позитивний вплив ФПН на фоні розвитку експериментального ГЗ. Відзначалось підвищення рухової активності, збільшенням інтересу до факторів зовнішнього середовища, зменшенням ІМТ, загальної інтоксикації та мінімальними проявами гіпотиреозу.

ЙОДОДЕФІЦИТ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ШЛУНКА

Твердохліб І.З.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Науковий керівник – асист. Л.С. Сторожук
Кафедра фізіології

В Україні рак шлунка займає третє загальне місце серед онкологічної патології. Щороку діагностується понад 15 тис. нових випадків. Близько 13 тисяч пацієнтів помирає щорічно, що становить в середньому 25 випадків на 100 тис. населення. Тому актуальним є пошук нових шляхів запобігання розвитку раку шлунка та усунення чинників, які виступають ризиком розвитку гастроентерологічної патології. Зважаючи, що практично вся територія України є ендемічною по зобу, представляє інтерес дослідження взаємозв'язку між розвитком раку шлунка та ступенем йододефіциту. Відомо, що слизова оболонка шлунка, як і щитоподібна залоза, може суттєво концентрувати йод (у 40 разів вище, ніж вміст мікроелемента у крові), має ферменти, що задіяні у йодному обміні та здатні йодувати тирозин, подібні перехресно реагуючі антигени. Це пояснюється спільним походженням щитоподібної залози і шлунка від первинної кишки. У той же час сполуки йоду виявляють антиоксидантну, протизапальну, антипроліферативну, антибактеріальну, проапоптозну дію. Дослідження, проведені на щурах, показують, що вплив йоду на тканини не залежить від функції щитоподібної залози. Введення тироксину йододефіцитним щурам не призводило до зниження швидкості росту пухлини. Проте, введення молекулярного йоду справляло сильніший сповільнюючий вплив на ріст пухлини, ніж еквівалентної дози йодиду. Оскільки щитоподібна залоза, насамперед, використовує йодид, ці дані підтверджують гіпотезу, що йод діє не через щитоподібну залозу.У той же час епідеміологічні дані свідчать про зв'язок між захворюваністю раком шлунка і дефіцитом йоду в ендемічних по зобу регіонах. Йод може індукувати апоптоз у ракових клітинах, що запускає процеси їх самознищення. Відсутність йоду у клітинах - це те, що викликає

рак, і це твердження співпадає зі статистичними даними: в Італії рак шлунка зустрічається частіше в фермерів та населення йододефіцитних гірських і горбистих районів, ніж у рибалок. Зумовлено це тим, що йод легко розчинний у воді і вимивається з грунтів у моря і океани.

На жаль, кількість йоду що потрапляє в наш організм є недостатньою, що зумовлюється такими чинниками:

- ✓ зниженням споживання багатих йодом морепродуктів;
- ✓ ерозією ґрунтів;
- ✓ меншим використанням йодиду в харчовій та сільськогосподарській промисловостях;
- ✓ потрапляння в організм інших галогенів, які витісняють йод: брому (знаходиться у випічці, пластиковій тарі, безалкогольних напоях, ліках, пестицидах); хлору (в основному із хлорованої води та промисловими відходами, забруднення ракетним паливом); фтору (зубні пасти).

Отже, можна припустити, що дефіцит йоду являє собою важливий фактор ризику як для розвитку атрофічного гастриту, так і раку шлунка, що зумовлено антиоксидантною активністю йоду, участю його у регуляції трофіки шлунка, антагоністичною дією на Helicobacter Pylori і зменшенням впливу нітратів на організм.

ВПЛИВ ГІПОТИРЕОЗУ НА РОЗВИТОК ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ КИШЕЧНИКА

Токар М., Стрільчук Д., Карапутна І.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.Р. Герасимчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра патологічної фізіології

Актуальність. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) тривалий час залишається однією з найактуальніших і найскладніших у невідкладній абдомінальній хірургії. Частота ГКН серед іншої хірургічної патології сягає 9,4–27,1%, а летальність при цьому коливається 4–30%. Досить часто цьому сприяє супутня патологія, яка часто маскує основні симптоми, зокрема гіпотиреоз.

Метою нашої роботи було встановити роль ендогенної інтоксикації та антиоксидантного захисту на розвиток ГКН при гіпотиреозі.

Матеріали і методи. У дослідженні використано 74 самці щурів лінії Вістар масою 200-230 г. Тварин розподілено на 5 груп: I – інтактна; II – контрольна; III – з експериментальним гіпотиреозом (пероральне введення протягом 1 місяця Мерказолілу (1-methyl-2-mercapto-imidazole), "Здоров'я", Україна); IV – експериментальна гостра тонкокишкова непрохідність під загальним знечуленням кетаміном (40 мг/кг); V – з моделлю гіпотиреозу та ГКН.

рівень маркерів ендогенної інтоксикації (ЕІ): молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові та гомогенатах легень та печінки, а також активність каталази (КТ) і лактату (ЛТ) крові.

Статистичний аналіз проводили за допомогою програми "Statistica 7".

Результати дослідження. В умовах ГКН та гіпотиреозу в експерименті відмічено зростання маркерів ЕІ – МСМ, як в крові так і в органах-мішенях, що вказувало на порушення дезінтоксикаційних бар'єрів. При цьому рівень ЛТ у III групі достовірно зріз у 5,41 рази, IV – 6,7 рази, V – 4,8 рази. Визначено зниження антиоксидантного захисту за показниками каталазної активності, у III групі на 58,41% ($p<0,05$), у IV – 1,5 рази ($p<0,05$), а у V – 2,7 рази ($p<0,05$).

Висновки. Встановлено, що при гіпотиреозі та ГКН чи їхній поєднаній патології відбувається розвиток функціональних порушень у детоксикаційній роботі печінки і легень. Виявлено достовірну дисоціацію показників антиоксидантного захисту та маркерів ЕІ у крові та органах-мішенях. Визначено зниження системи антиоксидантного захисту внаслідок порушення бар'єрних функцій легень та печінки, які є основними органами детоксикації в організмі. Гіпотиреоз погіршує перебіг ГКН частково приховуючи справжній рівень ЕІ під маскою уявного зменшення ендотоксемії.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Шаламай У.П.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Залізо, як життєво необхідний мікроелемент, відіграє ключову роль у кисневому метаболізмі, клітинній проліферації та багатьох інших біохімічних і фізіологічних процесах організму. Тому обмеження поступлення чи засвоєння заліза призводить до суттєвих змін гомеостазу, що супроводжується порушеннями фізичного, нервово-психічного, статевого розвитку. Серед органів, морфофункціональний стан яких може змінюватись при недостатності заліза, є і щитоподібна залоза.

Метою даного дослідження було вивчення показників тиреоїдного статусу у дітей із залізодефіцитною анемією.

Для досягення мети комплексно обстежено 20 дітей із анемією віком від трьох до десяти років (основна група). Обстежені діти основної групи були рандомізовані за віком, статтю та клінічним діагнозом. Верифікація діагнозів здійснювалась на підставі скарг, анамнезу, клінічної картини, даних комплексного лабораторного, інструментального досліджень. Контрольну групу складали 16 здорових однолітків. Для оцінки рівня забезпеченості організму залізом визначали вміст гемоглобіну та ферритину плазми крові (Yang Z., Dewey K.G. et al., 2008). Тиреоїдний статус оцінювали за даними тиреоїдних гормонів, ультрасонографії та на основі вмісту йоду в сечі. Для визначення функціонального стану щитоподібної залози у сироватці крові визначали вміст вільних трийодтироніну (fT_3) та тироксину (fT_4), ТТГ аденогіпофіза, обчислювали індекси fT_3/fT_4, ТТГ/fT_4. Для вивчення рівня йодного забезпечення організму дітей знаходили рівень екскреції йоду з сечею у разових порціях сечі, визначали медіану йодурії (Dunn J., 1993). Морфометричну оцінку стану щитоподібної залози здійснювали ультрасонографічним методом. Об'єм залози розраховували за класичною формулою J.Brunn і співавт. шляхом обчислення об'ємів кожної із її часток. Результати еховолемії оцінювали за нормативами тиреоїдного об'єму (97 перцентиль), що диференційовані за статтю та площею поверхні тіла (Zimmermann M. B., 2003).

Установлено, що у дітей із залізодефіцитною анемією спостерігаються структурно-функціональні зміни щитоподібної залози. Зокрема, у дітей основної групи виявили достовірне зменшення рівня fT_4 на тлі збільшення ТТГ у сироватці крові та порушення індексів fT_3/fT_4 і ТТГ/T_4. У дітей віком від восьми до десяти років мала тенденцію до збільшення у розмірах щитоподібна залоза. Вміст йоду в сечі більшості обстежених знаходився в межах від 90 до 105 мкмоль/л.

Таким чином, одержані результати свідчать про тісний взаємозв'язок дефіциту заліза із змінами тиреоїдного гомеостазу у дітей.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГОЛОДУВАННЯ ЯК СПОСОБУ ПОЗБАВЛЕННЯ ЗАЙВОЇ ВАГИ

Шкільна О.О.
Наукові керівники: д.мед.н. , проф. М.В. Йолтухівський, ст. викл. О.В. Довгань
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вступ. Ожиріння називають епідемією XXI століття. Поширення даної хвороби з кожним роком зростає в усьому світі. У європейських країнах надмірна вага зафіксована у більшості населення з середнім показником у 53,3%, а в Україні показник відносної чисельності осіб в яких зафіксовано надмірну вагу становить 51,8%. Значне розповсюдження еталонних стандартів краси привели до поширення ще однієї хвороби анорексії, яка доволі стрімко поширюється серед дівчат та жінок. Статистика захворювання повідомляє, що близько 90% хворих на анорексію - дівчата віком 12-24 років. На жаль, 5-10% серед хворих на анорексію помирають. Отож, від ожиріння до анорексії хворі проходять один крок - голодування.Охочих схуднути за допомогою голодування стає дедалі більше. Але чи знають вони, що при цьому відбувається з їхнім організмом, як він справляється з цим стресом?

Доволі велика кількість питань, на які досі не надано однозначної відповіді зумовили вибір нашої теми дослідження**.**

Матеріали та методи. В ході дослідження було використано тварин (щурів-самців лінії Wistar) масою 290-300 г, яких розділили на 3 групи по 5 тварин кожна:

1. Контрольна – це група тварин, які знаходилися на загальному режимі віварію з вільним доступом до їжі та води і щоденним зважуванням.

2. Група тварин, яким обмежили доступ до їжі (годували по 5-7 г хліба на добу з необмеженим доступом до води), і щоденним зважуванням до і після годування.

3. Голодуючі тварини з необмеженим доступом до води, але повністю відсутнім харчуванням. На восьмий день тварин переводили на загальний режим віварію.

Результати. На початку експерименту тварини у контрольній групі зважували в середньому 300 г,а наприкінці 20 дня нашого дослідження маса тварин була 308 г. Тобто тварини даної групи набирали по 0,4г за добу.

У тварин з обмеженим харчуванням спостерігалося зменшення маси тіла до 12 дня експерименту. Починаючи з 12 дня вага щурів стабілізувалася, а з 18 дня спостерігався незначний підйом маси тіла. На 20 день тварини цієї групи важили в середньому 276 г,тобто вони втратили 9,5 % своєї маси за весь період експерименту.

Тварини, що перебували на повному голодуванні за 7 днів втрачали близько 52 г, що становило 17 % від початкової маси тіла. За перший день вони втрачали 7-8 г, протягом наступних 3 діб маса тіла зменшувалась по 12-15 г за добу, а з 5 дня - не більше 5 г на добу. На 7 день їх маса становила в середньому 246 г. Більше того, після того як відновили годування (на 8 добу), вони 50 г втраченої ваги набрали за перших 2 дні. А в подальшому вони продовжували набирати вагу аж до кінця експерименту. На 20 день щурі важили в середньому 356 г, а один екземпляр взагалі важив 369 г. Таким чином за період експерименту їх маса тіла не зменшилась, а збільшилась більш ніж на 40 % від початкової маси. Але найразючіші зміни спостерігались в поведінці тварин. Спочатку (перші 2 дні) щури були дуже активні, до 5 дня ця активність переростала в агресію, а до 7 дня в апатію.

Висновки.

1. Голодування є неефективним способом схуднення. В деяких випадках навіть небезпечним.

2. Після тривалого голодування наступає період швидкого збільшення маси тіла, який може бути пов'язаний з нейрогуморальними перебудовами в гіпоталамусі.

3. Тривале голодування призводить до змін у поведінці.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ ЛЕГКОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ

Яцута Г. В.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. О. І. Тучак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізіології

Недостатній рівень секреції гормонів щитоподібної залози супроводжується розвитком гіпотиреозу. При цьому захворюванні вражаються, практично, всі органи та системи. Розповсюдженість тиреоїдної патології в наш час, згідно з данним літератури, складає 1-6% людей віком до 60-ти років, причому за останнє десятиліття відмічається тенденція до збільшення захворюваності. При зниженні функціональної здатності щитоподібної залози досить часто на перший план виходять симптоми ураження центральної та периферичної нервової системи. До нервово-психічних проявів гіпотиреозу відносять гіпотиреоїдну енцефалопатію, астенодепресивний синдром, інсомнії та гострі психози. Ці порушення виникають внаслідок пригнічення анаболічних та енергетичних процесів у речовині головного мозку. Клінічними проявами цих станів є зниження памяті, уваги, загальна заторможенність, запаморочення, зниження соціальної адаптації. Мозочкова недостатність, за даними літератури, зустрічається у 10% хворих на гіпотиреоз і проявляється порушеннями координації рухів, запамороченням. Астенодепресивний синдром виявляється майже у всіх хворих.Він характеризується порушенням обміну серотоніну в речовині головного мозку та проявляється в'ялістю, зниженим фоном настрою, апатією, безініціативністю, плаксивістю. Інсомнії проявляються підвищеною денною сонливістю та порушеннями нічного сну. При тяжкому ступені гіпотиреозу може виникати апное під час сну, що може послужити передумовою церебрального інсульту або інфаркту міокарда.

Метою дослідження був аналіз загальних пізнавальних та динамічних особливостей стану студентської молоді, які проживають на території легкого йододефіциту.

Методи та матеріали дослідження.У дослідженні (шляхом тестування та анкетування) взяли участь 30 студентів віком 18-20 років. Визначення формальних і динамічних властивостей особистості проводили за методом Русалова. Стійкість та концентрацію уваги визначали за допомогою таблиць Анфімова. короткочасну пам'ять - за методикою Джекобса.

Результати досліджень. Дослідження стійкості та концентрації уваги показало, що 47 % протестованих студентів мають відмінну пам'ять, 23 %- добру, 29 % - задовільну та 1% - незадовільну пам'ять. Оцінка формальних і динамічних властивостей особистості показала, що у сфері психомоторної діяльності ергічність процесів у більшості студентів складає середній та високий рівень, вони мають нормальний тонус м'язів та середній рівень працездатності. Досліджува-

на група має адекватний рівень пластичності при переключенні з одного виду зайнятості на іншу. Всі студенти мають середню та високу швидкість моторно-рухових операцій. Переважна частина молоді має середньовиражену чутливість до невдач під час виконання різних видів фізичної роботи. Інтелектуальна сфера діяльності студентів різниться результатами: 30% протестованих мають низький рівень інтелектуальних можливостей, небажання розумового напруження та вузьке коло інтересів, майже 50% студентів мають середній рівень інтелектуальних можливостей і тільки невелика частина осіб мають високий рівень інтелектуальних здібностей та потяг до розумової діяльності. Нами було виявлено, що велика частина молоді має високу потребу в спілкуванні та соціальних зв'язках. У багатьох осіб проявляються характеристики лідерства в соціальних групах.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження суттєвих відхилень загальних пізнавальних та динамічних особливостей студентів діагностовано не було. Такі результати дозволяють припустити належне забезпечення організму йодом. Перспективами подальших дослідження є встановлення взаємозв'язку між забезпеченням організму йодом та рівнем загальних пізнавальних та динамічних особливостей особистості.

ОНКОЛОГІЯ

ВИБІР ШЛЯХУ ПІДВЕДЕННЯ ЦИТОСТАТИКІВ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Гірна Г. А., Цап Х. Я
Науковий керівник – к. мед. н., доц. І.Д. Костишин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Мета дослідження – зменшити побічні дії цитостатиків на організм і покращити результати лікування хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки, розробити рекомендації щодо вибору шляху підведення цитостатиків.

Матеріали і методи. Нами вивчена можливість додаткового місцевого впливу на злоякісну пухлину щелепно-лицевої ділянки шляхом поєднання регіонарної внутрішньоартеріальної лікарської терапії з дистанційною гамма-терапією самостійно і з передопераційною метою.

Спостерігалось 42 хворих, 20 з яких отримували ДГТ з потенціюючою регіонарною хіміотерапією і 22 хворих контрольної групи - тільки ДГТ дрібними фракціями. Першу групу склали 11 хворих на рак язика, 5 хворих – рак дна порожнини рота і 4 хворих - пухлини слизової щоки і твердого піднебіння. У 14 хворих цієї групи була III стадія захворювання, у 6 – IV. У 9 хворих другої групи відмічався рак язика, у 8 хворих – дна порожнини рота і у 5 – рак слизової оболонки щік і твердого піднебіння. У цій групі 15 хворих мали III стадію і 7 - IV. В 33 спостережених хворих діагностовано плоскоклітинний рак з ороговінням, 9 – без ороговіння. Регіонарна внутрішньоартеріальна лікарська терапія проведена через поверхневу скроневу артерію (13 хворих) і зовнішню сонну артерію (7 хворих). Частіше всього використовували циклофосфан по 200 мг кожен день до 2-3 гр. Внутрішньоартеріальне введення препаратів проводилось за допомогою НДЛ (носимий дозатор лікарський) протягом 17-48 годин 7 хворим, насосом шприцевим ДШ-07 – 10 хворим, фракційно шприцом – 3 хворим.

Результати дослідження. В І групі хворих лікувальний ефект було відмічено протягом перших 7 днів: біль стихала, пухлини зменшувались в розмірах. Дія променевої терапії значно посилювалась хіміопрепаратами, розпад пухлинної тканини наступав від використання значно меншої дози опромінення. Ступінь пригнічення кровотворення і пошкодження слизової оболонки ротоглотки менш інтенсивний.

Регіонарна хіміотерапія через зовнішню сонну артерію хворим (17), яким другим етапом необхідно було провести розширену операцію затруднювала втручання на шиї.

Висновки. Регіонарна хіміотерапія покращує ранні результати лікування хворих на рак слизової порожнини рота. Проводити її через скроневу артерію слід хворим, яким планується 2- етапом оперативне втручання. Для вивчення впливу регіонарної хіміотерапії на показники виживаності необхідно провести ретроспективний аналіз.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ І СМЕРТНОСТІ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ В УКРАЇНІ ТА АВСТРАЛІЇ

Костюченко Є.В., Burlak K.,Медведєв М.В.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. І.М. Мотузюк
ДВНЗ «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця»
Кафедра онкології
Monash Universtity

Мета. Дослідити та оцінити тенденції захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) та смертності від ЗН в Україні та Австралії, визначити основні локалізації захворюваності і смертності у цих країнах.

Матеріали і методи. Аналіз статистичних даних2005-2010 років, взятих у Національному канцер-реєстрі України та в Австралійському інституті здоров'я та благополуччя (Australian Institute of Health and Welfare), огляд літератури з зазначеної проблеми.

Результати. Абсолютна і відносна захворюваність на ЗН в Україні та Австралії зростає, проте темпи цього зростання в останні роки сповільнюються. Смертність від ЗН в Україні падає, проти темпи падіння також знижуються, що свідчить про невтішну тенденцію, що за декілька років смертність в Україні також почне зростати. У Австралії також певний час смертність падала, проте на 2010 рік смертність знову зростає. Тобто Австралія пройшла цей рубіж, який очікує Україні за декілька років. Провідними локалізаціями ЗН в Україні є: шкіра, бронхи та легені, молочна залоза, шлунок, ободова кишка. Однак найбільші темпи зростання захворюваності мають ЗН простати, молочної залози, тіла матки, нирок та ободової кишки. Значно знижується захворюваність на ЗН бронхів та легень і шлунку. Австралія серед основних локалізацій ЗН має простату, молочну залозу, шкіру (меланома), бронхи та легені, ободову кишку. Найбільші темпи зростання захворюваності мають знову ж таки ЗН простати, молочної залози, ободової кишки. Знижується захворюваність на меланому. Серед причин смертності від ЗН в Україні провідними локалізаціями є бронхи та легені, шлунок, молочна залоза, ободова та пряма кишка. Найбільші темпи зростання смертності спостерігаються від ЗН простати. Значно падає смертність від ЗН бронхів та легень і шлунку. У Австралії провідними локалізаціями смертності від ЗН є бронхи та

легені, ободова та пряма кишка, простата, молочна залоза. За період з 1991 по 2010 роки спостерігалася тенденція до спаду відносної смертності при зростанні абсолютної, проте в останні роки відносна смертність знову почала зростати.

Висновки. Незважаючи на абсолютну різноманітність країн за своїм кліматом, населенням, економікою, соціальними факторами тощо, ми спостерігаємо ряд подібних тенденцій. Якщо такі тенденції продовжаться, через декілька років в Україні ми зможемо спостерігати таку ж картину, яка зараз в Австралії. На першому місці за швидкістю зростання захворюваності і смертності в Україні та Австралії є ЗН простати. Даній локалізації слід приділити значно більшу увагу в Україні, необхідно проводити подальші дослідження в цій галузі.

ВІКОВА СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ ВІД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШЛУНКА ТА СУЧАСНИЙ СТАН ЛІКУВАННЯ

Костюченко Є.В., Медведєв М.В.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. І.М. Мотузюк
ДВНЗ «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця»
Кафедра онкології

Мета. Дослідити вікову структуру захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень (ЗН) шлунка (Ш) в Україні, проаналізувати стан їх лікування.

Матеріали і методи. Аналіз статистичних даних, взятих у Національному канцер-реєстрі України, огляд сучасної літератури щодо даної проблеми.

Результати. Дане захворювання спостерігається переважно у дорослому віці. У 2011р. зареєстровано лише 2 випадки захворювання дітей до 17 років – 1 хлопчика та 1 дівчинки. Випадків смерті дитини 1 – загинула дівчинка. У 2005р. не зареєстровано жодного випадку захворювання на ЗН Ш або смерті дитини. Тому за цим показником спостерігається невтішна тенденція до омолодження віку захворюваності та смертності від ЗН Ш.

У віковій структурі захворюваності чоловіків особливе значення ЗН Ш мають у віці від 30 до 54 років, де займають друге місце (8,3%) після ЗН трахеї, бронхів, легені (15,6%), а також у віці від 55 до 74 років, де ЗН Ш займають четверте місце (8,6%) та у віці понад 75 років, де ЗН Ш займають також четверте місце (8,6%). У віковій структурі захворюваності жінок ЗН Ш входять до п'ятірки основних за питомою вагою лише у віці понад 75 років, де займають четверте місце (7,0%).

У віковій структурі смертності чоловіків особливе значення ЗН Ш мають у віці 30-54 та 55-74 роки, де займають друге місце (відповідно, 11,4% та 11,1%) після ЗН трахеї, бронхів, легені (відповідно, 21,4% та 26,8%), а також у віці понад 75 років, де займають третє місце (11,8%). У віковій структурі смертності жінок ЗН Ш мають також вагоме значення: у віці 30-54 роки – четверте місце (6,6%), у віці 55-74 роки – друге місце (8,8%), у віці понад 75 років – третє місце (9,6%).

Висновки. У період з 2005р. по 2011р. спостерігається чітка тенденція на зниження як захворюваності, так і смертності на ЗН Ш у цілому та окремо серед чоловіків і жінок, особливо у структурі захворюваності чоловіків старше 30 років та у структурі смертності чоловіків і жінок у віці старше 30 років. Попри позитивну тенденцію ЗН Ш все ще є значною проблемою в Україні, важливим є дослідження і розробка нових методів профілактики і лікування цих захворювань, а також дослідження їх ефективності. Виявлено зниження віку для розвитку ЗН Ш, зокрема в 2011р. зареєстровано 2 випадки захворювання дітей, хоча у 2005р. не було жодного випадку.

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШЛУНКА

Костюченко Є.В., Медведєв М.В.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. І.М. Мотузюк
«Національний медичний університет імені О.О. Богомольця»
Кафедра онкології

Мета. Статистично проаналізувати стан лікування злоякісних новоутворень (ЗН) шлунка (Ш) в Україні в період з 2005 по 2011 роки.

Матеріали і методи. Аналіз статистичних даних, взятих у Національному канцер-реєстрі України, огляд сучасної літератури щодо даної проблеми.

Результати. У 2011 році спеціальним лікуванням ЗН Ш охоплено лише 46,0% осіб. З них тільки хірургічне лікування отримали 43,9%, комплексне або комбіноване – 28,8%. Приблизно такі ж показники були у 2005 році: відповідно 43,1% охоплено спеціальним лікуванням, 46,0% з них отримали тільки хірургічне лікування та 28,2% комплексне або комбіноване. Таким чином, незначно підвищилася кількість осіб, охоплених лікуванням, трохи знизилася роль тільки хірургічного та підвищилася роль комплексного або комбінованого лікування. Кількість хворих, що не прожили 1 року з числа вперше захворілих, з 2005 до 2011року знизилася з 62,0% до 60,9%. Це також свідчить про незначну тенденцію на покращення стану лікування за даний період.

Висновки. Встановлено незначне підвищення кількість осіб, охоплених лікуванням, зниження ролі тільки хірургічного та підвищення ролі комплексного або комбінованого лікування. Кількість хворих, що не прожили 1 року з числа вперше захворілих, знизилася на 1,1%, що також свідчить про тенденцію на покращення стану лікування за даний період.

ПЛАСТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕФЕКТУ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ТА ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ ХВОРИМ НА БАЗАЛЬНОКЛІТИННИЙ РАК

Цап Х. Я., Гірна Г. А.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. І. Д. Костишин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Актуальність: Передракові стани і рак шкіри локалізуються на обличчі і волосистій частини голови у 75-80 % хворих. Найбільш доступними, сучасними та безпечними методами лікування на даний момент вважаються оперативне і кріогенне. Використання кріотерапії може бути обмеженим тому, що під шкірою носа, вушної раковини і нижньої повіки відсутня підшкірна клітковина, що призводить до кріопошкодження хряща і розвитку перехондриту. Усунення післяопераційного дефекту місцевими тканинами не завжди призводить до хорошого косметичного ефекту.

Мета роботи: оптимізація та ефективне усунення післяопераційного дефекту шкіри обличчя та волосистої частини голови.

Матеріали і методи. Нами пролiковано 28 хворих з діагнозом базальноклітинний рак шкіри обличчя і волосистої частини голови, у віці 30-60 років. 19 хворих мали 1 стадію захворювання, 9 – 2 стадію. Пухлини локалізувались: на шкірі крила та кінчика носа - 10, внутрішнього кута ока - 4, вушної раковини - 5, нижньої повіки - 3, чола - 6. Всім хворим проводили хірургічне видалення пухлини з одномоментним пластичним закриттям дефекту вільним тонким розщепленим шкірним клаптем (за Тіршем). Були дотримані усі правила техніки забору, формування трансплантата з шкіри передньої черевної стінки.

Отримані результати. У всіх хворих післяопераційний період проходив без ускладнень Шви знімали з 10 дня. Спочатку лоскут мав блідий, сухий і пергаментний вид. Надалі поступово ставав більш рожевим і товстішим, а його перехідні краї на навколишню тканину згладжувались. Больова й тактильна чутливість у трансплантаті відновлювалась через 1-2 місяці (спочатку по краях, а потім і в центрі) і закінчувала своє відновлення зазвичай через 5-6 місяців (залежно від величини клаптя). Приживлення клаптя було у всіх хворих.

Висновки: використання вільного розщепленого клаптя вважаємо доцільним і ефективним методом закриття післяопераційного дефекту шкіри обличчя і волосистої частини голови, утвореного після хірургічного видалення базаліоми. Застосування пластики вільним шкірним клаптем має ряд переваг: надійно приживає, запобігає грубому рубцюванню і найголовніше, забезпечує гарний косметичний ефект, не порушуючи архітектоніки обличчя.

ДРУГЕ ОНКОЛОГІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Дяків І.Б. Бажан О.І.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. А.Є. Крижанівська.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра онкології

Актуальність. Щорічно кількість нових випадків виявлення раку у всіх країнах світу складає 6 млн. людей. У структурі онкологічної патології рак грудної залози (РГЗ) є одним із найбільш поширених захворювань серед жінок і має тенденцію до неухильного росту. У літературі є відомості про те, що при РГЗ у 73% випадків має місце залучення до патологічного процесу обох грудних залоз, у 18% хворих друга пухлина локалізується в геніталіях, у 5% - у шлунку, у 2% - у кишечнику, у 1% - у нирці, у 1% - у шкірі та інших органах. Отже, РГЗ – системне захворювання. Мета:вивчити і проаналізувати частоту виникнення другого онкологічного захворювання у хворих, пролікованих з приводу РГЗ. Матеріали і методи – проведено (ретроспективно) дослідження 69 хворих, які знаходились на лікуванні в Івано-Франківському клінічному онкологічному диспансері у період часу 1993-2013 рр.. Під спостереженням були пацієнтки, у яких після лікування вперше виявленого раку грудної залози (РГЗ) виникло інше онкологічне захворювання: рак шийки матки (РШМ), рак тіла матки (РТМ), рак яєчників (РЯ), рак ободової кишки (РОК), рак шлунка (РШ), рак щитовидної залози (РЩЗ), рак нирки (РН), а також доброякісні та передракові гінекологічні захворювання. Дані про досліджуваних були отримані при їх обстеженні і лікуванні в клінічних і діагностичних відділеннях, а також при вивченні амбулаторних карт, історій хвороб та облікових документів статистичного кабінету ОКОД. Результати: РТМ посідає перше місце – 17 (24,64%), друге РЯ - 11(15,94%), третє РШМ – 9 (13,04%). Дещо меншу часку займають РОК – 5 (7,24%), рак вульви – 2 (2,90%), РЩЗ та РН – 1 (1,45%) і 1 (1,45%) та доброякісні і передракові гінекологічні захворювання - 23 (33,33%). Розподіл хворих на РГЗ за віковими групами: 30-39 років – 12 (17,39%) пацієнток, 40-49 років – 21 (30,43%), 50-59 років – 14 (20.29%), 60-69 років – 13 (18,84%), 70-79 років – 9 (13,04%). Вагомим чинником є наявність обтяженого онкоанамнезу, який виявлено у 38 жінок (55,07 %). Летальність до року у пацієнтів на РГЗ складає 4 (5,80%), 5-річна виживаність – 59 (85,51%), 5-річна без рецидивна виживаність – 41 (59,42%). Висновки: в результат проведеного дослідження встановлено, що виникнення онкогінекологічної патології після лікування РГЗ посідає І місце. Найбільше число пацієнток припадає на вікову групу 40-49 років – 21 (30,43%), що і вважається початком піку захворювання РГЗ.

АНАЛІЗ РЕЦИДИВІВ РАКУ ТІЛА МАТКИ

Галанджій М.-А.В.
Науковий керівник - к.мед.н., А. Є. Крижанівська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Актуальність. Рак тіла матки (РТМ) одна з найпоширеніших форм онкологічної патології, за рівнем захворюваності займає перше місце серед онкогінекологічної патології (Воробйова Л.І. та співавт., 2009). За даними Національного канцер-реєстру, захворюваність та смертність, відповідно, на РТМ в Україні у 2013 році становила 29,9 та 8,3 на 100 тис. жіночого населення (Щепотін І.Б., Федоренко З.П., 2014). Залишається гострою проблема, пов'язана з появою рецидивів РТМ, які є однією з головних причин смерті хворих (Адамян Р.Т., 2008, Неспрядько С.В.). У літературних джерелах дані про частоту рецидивів РТМ різноманітні і знаходяться в межах від 4,2 до 32,7% (Pitson G. et al., 2008; Кузнецов В.В. и соавт., 2012; Воробйова Л.І., 2012), що і вимагає подальшого дослідження.

Мета. Вивчити фактори прогнозу і особливості рецидивування РТМ, оцінити ефективність наявних схем лікування шляхом аналізу конкретних випадків рецидиву.

Матеріали та методи: проведено (ретроспективно) аналіз 20 історій хвороб пацієнток на РТМ, у яких виник рецидив РТМ. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в ОКОД з 2004 по 2011 рр..

Результати. Вік хворих коливався від 49 до 82 років, середній вік – 63,5±4,1. Обтяжений онкоанамнез виявлено у 5 (25,0%) хворих. Рецидиви РТМ в І стадії виявлено в 12 хворих (60,0%), в ІІ стадії — 4 хворих (20,0%), в ІІІ та IV стадії по 2 хворих (10,0%) відповідно. Всім хворим проведено оперативне лікування: 11 (55,0%) хворим – пангістеректомію І типу, 9 (45,0%) - пангістеректомію ІІ типу. Високодиференційовану аденокарциному тіла матки виявлено у 4 (20,0%) хворих, помірнодиференційовану аденокарциному – 12 (60,0%) хворих, низькодиференційовану аденокарциному – 3 (15,0%) хворих, саркому тіла матки – 1 (5,0%) пацієнтки. Рецидиви до 6 міс не виникали, до 3-х років виникли в І стадії в 11 (55,0%) хворих, в ІІ стадії - 2 (10,0%) хворих, ІІІ стадії - 1 (5,0%) хворої, в IV в - 2 (10,0%) випадках. Летальність до 1 року з моменту діагностики рецидиву становила — 50,0%, загальна 3-річна виживаність хворих становить 30,0%.

Висновки: тема є дуже актуальною для подальшого вивчення, оскільки дає можливість проаналізувати фактори несприятливого прогнозу, які впливають на виникнення рецидивів РТМ. Для профілактики рецидивів РТМ при несприятливих факторах прогнозу буде запропоновано застосування ад'ювантної поліхіміотерапії.

ПЕРЕДУМОВИ ДО ПРОВЕДЕННЯ АНАЛІЗУ ОСНОВНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОШИРЕНИМ КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Корж Н.В., Прокопів Х.І., Яців Н.Я.
Науковий керівник - к.мед.н, доц. Т.І. Терен
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Актуальність. Колоректальний рак стоїть на третьому місці за смертністю від злоякісних захворювань, щороку діагностують понад один мільйон нових випадків захворювань. Підхід до лікування пацієнтів із колоректальним раком залежить від стадії хвороби і поширеності раку. Проведення радикального хірургічного втручання є головним компонентом у комплексному лікуванні КРР. Проте, після проведення радикальних операцій близько 50% хворих помирає у різні терміни внаслідок появи віддалених метастазів, що дозволяє дійти висновку про наявність системного поширення хвороби на момент хірургічного втручання. Хіміотерапія вважається невід'ємною складовою комплексного лікування II-IV стадій КРР. За останнє десятиріччя з'явилися нові протипухлинні препарати з високою ефективністю при їх застосуванні в паліативному режимі у хворих на КРР поширених стадій захворювання.

Мета і завдання: порівняти найпоширеніші схеми лікування пацієнтів з колоректальним раком в Україні та світі.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 44 пацієнти з онкопатологією товстого відділу кишечника, що перебували на стаціонарному лікуванні в період з 2013 по 2014 років. Серед хворих було 27(61,4 %) жінок та 17(38,6%) чоловіків різних вікових категорій. Дослідження проводили в Обласному клінічному онкологічному диспансері (ОКОД) міста Івано-Франківська на базі відділення хіміотерапії. Брали до уваги лікування схемами FOLFOX, FOLFIRI, пероральними фторпіримідинами та препаратами таргетної терапії.

Результати: У 29,5% діагностований рак ободової кишки (серед них 46,1% - поперечно-ободовий, 38,5% - висхідний, 15,4% - низхідний відділи). Такий же відсоток ураження (29,5%) сигмоподібної кишки, 16% - прямої, 16% - ректо-сигмовидного кута і 9%-сліпої кишки. Серед досліджуваної групи 36,4% знаходились на схемі FOLFOX (оксаліплатин, фторурацил, лейковорин), 34.1% отримували лікування за схемою FOLFIRI (іринотекан, фторурацил і лейковарин), 22,7% були призначені пероральні фторпіримідини (капецитабін). Відповідно решта (6,8%) отримували таргетну терапію (цетуксимаб, бевацизумаб - моноклональні антитіла).

Для порівняння були опрацьовані статті світових провідних медичних видань, в яких було опубліковано результати ефективності комбінації іринотекану, фторурацилу і лейковорину з комбінацією оксаліплатину, фторурацилу і лейковорину в первинному лікуванні метастатичного колоректального раку. У кооперованому дослідженні, здійсненому в Північній Америці, 795 пацієнтів були розподілені за принципом рандомізації у групи лікування за схемами IFL, FOLFOX і комбінацією іринотекану з оксаліплатином (IROX). У пацієнтів у групі лікування за схемою FOLFOX показники частоти відповіді, часу до прогресування хвороби і загального виживання були ліпші порівняно з показниками у групах лікування за схемами IFL і IROX. Однак очевидні переваги схеми FOLFOX могли бути зумовлені нерівномірною доступністю препаратів другої лінії на момент здійснення дослідження, оскільки 60 процентів пацієнтів у групі первинного лікування за схемою FOLFOX надалі отримували іринотекан, тоді як лише 24 проценти пацієнтів у групі лікування за схемою IFL пізніше отримували оксаліплатин. Крім того, схема IFL базується на болюсному введенні фторурацилу, що може бути гіршим від дводенного внутрішньовенного введення фторурацилу у схемі FOLFOX.

Незважаючи на сказане, ці дані підтримують доцільність застосування схеми на основі оксаліплатину в першій лінії комбінованого лікування пацієнтів із метастатичною хворобою.

Висновок: Таким чином використанння таких схем лікування FOLFOX, FOLFIRI, пероральними фторпіримідинами, препаратами таргетної терапії при лікуванні колоректального раку широко використовуються як і в Україні, так і в світі. Однак згідно з вдалим досвідом використання комбінованих схем терапії (FOLFOXIRI, IROX) ми рекомендуємо включити їх в практику ліуквання даної патології.

БІОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ЧУТЛИВОСТІ ПУХЛИН ДО ДІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

Маліборська С.В., Храпчук А.Ю.
Науковий керівник - доц. В.В. Голотюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Актуальність теми. Упродовж останніх років колоректальний рак займає 3-тю сходинку за частотою серед усіх онкологічних захворювань у найбільш розвинених країнах. Хірургічний метод є провідним у лікуванні колоректального раку. Проте, незадовільні віддалені результати та високі показники рецидивування змушують вдаватись до комбінованого методу антибластомної терапії. Ключовим компонентом останнього є передопераційна променева терапія (ППТ), ефективність якої багато в чому залежить від рівня радіочутливості пухлини.

Мета дослідження: вдосконалити прогнозування рівня радіочутливості пухлин у людей з КРР за допомогою біомаркерів окисного пошкодження ДНК 8-oxoG та 8-oxodGu.

Об'єкт і методи: нами охарактеризовані критерії рівня чутливості пухлин до ППТ за допомогою біомаркерів 8-oxoG та 8-oxodGu. Рівень останніх визначали в зразках сечі 26 пацієнтів (11 чоловіків і 15 жінок, вік 62 ± 1,8 років) з аденокарциномою прямої кишки стадії T2-4N0M0 до початку і через одну добу після першого сеансу ППТ. Загальна фокальна доза ППТ становила 36-39 Гр. Радикальне хірургічне втручання виконували через 4-5 тижнів лікування. Ефективність ППТ оцінювали за рівнем лікувального патоморфозу в гістопрепаратах операційного матеріалу пухлин.

Результати. В ході даного дослідження продемонстровано, що високий рівень радіочутливості пухлини пов'язаний із низьким рівнем добової екскреції 8-oxoG з сечею до лікування – менше 0,5 нМ/доба·кг маси тіла, і зростанням рівня показника 8-oxoG в сечі хворого через добу після початку ППТ на 50% і більше відносно вихідного рівня.

Висновок. Результати проведених досліджень дозволяють виділити нові прогностичні критерії, комплексне дослідження яких характеризує рівень радіочутливості КРР. Враховуючи, що основою терапевтичного ефекту ППТ є окисне пошкодження біологічних макромолекул продуктами радіолізу води, закономірно, що параметри маркерів оксидативного пошкодження ДНК, інтенсивність якого суттєво зростає внаслідок опромінення, можуть корелювати з рівнем лікувального ефекту. Впровадження запропонованої методики сприятиме уникненню зайвих втрат часу при ППТ у випадках радіорезистентних пухлин та вказуватиме на не-

обхідність підвищення дози опромінення у випадку часткової резистентності пухлин.

ЛІКУВАЛЬНИЙ ПАТОМОРФОЗ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ, ЗУМОВЛЕНИЙ ПРОМЕНЕВОЮ ТЕРАПІЄЮ НА ФОНІ ПОЛІРАДІОМОДИФІКАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИМЕТАБОЛІТА І ПОПЕРЕДНИКА ОКСИДУ АЗОТУ

Шимчук Ю.С., Яцишин Л.М.
Науковий керівник - доц. В.В. Голотюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Курс онкології

Мета дослідження: визначити ефективність неоад'ювантного курсу променевої терапії (ПТ) на фоні поліадіомодифікації із застосуванням пероральної форми 5-фторурацилу (5-ФУ) і попередника оксиду азоту (NO) у хворих на рак прямої кишки (РПК) на основі об'єктивних показників лікувального патоморфозу.

Об'єкт і методи: в роботі наведені результати порівняльного аналізу якісних і кількісних патоморфологічних змін в первинних пухлинах РПК II-III стадій у 47 хворих під впливом пролонгованої середньофракційної дистанційної гамматерапії сумарною дозою 36-39 Гр, при комбінації її з пероральним прийомом фторафуру, а також після курсу гамма-опромінення на фоні поліадіомодифікації фторафуром і препаратом L-аргініну тівортіном. Вивчали показники лікувального патоморфозу операційного матеріалу хворих в гістопрепаратах, забарвлених гематоксиліном і еозином, за Масоном, за Стідменом і за допомогою PAS-реакції.

Результати: при використанні хемо- і поліадіомодифікації в більшості зразків частка життєздатного епітеліального компонента пухлин була істотно нижчою, ніж при суто променевій терапії ($p = 0,046$), а додаткове введення хворим попередників оксиду азоту потенціювало антибластомний ефект хіміопроменевої терапії ($p = 0,029$). Зокрема, через 4-5 тижнів після закінчення курсу суто променевої терапії площа залишкової ракової паренхіми в центральних і периферичних відділах пухлин складала відповідно 28,36 ± 1,93% і 11,76 ± 1,37%, після променевої терапії на фоні хеморадіомодифікації фторафуром – відповідно 22,63 ± 2,54% і 8,86 ± 0,72%, а за умов використання поліадіомодифікації відсоток життєздатної ракової паренхіми вдалося знизити в середньому до 14,76 ± 2,61% і 5,12 ± 0,68%.

Висновок: неоад'ювантна ПТ з поліадіомодифікацією із застосуванням перорального антиметаболіту і попередника NO дозволяє частіше досягнути глибоких морфоструктурних змін у тканині РПК у порівнянні з традиційною ПТ.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ І НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З НОСОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Гдакович О. Кокоць Л.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. О.В.Чорній
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології

Актуальність теми: Носові кровотечі (НМ) серед патологій ЛОР - органів займає особливе місце. Згідно досліджень В.Т. Пальчуна і співавторів(1998) НК складає 20,5% ургентних випадків. Спостерігають місцеві та загальні причини НК. У дорослих по даних літератури найбільш частою причиною виникнення НК є артеріальна гіпертензія (АГ). Однак враховуючи етіологію, патогенез НК і їх рецидиви, кровотечі можуть виникати і після стабілізації артеріального тиску(АТ), тоді даного хворого лікують в терапевтичному відділенні. Серед молодого населення основною причиною носових кровотеч є травми носа, що є місцевою причиною НК.

Мета: Раціональний підхід до діагностики та лікування хворих з НК при АГ і травмах носа.

Матеріали та методи: При аналізі 50-ти історій хвороб у ЛОКЛ ЛОР-відділенні за період з 2010 року по 2015рік, переважали хворі з носовими кровотечами при артеріальній гіпертензії, травмах носа та синдромі Вегенера. Пацієнти були віком від 15 до 70 років. Травми носа зустрічались частіше серед чоловіків, а АГ серед жінок. Ми спостерігали такий розподіл хворих: 20 пацієнтів поступили з травмами носа, у 30 була АГ. В стаціонарі проводились обстеження: риноскопія, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, печінкові проби, дослідження функції нирок, АТ в динаміці.

Результати: У 60% хворих НК розвинулась на фоні гіпертонічного кризу. Для зупинки кровотечі проводилась невідкладна допомога передня або задня тампонада носа. В залежності від місця кровотечі проводилось припікання Locus Kisselbachi, якщо виявлено конкретну судину, яка кровоточить її коагулюють діатермією або за її відсутності – електрокаутером, в деяких випадках проводять коагуляцію хімічними речовинами(хромовою, три хлорацетатними кислотами, 10-30% розчином срібла нітрату чи ляпісною «перлиною»), передня та задня тампонада носа. Після усунення тампонів проводилося комплексне обстеження і спостереження у терапевта і кардіолога. Згодом 30 хворих були переведені на стаціонарне лікування в терапевтичне відділення. Для зупинки кровотечі крім звичайного кровозупинного лікування хворі отримували ще й гіпотензивне лікування для стабілізації АТ. Носові кровотечі у 20 пацієнтів спричинених травмою носа, які лікувались у ЛОР-відділенні ЛОКЛ. НК зупинилася, лікування було ефективним.

Висновки: При діагностиці НК виникають деякі ускладнення: необхідно визначити причини кровотечі і надати етіологічно і патогенетично обгрунтоване лікування і, як наслідок профілактики рецидивів НК. Так ми можемо сказати, що хворі на АГ потребують постійного спостереження в терапевта, контроль АТ і приймання гіпотензивної терапії для уникнення рецидивів НК. Пацієнти з травмами носа після відповідного та ефективного лікування в ЛОР – відділенні не спостерігають більше НК.

АСПІРИНОВА ТРІАДА ЯК НАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ АРАХІДОНОВОЇ КИСЛОТИ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ

Бажан О.І.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. В.І. Попович
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї

Актуальність:. Поліпозний риносинусит є однією з найважливіших проблем оториноларингології. Це захворювання спостерігається у 15-25% осіб з ЛОР-патологією, Розповсюдженість його в популяції складає біля 4%. Носові поліпи зустрічаються у 40-80% хворих з гіперчутливістю до аспірину, а у 15-49% наявна аспіринова алергія.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хронічного поліпозного риносинуїту.

Матеріали і методи: огляд та аналіз наукової літератури.

Отримані результати: Гіперчутливість до аспірину відноситься до псевдоалергічних (неімунологічних) станів, оскільки на відміну від алергічних при ньому відсутня стадія імунних реакцій. Гіперчутливість до аспірину – є захворюванням обміну речовин, пов'язане з порушенням метаболізму поліненасичених жирних кислот, в першу чергу арахідонової.

Під впливом аспірину, а також всіх речовин, що містять саліцилові похідні нестероїдні протизапальні, баралгін, препарати, що містять жовтий барвник – тартразин, а також продуктів, що містять саліцилову кислоту, блокується фермент циклооксигенеза і активується ліпооксигеназний шлях метаболізму арахідонової кислоти. Внаслідок цього утворюються лейкотрієни, які і обумовлюють подальший патогенетичний механізм розвитку патології. Відбувається не тільки пригнічення стимуляторів запалення, але також блокується процес фізіологічного розпаду клітинної мембрани, що зумовлює розвиток гіперпластичних процесів у верхніх дихальних щляхах.

Патологічний процес зумовлює розвиток хронічноо запалення подібного до алергії на всьому протязі дихального тракту, що спричиняє формування поліпів в носовій порожнині та розвиток бронхіальної астми. Речовини, які утворюються в процесі розпаду також є сильними спазмогенами та викликають скорочення бронхів, що може призводити до нападів ядухи.

Висновок: Хворим на аспіринові тріаду потрібно дотримуватись певних рекомендацій, що дозволить знизити ризик загострення чи рецидиву захворювання. Серед основних заборонено вживати аспірин та інші нестероїдні протизапальні препарати, а також продукти харчування, що містять природні саліцилати (яблука, лимони, персики, дині,смородина, вишні, агрус, малина, мигдаль, арахіс, кедрові горішки, фісташки). Зменшити продукти, що містять оцтову кислоту (консерви), продукти які містять бензоат натрію (продукти промислового виробництва), алкоголь,

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОНЗИЛІТОМ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Базилевич М.А., Шкрібляк М.М.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. О.В.Чорній
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології

Актуальність: Проблема лікування хронічного тонзиліту є актуальним питанням, оскільки за відсутності адекватної терапії зростає тенденція до тривалого перебігу захворювання і розвитку ускладнень (утруднене дихання, парафарингіт, ревматизм, шийний лімфаденіт).

Мета: оцінити ефективність консервативного та хірургічного методів лікування при компенсованій,субкомпенсованій та декомпенсованій стадіях хронічного тонзиліту

Матеріали і методи: Проведено обстеження 32 хворих з хронічним тонзилітом у віці від 19 до 46 років. Пацієнти були розділені на 2 групи, залежно від форми захворювання та методів лікування. В першій групі було 22 хворих з компенсованою чи субкомпенсованою формою, яким проводилось консервативне лікування (промивання лакун антисептичними розчинами, внутрішньоротові ультрафіолетові опромінення мигдаликів, УВЧ на збільшені лімфатичні вузли). В другій групі - 10 хворих з декомпенсованою формою, яким проводилось хірургічне лікування (тонзилектомія). Проведено аналіз та порівняння ефективності двох методів лікування за такими критеріями :

-припинення загострення хронічного тонзиліту;

- зникнення об'єктивних місцевих ознак хронічного тонзиліту або значне зменшення їх вираженості;

- зникнення загальних токсико-алергічних явищ, обумовлених хронічним тонзилітом.

Результати: Припинення загострення хронічного тонзиліту в першій групі відзначали 15 хворих (68,2%), а в другій групі – 10 хворих (100%). Зникнення об'єктивних місцевих ознак хронічного тонзиліту або значне зменшення їх вираженості в першій групі спостерігалось в 17 хворих (77,3%), а в другій групі 10 хворих (100%). Зникнення загальних токсико-алергічних явищ, обумовлених хронічним тонзилітом в першій групі відзначали 18 хворих (81,8%), а в другій групі 9 хворих (90%).Проте в першій групі у 4 хворих (18,2%) спостерігалось відсутність позитивного ефекту від консервативного лікування, наявність ускладненнь (утруднене дихання, шийний лімфаденіт), яким було рекомендовано хірургічне лікування (тонзилектомія).

Висновки: За результатами дослідження було встановлено, що при компенсованому і субкомпенсованому хронічному тонзиліті ефективним є консервативне лікування, проте 18,2% хворих потребували також хірургічного лікування. При декомпенсованій формі спостерігалась висока ефективність хірургічного лікування, однак в майбутньому можливим є ослаблення факторів місцевого захисту та імунітету.

АТЕЛЕКТАТИЧНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Гринів М.З.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. В.І. Попович
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра оториноларингології з курсом хірургії голови і шиї

Ателектатичний середній отит - хронічне захворювання середнього вуха, яке при несвоєчасній діагностиці та лікуванні призводить до вираженого зниження слуху, що є важливою соціальною проблемою. В Івано-Франківській області на обліку 780 осіб, у яких спостерігається зниження слуху, що потребує корекції слуховим апаратом, з них близько 300 випадків припадає на ателектатичний середній отит. Тому розуміння причин і механізмів розвитку цього захворювання є надзвичайно актуальним.

Мета: Вивчення причин і механізмів розвитку ателектатичного середнього отиту.

Матеріали і методи. Проведено роботу з архівом медичної документації.

Результати досліджень. В формуванні ретракційної кишені бере участь багато різноманітних механізмів, однак беззаперечним пусковим механізмом його утворення є запальний процес в слизовій оболонці верхніх дихальних шля-

хів , який супроводжується дисфункцією слухової труби, що в свою чергу створює негативний тиск в середньому вусі. Внаслідок руйнування бісульфатних з'єднань колагеназами та розтягнення тканини під дією тиску розвивається атрофія *lamina propria* барабанної перетинки, переважно в її слабких ділянках- pars flaccida і задньоверхній квадрант *pars tensa*. Певну роль в цьому процесі відіграють і динамічні зміни, які виникають в ході органогенезу скроневої кістки. Прогресуючи ретракційна кишеня може зрощуватись з навколишніми структурами, руйнувати ланцюжок слухових кісточок, спричиняти утворення поліпів чи холестеатоми, що неодмінно супроводжується зниженням слуху. Тактика лікування повинна включати три напрями : лікування хворих з запальними процесами в слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів, попереджувальна санація соскоподібного відростка і місцева санація власне ретракційної кишені.

Висновок. Знаючи механізми патогенезу ателектатичного середнього отиту, можна вчасно діагностувати його розвиток і провести адекватне лікування , що зменшить рівень приглухуватості серед населення.

ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Заставна О.М.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. М.Г.Аравіцька
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» Кафедри фізичної реабілітації
Центр медико-соціальної реабілітації для дітей з органічним ураженням нервової системи Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні

Постановка проблеми

На сьогодні розуміння природи глухоти фундаментально змінилося. Навіть якщо людині поставлений діагноз «глухота», це не означає, що вона вже не зможе ніколи чути. Сучасне оперативне втручання - кохлеарна імплантація - є найефективнішим засобом медичної реабілітації осіб з тяжкими порушеннями слуху. Вона дає можливість особі зі значною втратою слуху або глухотою відновити звукосприймання та розмовну мову і жити повноцінним життям.

Метою дослідження було з'ясування особливостей психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з кохлеарним імплантом, як підґрунтя для розробки патогенетично обґрунтованої програми реабілітації.

Методи та організація дослідження. Було обстежено 19 дітей після КІ (основна група - ОГ). Середній вік обстежених дітей - 5,3±0,2 роки. Контрольна група (КГ) - 23 дітей віком 5,1±0,3 років з нормальним слухом.

Виклад основного матеріалу. Результати обстеження показали, що у дітей, які перенесли КІ, психомоторний розвиток нижче від норми.

Зорово-моторну координацію визначали на дошці Сегена. З 19 дітей ОГ високий рівень зорово-моторної координації показали 2 дітей - 10%: при вкладанні простих фігур впоралося 5 дітей (27%), низький рівень виконання завдання показали 12 дітей 63%.

Швидкість рухів у дітей ОГ визначали за допомогою тесту укладання ґудзиків у коробку. На виконання завдання відводилося 25 с. Тест вважається невиконаним, якщо після відведеного часу залишились не вкладені монети. Їз 19 дітей з цим завданням впоралися 5 дітей - 27%.

Зорове сприйняття дитини визначали за методикою Немова Р.С. «Тест: чого не вистачає». Дуже високий рівень показали в КГ 5 дітей (21%), в ОГ – жодної дитини; високий рівень визначався у 8 дітей КГ (35%), в ОГ – у 1 дитини (6 %); середній рівень в КГ - 9 дітей (40%), в ОГ - 3 дитини (16%); низький рівень - в КГ 1 дитина (4%), в ОГ 5 дітей (27%); дуже низький рівень у контрольної групи не був визначений, а у ОГ він становив 52% (10 дітей).

Стан зорової пам'яті визначали по відтвореною побаченої картинки (дитина за 30 с. збирала цілу картинку із запропонованих окремих фрагментів). В цей час вклалися 31% дітей після КІ і 100% дітей КГ.

Рівень розвитку слухового сприйняття визначали безумовною рефлекторною аудіометрією. Це завдання виконали 100% дітей з кохлеарним імплантом, що є підтвердженням того, що діти після кохлеарної імплантації чують.

Визначали пороги слуху дитини як параметр оцінці настройки кохлеарного імпланту за тестом Ling**.** З цим завдання впоралися 17 дітей з імплантом (90%).

Висновки. Таким чином, у дітей після КІ виявлено порушення психомоторного розвитку, яке проявлялось у порушені зорово-моторної координації, швидкості рухів, розвитку сприйняття, зорової пам'яті. Оцінка слухового розвитку дітей в кохлеарному імпланті показала, що діти чують, отже прогноз психомоторного відновлення є сприятливим при комплексному реабілітаційному супроводі – поєднанні медичної, фізичної і педагогічної реабілітації.

ВИКОРИСТАННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ІНФРАЧЕРВОНОЇ ТЕРМОГРАФІЇ (ДІТ) В ДІАГНОСТИЦІ ТА ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПАРАНАЗАЛЬНИМИ СИНУЇТАМ

Карчинський О.О., Голованова А.Ю.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. А.С. Журавльов
Харківський національний медичний університет
Кафедра оториноларингології

Актуальність: На сьогоднішній день констатована висока поширеність запальних захворювань параназальних синусів, як на ранніх, так і на пізніх стадіях їх розвитку. Крім цього встановлено, що в багатьох випадках ці процеси протікають атипово, що пов'язано з несприятливою екологічною ситуацією та деформованою імунологічною реактивністю організму. На сучасному рівні розвитку медицини проблема діагностики різних патологічних станів параназальних синусів залишається актуальним завданням.

Мета дослідження: Підвищення якості діагностики та лікування хворих параназальними синуїтами на основі використання ДІТ.

Матеріали та методи дослідження: Обстежені 200 пацієнтів, з них хворі параназальними синуїтами 130 чоловік. Дані ґрунтуються на аналізі результатів обстеження пацієнтів і комплексному лікуванні хворих з різними запальними станами параназальних синусів. Вік пацієнтів коливався 20-85 років. Всі обстежені розділені на групи:

1 група - група контролю - 70 чол;

2 група - хворі з запальними захворюваннями параназальних синусів - 130 чол.

ДІТ проводилась усім тематичним хворим та групі контролю за допомогою термографа 3-го покоління, на базі мікроболометричної матриці форматом 384x288 елементів, з вбудованим екраном.

Інформативність термограм порівнювалась з: оглядом ЛОР-органів; рентгенографією ППН; КТ ППН; гістологічним дослідженням операційного матеріалу.

Результати:

1. Вдалось виявити розподіл показників дистанційної

інфрачервоної термографії параназальних синусів у практично здорових людей залежно від статі та віку.

2. Виявили зміну показників дистанційної інфрачервоної термографії у пацієнтів із запальними захворюваннями параназальних синусів

3. Розробили нове програмне забезпечення для обробки та інтерпритації термограмм, при запальному ураженні параназальних синусів.

4. Розробили методику проведення дистанційної інфрачервоної термографії у хворих з параназальними синуїтами.

Висновки: ДІТ дозволить спростити діагностику та лікування запальних захворювань параназальних синусів. Тому цей метод може бути з успіхом впровадженний в лікувальних закладах.

ПОРІВННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНИХ ТА КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПОЛІПОЗНОГО ЕТМОЇДИТУ

Ковальчук Р. В. Міненко І. І.
Науковий керівник - к. мед. н. асист. О. В.Чорній
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології

Актуальність. Хронічний поліпозний етмоїдит – це тривалий запальний процес в пазусі решітчастої кістки, що супроводжується розростанням слизової, утворенням і подальшим збільшення поліпів. Відсутність лікування *призводить до очноямкових та внутрішньочерепних ускладнень, втраті нюху, порушенні носового дихання, відчутного погіршення якості життя.*

Мета: визначити раціональні підходи до консервативного та хірургічного лікування хворих з хронічним поліпозним етмоїдитом.

Матеріали та методи. Для поставленої мети було обстежено 38 осіб за допомогою таких методів: риноскопія, рентгенографія додаткових пазух носа, комп'ютерна томографія навколоносових пазух, ендоскопія порожнини носа і носоглотки.

Результати. Обстежено 38 хворих віком від 20 до 60 років, що звертались з приводу хронічного поліпозного етмоїдиту. Хворі були розподілені на 2 групи: основну – 30 хворих, яким призначалось хірургічне лікування – поліпетмоїдектомію, та контрольну – 8 хворих, яким призначалось консервативне лікування назальними спреями та глюкокортикостероїдами. Групи були співставлені за віком і перебігом захворювання. Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на виділеня з носа, носове дихання, головний біль, відчуття більш легкого перебігу захворювання, відчуття більш швидкого одужання), риноскопічна картина (відсутність виділень в середньому носовому ході, колір, вологість, консистенція слизової оболонки порожнини носа). Таким чином, 89% хворих відмітили покрашення, 10% – зменшення виділень з носа, 82% – відновлення носового дихання, 18% – його покрашення, 89% – зниження головного болю, 10% – його зменшення, 63% – відчуття більш легкого перебігу захворювання, 56% – відчуття більш швидкого одужання. В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Риноскопічна картина нормалізувалась на 5-6 день лікування у 86% хворих основної групи. Слизова оболонка порожнини носа у них мала рожевий вигляд, нормальну вологість, консистенцію, без виділень, прохідність була відновлена. У пацієнтів контрольної групи нормалізувалась риноскопічна картина на 5-6 день лікування у 83% випадків.

Висновок. При аналізі результатів лікування відзначено більш інтенсивний регрес симптомів серед хворих основної групи, а консервативне лікування не дало позитивного результату у половини хворих, тому їм призначено хірургічне втручання. Отже, можна сказати, що хірургічне лікування є більш ефективним.

ВПЛИВ ЧАСТОТНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ МУЗИКИ НА РІВЕНЬ ЗНИЖЕННЯ СЛУХУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Петришин І.Ю., Вайнагій М.В.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. Н. В.Василюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї

Вступ. Проблема прослуховування музики в навушниках гостро постала в нашому суспільстві з появою портативних носіїв інформації. Практично кожна друга молода людина використовує цей винахід людства постійно, не задумуючись про майбутні наслідки. Гучність звучання музики в таких пристроях становить 100 дБ і більше, що перевищує допустиму норму (80 - 90 дБ).

Мета: Оцінити рівень ураження слуху в осіб молодого віку, які тривало та постійно використовують навушники-вкладки для прослуховування музики в залежності від музичних уподобань .

Матеріали та методи: Дослідження слуху проведене у 50 студентів віком 20-22 роки, серед них 27 чоловіків та 23 жінки. Усіх обстежених поділено на дві дослідні групи. До першої групи включено 26 осіб (52%), які надавали перевагу прослуховуванню танцювальної та класичної музики. До другої дослідної групи включено 24 (48%) особи, які слухали музику в стилі R'n'B та Hip-Hop. До контрольної групи включено 15 практично здорових студентів, які ніколи не слухали музику через навушники. Комплекс обстеження включав: збір скарг та анамнезу за системами та зі сторони ЛОР-органів, отоскопію, дослідження слуху за допомогою мови, камертональних проб та аудіометрії, а також імпедансометрії. До першої та другої груп не включено осіб, які мали будь-які соматичні захворювання чи захворювання ЛОР-органів в анамнезі.

Результати: аудіометричне обстеження осіб першої та другої дослідних груп показало звукопроведення в першій групі, про що свідчить підвищення порогу чутливості слухового аналізатора через повітря. Зокрема, поріг чутливості зростає в осіб першої дослідної групи на низьких частотах на 15-20 дБ, на середніх частотах – на 5-10 дБ та на високих частотах – на 3-5 дБ.

В осіб другої дослідної групи поріг чутливості зростає на низьких частотах на 20-35 дБ, на середніх частотах – на 15-20 дБ та відмічається підвищення порогу сприйняття аж на 15-20 дБ на високих частотах. Враховуючи порушення звукопроведення у першій та другій дослідних групах, усім обстежуваним проведено тимпанометрію з метою визначення рівня ураження звукопровідного апарату. Встановлено, що у обох досліджуваних груп спостерігається тимпанограма типу А, що вказує на відсутність патології з боку барабанної перетинки.

Висновки:

1. У осіб, які протягом останніх 5-ти років активно використовували дротові вкладні навушники для прослуховування музики, відмічається погіршення слуху за типом звукопроведення.

2. Порушення звукопроведення виникає на рівні завитки внутрішнього вуха.

3. Локалізація та ступінь прояву патологічних змін у завитці, спричинених впливом звукового подразника, значною мірою залежить від його параметрів (частотний склад).

4. Порушення слуху більше виражене в осіб, які надають перевагу стилю R'n'B та Hip-Hop.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ХРОНІЧНОМУ НАБРЯКОВО – ПОЛІПОЗНОМУ ЛАРИНГІТІ

Ханас М.С., Семак Л. В., Цюприк Х.В.
Науковий керівник – к. мед. н., доц. А.П. Ковалик
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»
Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії

Метою нашого дослідження було розробити схему консервативного лікування хворих на хронічний поліпозний ларингіт (ларингіт Рейнке) в комбінації з хірургічним втручанням.

Матеріали і методи: Під нашим спостереженням знаходилось 37 хворих (віком від 34 до 68 років) з ларингітом Рейнке. Із них осіб чоловічої статі 23, жіночої - 14. Усі пацієнти були курцями з тривалим стажем.

Хворі при лікуванні були розподілені на дві групи: в І-й (17 пацієнтів) проведено лише хірургічне видалення поліпів; в ІІ-й (20) – окрім хірургічного видалення поліпів в голосову складку відразу після проведеної операції вводили по 0,5 мл діпроспану. При одночасному видаленні поліпів з обох голосових складок використовували 1 мл препарату. Всім пацієнтам препарат вводили одноразово.

Результати дослідження. Ніяких ускладнень не відмічали, на другу добу після операції реактивні явища в гортані мінімальні. У пацієнтів І групи загоєння пооперaційної рани, а також відновлення голосової функції гортані наступало значно повільніше. Протягом 1 – 2 тижнів в більшості прооперованих хворих залишались реактивні явища в гортані – незначна набряклість, пастозність країв голосових складок, не повністю відновлювалась голосова функція. І лише через 1- 1,5 міс ларингоскопічна картина приходила до норми. У пацієнтів ІІ-ї групи голос покращувався вже на 3 –4 добу після операції, а через 10 – 12 днів голос ставав звучним і чистим, ларингоскопічна картина практично поверталась до норми.

Із 37 хворих, які були оперовані з приводу поліпів гортані, у віддалений період (через 1 – 3 роки) обстежено 33 (із них 15 пацієнтів І-ї і 18 ІІ-ї групи). Рецидив захворювання наступив у 9 (60%) І-ї групи і у 1 (5,5%) – ІІ-ї.

Висновок: Запропонована нами методика комбінованого лікування (хірургічне видалення поліпів і ендоларингеальне введення в основу голосової складки діпроспану) виявилась ефективною і може бути рекомендована для застосування в клінічній практиці при лікуванні хворих ларингітом Рейнке.

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КЕРАТОКОНУС МЕТОДОМ КРОС-ЛІНКІНГУ

Балагуш О.- Г.С.
Науковий керівник – асист. Н.А. Мартінек
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО

Мета. Визначити ефективність лікування кератоконусу методом крос-лінкінгу, дослідити вплив методу на структуру рогівки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз амбулаторних карт 162 хворих з різними стадіями кератоконусу, які проходили лікування у клініці «Візекс» за період з 2010 по січень 2015 року. Усім хворим проводились стандартні офтальмологічні обстеження: візометрія, рефрактометрія, біомікроскопія, кератотопографія та оптична томографія переднього відрізка ока апаратом Пентакам. Крос-лінкінг виконано 43 хворим за допомогою лампи Зайлера, використовуючи низькоінтенсивне ультрафіолетове опромінювання спектру А з довжиною хвилі 340нм, у дозі 5,4Дж/см^2 протягом 30 хвилин. Попередньо проводилась аплікація 40% розчину етилового спирту і рогівка насичувалась фотомедіатором 0,1% розчином рибофлавіну. В основі методу лежить хімічна реакція фотополімеризації колагенових волокон рогівки, яка виникає в результаті комбінованої дії фоточутливої речовини (0.1% розчину рибофлавіну) і низькоінтенсивного ультрафіолетового випромінювання. При цьому молекула рибофлавіну розпадається з вивільненням нестійких вільних радикалів кисню. Останні активують амінокислоти у молекулах колагену, що сприяє утворенню додаткових поперечних містків між ними.

Результати. У всіх пацієнтів було досягнуто стабілізації процесу: відсутність витончення рогівки, сплощення її центральної частини, зменшення її заломлюючої здатності і ступеню астигматизму, що підтверджено кератотопографічними дослідженнями. Стійке підвищення функцій наступало через 2-4 тижні: з'являлась корекція, гострота зору без корекції підвищувалась в середньому на 2 рядки. Кращі показники спостерігались при ранніх стадіях кератоконусу.

Висновки. 1. Використання методики крос-лінкінгу дозволяє зупинити прогресування кератоконусу шляхом підвищення механічної пружності рогівки, зменшити кривизну і ступінь астигматизму, покращити функції органу зору. 2. Метод крос-лінкінгу є новим малоінвазивним методом лікування кератоконусу, який дозволяє запобігти оперативному втручанню і є альтернативою пересадці рогівки.

ДОСЛІДЖЕННЯ СЛЬОЗОПРОДУКЦІЇ ТА НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ «СУХОГО ОКА» У СТУДЕНТІВ V КУРСУ ІФНМУ

Дмитрів В.В.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. М.Д. Вершиніна, асист. Н.Ю. Крицун
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї

Мета дослідження: оцінити функцію слізних залоз, визначити стан вироблення сльози і стан слізної плівки у сту-

дентів V курсу ІФНМУ.

Матеріали та методи: в дослідженні взяло участь 53 студенти (106 очей) V курсу ІФНМУ, віком від 20 до 23 років, з них 16 хлопців і 37 дівчат. Дослідження синдрому «сухого ока» проводилось такими методами: проведення тестів Ширмера -1, Ширмера -2, флюоресцеїнового тесту Норна, вивчення скарг та клінічних ознак притаманних синдрому «сухого ока» шляхом анкетування.

Результати: тест Ширмера - 1 показав: 55,66% (59 очей) – здорові, 44,33% (47 очей) – виявлений синдром «сухого ока». Серед них змочування тестової стрічки менше 5мм за 5хв. – 40,42% (19 очей) (важкий ступінь), 5-10мм за 5хв. – 25,53% (12 очей) (середній ступінь), 10-15мм за 5 хв. – 34,04% (16 очей)(легкий ступінь). За даними тесту Ширмера-2: 63,20% (67 очей) – здорові, 36,79% (39 ока) – мають синдром «сухого ока». Тест Норна показав: час розриву слізної плівки : >20 ± 2с виявлений у 56,60% (60 очей), <14 ± 2с – у 43,39% (46 очей). За даними анкетування: дискомфорт при довготривалій роботі за комп'ютером спостерігають 49 студентів, на підвищену чутливість до яскравого світла скаржаться 35 студентів, відчуття печії в оці відчуває 21 студент, сльозотеча спостерігається у 26 студентів, дискомфорт у вітряну погоду відмічають 33 студенти, у сухому і кондиціонованому приміщенні - 18 студентів.

Висновок: дослідження показало, що у 44,33% студентів V курсу ІФНМУ наявний синдром «сухого ока». Факторами ризику щодо виникнення даного синдрому є надмірне зорове навантаження, робота за комп'ютером, тривале і часте перебування в кондиціонованих приміщеннях.

СВІТИЛА УКРАЇНСЬКОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ, М. КОС ТА М.БОРИСИКЕВИЧ , ЯКІ ВИЗНАНІ СВІТОМ

Масляник Марта
Науковий керівник - доц. Н.М. Абашина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО

Метою роботи є аналіз діяльності офтальмологів: М Борисикевича і М Коса, КІНЦЯ XIX – ПОЧАТКУ XX СТ.,та показати її значення для розвитку медичної освіти і науки в цілому світі

Матеріали та методи:В ході дослідження використані матеріали наукового та публіцистичного характеру,електронні джерела інформації.Застосовано методи пошуку ,аналізу,синтезу та узагальнення історичної інформації.

Результати: М. Кос вступив на службу до австрійської армії у 1888 р., одразу ж після закінчення Краківського університету і здобуття докторського ступеня Прослужив до 1918 р. Під час військової служби М. Кос паралельно займався науковими дослідженнями, результати яких публікував в українських та австрійських часописах. З-поміж його статей слід назвати такі, як "Очні хиби у новобранців", "Про будову очей","Очна катаракта", "Більмо", "Куряча сліпота", "Медицина перед чотирма тисячами літ" та ін Сам лікар є випускником Львівської української академічної гімназії, медичного факультету Краківського університету (1882-1888),стажувався у Граці і Відні Щодо Михайла Борисикевича,вихідця з с. Білобожниця (нині Чортківського району Тернопільської області),то він вступив на медичний факультет Віденського університету у 1866році Після закінчення(1872р) став аспірантом у клініці відомого офтальмолога Арльта, а пізніше — професора Штельвага. Протягом шести років удосконалював свій фах, служив військовим лікарем , з 1887 року — професор окулістики. З 1889 р. — декан медичного факультету університету в м. Інсбрук Автор багатьох праць німецькою мовою з окулістики, зокрема з гістології сітківки ока Деякі з його праць були пріоритетними у своїй науці. . Жодна з праць не перекладена українською мовою, хоч у цих публікаціях використано матеріал спостережень за населенням галицького села.

Висновок. Наприкінці XIX – на початку XX ст. в Галичині активно відбуваються процеси становлення і внутрішнього структурування української модерної світської інтелігенції Переважна більшість українців здобували фах лікаря в Краківському, Віденському, рідше в Празькому,Інсбруцькому або Ґрацькому університетах..:На основі проведеного аналізу можна стверджувати про те,що і Михайло Борисикевич ,і Михайло Кос ,які і пройшли нелегке навчання в чужій країні , вклали вагомий внесок в світову медицину,в тому числі в офтальмологію В той час ,як їхня роль в історії медицини України залишається недостатньо висвітленою

РОЛЬ КЕРАТОПАХІМЕТРІЇ ПРИ ВИМІРЮВАННІ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ

Томків У.М.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. Н.Б. Курильців
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО

Актуальність. Більшість методів, які використовують для вимірювання внутрішньоочного тиску (ВОТ), засновані на принципі апланації (тонометри Маклакова, Гольдмана, пневмотонометр) або імпресії (тонометр Шіотца). Центральна товщина рогівки впливає на точність показників ВОТ, одержаних при апланаційній тонометрії. Чим товща рогівка,тим більша сила необхідна для її сплощення, і навпаки тоншу рогівку легше сплюснути. Тонка рогівка є значним фактором ризику розвитку глаукоми.

Мета: вивчити роль центральної товщини рогівки при вимірюванні ВОТ

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 52 медичних карт хворих (104 очей), що звернулись у офтальмологічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Усім пацієнтам проведено стандартне клінічне обстеження органу зору (візіометрія, зворотня офтальмоскопія, статична периметрія, гоніоскопія), а також ультразвукову кератопахіметрію (Alcon,Ocuscan). Для визначення показників внутрішньоочного тиску були використані: тонометр Маклакова вагою 10г, пневмотонометр (Topcon,CT-80).

Усі пацієнти були розділені на три групи, опираючись на видозмінену нами градацію центральної товщини рогівки (Балашевич Л.І., Качанов А.Б.,2004): група А - пацієнти з нормальною центральною товщиною рогівки (521–560 мкм); група В - пацієнти з тонкою рогівкою (<520 мкм); група С - пацієнти з товстою рогівкою (>561 мкм). Статистична обробка даних проведена за допомогою Microsoft Excel.

Результати. У пацієнтів групи А при середньому значенні центральної товщини рогівки 541,06±18,08 мкм середня величина ВОТ при тонометрії за Маклаковим становила 20,0±1,0 мм.рт.ст,а при пневмотонометрії – 14,0±1,0 мм.рт. ст. У пацієнтів групи В при середньому значенні центральної товщини рогівки 502,08±17,63мкм середня величина ВОТ при тонометрії за Маклаковим становила 18,0±1,0 мм.рт.ст., при пневмотонометрії – 14,5±1,2 мм.рт.ст. У хворих групи С при середньому значенні центральної товщини рогівки 618,0±17,08мкм середня величина ВОТ при тонометрії за

Маклаковим становила 23,0±2,0 мм.рт.ст., а при пневмотонометрії 15,0±1,2 мм.рт.ст. Похибка між показниками тонометрії за Маклаковим і пневмотонометрії в середньому склала у групі А – 6 мм.рт.ст, у групі В – 3,5 мм.рт.ст, у групі С – 8 мм.рт.ст.

Висновки. Значення ВОТ, отримані при тонометрії за Маклаковим,більш залежні від показників центральної товщини рогівки, ніж значення,отримані при пневмотонометрії,хоча показники ВОТ при тонометрії за Маклаковим найбільш достовірні. Також спостерігається зростання частоти похибки між показниками отриманими за допомогою різних видів тонометрії, яке є прямо пропорційним збільшенню центральної товщини рогівки.

ПЕДІАТРІЯ

EFFECTIVENESS OF NEBUFLUSON IN THE TREATMENT OF ACUTE OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN

David Grybos
Scientific Supervisor - Candidate of Medical Science, ass.prof. T.V. Lotovska
SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Chair of Pediatric Surgery and Propedeutics of Pediatrics

The frequency of obstructive bronchitis in pediatric practice for the last decade increased more than twice. Bronchial obstruction is an urgent condition and requires giving adequate emergency assistance. For improvement of permeability of respiratory ways is used broncholytic therapy. Effective and harmless inhalation of gluco-cortico- steroids (GCS) is fluticasone propionate (Nebufluson) – a suspension for inhalations 1mg/ml in one time containers in 2ml. The goal of our investigation was the study of the effectiveness of application of Nebufluson in a complex therapy in acute obstructive bronchitis in children at the age from 4 to ten years. Analysis of medical documentation of 40 patients who were in the in-patient department of the city clinical children's hospital with the diagnosis of acute obstructive bronchitis was done. The children were divided conventionally into 2 study groups, 20 patients in each group. In Group I was administered a complex therapy including antibiotics (defended penicillin, cefalosporins, macrolides); probiotics; pathogenetic preparation Nebufluson – suspension for inhalation 1mg/ml twice a day. In Group II the preparation was not administered. The results of the study showed good dynamics of the function of external breathing in Group I. When used in children older than 4 years with acute obstructive bronchitis Nebufluson showed high effectiveness, which has been proved by clinical data as well as by the results of functional and laboratory, as well as instrumental methods of investigation.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Адаховська А. О.
Науковий керівник – асист. Т. М. Хіменко
ДВНЗ «Одеський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики педіатрії

Питома вага недоношених дітей в Україні становить близько 5%. Народження дитини з гестаційним віком менше ніж 37 тижнів та низькою масою тіла ≤ 2500г пов'язане з певним ризиком постнатальної затримки фізичного розвитку (ФР).

Метою дослідження є вивчення особливостей динаміки показників ФР недоношених дітей залежно від маси тіла з моменту народження, і вплив грудного вигодовування на швидкість ФР протягом 1-го року.

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку та обстеження 150 дітей. Критерії включення – народження дитини ≤ 37 тижнів гестації з масою тіла ≤ 2500г без вад розвитку та органічної патології ЦНС. Для оцінки ФР використовувалися центильні таблиці для недоношених дітей від 22 до 50 тижнів (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2006), антропометричний калькулятор ВООЗ Anthro з обчисленням сигмальних відхилень (Z- scores).Всі діти були розділені на 3 групи залежно від маси тіла при народженні (1-а - 2499-1500г, 2-а - 1499 -1000г, 3-я - ≤999г).

Результати. Частота затримки ФР серед дітей у віці 6 місяців була 26,87%, (95% ДІ 17,72-38,52%) в 1-й групі; 77,78% (95% ДІ 63,73-87,46%) у 2-й групі; 100% у 3-й групі. Частота затримки ФР серед дітей у віці 1 року була 7,46% (95% ДІ 3,23-16,31%), 33,33% (95% ДІ 21,36-47,93%), 63,16 % (95% ДІ 41,04-80,85%) відповідно. Затримка маси відносно довжини тіла була помічена серед дітей у віці 6 місяців з наступною частотою: 5,97% (95% ДІ 2,35-14,37%) в 1-й групі, 33,33% (95% ДІ 21,36-47,93%) у 2-й групі, 47,37% (95% ДІ 27,33-68,29%) в 3-й групі. Серед дітей у віці 1 року 2,99% (95% ДІ 0,82-10,25%) 1-ї групи, 8,89% (95% ДІ 3,51-20,73%) 2-ї групи, 15,79% (95% ДІ 5,52-37,57%) 3-ї групи також відмітим дефіцит маси відносно довжини тіла.

Висновки. У дітей 2-ї та 3-ї групах у віці 6-ти місяців достовірно частіше, ніж у дітей 1-ої групи зустрічається недостатня та надмірно недостатня вага. В 1 рік відмічено значну позитивну динаміку в усіх групах, але в групах дітей 2-ї та 3-ї зберігається високий відсоток дітей з затримкою фізичного розвитку. Також у дітей цих груп в 6 місяців достовірно частіше зустрічається виснаження. Грудне вигодовування сприяє збільшенню ваги, це найбільш фізіологічний метод догляду за недоношеними дітьми.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ-α-2b У ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Боднар О.П., Федишин Л.Л.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. А.П. Юрцева
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) займають перше місце серед усіх захворювань у світі. Особливо сприйнятливі до ГРЗ діти, у яких частота епізодів захворювання протягом року є в 4-5 разів вищою, ніж у дорослих. У дітей, які часто хворіють на ГРЗ, визначається зниження противірусного і протимікробного захисту, що до певної міри обу-

мовлено порушеннями в системі інтерферону (INF). Тому для лікування і профілактики ГРЗ в останні роки все частіше застосовуються інтерферони та індуктори ендогенного інтерферону. Мета нашого дослідження - визначення ефективності замісної імунотерапії з включенням рекомбінантного α-2b-інтерферону (Віферону) при рекурентних ГРЗ у детей. Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням було 64 дітей віком 5-15 років, які часто хворіли на ГРЗ (4-8 разів протягом року). Основну групу склали 34 дітей, яким до базисної терапії включали Віферон в супозиторіях, в групу порівняння ввійшли 30 дітей, які отримували лише базисну і симптоматичну терапію. Контрольну групу склали 20 здорових дітей цього ж віку. Визначали вміст сироваткових імуноглобулінів (A, G, M, E), INF–γ і інтерлейкіну 4 (IL-4), показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Стан антиоксидантного захисту (АОЗ) у обстежених дітей оцінювали за активністю церулоплазміну, глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази. Результати дослідження. При дослідженні показників системного імунітету у дітей, які часто хворіють на ГРЗ, встановлено, що у переважної більшості з них спостерігається дизімуноглобулінемія – значне вмісту загального IgE, зниження – IgA та IgM при нормальному показнику IgG. Вміст загального IgE в сироватці крові у дітей з частими ГРЗ, складав 212,81±18,56 IU/ml (у здорових дітей - 34,21±2,37 IU/ml, P<0,001). Встановлено, що у дітей з частими ГРЗ в гострому періоді хвороби спостерігається зниження вмісту INF–γ в 2,5 рази та підвищення вмісту IL-4 в 2 рази. Дослідження вмісту первинних та вторинних продуктів ПОЛ показало, що в гострому періоді у більшості дітей відбувається інтенсифікація вільнорадикальних процесів і зниження показників АОЗ. Висновок. Включення рекомбінантного інтерферону-α-2b (Віферону) в комплекс лікування і профілактики ГРЗ у дітей, які часто хворіють, сприяє зменшенню частоти ГРЗ в 2,6 разів, спостерігається також тенденція до нормалізації показників системного імунітету, підвищення вмісту інтерферону гамма (INF-γ) та зниження концентрації інтерлейкіну-4 (IL-4), відбувається активація антиоксидантного захисту. Це обгрунтовує його застосування з метою профілактики та лікування рекурентних ГРЗ.

ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ НА МОДЕЛІ ХІМІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буфан Р. І.
Науковий керівник - д.мед.н. Н.С. Лук'яненко
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики

Метою роботи була оцінка стану здоров'я дітей, які проживали в умовах підвищених концентрацій солей важких металів (СВМ) та встановлення маркерів індивідуальної чутливості дитячого організму до впливу ксенобіотиків. Дослідження проведено в ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України».

Матеріали і методи. Проведено ретельний аналіз захворюваності серед дітей Івано-Франківської області методом вивчення первинної медичної документації (форма 112- О). Було обстежено 62 дитини у віці 1-16 років, які з народження проживали в екологічно несприятливих районах (ЕНР) Івано-Франківської області: І група – 37 дітей з Долинського району, де ґрунт забруднений продуктами нафтопереробки та ІІ група - 35 дітей із Калуського району, де в більшій мірі повітря забруднене хімічними ксенобіотиками. Групу контролю склали 33 дитини, які проживали в умовно екологічно чистому регіоні (ЕЧР) - м. Городенка. В якості цитологічного критерію гіперчутливості організму до впливу ксенобіотиків використовували реакцію лейкоцитолізу в присутності розчинів СВМ, яка полягала в обліку ушкоджених (лізованих) лейкоцитів in vitro при 2-х годинній експозиції їх при 37° С в присутності екотоксикантів за методом Майлян Е.А.

Результати порівняльного аналізу захворюваності на підставі вивчення анамнестичних, клінічних, ультразвукових та лабораторних даних засвідчили, що у дітей І групи достовірно частіше виявляли дизметаболічну нефропатію, гіпоплазію емалі зубів, гастродуоденопатії, хронічний тонзиліт – в кожного четвертого з обстежених, натомість у дітей ІІ групи - зоб різного ступеня вираженості, часті респіраторні захворювання, хронічний пієлонефрит. Водночас, екологічно детермінована патологія у всіх дітей носила полісистемний характер, що відповідає синдрому ксеногенної інтоксикації. Проведене дослідження реакції специфічного лізису лейкоцитів до СВМ встановило у дітей І групи високу сенсибілізацію до солей кадмію (81,4%), цезію (74,0%), заліза (70,3%) та свинцю (62,9%). У дітей ІІ групи індивідуальна чутливість організму до СВМ виявилась підвищеною до солей кадмію (88,5%), свинцю (88,5%), заліза (85,7%), цезію (85,7 %), магнію (77,1%) та стронцію – 65,7% обстежених, тобто до всіх СВМ, що вивчались та достовірно відрізнялись від аналогічних показників у дітей з ЕЧР (від 9,6% до 24,7%).

Висновок. Таким чином, екопатологія у дітей з ЕНР, які зазнавали впливу продуктів нафтопереробки проявляється клінічним поліморфізмом симптомів, полісистемним ураженням органів, синдромами екологічної дезадаптації, а застосування реакції лізису лейкоцитів може слугувати інформативним біоіндикатором ксеногенної інтоксикації організму дітей.

ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ ПРИКАРПАТТЯ

Гвоздецька Ю.І.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. А.Б. Волосянко, асист. О.В.Тимошук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Мета: вивчення епідеміологічної характеристики та клінічних проявів ювенільного ідіоматичного артриту (ЮІА) у дітей Івано-Франківської області, які перебували на стаціонарному лікуванні на кардіоревматологічному ліжку нефрологічного відділення ОДКЛ в 2014 році.

Завдання: проаналізувати клініко-епідеміологічну ситуацію захворюваності на ЮІА у дітей Прикарпаття.

Результати: Проаналізувавши документацію нефрологічного відділеня ОДКЛ, встановлено, що за 2014 рік на кардіоревматологічних ліжках проліковано 115 хворих дітей з діагнозом ЮІА, що становить 24,9 % від всіх кардіоревматологічних хворих, що лікувалися в ОДКЛ протягом року. З них 40,9 % госпіталізовані з приводу даного захворювання вперше, а відповідно 59,1 % - повторно. Найчастіше за медичною допомогою зверталися жителі Тисменицького району та м. Івано-Франківська (24,4±0,1 % хворих), Коломийського (14,8 % пацієнтів), Калуського та Надвірнянського районів (по 12,2 % випадків). Аналіз розподілу дітей за статтю вказав на те, що з невеликою перевагою, проте частіше госпіталізували хлопчиків з ЮІА (у 58,3 % випадків). Середній вік пацієнтів становив 11,89 ± 0,39 року. Найбільші

вікові піки захворюваності серед обстежених відмічалися в 12-річних дітей (11,3 %), 14-річних хворих (13,9 %) та підлітків 17 років (14,8 %). Більшість хворих дітей мали стійкі, різного ступеня вираженості, порушення опорно-рухової системи, що призводили до інвалідності. Було детально проаналізовано медичну документацію 30 пацієнтів. В ході дослідження встановлено, що у обстежених пацієнтів переважала суглобова форма ЮІА без ураження очей. Серед обстежених переважали пацієнти з поліартритом (60,0 %), тоді як клінічні форми моно- та олігоартриту зустрічалися рідше (у 16,7 % та 23,3 % випадків відповідно). За результатами дослідження нами встановлено наявність суглобового синдрому у всіх обстежених (100,0 %) та симптомів хронічної неспецифічної інтоксикації у 90,0 % хворих. Суглобовий синдром був представлений артралгіями у спокої та при фізичному навантаженні (96,7 %). Зміни форми суглобів турбували 83,3 % хворих. Зниження об'єму активних і пасивних рухів у суглобах різного ступеня мало місце у 70,0 % обстежених, у трьох (10,0 %) хворих відмічено анкілози суглобів. Обмеження самостійного пересування виявлено у 36,7 % пацієнтів. Функція самообслуговування була зниженою у 13,3 % хворих на ЮІА дітей.

Висновки: ЮІА – розповсюджене захворювання дитячого населення, зокрема, Прикарпаття, особливо це стосується районів з високою урбанізацією, екологічно забруднених зон. Дана патологія омолоджується, захворювання має хронічний, прогредієнтний перебіг, призводить до стійких порушень опорно-рухової системи та високого рівня інвалідизації дітей краю.

МАСА НОВОНАРОДЖЕНИХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ: СТАНДАРТ ДЛЯ НЕМОВЛЯТ І ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТУ ВАГІТНОСТІ

Дорошенко Уляна
Науковий керівник - к.мед.н., доц. З.Р. Кочерга
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Вступ. За даними експертів ВООЗ маса новонародженого є найважливішим критерієм його шансів на виживання, зріст і розвиток. Мала маса тіла при народженні часто зустрічається і в доношених новонароджених із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), що займає одне із перших місць в структурі перинатальної захворю¬ваності та смертності. Різноманітність причин і суперечливість даних літератури щодо факторів ризику і патогенетичних механізмів ЗВУР плода, значні труднощі антенатальної діагностики синдрому зумовлюють актуаль¬ність подальшого вивчення даної проблеми.

Метою даної роботи було оцінювання розвитку новонароджених різних районів Івано-Франківської області на основі антропометричних показників тагестаційного віку та встановлення внеску генетичних і середовищних факторів у формування синдрому ЗВУР.

Матеріал та методи. Матеріалом дослідження була первинна документація обласного перинатального центру (ОПЦ) і міського пологового будинку: 2750 історії пологів (форма 096/у) та розвитку новонароджених (форма 097/у), 69 протоколів патологоанатомічних розтинів. Проаналізовано 285 медичних карт стаціонарного хворого обласної дитячої клінічної лікарні. Вивчено матеріали звітно-статистичної документації всіх районів області (фор¬ма 21) за 2006-2008 роки.

Результати досліджень та їх обговорення.

Встановлено зменшення кількості дітей з масою тіла до 2500 г у 2-3 рази в більшості районів області, за винятком Верховинського, Долинського, Калуського, Коломийського і Тисменицького. Водночас виявлено збільшення відсотку недоношених у 1,8 рази в місті Івано-Франківську. У структурі захворюваності серед новонароджених ОПЦ і по Івано-Франківській області синдром ЗВУР посідає друге місце, (відповідно 47,95 і 36,17 ‰), хоча цей показник менший, ніж в Україні (59,05 ‰). Серед дітей, що народилися з ознаками ЗВУР, тільки шість (5,9%) було недоношених, термін гестації більшості складав 38 – 40 тижнів. Важкість стану новонародженого та порушення його адаптації корелює з вираженістю порушень основних регуляторних систем організму матері. Визначено зростання питомої ваги новонароджених з масою тіла понад 3500 г у Богородчанському, Галицькому і Калуському районах відповідно у 1,3, 1,8 та 2 рази. Комплексне дослідження розподілу питомої ваги новонароджених з масою тіла меншою 2500 г і більшою 3500 г та з синдромом ЗВУР у поєднанні з результатами тестування інтенсивності мутагенного фону довкілля може застосовуватися для оцінки екологічної ситуації різних регіонів і прогнозування віддалених негативних наслідків техногенного забруднення.

ПРИЧИНИ РАННЬОГО СЕКСУАЛЬНОГО ДЕБЮТУ У ПІДЛІТКІВ

Коваленко Г. О.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. О.В. Оніськова, к.мед.н., асист. Л.О.Ющенко
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Актуальність: Останнім часом спостерігається стійка тенденція як у Європі, так і в Україні зниження віку сексуального дебюту підлітків.

Мета дослідження: Вивчення формування статевої поведінки підлітків, причин раннього сексуального дебюту, рівня знань в питаннях статевого розвитку, обізнаності про захворювання, які передаються статевим шляхом та види контрацепції.

Матеріали та методи дослідження: У дослідження було включено 295 підлітків, із них 171 дівчина і 124 хлопця віком від 15 до 17 років (учні 10-11 класів 4 загальноосвітніх шкіл Вінниці і медичного коледжу), яким було проведено опитування (стандартизоване медико-соціологічне дослідження) за спеціально розробленою анкетою.

Результати: Аналіз отриманих даних показав, що 45,16% хлопців та 38,01% дівчат у зазначеному віковому діапазоні живуть статевим життям. Основним фактором початку статевого життя серед опитаних хлопців були наступні причини: 46,42% юнаків вважали це проявом кохання, 28,57% просто хотіли спробувати, 3,57% – вмовила партнерша та 21,44% були під впливом алкогольного сп'яніння та не контролювали повністю свої дії. Третина дівчат (38,46%) вважали початок статевого життя проявом кохання та таку ж кількість (33,84%) вдалося вмовити партнеру на перший статевий акт. Всього 10,78% дівчат хотіли спробувати з цікавості та 16,92% вживали слабоалкогольні напої, ставали більш доступними і вважали це основною причиною позбавлення невинності. Інформацію про статевий розвиток, захворювання, які передаються статевим шляхом та види контрацепції підлітки отримували від друзів та однолітків (57,96%), батьків (7,79%), вчителів (10,87%), лікарів (4,40%), засобів масо-

вої інформації, книжок, журналів (18,98%).

Висновки: 1.На даний момент майже половина опитаних підлітків вступають у статеві стосунки не досягнувши свого повноліття. У більшості молодь не планує свої кроки та має низьку інформованість про статевий розвиток, захворювання, які передаються статевим шляхом та види контрацепції.

2.Простежується зниження авторитету для дітей старшого віку таких соціальних інститутів як школа, сім'я, зменшення значення існуючих традицій та норм, зростання ролі засобів масової інформації щодо лібералізації сексуальних стосунків.

3.Для підвищення культури сексуального виховання підлітків, мотивації по збереженню їх репродуктивного здоров'я, обізнаності в питаннях статевого розвитку, захворювань, які передаються статевим шляхом, та видів контрацепції пропонуємо створення молодіжних проектів для комплексної роботи з підлітками.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Куцик Ю. В.
Науковий керівник - д.мед.н., доц. Т.Л. Процюк
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра педіатрії №1

Атопічні захворювання – поліфакторні захворювання, в розвитку яких часто має значення не лише алергія (атопія), але й дисфункції інших органів і систем. Як зазначається в багатьох сучасних працях, на перебіг АЗ, ефективність їх лікування впливають зміни в інших органах і системах, особливо органів травлення.

Мета дослідження. Виявити роль деформацій жовчного міхура в формуванні його функціональних розладів у дітей з алергічними захворюваннями (АЗ).

Матеріали та методи. На базі дитячого спеціалізованого алергологічного відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 85 дітей з різними алергічними захворюваннями у віці від 8 до 17 років. Для наступного етапу дослідження відібрано 63 дитини з різними АЗ (32 хлопчики та 31 дівчинка) та проявами ДЖВШ, обумовленими аномаліями розвитку ЖМ. Дослідження передбачало аналіз анамнестичних даних, клінічних проявів алергії і показників імунологічного обстеження хворих (рівень загального IgE), алергологічне тестування, УЗД органів черевної порожнини. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми «STATISTICA Spreadsheet для Windows » з використанням параметричних і непараметричних методів дослідження. Обстежені діти розподілені на 2 групи залежно від наявності у них функціональних порушень жовчного міхура (ЖМ). 1 група 30 (47,6%) дітей з нормальною функцією міхура, 2 група – 33 (52,4%) з порушенням функції міхура: 2а -21,5% -з гіпермоторикою і 2б – 32,2% дітей з гіпомоторикою ЖМ.

Результати дослідження. В результаті дослідження було встановлено, що патологія ШКТ зустрічалася найчастіше серед хворих на АД -69%, БА - 57% та АР – 39%. Серед супутньої патології шлунково-кишкового тракту найчастіше було встановлено ДЖВШ – 78,2%, хронічні гастрити , гастродуоденіти – 23,8%, гельмінтози та лямблії в 5% випадків. ДЖВШ були обумовлені різними деформаціями жовчного міхура у 58,6% дітей.

Серед дітей 1 групи різні деформації ЖМ спостерігалися у 40,6% хворих, 2 групи – 55% ($p<0,005$). Деформація ЖМ – загиб в ділянці шийки встановлено у 61% дітей з гіпомоторикою ЖМ, у 50% дітей з гіпермоторикою ЖМ і у 64% з нормальною функцією ЖМ ($p<0,005$). Поєднання деформації ЖМ – загиб в ділянці шийки і тіла діагностовано достовірно частіше у дітей з гіпермоторною функцією ЖМ (22%), в порівнянні з групою дітей з гіпомоторною функцією ЖМ – 8% ($p<0,005$), і групою дітей з нормальною функцією ЖМ 7% ($p<0,005$). Така деформація як загиб в ділянці тіла в групі дітей з гіпомоторикою ЖМ встановлено у 17% дітей, в групі з гіпомоторикою у 23% дітей та у 29% у дітей з нормальною функцією ЖМ ($p<0,005$). Подвійний загиб в ділянці тіла і шийки діагностовано у 22% дітей з гіпермоторикою ЖМ, у 8% з гіпомоторикою ЖМ та 7% з нормальною функцією ЖМ ($p<0,005$). Математичні розрахунки показали позитивний кореляційний зв'язок між наявністю деформацій ЖМ і порушенням його моторики ($r=0,372$).

Висновки. Таким чином, можна зазначити, що патологія шийки ЖМ призводить до порушення моторики ЖМ по гіпокінетичному типу, поєднана деформація в ділянці шийки і тіла до його гіпермоторики.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ: ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

Лазуркевич О.В., Андрійчук О.А.
Науковий керівник – д. мед. н., проф. А.Б. Волосянко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Гломерулонефрит (ГН) – одне з найважчих захворювань нирок у дітей, що часто призводить до розвитку ускладнень і хронізації патологічного процесу. Незважаючи на численні публікації причини виникнення і перебігу ГН в різних вікових категоріях залишаються нез'ясованими.

Мета. Встановити основні закономірності виникнення, протікання та принципи лікування різних форм гломерулонефриту.

Завдання: дослідити основні причини виникнення, особливості перебігу та принципи ефективного лікування різних форм ГН.

Матеріали і методи дослідження: під спостереженням було 7 дітей, хворих на ГН, що перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Методи дослідження включали клінічні і біохімічні аналізи сечі та крові, імуноферментні обстеження; інструментальні методи: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і нирок, ЕКГ, опрацьовувались дані з історій хвороби. Отримані результати: у дослідження були залучені 7 пацієнтів віком від 3 до 17 років. Найчастіше виникненню ГН передували вірусні захворювання. Нефротичний синдром спостерігався у 4 дітей, що становить 57,1% числа досліджуваних; у 2 дітей (28,6%)- нефритичний синдром; 1 дитина(14,3%) хворіла на ГН з ізольованим сечовим синдромом. Спостерігалась закономірність - діти вікової групи 1-7 років (згідно рекомендаціям Майданника В.Г.) хворіли на ГН з НС; у хворих 8-12 років – нефритичний синдром; ізольований сечовий синдром спостерігався у 1 пацієнта віком 17 років. З 7 досліджуваних, тільки у 2 пацієнтів захворювання на ГН було діагностовано вперше, у 5 спостерігався повторний розвиток захворювання, що свідчить про почастішання рецидивів ГН. Діти з НС позитивно відреагували на лікування глюкокортикоїдами. Висновки: наше дослідження показало, що почастішали випадки ГН у дітей раннього віку (до 5 років); у пацієнтів даної вікової категорії переважає НС, проте відзначається позитивний ефект на лікування ГК.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Литвинець В.Є.
Науковий керівни - к.мед.н., доц. Л.Я. Литвинець
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Метою нашої роботи стало вивчення особливостей клінічного перебігу бронхіальної астми у дітей (БА) у дітей залежно від ступеня її контрольованості. Матеріали і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 37 дітей шкільного віку, від 10 до 18 років, хворих на БА в стадії загострення, що знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська упродовж 2013-2014 рр. Діагноз верифікували згідно Протоколу діагностики і лікування БА у дітей (№ 868 від 08.10 2013 р.). За результатами застосування астма-тест контролю (GINA, 2011) щодо рівня контрольованості БА діти були розподілені наступним чином: 13 (35,1 %) - із контрольованою (КБА), 12 (32,4 %) із частково контрольованою (ЧКБА) та 12 (32,4 %) із неконтрольованою бронхіальною астмою (НКБА). Статистична обробка результатів дослідження здійснювалась за допомогою стандартної комп'ютерної програми Microsoft Excel 97 та Statistica 5,0. Результати дослідження. У клінічній картині періоду загострення у обстежених із БА найбільш типовими були задуха (у 87,5%), кашель (у 72,0%), відчуття стиснення у грудях (у 86,3%), утруднений видих та відчуття нестачі повітря (у 82,7%), виникнення потреби у застосуванні β-агоністів короткої дії (у 45,8%), наявність сухого частого кашлю вночі або ж під ранок (у 76,1%), обмеження фізичної активності (у 39,2% пацієнтів). Варіабельність бронхіальної прохідності спостерігалась у 94,0%, а наявність ефекту від протиастматичних середників - у 85,1% обстежених із БА. В той же час, частота і ступінь вираженості певних скарг значно варіювали в залежності від ступеня контрольованості недуги. Так, задуха спостерігалась у 100,0% випадків у пацієнтів із НКБА, тоді як у пацієнтів із КБА лише у 48,0%. Якісно діти характеризували задуху як відчуття стиснення у грудях, відчуття нестачі повітря і неможливість глибоко вдихнути. Однією із особливостей задухи було те, що при призначенні бронходилататорів вона повністю зникала або зменшувалась у I групі, у той час, як у III групі ефект спостерігався лише у 43,2% пацієнтів. Задишка у дітей носила змішаний характер із переважанням експіраторного компоненту. Частим симптомом, що супроводжував БА у дітей, були сухі свистячі хрипи в грудній клітці, що нерідко вислуховувались на відстані, підсилювались на видосі. Відмічено, що у пацієнтів із КБА даний симптом мав місце у 19,0 %, у пацієнтів із ЧКБА - у 81,1%, та у 100,0% пацієнтів із НКБА. Доволі частою ознакою у дітей із БА був кашель, який найчастіше виникав вночі або під ранок, порушував сон, часто носив пароксизмальний характер. У пацієнтів із КБА кашель мав місце у 52,0%, в той час, як у пацієнтів із НКБА - у 97,3%. У частини обстежених приступу астматичної задухи передувала продромальна симптоматика, яка проявлялася свербежем підборіддя, чханням, закладенням носа, порушенням носового дихання, тахікардією, акроціанозом, відчуттям невмотивованої тривоги і ін. Наявність продрому відмічали 72,0% пацієнтів I групи, 66,0% - II та 56,7% - III групи. В період ремісії у більшості пацієнтів зменшувалися чи взагалі нівелювалися нічні симптоми, покращувались показники функції зовнішнього дихання. Втім, у 12,3% пацієнтів із ЧКБА та у 35,8% із НКБА утримувався прихований бронхоспазм та бронхоконстрикція у відповідь на фізичні навантаження. Розглядаючи контроль БА як адекватність її менеджменту, можна вважати, що основна мета лікування направлена на зниження проявів клінічної симптоматики та зменшення в подальшому доз глюкокортикостероїдів. Представлені дані дозволяють вважати, що комплекс контрольованої терапії дозволив підвищити її ефективність за рахунок зменшення частоти денних та нічних симптомів захворювання, підвищенні активності дітей, зменшення потреби у використанні В-агоністів швидкої дії та необхідності у позапланових звернень до алерголога, однак, це стосувалось, переважно дітей із КБА та, в меншій мірі, групи часткового контролю недуги. Водночас, не відмічено вірогідної позитивної динаміки з боку таких важливих клінічних критеріїв, як частота загострення БА та випадки госпіталізації. Окрім цього, комплекс контрольованого медикаментозного лікування суттєво не вплинув на показники вентиляційної функції бронхів, які, ймовірно, слід розглядати як рефрактерні критерії ефективності базисної терапії. Висновки. На наш погляд, наведені результати свідчать про необхідність подальшого вивчення не тільки клінічних, а й патогенетичних змін у перебігу БА у дітей, що дозволило б досягти кращого контролю над захворюванням у порівнянні із традиційною базисною терапією.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАННЬОГО ВІКУ З НЕВИЛІКОВНИМИ ХВОРОБАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, ЯКІ ПОЗБАВЛЕНІ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ

Мінакова С.А.
Науковий керівник - д.мед.н. О.О. Ріга
ДВНЗ «Харківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії №1 та неонатології

В 1997 році Асоціацією дитячої паліативної допомоги Великобританії було визначено майже 400 станів, що обмежують життя у дітей. В Україні при наданні допомоги дітям із станами, які обмежують життя, передбачається знаходження дитини під час умирання суто в дитячих лікарнях. Так, в Харківській області в 2013 році нараховувалося 1763 дитини, які мають інвалідність з приводу тяжкої захворюваності центральної нервової системи, серед них є категорія дітей, які позбавлені батьківського піклування. Тому метою дослідження було визначення «траєкторії» вмирання дітей раннього віку з невиліковними хворобами ЦНС, які позбавлені батьківського піклування.

Матеріали та методи. Нами проведено ретроспективно аналіз випадків летальних кінців 14 дітей з важкою патологією та вадами розвитку ЦНС, які перебували в Харківському обласному спеціалізованому будинку дитини №1 (ХОСБД №1) упродовж 3-х років (лютий 2011 – лютий 2014 рр.). Серед них 12 хлопчиків та 2 дівчинки віком від 2-х місяців до 4-х років. Для аналізу кількості госпіталізацій була проаналізована медична документація методом випадкового вибору. Для статистичного опрацювання матеріалу використовували пакет програми STATISTICA 7.0.

Результати. Терміни перебування дітей в ХОСБД №1 коливалися від 14 днів до 3 років 2 місяців, в середньому, 11 місяців 5 днів. Всі діти мали паралітичні синдроми й тяжку затримку психомоторного розвитку; спостерігались гідроцефалія, гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, гіпоплазія мозолистого тіла, синдром Едварда. В клінічній картині відмічалися також затримка фізичного розвитку (маси тіла, росту) (10), судомний синдром (8), больовий синдром (8), дихальна недостатність (8), серцево-судинна недостат-

ність (1), аритмія (2), закрепи (3), зригування і блювання (2), пролежні (1). Аналіз кількості госпіталізацій від народження до летального кінця у 14 дітей не виявив жодних закономірностей. На відміну від них, у 14 дітей, які не мали летальних кінців вік дитини та кількість госпіталізацій мали прямий кореляційний зв'язок (r=0,79; p<0,05). У дітей з летальними кінцями кількість госпіталізацій коливалася від 1 до 15. У дітей без летальних кінців – від 2-х до 32-х. Діти віком на момент смерті від 4 місяців до 12 місяців мали мінімальну кількість госпіталізацій – 1; максимальну – 7; віком 12-24 місяці – 3 та 7 відповідно; віком 24-36 місяців – 15; та віком понад 36 місяців – 5 мінімальну кількість та 10 максимальну. Найменший термін стаціонарного лікування склав 1 день, найдовший 437 днів. Взагалі у 14 дітей з невиліковними хворобами з летальними кінцями в ранньому віці зареєстровано 88 госпіталізацій, у дітей без летальних кінців - 113. Троє (21,4%) дітей померли на першому році життя (від 4 місяців 9 днів до 8 місяців 12 днів), 6 (42,9%) – на другому році життя (від 1 року 1 місяця до 1 року 11 місяців), одна (7,1%) дитина - у віці 2 роки 3 місяці, 4 (28,6%), четверо дітей у віці старше трьох років (від 3 років 2 місяців до 3 років 10 місяців). Ми не одержали взаємовідношень між віком дитини на момент летального кінця та тривалості останньої госпіталізації дитини (r=0,08; p<0,05), кількість госпіталізацій та тривалість перебування дитини на момент летального кінця також не мали взаємозв'язку (r=0,04; p<0,05). Взагалі, 9 дітей останній тиждень життя провели в лікарні, причому дві з них понад 2 тижні, а 5 дітей померли упродовж перших п'ятьох днів госпіталізації.

Висновки. Згідно існуючої рутинній клінічній практиці діти раннього віку з невиліковними захворюваннями ЦНС мають процес умирання в умовах дитячих лікарень. Тривалість перебування дитини при умиранні в лікарні коливалася від 5 до 59 днів. У дітей з невиліковними хворобами з боку ЦНС не одержано взаємозв'язку між віком дитини та кількістю госпіталізацій упродовж раннього віку, віком дитини на момент летального кінця та тривалістю останньої госпіталізації дитини. Діти раннього віку з невиліковними хворобами ЦНС, які позбавлені батьківського піклування, потребують заходів паліативної допомоги.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ H.PYLORI-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

Олійник М.Я., Ярощук Д.П., Турчак М.М.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. І.С. Недоступ, асист. Б.Н. Ткач
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Серед основних причин розвитку хронічних гастродуоденальних захворювань (ХГДЗ) більшість сучасних дослідників вважають інфекцію H.pylori. Саме її патогенним впливом пояснюють появу запальних та ерозивно-виразкових змін в слизовій оболонці гастродуоденальної зони (ГДЗ). Проте дослідження останніх років показали, що ефективне лікування хелікобактеріозу суттєво не знижує частоту розвитку хронічних захворювань шлунку і дванадцятипалої кишки. При вивченні патології верхніх відділів травного тракту також не згасає інтерес до сфінктерних розладів по типу дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) та гастроезофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), оскільки закиди жовчі негативно впливають на «спіралевидну» форму бактерії, змушуючи її переходити в «кокову», тим самим, зменшуючи кількість антигенів (АГ) у вигляді фрагментів оболонки, що робить пошук H. pylori-антигенів «псевдонегативним». Метою нашого дослідження було вивчити чутливість різних методів діагностики хелікобактерної інфекції шляхом співставлення їх результатів. Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 30 дітей з ХГДЗ віком від 10 до 18 років. Проведена оцінка інформативності ендоскопічних критеріїв хелікобактеріозу, даних імуноферментного аналізу (ІФА), що визначає титр антитіл (IgG) в крові та імунохроматографічного аналізу (ІХГА), який виявляє антигени H.pylori в фекаліях. Комплексне обстеження проводили згідно загально прийнятих методик. Всі хворі були розділені на 2 групи. До 1 групи увійшло 20 пацієнтів (66,7%) з хронічним гастродуоденітом (ХГД), до другої – 10 хворих (33,3%) з ГЕРХ I-IIступеня та супутнім ХГД. Результати дослідження. Порівняльна оцінка обох груп показала, що ХГД у хлопчиків та дівчаток зустрічався з однаковою частотою (по 33,3%), тоді як ГЕРХ в даній групі було діагностовано тільки у хлопчиків (33,3%) підліткового віку. Серед клінічних проявів больовий, диспепсичний та астено-вегетативний синдроми мали місце у 66,7% хворих. Дещо рідше зустрічався астено-вегетативний синдром (33,3%). Діти з диспепсичним синдромом частіше мали прояви шлункової, ніж кишкової диспепсії (80% проти 20%). Макроморфологічно еритематозні форми запалення зустрічали майже з однаковою частотою (4:3) у хлопчиків та дівчаток, тоді як при ерозивних формах запалення співвідношення Х:Д було 5:1. Гіпертрофія слизової оболонки шлунку (6,7%) була в поодиноких хворих. ГЕРХ II ст. з поверхневими ерозіями мали тільки хлопчики (6,7%). Оцінку кислотоутворюючої функції шлунку (pH) проводили індикаторним методом під час ФЕГДС. Виражена та помірна гіперацидність набагато частіше зустрічалась у хлопчиків, ніж у дівчаток (26,7% проти 13,3% та відповідно 20% проти 6,7%). Ендоскопічні критерії інфекції H.pylori мали 90% хворих на ХГД та 80% хворих на ГЕРХ. ІФА виявив підвищення титру АТ (IgG) до H.pylori у 60% хворих. При проведення стул-тесту методом ІХГА позитивні результати мали місце у 66,7%. Висновок. Найчутливішими ознаками інфекції H.pylori можна вважати її ендоскопічні критерії (МААСТРИХТ 2-2000), які підлягають верифікації іншими методами. Встановлено, що результати ІФА та ІХГА практично співпадають, тому у дітей слід надавати перевагу ІХГА (CITO TEST H.pylori Ag) як неінвазивному методу дослідження, котрий необхідно проводити перед початком комплексного обстеження у тих пацієнтів, що протягом останніх трьох тижнів не приймали наступних препаратів: Н2-блокаторів гістамінових рецепторів, інгібіторів протонної помпи, антибіотиків, препаратів вісмуту та сукральфату для уникнення «псевдонегативних» результатів та підвищення достовірності стул-тесту.

КЛІНІКО-ДЕНСИТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНІ ІДІОПАТИЧНІ АРТРИТИ

Палієнко М.В.
Наукові керівники: к.мед.н. О.В.Тимощук, асист. В.В. Ходан
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Актуальність проблеми ювенільних ідіопатичних артритів (ЮІА) полягає в тому, що вони часто зустрічаються в дитячому віці і захворюваність має виражену тенден¬цію

до зростання. Нерідко захворювання зумовлює погіршення якості життя пацієнта, а в подальшому призводить до інвалідизації.

Мета. Вивчення особливостей клінічної картини суглобового синдрому та показників денситометрії у дітей, хворих на ЮІА.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження було проаналізовано 12 карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні на кардіоревматологічному ліжку нефрологічного відділення. Ретельно вивчали дані суглобового синдрому та результати денситометричного дослідження.

Результати. Встановлено, що середній вік обстежених пацієнтів становив 13,6±0,7 років, середня тривалість перебування в стаціонарі – 18,2±2,0 дні. Найчастіше визначалися синдром неспецифічної інтоксикації (66,7%), суглобовий синдром (91,7%). Найчастіше уражалися колінні суглоби (58,3%), попереково-крижового з'єднання (41,7%), крижово-клубових з'єднань (25,0%), гомілково-ступневі суглоби (16,7%). Переважним проявом ураження суглобів були порушення ходьби (66,7%), обмеження рухомості суглобів (58,3%), суглобовий біль при рухах (41,7%) та у спокої (33,3%). У двох випадках встановлено тяжкий стан пацієнтів, у яких визначалися вимушене положення тіла, контрактури, неможливість самостійного пересування і обслуговування, а також, значні дефігурації суглобів. За даними ультразвукового дослідження суглобів встановлено наявність випоту (50,0%), потовщення синовіальної оболонки (33,3%), стоншення гіалінового хряща й потовщення сухожилків у 16,7% випадків.

При проведенні денситометричного дослідження визначено наявність ознак остеопорозу в 33,3% випадків, остеопенії – 25,0% випадків. Ознаки остеопорозу характеризувалися зниженням мінеральної щільності кісткової тканини Т= – 3,22±0,20, остеопенії – Т= – 1,37±0,14. У 1 випадку показники денситометрії відповідали нормі.

Висновки. Ювенільні ідіопатичні артрити у дітей клінічно супроводжуються суглобовим синдромом, що порушує якість життя пацієнтів. Найчастіше у дітей, хворих на ювенільні артрити уражаються колінні суглоби. За даними показників денситометрії встановлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини: у третини випадків наявний остеопороз, що небезпечний у розвитку патологічних переломів, а у кожного четвертого пацієнта діагностовано ознаки остеопенії.

ВРОДЖЕНИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТ, УСКЛАДНЕНИЙ ДВОБІЧНИМ АБСЦЕСОМ МОЗКУ: КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОТЕРЕЖЕННЯ ВПРОДОВЖ ДВОХ РОКІВ

Приймак Х.
Науковий керівник - А. Пилип'юк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Мета роботи. Проаналізувати лікувально-діагностичний алгоритм при вродженій нейроінфекції у новонародженого. Провести катамнестичне спостереження за дитиною.

Матеріал і методи дослідження: Проведений аналіз первинної документації (медична карта стаціонарного хворого, історія розвитку дитини).

Під спостереженням в неонатальному центрі ОДКЛ м. Івано-Франківська знаходився хлопчик, народжений при терміні гестації 37 тижнів з ознаками асиметричного варіанту синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку. Вагітність ІІІ-я, перебігала на тлі антифосфоліпідного синдрому, гострого пієлонефриту за 5 днів до пологів, мама отримувала антибіотикотерапію. З народження стан дитини важкий, зумовлений неврологічними, дихальними розладами, інфекційним токсикозом. Шість днів хлопчик знаходився на апаратній ШВЛ. На 2-ій добі життя за даними НСГ виявлені об'ємні утвори в обох лобно-тім'яних ділянках головного мозку. Проведена МРТ. При обстеженні на TORCH-патогени в крові і в ліквор виявлена позитивна ПЛР до вірусу простого герпесу. За клініко-параклінічними даними діагностований вроджений герпетичний менінгоенцефаліт, ускладнений двобічними абсцесами мозку. В плані лікування проведені пункція і дренування абсцесу справа, виділений гнійний вміст. Хлопчик отримав антибіотикотерапію (меронем), противірусне(ацикловір) та імунозамісне лікування (стандартний довенний імуноглобулін), заходи нейрореабілітації. Хлопчик одужав, виписаний зі стаціонару через місяць. Знаходиться під спостереженням впродовж двох років життя. В першому півріччі відмічені затримка фізичного та психомоторного розвитку. Грубого неврологічного дефіциту, порушень пізнавальних функцій немає. На другому році життя наявні ознаки синдрому гіперактивності.

ОЖИРІННЯ І АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРРИТОРІЇ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

П'янкова А.О.
Науковий керівник - д.мед.н., доц. Т.Л. Процюк
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра педіатрії №1

За останні 15 років у світі алергічні захворювання (АЗ) виявлено у 20% дорослого населення і 10-15 % дітей. Епідеміологічні дослідження останніх років показали, що серед хворих на АЗ значно зросла частка осіб з надмірною вагою (НВ) та ожирінням.

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язок між НВ і перебігом алергічної патології серед дітей, що проживають на території Подільського регіону.

Матеріали і методи. Обстежено 56 дітей, хворих на БА і різні АЗ в поєднанні з БА, у віці від 8 до 17 років, які знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Проводився аналіз анатомо - фізіологічних даних (стать, вік, індекс маси тіла), клінічних проявів алергії і показників імунологічного обстеження хворих (рівень загального IgE), алергологічне тестування. Вагові категорії визначали за перцентилями (Р) варіаційного ряду ІМТ з урахуванням віку, відповідно до рекомендацій ВООЗ (« Класифікація ІМТ у дітей та підлітків »). Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми « STATISTICA Spreadsheet для Windows ».

Результати дослідження. Аналіз антропометричних даних дозволив виділити три вагові категорії: з нормальною вагою - 32,8% дітей, з надмірною вагою - 36,6% і з ожирінням - 30,6%. Встановлено, що ожиріння найчастіше зустрічалося серед дітей пубертатного віку у порівнянні з іншими віковими періодами (OR = 2,6; p = 0,003; OR = 9,0; p = 0,005 і OR = 4,71; p = 0,04, відповідно). Серед факторів ризику у дітей з НВ та ожирінням найбільш вагомими виявивились: наявність АЗ у матері під час вагітності 52,0 % та 38,8%, відповідно) та їх поєднання з іншими соматичними захво-

рюваннями (53,7%), загроза переривання вагітності, маса тіла при народженні >4000 гр (45,3% та 39,8 %, відповідно). 15,8% матерів дітей з НВ та ожирінням самі страждали НВ або ожирінням. Встановлено, що серед дітей, хворих на різні АЗ в поєднанні з БА, НВ діагностовано у 42,4%, ожиріння - у 32,8% і лише у 28,3%- нормальна вага, тоді як серед дітей з АЗ без БА, НВ спостерігалася у 25%, ожиріння - у 18,8%, а нормальна вага - у 56,2%. Рівень загального IgE коливався в межах від 300 до 600 МО/мл, а в деяких випадках досягав 1500-3000 МО/мл. Проведений статистичний аналіз виявив наявність позитивних кореляційних взаємозв'язків між рівнем загального IgE, НВ та ожирінням у дітей з БА ($r = 0,34$, $r = 0,45$, $p < 0,05$), відповідно. Алергологічне тестування показало асоціацію між рівнем сенсибілізації, НВ і ожирінням. Встановлено більш високі показники сенсибілізації серед дітей з НМ до пилку дерев, домашнього пилу і кліщів в порівнянні з дітьми з нормальною масою тіла (10,0 ± 1,5 мм, проти 5,0 ± 0,9 мм, $p < 0,05$, відповідно), а у дітей з ожирінням (12,2 ± 2,3 мм, $p < 0,05$) цей спектр значно розширювався за рахунок сенсибілізації до пилку лугових трав, вовни і лупи тварин і птахів, вогкості.

Висновки. Встановлено зв'язок між масою тіла і рівнем загального IgE. Спектр алергенів і рівень сенсибілізації прямо залежать від маси тіла хворих дітей, а НМ і ожиріння виступають факторами ризику несприятливого перебігу алергічних захворювань.

СТАН ЙОДНОЇ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ШКОЛЯРІВ МІСТА КИЄВА

Резніков Ю.П.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. О.А. Строй
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра педіатрії №1

Дефіцит йоду (ЙД) є важливою медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу, у тому числі й в Україні, оскільки зумовлює численні патологічні процеси, зокрема передчасне переривання вагітності, безплідність, затримку фізичного, статевого та інтелектуального розвитку дітей.

Мета дослідження - оцінка стану йодного забезпечення школярів молодших класів м. Києва.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 22 дитини віком 6-12 років. Дослідження передбачало анкетування родини з питань інформованості щодо наслідків ЙД та частоти вживання йодовмісних продуктів харчування, визначення йодурії у разових порціях сечі з подальшим розрахунком медіани, пальпацію щитоподібної залози (ЩЗ). Вміст йоду у сечі визначали перекисно-каталітичним напівкількісним методом, а результати оцінювали за критеріями ВООЗ / МРКЙДЗ (2001,2007).

Результати досліджень. Наше опитування продемонструвало, що 60% батьків мало знають про вплив йоду на стан здоров'я людини. За даними анкетування, заморожену рибу та морепродукти мали у раціоні харчування 5 (22,7%) дітей. Тільки 7 (32%) анкетованих постійно споживали йодовану сіль.

Найтиповішими скаргами обстежених дітей були: зниження уваги, концентрації, працездатності, пам'яті, слабкість, підвищена втомлюваність. У 17 (77,2 %) дітей був підвищений інфекційний індекс-вони хворіли на ГРВІ від 8 до 12 разів на рік, часто мали ускладнення у вигляді синуситу, бронхіту, пневмонії тощо.

Медіана йодурії у 14 (63,9%) дітей була в межах 70-100 мкг/л, що є показником ЙД легкого ступеня. У 2 (9,1%) дітей медіана становила менше 70 мкг/л, що відповідало ЙД середнього ступеня важкості. У 6 (27,3%) дітей екскреція йоду з сечею була в діапазоні 100-200 мкг/л, що є оптимальним показником. Результати анкетування показали, що ці діти вживали йодовану сіль або йодовмісні вітамінно-мінеральні комплекси.

У 7 (32%) дітей за даними пальпації було виявлено збільшення розмірів ЩЗ, що свідчить про наявність дифузного зобу 1 ступеню.

Висновки. Дослідження йодної забезпечності школярів м.Києва показало наявність ЙД легкого ступеня у 63,9% обстежуваних та ЙД середнього ступеня тяжкості у 9,1% обстежуваних, що свідчить про необхідність проведення масової та індивідуальної йодопрофілактики.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ "ЙОДИДУ-100" ПРИ ЙОДОДЕФІЦИТІ У ДІТЕЙ

Решетило А.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Б.М. Павликівська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Йод – мікроелемент, що немає здатності до суттєвого депонування в організмі. Людина повинна систематично вживати йод з урахуванням добової потреби, яка залежить від віку та функціонального стану. Особливо значну групу ризику становлять діти з сімей з низьким рівнем достатку, що відбивається на забезпеченні організму дитини йодом. Прихована гіпотироксинемія, яка супроваджує довгоіснуючий дифузний зоб при нестачі йоду, призводить до формування йоддефіцитних захворювань та зумовлює подальше прогресування цієї патології, що є небезпечним для здоров'я підрос¬таючого покоління. Це пов'язано з тим, що гормони щитовидної залози мають важливе значення для дозрівання центральної нервової системи дитини. Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування "Йодиду-100" при йододефіциті у дітей з соціопатичних сімей. Проведено аналіз медичної документації 78 дітей, які перебували на лікування в міській дитячій лікарні з приводу соматичної патології. Середній вік дітей становив 11,5+3,42 роки. У більшості (73,1%) таких дітей встановлено симптоми субклінічного гіпотиреозу (в сироватці крові достатній вміст Т3 та Т4 на тлі підвищеного рівня ТТГ та пограничних показників медіани йодурії), у решти - маніфестного. У всіх дітей з йододефіцитом спостерігалося сповільнення фізичного та психічного розвитку, порушення функціонування серцево-судинної системи та вегетативних функцій організму (що виявлялось за даними пара клінічних методів дослідження), дисліпідемія. Сповільнення фізичного розвитку проявлялось у переважної більшості дітей (83,3%) затримкою зросту в межах 10-25 перцетилей. Збільшення розмірів щитовидної залози різного ступеня констатовано у всіх обстежених. Для корекції виявлених відхилень всім дітям призначався препарат „Йодид-100", який по типу зворотного зв'язку інгібує синтез і секрецію тиреотропного гормону, внаслідок чого зупиняється ріст зобу, нормалізується продукція гормонів щитовидної залози, порушена внаслідок нестачі йоду. На тлі корекції препаратом „Йодид-100" протягом 3-х місяців вдалось відновити гормональний статус, стабілізувати ліпідний обмін. Вірогідно зменшились розміри щитовидної залози, покращився показник інтелекту, зросла концентрація уваги та темп сенсомоторних реакцій, намітилась тенденція до покращення фізичного розвитку обстежених дітей. Достовірно кращу динаміку показників констатовано у дітей з

субклінічним гіпотиреозом. Отже, йододефіцит у школярів та його наслідки з боку психічного та фізичного розвитку можна усунути шляхом вживання препаратів йоду, зокрема "Йодиду-100".

ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ФОРМІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Синишин Х. М.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. А.П. Юрцева., к.мед.н., доцент В.Б. Мотрюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

В структурі захворюваності підлітків в останні роки спостерігається збільшення частоти вегетативних дисфункцій (ВД). Однією з клінічних форм ВД є вегето-судинна дистонія (ВСД). Складність проблеми діагностики і лікування ВСД полягає в тому, що зміни є поліморфними і неспецифічними. Метою нашої роботи було вивчення стану вегетативного гомеостазу та мозкового кровообігу у дітей з вегето-судинною формою ВД. Для виконання поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 56 дітей віком від 12 до 15 років, з них 69,6% дівчаток, 20,4% хлопчиків.

Аналіз клінічних симптомів захворювання показав, що основними скаргами у дітей були: болі голови – 80,4%, серцебиття – 41,1%, запаморочення – 21,4%, дабільність АТ – 55,4%. При об'єктивному обстеженні у переважної більшості дітей (73,2%) були симпатикотонії: «мармуровість» шкіри, кардіалгії, білий дермографізм, відчуття похолодання та виражений гіпергідроз кінцівок.

У всіх обстежених дітей реєструвались зміни на ЕКГ: ознаки гіпоксії міокарду (91,1%), порушення процесів реполяризації (80,4%), екстрасистолія (42,9%), синусова брадикардія (28,6%)порушення вшутрішлуночкової провідності (21,4%). За даними кардіоінтервалографії у більшості дітей (67,9%) спостерігалось переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Ваготонія діагностована у 19,6% обстежених дітей. І тільки у 12,5% дітей виявлялась амфотонія. Отримані дані свідчать про напруження процесів регуляції вегетативної нервової системи у дітей з ВСД.

Аналіз реоенцефалограм (РЕГ) показав, що у 55,4% обстежених дітей з вегето-судинною дистонією є ознаки підвищеного судинного тонусу, у 37,5% - внутрішньочерепна гіпертензія, у 32,1% - ознаки зниження інтенсивності пульсового кровонаповнення мозку, 12,5% дітей патології не було виявлено.

За даними ультразвукової доплерографії (УЗДГ) судин головного мозку та шиї найбільша частина дітей (69,6%) мали вазоспазм, з них 19 обстежених – легкий спазм судин. У 13 дітей констатовано ангіоспазм основної артерії, у 18 – лівої середньо мозкової артерії, у 7 спазм судин каротидного басейну.

Таким чином, отримані дані свідчать, що у дітей з вегето-судинною формою вегетативних дисфункцій є переваження тонусу симптоматичного відділу нервової системи, що проявляється ангіоспазмом судин головного мозку і вимагає адекватної корекції.

Включення у комплексне лікування седативного препарату «Седасен-форте» і рослинного препарату «Віноцетин» супроводжується зменшення інтенсивності та нападів цефалгії, покращенням сну та мозкового крововплину за даними РЕГ і УЗДГ.

СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Соляник А.О., Грищенко С.А., Должко Н.В.
Научные руководители: д.мед., проф. М.А. Гончарь, к.мед.н., асист. А.Д. Бойченко
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

Цель: определение наиболее значимых факторов риска у новорожденных, которые могут влиять на формирование кардиоваскулярных событий.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 48 матерей и обследовано 53 ребенка, в сроке гестации 37,4±1,2 недели. Для определения факторов риска развития кардиваскулярной патологии использовались анкеты семейного анамнеза кардиологического профиля, качество жизни матерей оценивалось с помощью опросника качества жизни SF-36. Контрольная группа – 20 здоровых новорожденных, без морфофункциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, без отягощенного анамнеза кардиологического профиля, средний возраст родителей – 24,7±2,9 лет.

Результаты исследования: Среди опрошенных преобладали матери новорожденных девочек (54,7%). Средний возраст большинства рожениц составлял 27,9±4,5 лет. Родились от первой беременности – 73,6% детей ($p \leq 0,05$), от второй беременности – 15,1% и 11,3% – от третьей и последующих. На учет по беременности до 12 недель стали 70,9% ($p \leq 0,05$) женщин, до 22 недель – 27,1%, после 30 недель беременности – одна женщина. Скрининговое ультразвуковое исследование было проведено всем опрашиваемым женщинам во время беременности в среднем 2-3 раза. Осложненная беременность имела место у 33,9% женщин. 50,9% ($p \leq 0,05$) матерей имели различные хронические заболевания. Состояние своего здоровья во время беременности как хорошее оценивают 89,6% ($p \leq 0,05$) женщин, удовлетворительное – 8,3%, неудовлетворительное – одна женщина. Большинство детей родились в удовлетворительном состоянии, из них 86,9% ($p \leq 0,05$) имели оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, 9,4% – 7-8 баллов и только 3,7% – 4-6 баллов. 84,9% ($p \leq 0,05$) детей были здоровы, 15,1% имели морфофункциональные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде нарушений ритма сердца (1 ребенок), диабетической кардиомипатии (2), аневризмы межпредсердной перегородки и широкого открытого овального окна (3), врожденных пороков сердца (2). У обследованных с морфофункциональными особенностями сердечно-сосудистой системы, описанными выше, средний возраст родителей составил 32,8±3,8 лет ($p \leq 0,05$). Отягощенный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлен у 50% ($p \leq 0,05$) обследованных; 62,5% ($p \leq 0,05$) женщин имели соматическую патологию 25% ($p \geq 0,05$) матерей перенесли острую респираторную инфекцию во втором триместре беременности, у 25% ($p \geq 0,05$) выявлены герпетическая и хламидийная инфекции.

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска развития кардиальной патологии у новорожденных являются: возраст родителей после 30 лет, наличие тяжелой соматической патологии у матерей, отягощенный семейный анамнез по кардиологическому профилю.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ КИСЛОТОЗАЛЕЖНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Стефанишин А.Б.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. І.С. Лембрик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Вступ. В Україні частота хронічного гастродуоденіту з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка у дітей та підлітків становить 300-400 випадків на 1000 дитячого населення, гастроезофагеальної рефлюксної хвороби – 146 випадків на 1000 дітей, а виразкової хвороби дванадцятипалої кишки – 1,6 на 1000 дитячого населення. Симптоми ураження підшлункової залози зазвичай виявляють у 12,5% випадків хронічної гастродуоденальної патології, однак точних епідеміологічних даних на сьогодні недостатньо.

Мета. Визначити поширеність та клінічні особливості порушення функції підшлункової залози у дітей шкільного віку із хронічною кислотозалежною патологією верхніх відділів травного тракту за даними ретроспективного аналізу медичної документації.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз медичної документації, за 2012-2014 роки, у 127 хворих із хронічною кислотозалежною патологією верхніх відділів травного тракту в поєднанні з ураженням підшлункової залози. Здійснено оцінку клінічного перебігу поєднаної патології, особливо на тлі інфікування Helicobacter pylori (за допомогою Stool Antigen Test та імуноферментного методів), а також визначення рівнів амілази крові, діастази сечі за методом Каравея, глюкози сироватки крові, а також показників копрологічного дослідження після застосування дієти Шмідта. Визначено особливості сонографічної картини підшлункової залози у згаданої когорти пацієнтів.

Результати. Найчастіше ураження підшлункової залози, за типом функціонального панкреатичного розладу відмічалося у 51,8% дітей із хронічним гастродуоденітом на фоні підвищеної кислотоутворюючої функції шлунка, рідше – у пацієнтів із неерозивною формою гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (49,5%) та виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (35,0%). Інфікування Helicobacter pylori виявлено у 19,7% випадків. Клінічні особливості поєднаної патології: ниючий абдомінальний біль, який найчастіше виникав уночі (96,0%), відригання кислим (40,9%), а також нестійкість випорожнень (11,8%). Результати додаткових методів обстеження засвідчили порушення функціонального стану підшлункової залози у 37,13% хворих: рівень діастази сечі був вищим за норму у 13,2% хворих, амілази – у 4,7% пацієнтів. За даними копрограми в окремих випадках мали місце: стеаторея I типу (3,9%), а також креаторея (1,6%). За результатами сонографічного дослідження підшлункової залози діагностовано дифузне підвищення ехогенності паренхіми (87,4%), а також лінійні ехо-позитивні включення у ділянці хвоста (36,2%), які, однак, не мали специфічного характеру.

Висновки. Хронічна кислотозалежна патологія верхніх відділів травного тракту в дитячому віці часто супроводжується порушенням основних функцій підшлункової залози. Ретроспективний аналіз медичних карт за останні три роки засвідчує недостатньо ефективну оцінку клініко-параклінічних особливостей поєднаної патології, в тому числі на тлі інфікування Helicobacter pylori, що визначає подальший діагностичний пошук.

ЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ АДАПТАЦІЇ ТА РІВНЯ САМООЦІНКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Тимощук О.В., Лембрик І.С., Цицюра О.О., Шлімкевич І.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. А.Б. Волосянко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) можна віднести до хвороб адаптації, які супроводжуються порушенням низки когнітивних та інтелектуально-мнестичних показників, зокрема самооцінки у пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити залежність адаптаційного потенціалу від рівня самооцінки у дітей, хворих на ХГД.

Матеріали і методи: Обстежено 40 дітей з ХГД віком 10-18 років, які лікувалися стаціонарно в ОДКЛ м. Івано-Франківська. 20 практично здорових дітей цього ж віку склали групу порівняння. Для аналізу варіабельності серцевого ритму застосовувалась система КардиоЛаб «ХАИ МЕДИКА». Аналізували інтегральний критерій – показник активності регуляторних систем (ПАРС), який виражали у балах від 1 до 10. Ступінь напруження регуляторних систем оцінювали за значенням ПАРС: стан норми або задовільної адаптації (1-3 бали); стан функціонального напруження (4-5 балів); стан перенапруження або незадовільної адаптації (6-7 балів); стан виснаження регуляторних систем або зриву адаптації (8-10 балів). Для визначення самооцінки дітей була запропонована методика "Сходинки", з бланком з 4 малюнками сходок, кожні з яких підписані: "Здоров'я", "Розум", "Товариськість", "Успішність у навчанні", де потрібно відмітити на яких саме сходинках різних східців дитина бачить себе. Результати підлягають кількісній та якісній обробці. 10 сходинок умовно приймається за 100%. Результати за шкалами, менші від 50%, підлягають якісній обробці.

Результати дослідження: Встановлено, що у 27,5 ± 0,14% хворих на ХГД дітей відмічався стан задовільної адаптації. Тоді, як у решти пацієнтів встановлено порушення адаптації різного ступеня: стан функціонального напруження зафіксовано у 32,5 ± 0,15% хворих, стан перенапруження – у 27,5 ± 0,14% дітей, а зрив адаптації мав місце у 12,5 ± 0,1% випадків. Середнє значення ПАРС у обстежених пацієнтів становив 4,86 ± 2,36 бала. У контрольній групі цей показник був значно нижчим – 3,15 ± 0,49 бала ($p<0,01$). У більшості обстежених групи контролю (65,0 ± 0,21%) встановлено стан норми, у 20,0 ± 0,18% дітей констатували функціональне напруження, у 10,0 ± 0,13% – перенапруження регуляторних систем і лише у однієї дитини (5,0 ± 0,10%) – зрив адаптації. Середнє значення оцінки рівня власного здоров'я дітей, хворих на ХГД, становить 27,5 % (із 100 %), рівня товариськості – 86,0%, успішності у навчанні – 72,0 %, оцінки розуму – 82,0%. У контрольній групі показник «Здоров'я» та «Успішність у навчанні» були вищими у порівнянні з основною групою (85,0% і 85,5% відповідно). Аналізуючи показник самооцінки стану власного здоров'я, ми встановили, що 70,0 ± 13,9% пацієнтів оцінили свій рівень здоров'я як низький. 30,0 ± 10,0% дітей виявили адекватну самооцінку здоров'я, і жодна дитина з ХГД не вказала на високий його рівень. Натомість, більшість (85,0 ± 16,5%) респондентів контрольної групи вважають себе здоровими. Троє дітей (15,0 ± 7,5%) відмітили середній рівень стану здоров'я. Встановлено також наявність сильного прямого кореляційного зв'язку між рівнем самооцінки здоров'я та ступенем адаптації регуляторних систем організму у дітей, хворих на ХГД ($r = 0,8$, $p<0,05$).

Висновок. Таким чином, виявлені порушення адаптації

поруч із зниженням самооцінки у дітей, хворих на ХГД, визначають необхідність своєчасної діагностики, профілактики та адекватної корекції встановлених змін з метою підвищення ефективності надання медико-психологічної допомоги та покращення якості життя пацієнтів в тісній співпраці педіатрів та психологів.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

Уліцький А.М., Гаврилюк О.І.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. А.П. Юрцева
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Властивості сполучної тканини кожної окремої людини є сумарним ефектом дії полігенних систем, які мають частково батьківське та частково материнське походження і приймають участь в синтезі, диференціюванні, катаболізмі елементів позаклітинного матриксу. Особливості функціонування сполучнотканинних структур, морфологічні зміни можуть спостерігатися і при відсутності певних генних мутацій. Дія мутантних генів або інших факторів, проявляється на фоні певного стану сполучної тканини. Мета дослідження: виявлення особливостей функціонування сполучної тканини у батьків дітей із недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ), для уточнення додаткового внеску, що мав вплив на розвиток у їх дітей НДС. Матеріали і методи. Для виконання поставленої мети було обстежено 22 пацієнтів 13-16 років із НДСТ (більше шести ознак недиференційованої дисплазії сполучної тканини згідно критеріїв Т. Мілковської-Дмітрової, доповнених Т.І. Кадуріною та В.Н. Горбуновим), які отримували лікування на базі Івано-Франківської міської дитячої клінічної лікарні з приводу вегетативної дисфункції. Контрольну групу склали 15 умовно здорових однолітків без ознак дисплазії, хронічних та спадкових захворювань. Результати дослідження. Ми дослідили наявність симптомів дисплазії сполучної тканини у батьків дітей із НДСТ. У батьків дітей із НДСТ достовірно частіше, у порівнянні із контрольною групою, виявляли астенічну тілобудову (68,18±9,93% і 26,67±11,42% відповідно, $p<0,01$), варикозне розширення вен нижніх кінцівок (40,91±10,48% проти 13,33±8,78% відповідно, $p<0,01$), пролабування мітрального клапану та малі аномалії серця (77,27±8,93% і 33,33±12,17% відповідно, $p<0,01$), патологію органа зору (50,0±10,66% проти 20,0±10,33% у контрольній групі, $p<0,01$). Існуючі дані про негативний вплив патології вагітності на здоров'я дитини дали поштовх дослідити анамнез вагітності у матерів обтежених дітей. Як з'ясувалося, матері більшої половини дітей із НДСТ мали патологію вагітності, що проявлялася гестозами першої та другої половини, загрозою передчасних пологів. У школярів контрольної групи дані відхилення виявлялись у 13,33±8,78%, проте це було значно нижчим, ніж у обстежених із проявами сполучнотканинної дисплазії 59,09±10,48 ($p<0,01$).

Висновок. Отримані результати демонструють істотну роль спадковості у розвитку недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей. Їх можна розглядати як свідчення того, що несприятливі впливи під час вагітності можуть спричинювати виразні порушення метаболізму сполучної тканини у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕРВИННОГО ТА ВТОРИННОГО НІЧНОГО ЄНУРЕЗУ У ДІТЕЙ

Шлімкевич І.В.
Науковий керівни - д.мед.н., проф. А.Б. Волосянко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Актуальність: Нічне нетримання сечі є стресовим явищем для дітей і підлітків та має великий вплив на їхню поведінку, емоційний стан та соціальну дезадаптацію дітей. Існує низка фізіологічних розладів, які можуть бути пов'язані з цим явищем: труднощі з пробудженням, поліурія і дисфункція сечового міхура. Часто нічне нетримання сечі у дітей і підлітків є спадковим. Мета роботи: вивчити особливості клінічних проявів первинного і вторинного нічного енурезу у дітей.

Матеріал та методи дослідження. В дослідження включено 31 пацієнт з первинним та вторинним енурезом у віці від 5 до 15 років, з них хлопчиків - 18, дівчаток - 13. Які знаходились на стаціонарному лікуванні в Івано – Франківській ОДКЛ. Залежно від віку виділяли первинний і вторинний нічний енурез. Первинний нічний енурез виникає у дітей в ранньому віці без тривалих «сухих» періодів (2- 6 міс) і вторинний нічний енурез - стан, при якому хворі повторно починають мочитися в ліжко після значного періоду ремісії (від 3-6 міс до кількох років). Статистичну обробку даних проводили з допомогою пакету програм пакета Statistica 5.5A (Statsoft, USA).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених дітей з нічним енурезом діагностовані: первинний нічний енурез у 23, серед них 10 дівчаток і 13 хлопчиків у віці від 5 до 16 років і вторинний нічний енурез у 8, серед них 3 дівчаток і 5 хлопчиків у віці від 5 до 12 років. У 23 пацієнтів з первинним нічним енурезом виявлено такі фактори: в 69,57% випадків - на тлі глибокого сну, 21,74% - нічна поліурія і нейрогенна дисфункція сечового міхура у (73,92%). У 8 дітей із вторинним нічним енурезом прояви виникли в 50% випадків у віці 8 років - 4, у віці 5 років - 2, у віці 7 років -1 і в 11 років -1. Серед етіологічних причин у 8 дітей виявлено такі: у 3 – однин із батьків пішов із сім'ї або велика сварка, у 3 - різні страхи (темряви, монстрів, вовків, павуків), у 1 - народження другої дитини в сім'ї і в 1 - напружена психологічна обстановка в школі (внаслідок сварки з учителями). Клінічні симптоми у 31 пацієнта: неврозоподібні стани - у 5 дітей (16,13%), вегето-судинна дистонія - у 2 дітей (6,46%), органічно емоційно лабільний (астенічний) розлад - у 4 дітей (12,91%), гіпердинамічний синдром - у 1 дитини (3,23%), порушення сну - у 5 дітей (16,13%), резидуальна енцефалопатія - у 4 дітей (12,91%) і нейрогенна дисфункція сечового міхура – у 10 дітей (32,26%).

Висновки: Серед обстежених переважають діти з первинним нічним енурезом з клінічними проявами нейрогенної дисфункції сечового міхура (73,92%), міцний сон (69,57%) и поліурія (21,74%). Серед дітей із вторинним нічним енурезом дебют відбувся у віці від 5 до 12 років, в основі якого лежать психоемоційні фактори або різні страхи.

КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ

Шлімкевич І.В., Лембрик І.С.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. А.Б. Волосянко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра педіатрії

Актуальність:Гіпоталамічний синдром у дитячому віці часто супроводжується порушеннями психоемоційного статусу через дисморфоманію (несприйняття власного тіла) та зниження якості життя. Таким дітям зазвичай буває тяжко соціалізуватися та адаптуватися до думки оточуючих, особливо якщо мова йде про підлітків, які лише починають визрівати як особистість. Мета роботи: визначення ефективності препарату фітосед у комплексному лікуванні дітей із гіпоталамічним синдромом пубертатного віку.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 40 дітей, у віці від 14 до 18 років, із гіпоталамічним синдромом пубертатного віку. Діагноз основного захворювання верифіковано відповідно до сучасних протоколів діагностики та лікування, затверджених МОЗ України (за протоколом № 254» Дитяча ендокринологія" від 27.04.2006р. – Київ, 2005). 20 дітей основної групи, окрім терапії основного захворювання, отримували седативний препарат фітосед у віковому дозуванні, а 20 дітей – тільки стандартну терапію. Статистичну обробку даних проводили з допомогою пакету програм пакета Statistica 5.5A (Statsoft, USA).

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш часто у дітей із гіпоталамічним синдромом відмічались головний біль і кардіалгії (75,0% і 67,5%, p <0.05). Прояви емоційної лабільності відмічено у 70,0%, а загальної тривожності, – у 65,0% хворих із гіпоталамічним синдромом відповідно. Оцінка ефективності запропонованого лікування проводилася на підставі зменшення або повного зникнення клінічних симптомів. Так, застосування у комплексній терапії препарату фітосед супроводжувалося достовірним зменшенням інтенсивності цефалгій у 65,0% випадків (P=0,99), ознак кардіалгічного синдрому у 70,0% пацієнтів (P=0,99). Стандартна терапія сприяла регресу симптомів кардіалгічного та цефалгічного синдромів тільки у 40,0% пацієнтів із гіпоталамічним синдромом (P=0,99), що вказує на недостатню її ефективність. Позитивну динаміку ознак емоційної лабільності, під впливом препарату фітосед, ми спостерігали у 65,0% пацієнтів основної групи (P=0,99), а тривожності – у 55,0% дітей (P=0,98). В той же час, тільки у 30,0% хворих групи порівняння спостерігалося зменшення симптомів емоційної лабільності (P=0,99), що свідчить про недостатню ефективність стандартного лікування. Висновок. Застосування препарату фітосед у комплексному лікуванні проявів гіпоталамічного синдрому дитячого віку сприяє нормалізації основних показників психоемоційного статусу та покращенню якості життя.

ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

THE RISKS OF THE DEVELOPMENT OF SOCIAL-STRESS DISORDERS AMONG THE UKRAINIAN POPULATION

Rutkowska Olga, Anastasia Medvid, Anastasia Kuzhda
Scientific tutor – MD, PhD, Associate Professor Olena Pityk
SHEE "Ivano-Frankivsk National Medical University"
Chair of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Introduction: According to WHO, more than 10 % of economic losses to society is due to a variety of diseases caused by mental disorders and their consequences. Among the most important tasks for the next decade, according to the European plan of action on mental health care is to develop and implement complex, integrated and effective systems of mental health care that can include such elements as health strengthening, prevention, treatment and rehabilitation. In 90th of 20 century the condition of mental health of population of Russia and republics of Soviet Union was analyzed by Russian psychiatrist Y.A. Alexandrovsky. There was the expressed opinion of presence the group of so-called social-stress disorders that was determined like psychogenic-actual for most people as social and economic and political situation. Aims: The aim of research was the attempt to analyze reasons and clinical features of social-stress disorder in Ukraine. Materials and methods: In order to achieve aim, we used the method of clinic-psychopathological interview with patients who applied out-patient psychological consultation on the chair of psychiatry.

Results: Conditions (causes) and characteristics of subjective experiences, which can lead to the disorder: fundamental changes in social relations that go beyond the usual experience, change of cultural, ideological, moral, religious ideas, norms and values that have remained unchanged throughout the life of previous generations, change in social relations and life plans, instability and uncertainty of life situation. The main changes in psychic state include following behaviors and clinical implications: loss of the value of human life, which is manifested in indifference to death in lowering caution when hazardous situations, willingness to sacrifice lives without any ideals. At the same time there is unrestrained lost for pleasure and moral promiscuity, exacerbation of personality typological traits, development of hyperstenic reactions (to self-destructive non-expedient behavior), hypostenic disorders, panic reactions, depression, dissociative and conversive irregularities, loss of plasticity of communication, loss of the ability to adapt to what happens with the preservation prospects of targeted actions, manifestations of cynicism, the tendency to antisocial actions. Patients had complaints on increase of anxiety, pessimistic attitudes, existential vacuum, sense of uselessness and loss of perspectives, tendency to irrational perception of reality with including mechanisms of autistic and archaic thinking. Conclusions: Thus, psychological well-being of the population of Ukraine in the post-socialist period is a kind of model change public consciousness. Social-stress disorder may be considered like a basis which leads to the decreasing of the individual barrier of mental adaptation with the next manifestation of different forms of psychological maladjustment. Analysis of the psychological and psychiatric consequences of historical events of the last decades have shown that the protection of mental health should be a priority not only for health professionals but also a priority of the country.

ДЕПРЕСІЯ ЯК ВАГОМИЙ ЧИННИК ПОГІРШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Медвідь А.-К. Б.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.І. Винник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра психіатрії,наркології та медичної психології

Хронічна серцева недостатність (СН) – складний у патогенезі синдром, який є наслідком усіх серцево-судинних захворювань. Відомо, що ішемічна хвороба серця (ІХС) є основною причиною виникнення СН. Рядом клінічних досліджень (FINE, HUNT Study, EuroHeart Failure survey program) відмічена роль депресії в дестабілізації СН та її вплив на прогноз. Проте, залишаються суперечливими дані щодо змін проявів депресії за умови прогресування СН.

Метою дослідження було вивчення впливу депресії на якість життя хворих із СН ішемічного ґенезу на різних стадіях прогресування синдрому.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 35 хворих із СН ФК II-IV (NYHA) на тлі ІХС. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Якість життя (ЯЖ) оцінювали за допомогою хвороб-специфічного опитувальника MHFLQ та за допомогою анкети EuroQol-5D (EQ-5D). Статистичний аналіз здійснювали із використанням стандартного пакету програм Statistica 12 (StatSoft, Tulsa, OK, USA); дані вважались достовірними при $p<0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. ЯЖ обстежених пацієнтів із СН, за даними опитувальника MHFLQ, склала (56,7±2,8) балів. Причому, сумарний бал зростав по мірі збільшення функціонального класу. Так, при II ФК він склав (41,5±2,6) балів, при III ФК – (57,3±2,5) балів, при IV ФК – (73,9±3,2) балів. Між сумарним балом ЯЖ та ФВ лівого шлуночка відмічений зворотній слабкий кореляційний зв'язок ($r= -0,25$; $p<0,05$).

За даними опитувальника EuroQol-5D, по мірі прогресування СН у хворих значно погіршується загальний стан: зростають проблеми з рухливістю, самообслуговуванням, звичайною повсякденною діяльністю; посилюється біль/нездужання та ознаки тривожності і депресії.

Висновок. По мірі прогресування хронічної недостатності погіршується якість життя хворих, посилюються прояви депресії та тривожності.

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ У ПРОЦЕСІ ТЕРАПІЇ АТИПОВИМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Ромаш І. Р.
Науковий керівник – д. мед.н., проф. М. І. Винник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність проблеми. Однією з найбільш розповсюджених патологій сучасної психіатрії є шизофренія. Захворюваність зустрічається з частотою 1 випадок на 1000 населення на рік, ризик розвитку шизофренії складає 1%, а найвищим є ризик розвитку параноїчної форми шизофренії. Найчастіше захворювання дебютує у віці 14-35 років, тобто в осіб шкільного та молодого працездатного віку, що й обумовлює значні соціальні та економічні втрати для суспільства.

Мета: вивчити клініко-параклінічні показники метаболічного синдрому у хворих на параноїдну шизофренію при застосуванні в терапії атипових нейролептиків.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося з 2012 року на базі Івано-Франківської обласної психоневрологічної лікарні № 3. Обстежено 80 хворих на параноїдну форму шизофренії віком від 18 до 50 років (середній вік становив 38,7±2,3 років). Всі учасники дослідження були розділені на дві групи. В першу групу були відібрані 40 хворих, що приймали типовий нейролептик галоперідол у дозі від 1,5 до 6 мг на добу (середня доза – 4,6 ± 1,3 мг/добу). У другу групу ввійшли 40 хворих, які приймали атиповий нейролептик рисперидон в дозі від 2 мг до 6 мг на добу (середня доза –3,7±1,8 мг/ добу). В дослідженні використано психопатологічне, клініко-параклінічні та статистичні методи дослідження на початку та через 3 місяці антипсихотичної терапії.

Отримані результати. У хворих першої групи за час лікування спостерігалось збільшення маси тіла з 80,38±1,72 кг до 81,51±1,90 кг. ($p>0,05$) зростання рівня тригліцеридів з 1,77±0,08 ммоль/л. до 1,85±0,10 ммоль/л. ($p>0,05$). Також виявлено тенденцію до підвищення толерантності до глюкози з 4,13±0,19 ммоль/л. до 5,01±0,29 ммоль/л. ($p<0,05$). Ліпопротеїди високої щільності становили 2,12±0,17 ммоль/л. до лікування і 1,60±0,11 ммоль/л. після лікування ($p<0,05$).

Встановлено, що у пацієнтів, які приймали рисперидон, мало місце більш суттєве порівняно із хворими першої групи зростання маси тіла (з 81,12±1,26 кг до 86,51±1,56 кг.). Показники тригліцеридів, навпаки, продемстрували тенденцію до незначного зниження (1,73±0,14 ммоль/л. і 1,70±0,25 ммоль/л. після 3-х місячного лікування). Спостерігалось більш суттєве порушення толерантності до глюкози з 3,85±0,35 ммоль/л. до 5,29±0,41 ммоль/л ($p<0,05$) після 3-х місячного лікування. Показники ліпопротеїдів високої щільності становили 2,20±0,29 ммоль/л. і 3,03±0,44 ммоль/л до і після лікування.

Висновки. 1. У пацієнтів обох груп верифіковано ранні прояви метаболічного синдрому, що проявлявся дисліпідемією, порушенням толерантності до глюкози та зростанням маси тіла.

2. У хворих, які приймали атиповий нейролептик рисперідон мали місце більш суттєві порушення метаболічного профілю порівняно із хворими, які приймали класичний нейролептик галоперідол.

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ В СТРУКТУРІ ПОСТАБОРТНОГО СИНДРОМУ

Тодорів Л. Р.
Наукові керівники: д.мед.н. проф. Винник М.І., к.мед.н. доцент Тодорів І.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Мета дослідження: з'ясування психологічних особливостей жінок, які переносять постабортний синдром.

Завдання дослідження: вияснити особливості перебігу психічних розладів у жінок, які переносять постабортний синдром і методи його корекції.

Матеріал та методи дослідження:

Для цього методом випадкового відбору було виділено 45 жінок віком від 20 до 52 років, які перебували на стаціонарному лікуванню в обласній психіатричній лікарні з приводу невротичних, особистісних або пов'язаних із стресом розладів. Ці жінки відповіли на анкету „Чи страждаєте Ви на постабортний синдром?".

Жінок, у яких виявився постабортний синдром, ми обстежили методами „незакінчених речень", шкали Гамільтона для оцінки депресій, ММРІ, а також опитувальник для діагностики типу акцентуації особистості Шмішека.

Отримані результати:

При дослідженні жінок, які знаходяться на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні з приводу невротичних, особистісних або пов'язаних із стресом розладів можуть зустрічатись пацієнтки з наявністю постабортного синдрому, який проявляється комплексом розладів з ознаками посттравматичного стресового розладу, обсесій і депресії. З них 40 жінок лише половина вийшли заміж «по коханню». При психологічному обстеженні жінок, які демонструють постабортний синдром, виявляється установка на гіпернормальні відповіді при вираженій тенденції до невідвертості і бажання наближати відповіді до „норми". В групі обстежених переважають особи з небагатою фантазією, шаблонно, тверезо і практично мислячих. Серед них більше особистостей з емотивним, циклотимним і збудливим типами акцентуацій, для яких вплив несприятливих факторів (наприклад, аборту) сприяє деформації особистості, внаслідок чого акцентуації приймають патологічний характер і сприяють розвитку комплекса психологічних проблем і психічних розладів, які відомі як „постабортний синдром". Жінки з ПАС виявляють нейтральне відношення до сім'ї і негативне до себе й батька, що формує „конфліктну зону" й може слугувати мішенню для психологічної корекції.

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ФОКАЛЬНИМИ ЕПІЛЕПСІЯМИ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

Фенчук Г.В.
Наукові керівники - к.мед.н., доц. І.В. Тодорів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету

Метою даної роботи є аналіз когнітивних розладів і епілептичної деменції, що супроводжують різні види фокальної епілепсії і корекція їх ентропом в дозі 100 мг на добу протягом 1-2 місяців, залежно від їх тяжкості.

Завданням дослідження було вивчення ефективності нейромодуляції на корекцію когнітивних розладів при фокальних формах епілепсії.

Матеріал та методи дослідження. З цією метою були вивчені 30 пацієнтів, набраних випадковим методом з криптогенними і ідіопатичними формами епілепсій до лікування ентропом і через 40 днів після лікування. Група порівняння складала 20 хворих, яким здійснювалось лікування тільки антиконвульсантами. Методи дослідження: клінічний, патопсихологічний і біоелектричний метод (ЕЕГ).

Результати дослідження: хворі з симптоматичними або криптогенними епілепсіями демонструють знижену критику, зокрема підвищення самооцінки, за шкалами «щастя», « здоров'я» і «інтелекту». Після лікування ентропом такі пацієнти виявляють підвищення самооцінки. Зменшення кількості нападів і корекція когнітивних розладів ентропом у динаміці покращують мнестичні функції хворих. У хворих і основної, і контрольної груп після корекції лікування покращилась якість мислення, але ефективніше це проявлялося, якщо додатково призначався ентроп. Дослідження біоелектричної активності головного мозку дозволяє більш ефективно контролювати динаміку функціональної недостатності головного мозку, ніж епілептичну активність головного мозку через порівняно короткий термін лікування (40 днів). Таким чином, результати дослідження дозволяють рекомендувати ентроп в якості ноотропного препарату для комплексного лікування пацієнтів з різними формами епілепсії.

Висновки: таким чином, хворі з симптоматичними або криптогенними епілепсіями демонструють знижену критику, зокрема, підвищення самооцінки за шкалами «щастя», «здоров'я» та «інтелекту». Після лікування ентропом такі пацієнти виявляють підвищення самооцінки. Зменшення кількості нападів і корекція когнітивних розладів ентропом у динаміці покращують мнестичні функції хворих. У хворих і основної, і контрольної груп після корекції лікування покращилась якість мислення, але ефективніше це виявлялося у групі, де пацієнтам додатково призначався ентроп. Дослідження біоелектричної активності головного мозку дозволяє більш ефективно контролювати динаміку функціональної недостатності головного мозку, ніж епілептичну активність головного мозку через порівняно короткий термін лікування (40 днів).

РАДІОЛОГІЯ ТА РАДІАЦІЙНА МЕДИЦИНА

THE TUMOR AND TUMOR-LIKE FORMATIONS OF THE CALCANEUS

Barkhat A., Voytynskyy O.V., Kudybyn M.B.
Scientific supervisers - associate professor T. L. Lenchuk
State Establishment «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Radiology and Radiation Medicine

Today the problem of X-ray diagnostics of tumors and tumor-like lesions of the foot, and especially the calcaneus wasn't studied enough because of the lack of observations and small number of publications. A particular problem - it is early diagnosis and differentiation of benign and malignant growth.

The aim of the research work was the necessity to examine, summarize and organize clinical and radiological features of the development and progression of various forms of the tumor and tumor-like formation of the foot at the regional level.

Materials and methods. There were 18 patients examined with tumors and tumor-like formations in the calcaneus, of age 11-64 years old. The diagnosis of malignancy was confirmed morphologically in all patients. There were such radiologic methods made: the radiography, the primary enlarged radiography, the tomography, the computed tomography of calcaneus.

Results and discussion. 7 patients with benign tumors(2-giant-cell tumor, 2-chodroblastoma, 2-haemangioma, 1-chondroma), 5-malignant (1-haemangioendothelioma, 1-lytic type of the osteogenous sarcoma, 2-solitary myeloma, 1- metastasis in calcaneus at the patient with lungs' cancer), 6-tumor-like formations (2-osteoid-osteoma, 2- aneurysmal bone cyst, 2- osteomathosis of astragalocalcanean joint). The giant-cell tumor was developed by lytic type in one case and by cellular type in another type. The chondroblastoma was located in the back parts with multiple calcifications in the centre. The

haemangioma was visualized as focus of osteolysis with well-defined contours, and the chondroma had eccentric placing and pushed aside the soft tissues. The osteoid-osteoma was in upper-front part with sclerosis and destruction. Aneurismal bone cysts caused the sharp erosion of the outer table. Malignant tumors had rapid growth, osteolysis, and absence of sharply margined contours.

The conclusions. There was established the rarity of calcaneus lesions by the tumors and tumor-like formations. Benign tumors and tumor-like formations cause the change of structure and its bulging. Malignant tumors develop rapidly with domination of osteolysis

CHOICE OF METHOD OF RADIOLOGY DIAGNOSTIC WITH MALIGNANT TUMORS OF THE FOOT

Rudnicka K.U., Ruzhylo O.S.
Scientific supervisers: associate professor O.M. Fedyk, Master of Medicine, assistant V.M. Matskevych
State Establishment «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Radiology and Radiation Medicine

Diagnosis of malignant tumors (MT) of the foot is complex. Often there are some discrepancies in the assessment process. This is a rare localization of lesions in the ankle joint and foot, early detection of the problem and not structured clinical and radiological manifestations of the disease, the difficulty of differentiating benign and malignant growth. Today diagnostic errors in the initial treatment of the patient reach 60-90 %.

The aim of the research work was the necessity to examine, summarize and organize clinical and radiological features of the development and progression of various forms of malignant neoplastic lesions of the foot at the regional level.

Materials and methods. The results of X-ray diagnosis of 18 patients aged 5 to 64 years with MT of the foot were analyzed. Significantly spongy bones of the foot are more affected. The diagnosis of malignancy was confirmed morphologically in all patients. During suspicions and the presence of MT of the foot, examination of patients began with radiographs in a straight line, slanting side projections and additional radiological techniques (primarily increased radiography, longitudinal imaging), followed by the use of computed tomography (CT). The study shows that the CT is one of the most informative and effective method of diagnosis and assessment of the spread of cancer.

The results and discussion. Osteogenic sarcoma was diagnosed in 1.80% of cases (4 patients), reticulosarcoma - 1, 35% of cases (3 patients), chondrosarcoma - 1.35% of cases (3 patients), myeloma - 1.35% (3 patients), metastatic lesions - 0.90% of cases (2 patients.).

The conclusion. Malignant tumors of the foot are characterized by rapid growth with an intense pain syndrome and occur with a predominance of bone lysis. Destruction tends to spread quickly. Often it destroys the cortical layer with an invasion into the soft tissue. Malignant reactions of periosteum are inactive. Routine diagnostic methods allow to suspect pathological processes in the bone, and additional methods are used to a more detailed assessment of the structure and process of tumor spread beyond the bone.

STUDYING THE CONDITION OF BONE TISSUE WITH CHRONIC LIMB ISCHEMIA (OBLITERATIVE ATHEROSCLEROSIS)

Simontobow J.A., Matskevych V.M.
Scientific superviser - PhD of Medicine, prof. P.F. Dudiy
State Establishment «Ivano-Frankivsk National Medical University»
Department of Radiology and Radiation Medicine

Peripheral obliterative arteriopathy of the lower extremities is diagnosed in 5-7% of the population over the age of 30 years old. Among chronic obliterating diseases of lower limb's arteries one of leading positions is occupied by obliterative atherosclerosis. The possible high information content of densitometric analysis was given from bone mineral density (BMD) of the lower extremities in patients suffering from diabetes melitus. In practice this helps to reduce the risk of fractures during chronic limb ischemia (CLI).

The purpose of this research work was a comparisment of the results of clinical and radiological examination to objectification status bone of the lower extremities in patients with CLI, caused by atherosclerosis.

The research task is to examine the condition of bone tissue with CLI caused by obliterative atherosclerosis.

Materials and methods. There were 44 male patients examined and diagnosed with CLI, with an average age of 53 ± 8 years. Pursuant to the classification by Fontaine, they were divided into equal groups: a) stage II A, b)stage II B, c)stage III, d) stage IV CLI. For control, data on bone mineral density of the lower extremities from 15 healthy people were used. The condition of the vascular bed was studied during angiography and duplex sonography. The determination of femoral neck's BMD was performed on the dual energy X-ray densitometer. Calcaneus BMD was determined by using spiral computed tomography. The reliability of the results was provided by using standard diagnostic methods and definition the Student's t-test.

The results have shown that the decrease in bone mineral density with CLI caused by atherosclerosis is gradually according to the stages of the circulatory disorders' appearance. A decline in BMD is more expressed for bone located more distally, namely the calcaneus compared to the femoral bone that can be explained by aggravation CLI in the distal parts of the leg.

This quantitative analysis improves the quality and objectification of diagnostic data of various organs and systems and in this study it fully correlates with dual-energy X-ray densitometry of the medium third of femoral neck with CLI.

Conclusion. The proposed technique of quantitative analysis of BMD allows to evaluate the bone tissue, improve prognosis of postoperative and rehabilitation period. Respectively it will more accurately determine the current stages of CLI. Prospects for further research of data of bone mineral density, angiography and ultrasound examination are the ability to establish reverse algorithm between specification of CLI's degree in accordance with the level of BMD.

АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ВИНИКНЕННЯ ПІЗНІХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ГРУДІ З ВІКОМ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ СКЛАДОВОЮ ПУХЛИНИ НА ЧАС ДІАГНОЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Голованова А.Ю. Стародубцев Д.С.
Науковий керівник - доц. М. Є. Слабодчиков
Харківський національний медичний університет
Кафедра радіології та радіаційної медицини

Рак грудної залози – злоякісна пухлина залозистої тка-

нини молочної залози. Це найчастіша форма рака у жінок та друге за частотою після раку легень онкологічне захворювання в популяції загалом.

Мета роботи - встановити наявність зв`язку пізнього метастазування з віком хворих та патогістологічною складовою на час встановлення діагнозу РГЗ.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом розпочатого дослідження будуть клінічні, патоморфологічні, лабораторні, часові, демографічні, конституціональні характеристики у онкологічних хворих із віддаленими в часі пізніми метастатичними пухлинами, які акумулюються в електронній базі даних.

Результати дослідження. Аналізуючи вік хворих, було встановлено, що переважну більшість хворих складали жінки у віці від 60 до 69 років (32,5 %), 34 (29,8 %) жінки у віці 50–59 років, у 20 (17,6 %) хворих віком 70–79 років та в незначної кількості пацієнтки в віці 40–49 років (12 хворих – 10,5 %), 7 (6,1 %) жінок в віці 80–87 років (3,5 %) молодого віку – 30–39 років. Тобто, як свідчать ці дані: переважна більшість хворих перебувала в середньому та похилому віці (від 60 до 89 років) – в 64 (56,2 %) випадках.

При вивченні патогістологічного матеріалу після хірургічного втручання були встановлені морфологічні ознаки пухлини грудної залози- у 51 випадку (44,7 %) встановлена інвазивна часткова та протокова карцинома, в 30 випадках (26,3 %) інвазивна протокова карцинома, в 24 випадках (4 %) інвазивна часткова карцинома. В незначної кількості випадків встановлений медулярний рак (4 жінки – 3,5 %), по 2 випадки (1,8 %) - хвороба Педжета та злоякісна листовидна пухлина, та в 1 випадку – внутрикістозна карцинома. Таким чином, у 105 (92,1 %) хворих спостерігались два найбільш поширених гістологічних варіанта РГЗ – часткова та протокова карцинома.

Висновки. Довідково-аналітична система «база даних хворих» дозволяє накопичувати медичну інформацію щодо клінічних, патоморфологічних, лабораторних, антропометричних характеристик у хворих-жінок на РГЗ.Вік хворих на РГЗ в переддіагнозовому часі склав в середньому 61,2 роки, в 56,2 % випадків, а в 92,1 % -спостерігалась часткова та протокова карцинома, як два найбільш поширених варіанта РГЗ.

МЕТОДЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Стародубцев Д.С., Голованова А.Ю.
Научный руководитель - доц. Н.Е. Слабодчиков
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра радиологии и радиационной медицины

Рак молочной железы (РМЖ) - одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин. Заболеваемость РМЖ неуклонно растет и является одной из главных причин смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах. Для выявления и ранней диагностики РМЖ используют такие диагностические методы как: маммография, дуктография, ультразвуковая диагностика и цитологический метод исследования.

Маммография – метод специального исследования, высокая диагностическая достоверность которого составляет 83-95 %. При рентгенодиагностике опухолевой патологии молочной железы различают первичные и вторичные признаки злокачественности. Первичным признаком рака является наличие опухолевидной тени, форма которой может быть неправильной - звездчатой или амебовидной, с неровными, нечеткими контурами, характерной радиарной тяжистостью. Одним из наиболее достоверных и ранних рентгенологических признаков РМЖ служит наличие микрообызвествлений, отражающих отложения солей кальция в стенке протока. Дуктография осуществляется путем введения контрастного вещества в молочные протоки с последующим осуществлением маммографии. Дуктографию выполняют при секретирующей и кровоточащей молочной железе; она помогает проводить дифференциальную диагностику между доброкачественными новообразованиями и РМЖ. Ультразвуковая (эхографическая) диагностика РМЖ показана женщинам молодого возраста (до 35-40 лет), у которых рентгенологическая диагностика затруднена из-за плотного однородного фона железы (железистая ткань), наблюдаемого у 57 % больных. Метод неинвазивный, не требует больших материальных затрат, обладает большой пропускной способностью, не имеет противопоказаний, что позволяет использовать его в качестве скринингового. УЗИ чаще всего используется для дифференцирования солидных и кистозных образований, реже применяется для первичной диагностики РМЖ. По данным литературы, с помощью УЗИ удается выявить РМЖ в 65-92 % случаев. При любом подозрении на злокачественный процесс в молочной железе необходимо проводить цитологический метод, достоверность результатов которого составляет 80-96 %.

Комплексная диагностика - сочетание маммографического, ультразвукового, цитологического методов - дает наиболее высокий процент достоверных заключений, что позволяет на ранних этапах развития заболевания поставить правильный диагноз и выбрать верную тактику лечения.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ

Шкільна О.О.
Науковий керівник – к.мед.н., асист. О.О. Гавриленко
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та радіаційної медицини

Актуальність: в XXI столітті жовчнокам′яна хвороба займає доволі високий відсоток захворювань серед населення світу, в т.ч. і в Україні. Для діагностики цього захворювання використовуються різні методи дослідження. Компютерна томографія- найбільш інформативний , точний та швидкий метод дослідження.

Мета: визначити рівень захворюваності на жовчнокам′яну хворобу серед пацієнтів згідно віку та статі. Нами досліджено структуру, форму, розмір, щільність конкрементів , а також їхній вплив на сусідні органи: печінку, селезінку. нирки, підшлункову залозу.

Матеріали та методи: нами вивчено та проаналізовано КТ-знімки 96 пацієнтів з жовчнокам′яною хворобою. За допомогою програми «eFilm» вивчено основні ознаки утворених конкрементів при даному захворюванні: розмір, форма, щільність. Отримані дані оброблено статистично за Стьюдентом.

Результати: у ході досліджень встановлено, що середній вік пацієнтів з жовчнокам′яною хворобою складає 52 роки для жінок та 65 длячоловіків. Середній розмір конкрементів у жінок – 14,25 мм, у чоловіків- 17,00мм. Також виявлено ускладнення з боку інших органів, які пов'язані з жовчнокам′яною хворобою. Так, у 87.5 % жінок відмічено панкреатит, у чоловіків- 75%, середнє значення – 81,25 %. Атеросклероз виявлено у 62,5 % жінок та 62,5 % чоловіків. Ускладнення з боку нирок спостерігається у 62,5 % жінок ,

12,5 % чоловіків, середнє значення 37,5%. Жодних ускладнень не відмічено у 0% жінок та 12,5 % чоловіків. Захворювання спостерігається у пацієнтів віком від 50-70 років (62,5%), після 70 років хвороба виявлена у 25 % пацієнтів.

Висновок: Встановлено. що середній вік хворих на жовчнокам′яну хворобу нижчий для жінок, проте середні розміри конкрементів більші для чоловіків. Ускладнення з боку підшлункової, судин та нирок більш притаманні жінкам. Тому можна зробити висновок, що на жовчнокам′яну хворобу частіше хворіють жінки в більш молодому віці та з більшими ускладненнями для інших систем.

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ОБҐРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ У СЕРЕДОВИЩІ СТАРШОКЛАСНИКІВ

Басараба Т. П.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. О. З. Децик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства

Характеристика найближчого оточення і взаємостосунків в ньому має важливий вплив на формування світогляду, організацію дозвілля та способу життя підлітків.

Мета**:** виявити в середовищі проживання та навчання ефективні джерела впливу на спосіб життя учнів старших класів.

Матеріали і методи: дані анонімного опитування 815 учнів 8-11 класів ЗОШ м. Івано-Франківська.

Результати дослідження показали значну поширеність ризик-поведінки серед шкільної молоді. Так, більшість опитаних (64,5%) визнали, що вживають алкогольні напої, з яких (5,8%) регулярно – 1-2 рази на тиждень або й щодня. При цьому віддають перевагу слабоалкогольним напоям: алкопопсам (32,5%), вину – (32,4%) та пиву - (28,8%). Поширеним в середовищі підлітків є й куріння (25,7%). Серед учнів старших класів 14,9 % визнали, що практикують статеве життя, але при цьому 21,7% з них на час дебюту не володіли інформацією про безпечний секс і не застосовували його.

Отримані результати підкреслюють потребу організації профілактичних заходів у школах, зокрема ефективних джерел інформування учнів.

Вивчення в зв'язку із цим соціально-психологічних чинників середовища проживання та навчання старшокласників показало, що тільки дві третини (71,3%) опитаних проживають у повних сім'ях, а решта або живе з одним із батьків (18,7%), або їх батьки за кордоном (2,6%). Попри доброзичливі взаємостосунки у більшості родин (71,5%), майже третина опитаних (28,6%) скаржились на непорозуміння між членами сімей. При цьому, довірливі стосунки у підлітків частіше налагоджені з матерями (81,3%), ніж з батьками (71,2%, $p<0,05$).

Значно гірше підлітки оцінювали психологічний клімат у школі, який як доброзичливий оцінили тільки 44,3% учнів, а задовільний та негативний – 51,6% та 4,2% відповідно. Основними причинами дискомфорту у шкільних взаємостосунках респонденти вважали зверхнє ставлення до себе однолітків (44,3%) та недоброзичливе з боку вчителів (59,5%).

Відповідно, більшість учнів зазначали, що повністю довіряють тільки своїй родині, головним чином, матері (81,3%), і в меншій мірі – батькові (67,3%) чи іншим близьким родичам (49,9%). Значно рідше опитані учні схильні довіряти своїм друзям (29,9%) і, особливо, вчителям (19,0%). Тобто, не зважаючи на загальноприйняте переконання про найбільший вплив на однолітків їх друзів, у нашому дослідженні це не підтвердилось, про що свідчить найвищий «кредит довіри» з боку дітей до батьків, у першу чергу, матерів.

Висновок. Значне поширення ризик-поведінки потребує пошуку ефективних шляхів інформування шкільної молоді. Встановлено, що найбільш перспективними у цьому плані є матері учнів, внаслідок найвищого, порівняно із одноліткаами та вчителями, рівня довіри старшокласників до них.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕНДЕНЦІЙ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕСПЕЧЕННЯ

Бахнівський В.С.
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Актуальність: здоров'я являється критерієм і показником якості не тільки самої особистості, але і сучасної освіти. Підвищення рівня захворюваності серед економічно активного населення негативно позначається на розвитку вітчизняної економіки та індексі розвитку людського потенціалу. Звісно, це стосується і студентської молоді, яка є важливим резервом поповнення трудових ресурсів. Тому питання медико-соціального(МС) захисту та збереження здоров'я даних контингентів входить в коло пріоритетних задач загальнодержавної політики, яка має сприяти покращенню здоров'я студентів. **Мета:** аналіз тенденцій стану структурних компонентів навчально-освітнього та соціального середовища, котрі прямо або опосередковано впливають на здоров'я студентів медичних вузів, вирішення проблем їх МС забезпечення.

Матеріали та методи: опитування проведено у 409 студентів-медиків, дані про здоров'я збиралися за допомогою опитувальника до якого увійшло 36 запитань. Проведено статистичну обробку та багатофакторний множино-кореляційний аналіз(МКА), окрім того інформацію про стан здоров'я студентів медиків доповнено матеріалами профілактичних оглядів.

Результати дослідження. Моніторинг сучасного стану здоров'я студентів-медиків показав, що його позиція у піраміді життєвих приорітетів займає далеко не перше місце. В структурі факторів ризику 46,5% займає спосіб і 29% умови життя. Загальний рівень захворюваності серед студентів коливається в межах від 489,6 ± 2,4 до 498,1 ± 2,8 випадків на 1000 студентів. В структурі захворюваності найбільшу питому вагу займають хвороби ШКТ, неврози і неврастенії, хвороби системи кровообігу, органу зору, дихальних шляхів - 71,2% усіх випадків, що вказує на необхідність зосередження першочергової уваги на проведені профілактичних заходів відносно даних форм патології, як найбільш поширених. За даними матеріалів профілактичних оглядів встановлено, що на долю практично здорових осіб приходиться 49,1% з загального числа студентів-медиків, тоді як у решти (50,9%)

обстежених виявлено різні форми патології. За допомогою багатофакторного МКА встановлено характер зв'язку між окремими чинниками та станом здоров'я студентів-медиків. На основі проведених розрахунків виявлено, що найбільш помітний вплив на формування здоров'я студентів належить організації навчального процесу, матеріальному достатку, соціально-побутовим умовам проживання, соціальному захисту та характеру харчування.

Висновок. Використаний в досліджені системний підхід у вивчені стану здоров'я студентів-медиків дозволив виявити МС, соціально-гігієнічні ознаки, а також елементи способу та умов життя, що впливають на здоров'я, а значить визначити шляхи і напрямок проведення профілактики захворювань у студентів-медиків. Це дозволить значно покращити надання МС допомоги студентам вищих медичних навчальних закладів.

ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ

Бахнівський В.С., Дністрянська А.П.
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Актуальність: Проблема йод дефіцитних станів залишається однією з актуальних медичних проблем. В останні роки все більше уваги приділяється періодам життя людини в які необхідність в тиреоїдних гормонах збільшується. Цими періодами являється вагітність та період лактації. Материнський організм забезпечує розвиток плода на стільки, на скільки дозволяють резервні механізми, при виснажені яких у фетальний кровообіг не поступає необхідна кількість йоду. Встановлено, що від недостачі йоду в першу чергу страждає центральна нервова система плода.

Мета: вивчити стан здоров'я вагітних жінок, що проживають в умовах дефіциту йоду(ДЙ), оцінити в них особливості перебігу вагітності та пологів, розробити систему превентивних заходів по попередженню негативних наслідків недостатності йоду.

Матеріали та методи: Проведено проспективне клініко-лабораторне обстеження 94 вагітних та ретроспективне дослідження перебігу вагітності в жінок з еутиреоїдним нетоксичним зобом (проаналізовано 147 індивідуальних карт спостереження за вагітними та історій пологів в період з 2011 по 2014рр.) Біохімічні дослідження та УЗД-скринінг були проведені у відповідності до клінічних критеріїв МОЗ. Для оцінки функціонального стану ЩЗ визначали рівень вільного тироксину та ТТГ, рівень екскреції йоду з сечею. Результати досліджень оброблені за допомогою пакету прикладних програм Статистика.

Результати дослідження. У вагітних жінок які проживають в умовах абсолютного або відносного ДЙ у 72% випадків відмічається зниження екскреції йоду з сечею, у 40% при цьому збільшена ЩЗ I-II ступеня. Під час проведення ретроспективних досліджень встановлено: наявність раннього гестозу – у 48(32,65%) вагітних, прояви не виношування вагітності у терміні до 12 тижнів – у 62(42,17%), у 12(8,16%) вагітність закінчилась викиднями. У терміні з 12 по 22 тиждень вагітності у 49(33,34%) спостерігалися ознаки не виношування: у 1 жінки вагітність закінчилась пізнім викиднем; передчасні пологи спостерігалися у 12(8,16%); передчасний розрив навколо плодових оболонок у 72(48,97%); анемія вагітних різних ступенів тяжкості – у 97 (65,98%) жінок. ДЙ проявляється в більшій мірі у жінок із соціально-незахищених категорій, що дозволило нам вважати проблему ДЙ не тільки природною, але й соціально обумовленою.

Висновок. Вагітним жінкам необхідно проводити поглиблене дослідження ЩЗ. Вагітні з низьким матеріальним статусом мають бути занесені до групи ризику по розвитку патології ЩЗ і під час вагітності забезпечені препаратами йоду, особливо в рані строки вагітності. Окрім медичних заходів необхідні і соціальні по попередженню негативних наслідків природного ДЙ на здоров'я вагітних жінок, а саме оздоровлення їх в 2 триместрі в умовах санаторіїв-профілакторіїв.

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВИКЛАДАЧІВ ІФНМУ

Бронецький І.В.
Науковий керівник – д.мед.н проф.О.З .Децик, к.мед.н. доц. І.В. Стовбан
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра соціальної медицини і організації охорони здоров'я

Метою роботи є аналіз результатів анкетування викладацько-професорського складу ІФНМУ, яке відображає суб'єктивий рівень психоемоційного стану, що дозволить розробити заходи профілактики синдрому емоційного вигорання.

Матеріали і методи: шляхом анкетування за власною програмою було опитано 111 викладачів ІФНМУ та оцінено результати дослідження.

Результати дослідження. Виявлено, що значна частина викладачів знаходяться в групі ризику, щодо виникнення синдрому емоційного вигорання.

За результатами тесту – 7 (6,3%) опитаних мають безпечний щодо виникнення синдрому стан; 37 (33,3%) – мають низький рівень перенапруження;

34 (30,6%) – середній рівень; 24 (21,7%) – високий рівень; 9 (8,1%) – критичний рівень перенапруження. У половини опитаних часто не залишається сил на виконання домашніх справ, а для відновлення сил вони змушені вживати ліки, алкоголь чи палити (56 (50,5%) та 49 (44,2%) відповідно). Лише шоста частина викладачів проводить активне громадське життя (18 (16,2%)). Дві третини анкетованих не мають частих конфліктів на роботі (75 (67,6%)). Робота вимагає частого напруження від 83 (74,8%) викладачів. Приємним є той факт, що доброзичливість до студентів від настрою залежить лише у чверті викладачів (26 (23,4%)).

Висновки: В ході дослідження встановлено, що проблема синдрому емоційного вигорання є актуальною в університеті, адже третині викладачів уже рекомендовано психотерапевтичне лікування, а іншій третині рекомендовано консультації психолога для запобігання погіршення психоемоційного стану.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА У ВІТЧИЗНЯНОМУ ЗАКОНОДАВСТВІ

Кучер І.В.
Науковий керівник - О.О. Верлан – Кульшенко
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Метою даної роботи є системний аналіз правового ре-

гулювання та захисту честі, гідності та ділової репутації у сфері охорони здоров'я; дослідження порядку реалізації медичним працівником свого особистого немайнового права на захист ділової репутації, визначення цивільно-правового механізму захисту права на недоторканність ділової репутації лікарів та його складові.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

Результати : Серед найпоширеніших способів завдати шкоди діловій репутації медичного закладу є такі: розміщення негативної інформації в мережі інтернет, поширення негативних відгуків про роботу лікарів та медичного закладу в цілому; негативні оцінки дій медичних працівників та медичного закладу у друкованих ЗМІ, розголошення конфіденційної інформації колишнім співробітником медичного закладу. Вибір способу захисту особистого немайнового права, зокрема права на повагу до гідності та честі, права на недоторканність ділової репутації, належить позивачеві. Разом із тим особа, право якої порушено, може обрати як загальний, так і спеціальний способи захисту свого права, визначені законом, який регламентує конкретні цивільні правовідносини. Наслідками вчасно не вжитих заходів щодо захисту ділової репутації може стати припинення роботи медичного закладу, втрата довіри пацієнтів, розірвання договорів або небажання контрагентів продовжувати договір на новий строк.

Висновок : Правовий статус медичних працівників в Україні не є повністю захищеним з боку необґрунтованих звинувачень пацієнтів, що призводить до порушення права медичних працівників на захист ділової репутації. Аналіз чинного законодавства, праць відомих фахівців з проблем захисту ділової репутації обґрунтовує необхідність знання норм цивільного права лікарями.

СПОРТИВНА МЕДИЦИНА

ТЕСТ «ЕКРАН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РУХУ» ЯК ПАРАМЕТР ОЗДОРОВЛЕННЯ СТУДЕНТОК СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Голод Н.Р.
Науковий керівник –к.мед.н., доц. М.Г. Аравіцька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Мета дослідження. Визначення ефективності розробленої авторської програми фізичної реабілітації студенток спеціальних медичних груп на основі динаміки результатів оцінювання екрану функціонального руху (ЕФР) - системи, що використовується для оцінки якості комплексу виконання вправ та стабілізуючих рухів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено тестування 24 студенток спеціальної медичної групи ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» і 24 їх здорових ровесниць (контрольна група - КГ). Студенток спеціальної медичної групи було розподілено на спеціальну медичну групу 1 (СМГ 1 – група порівняння, яка займалася за типовою програмою фізичного виховання - 12 дівчат) і спеціальну групу 2 (СМГ 2 - 12 дівчат, для яких була розроблена програма фізичної реабілітації, яка включала модифікацію стилю життя, функціональне тренування, плавання, фітнес-йогу).

Результати дослідження. Впровадження авторської програми фізичної реабілітації для студенток СМГ2 спричинило виражений позитивний вплив на фізичний стан дівчат, що відобразилося на результатах виконання ЕФР.

Результат виконання вправи 1 – «Глибоке присідання» - покращився у дівчат СМГ1 з 1,58±0,30 балів до 2,08±0,22 балів, натомість як у студенток СМГ2 це покращення було статистично достовірно більшим - з 1,08±0,32 бала до 2,75±0,13 бала ($p<0,05$). Наочним також було покращення результату виконання тесту 2 «Крок через бар'єр». У дівчат СМГ1 збільшення становило з 2,42±0,14 бала до 2,50±0,14, в той час як у студенток СМГ 2 воно було виразнішим – з 2,33±0,18 балів до 2,92±0,08 балів. Змінились результати виконання вправи 3 – «Лінійний випад». Оцінка виконання даного тесту свідчила про вищу ефективність розробленої реабілітаційної програми, оскільки приріст в СМГ становив з 2,25±0,13 балів до 2,42±0,14 балів, а в СМГ 2 – з 2,25±0,17 балів до 2,92±0,08 балів ($p<0,05$). Вправа 4 – «Плечова мобільність» зазнала позитивних змін. У студенток СМГ2 її виконання також було кращим – приріст становив з 2,75±0,17 балів до 3 балів. У дівчат СМГ1 покращення результатів даної вправи не відбулося. Результати виконання вправи 5 – «Активне підіймання прямої ноги» також засвідчують переваги розробленої авторської програми, адже у дівчат СМГ2 відзначалося переконливе покращення виконання цієї вправи – з 2,17±0,23 балів до 2,83±0,11 балів ($p<0,05$). У студенток СМГ1 приріст результату був незначним. У студенток СМГ 2 відмічено покращення за результатами проби 6 - «Стабільність тулуба при розгинанні рук». Спостерігалось збільшення кількості набраних студентками балів: з 1,83±0,23 бала до 2,83±0,16 балів ($p<0,05$). Оцінювання вправи 7 – «Кругова стабільність» також показало перевагу авторської програми: показник СМГ2 зріс з 2,42±0,18 балів до 3 балів ($p<0,05$).

Висновки. Таким чином, відновлення здатності до виконання окремих рухів студентками СМГ групи внаслідок впровадження реабілітаційної програми можна розглядати як прояв її ефективності і, як наслідок, відновлення балансу цілісної рухової системи організму, що робить м'язову діяльність ефективнішою та безпечнішою.

ДІАГНОСТИКА ЕМОЦІЙНО-ЦІННІСНОГО КОМПОНЕНТА У ФОРМУВАННІ ВАЛЕОЛОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Іващишин С.В.
Науковий керівник - доц. Я.Ф. Остафійчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Сьогодні викликають стурбованість дослідження вчених (Д.Є. Воронін, 2006; А.В. Магльований, 2006; В.Й. Земцова, 2008; Г.В. Власов, 2012), які вказують на несформованість у студентів медичних освітніх закладів мотивації на тривале здорове життя, низький рівень валеологічних знань, відсут-

ність переконань щодо необхідності дотримання здорового способу життя, нездатність обмежити та оцінити вплив руйнівних чинників на здоров'я людини й генофонд майбутніх поколінь.

Метою нашого дослідження було визначення стану сформованості емоційно-ціннісного компонента валеологічної компетенції студентів медичного коледжу у процесі фізичного виховання.

Для вирішення поставлених завдань були використані психологічні методи дослідження, які відображають місце здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ставлення до власного здоров'я, міжособистісні стосунки, ставлення до оздоровчих засобів тощо. З цією метою проводилося анкетування за методикою Н.О.Земської (2012) та модифікованим опитувальником М.К. Голубенка (2011), який складався із 7 питань.

Результати дослідження засвідчили, що найчисельніша група студентів (55,1 %–57,2 %) виявила високий інтерес до фізичного виховання. Середній рівень інтересу простежується у 33,1 % першокурсників, 32,4 % другокурсників і 31,2 % третьокурсників. Низький рівень інтересу виявлено від 9,7 % до 12,1 % респондентів перших – третіх курсів.

Найбільш поширеним мотивом до занять фізичною культурою серед студентів медичного коледжу є «зміцнення здоров'я», а основними причинами, які заважають займатися спеціальною оздоровчою фізичною культурою для 55,9% анкетованих є нестача вільного часу.

Узагальнені результати розподілу студентів за рівнем міжособистісних стосунків засвідчили, що з першого (22,1%) по третій (14,2%) курси достовірно зменшується їх кількість з високим рівнем міжособистісних стосунків.

Таким чином, аналіз окремих складових міжособистісних стосунків студентів переконливо доводить їхню недостатню обізнаність зі шляхами саморегулювання (володіння собою, самоконтролю, керування своїми емоціями) та брак емпатійних здібностей комунікативного досвіду щодо взаємодії в соціумі в контексті як самозбереження, так і збереження здоров'я інших людей. Оцінка міжособистісних стосунків суб'єктів навчально-виховного процесу засвідчує про тенденцію до їх погіршення: з першого (22,1 %) по третій (14,2 %) курси достовірно зменшується їх кількість з високим рівнем ($p < 0,05$).

ПОПЕРЕДЖЕННЯ БОЛЮ В ФОЛІКУЛЯРНІЙ ФАЗІ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

Королевич Р.Р.
Науковий керівник - ст. викл. О.С. Чікін
ДВНЗ «Одеський національний медичний університет»
Кафедра спортивної медицини,фізичної реабілітації та валеології

Вступ.Більшість ліків максимально ефективні тільки при створенні оптимальних умов їхнього вживання. В свою чергу,жодні ліки не можуть замінити оздоровчий вплив на організм рухів,які ,за умови правильного виконання,є фізіологічними.

Метою нашого дослідження є доведення ,що фізичні вправи зменшують біль в фолікулярну фазу менструального циклу та формування мотивації підвищення інтересу до фізичної культури в цей період.

Завдання роботи було визначити інтенсивність болю до та після фізичних вправ та проаналізувати їх вплив на біль в фолікулярну фазу менструального циклу.

Матеріали і методи дослідження .Опитування проводили на базі Одеського національного медичного університету. В групу досліджених ввійшло 85 студенток 1-5 курсів.

В результаті обробки анкетування нами отримані результати,які дозволили виявити позитивний вплив фізичних вправ на біль в фолікулярну фазу,у 60 жінок біль зменшується, у 10 не змінюється і тільки у 15 збільшуються болі.За 3 дні до менструації ми використовували аеробні та силові вправи такі як: степ,TBW,вправи з гантелями та на велотренажерах .Опитувані надавали інформацію ,що після даних навантажень інтенсивність болю зменшувалася(до вправ18,82% -4 бала; 49,4 % скаржились на 3 бала; 21,17% - 2бала;8,5% - 0 балів за 5-бальною вербальною шкалою оцінки болі(Frank A. J. M., Moll J. M. H., Hort J. F., 1982),а після виконання вправ 43(50%) – 0 балів,21(25%) -1 бал,21(25%) – 3 бали.

Висновки :фізичні вправи рекомендовано для попередження та зменшення больових відчуттів під час фолікулярної фази менструального циклу.

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ РІЗНИМИ ВИДАМИ ОЗДОРОВЧОЇ ГІМНАСТИКИ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ ІФНМУ

Кушніренко В.В.
Науковий керівник - к.пед.н. Н.М. Зінченко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз фізичної працездатності студентів ІФНМУ, які займалися різними видами оздоровчої гімнастики.

Для вирішення поставлених завдань в роботі використовувались такі методи дослідження: аналіз науково-методичної і спеціальної літератури, анкетування, медико-біологічні методи, педагогічні методи (педагогічне спостереження), методи математичної статистики.

Дослідження проводилось на кафедрі фізичного виховання та здоров'я ІФНМУ серед студенток І курсу. У дослідженні приймали участь 60 студенток, які були поділені на 3 групи по 20 чоловік і займались на протязі навчального року шейпінгом, аеробікою, та ритмічною гімнастикою.

Результати дослідження: аналіз результатів дослідження дозволив виявити вплив тренувальних занять з шейпінгу, аеробіки та ритмічної гімнастики на фізичну працездатність студенток І курсу ІФНМУ. Усі три із зазначених видів оздоровчої гімнастики мають позитивний вплив на фізичну працездатність.

Згідно отриманих результатів найбільш ефективним видом оздоровчої гімнастики, що впливає на підвищення фізичної працездатності є аеробіка підвищення працездатності відбулось на протязі навчального року на 14,8%, відносно менший вплив на працездатність має ритмічна гімнастика 12%, і найменші показники покращення фізичної працездатності спостерігаються у студентів, що займаються шейпінгом 7%. Порівняно високий відсоток підвищення працездатності у представниць аеробіки і ритмічної гімнастики можна пояснити високою інтенсивністю занять і переважаючою аеробною спрямованістю. А заняття шейпінгом переважно спрямовані на удосконалення форм фігури, що не дозволяє повною мірою впливати на підвищення фізичної працездатності.

Висновки: Як показують результати дослідження показники фізичної працездатності суттєво покращились під впливом тренувальних занять.

Позитивні зрушення у показниках фізичної працездатності студенток ІФНМУ протікали з паралельним покращен-

ням інших показників соматичного здоров'я.

Показники впливу занять оздоровчими видами гімнастики на підставі самооцінки показали, що у більшості студентів покращився сон (63-70%), зменшився головний біль (34-40%) та біль в області попереку (36-40%), знизився рівень хворобливого відчуття в області серця (26-22%).

Отримані результати доводять позитивний вплив занять аеробікою на фізичну працездатність студенток ІФНМУ, що аргументує впровадження даного виду оздоровчої гімнастики в навчальний процес ВНЗ з фізичного виховання.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК СІЛЬСЬКОЇ ТА МІСЬКОЇ МІСЦЕВОСТЕЙ

Куравська Ю.С., Лобанова Г.В.
Науковий керівники: к.мед.н., доц. В.П. Левко, ст. викладач Н.Р. Голод
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Мета дослідження. Оцінка параметрів фізичного розвитку і функціональної підготовленості студенток ІФНМУ з сільської і міської місцевості. **Матеріали та методи** Дослідження проводилось на кафедрі фізичного виховання та здоров'я ІФНМУ. У дослідженні взяло участь 49 чоловік. З них 23 студентки з міської та 26 з сільської місцевості. Вивчалися показники антропометрії, сила м'язів китиць. Для оцінки функціональної підготовленості органів дихання проводилися проби Штанге і Генча, пікфлоуметрія. Із параметрів функціонального стану органів кровообігу досліджували ЧСС у спокої, рівні артеріального тиску. Для оцінки вегетативної нервової системи обчислювали індекс Кердо. Толерантність до фізичних навантажень оцінювали на підставі проби Руф'є.

Результати дослідження. Не встановлено вірогідної різниці у досліджених антропометричних показників, середніх значень частоти серцевих скорочень, сили м'язів китиці, проби Штанге та проби Генча між студентками сільської і міської місцевості. Статистично нижчі показники виявились у результатах пікфлоуметрії у студенток з сільської місцевості. У представниць сільської місцевості в порівнянні з їх ровесницями з міста встановлено вірогідне підвищення показників систолічного та діастолічного тиску, встановлено гірші показники у толерантності серцево-судинної системи до фізичних навантажень які оцінювали за допомогою проби Руф'є-Діксона. Студентки з сільської місцевості отримали за пробу Руф'є-Діксона оцінку «задовільно», а з міської «добре». Результати проби Штанге студенток обох груп знаходяться на нижній межі норми, тобто є задовільними, проте, у студенток міської місцевості дещо кращі результати. Оцінка результатів проби Генча показала, що у студенток міської місцевості показники знаходяться у межах крайньої норми і є задовільними, на відміну від студенток сільської місцевості, у яких показники є незадовільними. Результати об'єму форсованого видиху у студенток сільської місцевості є нижчими за норму, у студенток міської місцевості показники у межах нижньої межі норми.

Висновки. Результати дослідження доводять, що студенти з сільської місцевості поступаються перед своїми здоровими ровесницями за показниками функціональної стану органів дихання та серцево-судинної системи. Додатне значення індексу Кердо засвідчило незначну перевагу симпатичної ланки вегетативної нервової системи у двох групах. Встановлені відхилення несприятливо позначилися на здатності переносити студентками сільської місцевості фізичні навантаження, що засвідчила проба Руф'є. Отримані результати початкового дослідження аргументують необхідність продовження дослідження причин погіршення стану здоров'я студенток з сільської місцевості.

ФІЗИЧНИЙ СТАН (РОЗВИТОК) ЯК ОСНОВНИЙ ПОКАЗНИК ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Опалка О.М.
Наукові керівники: доц. С.С.Криницький., асист. М.В.Шевчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної практики (сімейної медицини), фізичної реабілітації та спортивної медицини

Здоров'я (згідно формули ВООЗ) – це стан повного біологічного (фізичного), соціального та психологічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання, хворобливі стани та фізичні дефекти. Отже, інтегральним показником здоров'я є фізичний стан (розвиток). Це підтверджують багатолітні спостереження клініцистів, фізіологів і антропологів. В певному віці морфологічні та функціональні показники характеризуються певними величинами і параметрами. Ці показники є основними ознаками здоров'я.

Мета роботи: Обгрунтування положення, що фізичний стан (розвиток) є інтегральним показником здоров'я. Робота виконана на основі огляду і аналізу літератури, антропометрії та спостережень.

Матеріали та методи: Фізичний розвиток (ФР) – процес становлення і змін біологічних форм і функцій організму, сукупність морфологічних та функціональних особливостей людського організму.

Результати дослідження та їх обговорення:

При народженні діагноз здорова та доношена дитина акушер ставить на основі

росту, ваги, обводів голови і грудної клітки, стану шкіри, дихання та рухів і крику – показників фізичного стану. Оцінку здоров'я і розвитку протягом першого року життя також встановлюємо на основі фізичних і функціональних показників. У віці 1-го року дитина повинна мати певну вагу, ріст, добре стояти на ногах і ходити, знати 25-30 слів. З віком змінюються пропорції і маса тіла, розвивається весь функціональний апарат і до 23-25 років наступає статеве дозрівання організму. Цей вік для юнаків і дівчат також має певні параметри. Починаючи з 25-30-річного віку до 45-50 років ці показники стабілізуються і зберігаються на певному рівні, в залежності від способу життя. В більшості випадків після 50-60 років наступає інволюція ФР. Зменшується мускульна маса, еластичність тканин, сила і гнучкість. Збільшується кількість жиру в організмі та зменшуються функціональні резерви. І, відповідно, зменшується «кількість здоров'я» і виникають передпатологічні стани та захворювання. Проявляється пряма залежність між ФС і здоров'ям.

Висновок: Отже, фізичний стан (розвиток) при усіх рівних умовах дійсно є показником здоров'я. Гармонійний розвиток тіла генетично передбачає відповідний розвиток усіх функціональних систем організму. У віці до 20-23 роки йде закономірне збільшення і вдосконалення функціональних систем і розвиток резерву. Починаючи з 25-30 років усі параметри, функції стабілізуються, а з часом починають регресувати з різною швидкістю в залежності від способу життя.

ПОРІВНЯННЯ СТИЛЮ ЖИТТЯ У ШКІЛЬНІ РОКИ СТУДЕНТІВ З СІЛЬСЬКОЇ ТА МІСЬКОЇ МІСЦЕВОСТЕЙ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Юркевич Б.Є.
Науковий керівник - ст. викладач Н.Р. Голод
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фізичного виховання та здоров'я

Мета дослідження.Оцінка стану здоров'я та порівняння способу життя студентів ІФНМУ з сільської та міської місцевості.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на кафедрі фізичного виховання та здоров'я ІФНМУ. У дослідженні взяло участь 109 чоловік. З них 51 студент з міської та 58 студентів із сільської місцевості. Було застосовано один опитувальник з метою з'ясування у респондентів місця проживання у шкільні роки, скарг на власний стан здоров'я, наявності впливу ризиків хронічних неінфекційних захворювань, таких як обтяжена спадковість, нераціональне харчування, шкідливі звички, стресові ситуації, гіподинамія.

Результати дослідження. Було встановлено, що студентів із сільської місцевості частіше турбують головні болі, безсоння та депресія. Також, у студентів із сільської місцевості по жіночій лінії спостерігається підвищення артеріального тиску. Більш поширений цукровий діабет серед родин сільських студентів, а інших хронічних захворювань більше у студентів із міст. У третини студентів палять вдома і близько одної шостої самі палять. Для студентів із сіл більш характерне перебування у місцях де палять, ніж для студентів із міст. Особливої різниці в харчуванні між двома групами не виявлено.

Вживання алкоголю характерне для респондентів обох груп, проте, частіше вживають слабоалкогольні та міцні алкогольні напої студенти із сільської місцевості.

Із отриманих даних випливає, що більша кількість сільських студентів, ніж міських не відвідувала заняття з фізичного виховання. Вдвічі більше студентів із міської місцевості відвідували басейн, ніж студентів із сільської. Проте, кількість студентів із сільської місцевості які вміють плавати є більша, ніж із міст.

Висновки. Встановлено, що стиль життя респондентів обох груп характеризується наявністю шкідливих звичок. Але для студентів з сільської місцевості притаманна більш обтяжена спадковість, частіше вживання слабоалкогольних та міцних алкогольних напоїв, активне і пасивне паління, недостатня фізична активність у шкільні роки.

СТОМАТОЛОГІЯ

ТИМЧАСОВА ЕСТЕТИЧНА КОРОНКОВО-КУКСОВА ВКЛАДКА

Бібен А.В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. З.Р. Ожоган., к.мед.н., доц. С.С. Андрійців
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології.
Кафедра стоматології ННІПО.

Розповсюдженість повної втрати коронкової частини зуба внаслідок карієсу, некаріозних уражень та травматичних пошкоджень зубів серед дорослого і дитячого населення останніми роками має тенденцію до зростання. Втрата коронкової частини зубів призводить до порушення функції мовлення, жування, що в свою чергу спричиняє нерівномірний розподіл жувального тиску і супроводжується розладом оклюзійної рівноваги та розладом біофункціональності зубощелепної системи. Значна поширеність цієї патології, складність відновлення дефектів та доволі високий відсоток незадоволень результатами лікування зумовлює начальну актуальність даної проблеми. Численні переваги штифтового протезування зубів, до яких можна віднести повне відновлення функції зуба, попередження зубо-щелепних деформацій тощо, дають можливість досягти якісних результатів в ортопедичному лікуванні, але вимагають тривалого терміну лікування.

Одним з значних недоліків методики виготовлення штифтових конструкцій є те, що між етапами виготовлення проходить певний час (найчастіше кілька днів), тобто немає можливості одномоментного виготовлення конструкції, що становить значні естетичні, функціональні та психоемоційні незручності для пацієнта.

Тому, для зменшення дискомфорту пацієнта ми пропонуємо наступне: Перед тим, як стоматолог-ортопед приступить до препарування зуба під куксову вкладку, відповідно врахо-вуючи всі покази та протипокази до виготовлення даної ортопедичної конструкції, він знімає за допомогою силіконових відбиткових матеріалів робочий доопераційний відбиток із даного зуба чи групи зубів. Далі здійснюється препарування та зняття робочих відбитків з причинного зуба за загальновідомою методикою виготовлення литих куксових вкладок. Пацієнт із відпрепарованими зубами повинен був би прийти наступного разу, коли буде здійснюватись примірка та припасування литої куксової вкладки, ми ж пропонуємо не відправляти пацієнта із відпрепарованим зубами, а виготовити тимчасову естетичну коронково-куксову вкладку наступним способом: з метою фіксації тимчасової коронково-куксової вкладки в відпрепарований кореневий канал припасовується та вводиться скловолоконний штифт, але не фіксується, щоб в майбутньому можна було легко вивести з відпрепарованого кореневого каналу не змінюючи його внутрішньої конфігурації. Потім береться робочий доопераційний відбиток із даного зуба чи групи зубів, який лікар-ортопед отримав перед препаруванням і вводиться в даний відбиток композитний матеріал. Матеріал вноситься на відпрепарований зуб чи групу зубів, в яких припасовані скловоконні штифти. Після полімеризації, через 2-3хвилини виводиться тимчасова естетична коронково-куксова вкладка та додатково дополімеризовується й при потребі домодельовується із врахуванням естетико-функціональних вимог. Після чого дана конструкція тимчасово фіксується тимчасовими цементами на опорний зуб чи групу зубів.

Таким чином тимчасова естетична коронково-куксова вкладка дозволяє нам позбавити пацієнта естетичного та функціонального дискомфорту, пов'язаного з відсутністю, навіть тимчасовою, коронкової частини зуба.

КЛІНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДУ НЕПРЯМОГО ВІДНОВЛЕННЯ ЗУБІВ З ГЛИБОКИМИ ПІД'ЯСЕННИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ КУКСОВИХ ВКЛАДОК ВИГОТОВЛЕНИХ З ВИСОКОТЕХНОЛОГІЧНОГО ПОЛІМЕРУ РЕЕК

Білич С.І.
Науковий керівник –асист. Ананевич О.В., д.мед.н., проф. Ожоган З.Р.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Метою роботи є підвищення ефективності і якості непрямого відновлення зубів при тотальному та субтотальному руйнуванні коронкової частини з наявністю глибоких під'ясенних дефектів тканин кореня.

Матеріали і методи. На базі кафедри ортопедичної стоматології ІФНМУ обстежено 28 пацієнтів, було виготовлено 6 куксових вкладок з конструкційного матеріалу РЕЕК – «Bio Hpp», Bredent. Показами для виготовлення штифтових вкладок з конструкційного термопласту РЕЕК являлись значні дефекти коронок зубів в наслідок розвитку карієсу або гострої травми з глибоким під'ясенним розташуванням дефектів. Протипоказами являлись зуби з недостатньою довжиною коренів для формування повноцінної штифтової частини вкладки а також зуби з викривленими коренями та непрохідними кореневими каналами.

Пацієнтів обстежували через 3 місяці, півроку та 1 рік після протезування. Оцінку результатів лікування проводили шляхом аналізу суб'єктивних відчуттів хворих, візуальної оцінки збереження цілісності конструкцій, аналізу поверхні конструкції та, за допомогою зондування, якість її крайового прилягання. Стан ясен в ділянці відновлених зубів порівнювали в динаміці з станом ясен в ділянці інтактних зубів з протилежного боку щелепи. Для цього використовували візуальний огляд, пробу Шиллєра-Пісарєва, індексну оцінку стану тканин пародонту.

Результати дослідження. За біофізичними показниками, серед усіх відомих матеріалів, РЕЕК володіє найбільш наближеними до кісткової тканини людини властивостями та абсолютною біоінертністю в наслідок чого, у всіх клінічних випадках було досягнуто хороших функціональних та естетичних показників, суб'єктивно пацієнти задоволені виготовленими ортопедичними конструкціями, об'єктивно шляхом зондування не виявлено порушення крайового прилягання. Ясна в ділянці конструкцій – без особливостей, результати проби Шиллєра-Пісарєва та індексної оцінки стану тканин пародонту – в межах норми.

ІГІЄНІЧНИЙ СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА В ДІТЕЙ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Вініченко М.О.
Науковий керівник - проф. Б.М.Мірчук
«Одеський національний медичний університет»
Кафедра ортодонтії,

Актуальність теми: За літературними джерелами, в останні роки приблизно 50-70 % дітей віком 12-15 років потребують ортодонтичного лікування. Частіше за все для лікування зубощелепних аномалій використовують незнімні апарати (брекет-системи). Більшість авторів вказує, що найбільш частим ускладненням при використанні брекет-систем є погіршення стану порожнини рота, що супроводжується запальними захворюваннями тканин пародонта.

Мета: збільшити мотивацію та якість гігієнічного догляду за порожниною рота в дітей у період лікування зубощелепних аномалій брекет-системами.

Матеріали та методи дослідження: Було обстежено 95 дітей віком 12-14 років, які перебували на лікуванні в ортодонта та користувались брекет-апаратами. Було визначено стан гігієни порожнини рота за допомогою гігієнічних індексів Silness-Loe та Stallard, запальні процеси в тканинах пародонта визначались за допомогою індексів РМА та Шиллера-Пісарева. Гігієнічні та пародонтальні індекси вимірювали до фіксації, через 1, 3 та 6 місяців з початку встановлення ортодонтичної конструкції.

Результати досліджень: Опитування показало, що більшість дітей знає про головні правила догляду за порожниною рота, але 44,2 % з них не чистять зуби регулярно, а 8,7 % - тільки 1-2 рази на тиждень. Через місяць після фіксації при повторному проведенні гігієнічних та пародонтальних індексів були отримані наступні результати, які показали, що гігієна порожнини рота знизилась, а саме Silness-Loe та Stallard стали більші на 0,4 та 0,32 бали відповідно, що означало погіршення якості чищення зубів. Водночас було відзначено збільшення показників РМА до 12,24 % та проби Шиллера-Пісарева – до 1,28 балів, що свідчить про посилення запальних процесів у пародонті. Позитивна динаміка спостерігалась при наступному візиті через 3 місяці. Індекси показали, що Silness-Loe – 1,13 балів, Stallard – 1,28 балів, РМА знизилось до 12,02 % та проби Шиллера-Пісарева - до 1,27 балів. При перевірці якості чищення зубів через 6 місяців суттєвих змін як в гігієнічних, так і в пародонтальних індексах не було.

Висновки: Отже, визначення гігієнічних індексів та стану тканин пародонта під час ортодонтичного лікування сприяє мотивації пацієнтів у проведенні якісної гігієни порожнини рота

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ СТОМАТИТІВ У ДІТЕЙ

Герасим'юк Н.В.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. В.Б. Петрунів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої стоматології

Мета і завдання дослідження – підвищити ефективність лікування гострого герпетичного стоматиту (ГГС) у дітей шляхом комплексної терапії з використанням імунотропних препаратів.

Матеріали і методи її виконання: Обстежили 26 дітей віком 2-4 років з діагнозом ГГС середнього ступеня важкості. З них 17 дівчаток і 9 хлопчиків, батьки котрих звернулись на кафедру дитячої стоматології ІФНМУ. Діагноз ГГС встановили на основі збору анамнезу і клінічної картини захворювання (погіршення загального стану, гіпертермія, підщелепний лімфаденіт, катаральний гінгівіт, характерні одиночні або численні елементи ураження у вигляд пухирців, вторинні елементи ураження – ерозії або афти, оніміння, болючість при вживанні їжі).

Пацієнти були розділені на 2 групи. В групі порівняння (12 дітей) – проводили лікування за загальноприйнятою схе-

мою (гель „Камістад”, антисептична обробка ротової порожнини, 5% мазь „Ацикловір” або „Герпевір”, масляні розчини вітаміну А і Е або мазь „Солкосерил”). В основній групі (14 дітей) – в схему лікування включили оральні краплі „Протефлазид” та таблетки для розсмоктування „Лізобакт”.

В динаміці спостереження оцінювали вміст лізоциму, як маркера неспецифічної резистентності організму.

Отримані результати: Клінічний ефект лікування спостерігався у нормалізації температури тіла, зменшенні гострих запальних процесів, зникненні елементів ураження і болючості при прийомі їжі. Симптоми інтоксикації зникли на 2-3 день. При цьому нормалізація клінічної картини в основній групі дітей спостерігалась в більш ранні терміни. Переносимість препарату „Протефлазид” оцінювалась батьками як „хороша”.

Лікування дітей групи порівняння сприяло незначному підвищенню вмісту лізоциму в ротовій рідині. Через 5 днів цей показник збільшився на 24,9%. Використання імунотропних препаратів у основній групі збільшило активність лізоциму в ротовій рідині на 64,9%.

Стійке підвищення вмісту лізоцима в ротовій рідині дітей основної групи, може свідчити про формування достатньо високого ступеня антимікробного захисту ротової порожнини під впливом даних препаратів.

Висновки: Використання імунотропних препаратів у комплексній терапії дітей, хворих на ГГС, сприяє позитивному перебігу захворювання, значному зменшенню клінічних проявів і термінів застосування етіопатогенетичних засобів.

ВИКОРИСТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ РЕПЕРНИХ ТОЧОК ПІД ЧАС АНТРОПОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ СТРУКТУР ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО АПАРАТУ НА ОСНОВІ ЦИФРОВИХ ОРТОПАНТОМОГРАМ

Гончарук-Хомин М.Ю.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Є.Я. Костенко
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології
Науково-навчальний центр судової стоматології

Метою роботи є апробація алгоритму реєстрації специфічних рентгенографічних точок та анатомічних орієнтирів з використанням графічних редакторів під час обробки цифрових ортопантомограм для ідентифікації осіб за стоматологічним статусом. Створення графічної моделі згідно результатів цифрового аналізу.

Матеріали і методи: Методика апробована на 256 клінічних випадках пацієнтів, які мали первинний та повторний рентгенографічні знімки з інтервалами від одного до п’яти років. Ефективність методики підтверджена критеріями програми дентальної ідентифікації в умовах фізіологічних та навмисних змін стоматологічного статусу.

Результати дослідження. Для ідентифікації особи за стоматологічним статусом проводять цифровий аналіз рентгенограм згідно розробленого алгоритму з використанням графічних редакторів. На цифровому рентгенографічному знімку через ментальні отвори (foramen mentale – місця виходу кінцевих гілок n. alveolaris inferior) проводять пряму – міжментальну горизонталь. У місцях ментальних отворів на ній позначають точки В – справа та F – зліва. Середину відрізка BF на прямій позначають точкою М. Перпендикулярно до міжментальної горизонталі будуємо прямі, які проходять через точки В, М, F. У місцях перетину побудованих перпендикулярів із нижнім краєм нижньої щелепи позначаємо точки А справа (як проекція точки В), N (як проекція точки М) та G зліва (як проекція точки F). З’єднуємо точки відповідними відрізками: точки А та В – відрізком АВ, точки N і М – відрізком NM, точки G і F – відрізком GF, точки А та N – відрізком AN, точки N та G – відрізком NG, точки N та В – відрізком NB, точки N та F – відрізком NF. Для уніфікації методики та спрощення вимірів позначимо усі відрізки відповідними буквами на назвами: BM – b (права серединна міжментальна горизонталь), FM – c (ліва серединна міжментальна горизонталь), BA – a (правий нижній ментальний перпендикуляр), FG – d (лівий нижній ментальний перпендикуляр), MN – g (серединний нижній перпендикуляр), AN – f (права нижня проекційна між ментальна пряма), GN – e (ліва нижня проекційна міжментальна пряма), NB – m (права міжментальна висхідна), NF – k (ліва міжментальна висхідна).

Висновок: Використовуючи графічний аналіз цифрових ортопантомограм за допомогою графічних редакторів був запропонований метод ідентифікації осіб за стоматологічним статусом із використанням константних антропометричних індексів нижньої щелепи. Метод базується на побудові графічної моделі, точки якої відповідають специфічним анатомічним орієнтирам, з подальшим математичним співвідношенням відстаней, результати яких будуть представлені у формі проміжних індексів. Використовуючи принцип матричних співвідношень проводиться обрахунок кінцевих результатів та виведення сталих та комплексного антропометричних індексів нижньої щелепи.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ І ДИНАМІКА ЇХНЬОГО МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Деркач Р., Симовонюк М.
Науковий керівник - проф. В.П. Пюрик
ДНВЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології

Проблема генералізованого пародонтиту – одна з актуальних у сучасній стоматології. Це зумовлено перевагою генералізованого пародонтиту в структурі стоматологічних захворювань, складністю і варіабельністю етіології та патогенезу, взаємозв’язком місцевих і соматичних порушень. Його поширеність у залежності від регіону та віку обстежених досягає 40 - 90%.

Було обстежено 40 хворих на генералізований пародонтит, віком від 24 до 45 років, 20 (50,00%) чоловіків та 20 (50,00%) жінок. У залежності від медикаментозного лікування всі хворі на генералізований пародонтит розділені на дві групи, які були рандомізовані за діагнозом, віком, статтю і тривалістю захворювання. Першу контрольну групу склали 20 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні застосовували базове медикаментозне лікування. Другу групу склали 20 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні на тлі базової медикаментозної терапії в передопераційному періоді на тканини пародонта відповідної щелепи щоденно проводили електрофорез пентоксифіліну в кількості 7 сеансів. Всім 40 хворим з II і III ступенем важкості генералізованого пародонтиту проводили класичну клаптеву операцію Відмана-Неймана-Цішинського з мієлоколагенопластикою в модифікації В.П.Пюрика (1993).

Для проведення електронномікроскопічних досліджень тромбоцитів забір крові проводився у хворих до

операції і на 10 день після операції.

При заборі крові у хворих на генералізований пародонтит і виділенні тромбоцитів методом центрифугування з наступною їх проводкою для електронномікроскопічного дослідження встановлено, що в тромбоцитах спостерігалися виражені ультраструктурні зміни, які морфологічно проявлялися слабкою диференціацією, розпушенням їх клітинної мембрани. Тромбоцити втрачали розпластаність і агрегаційні властивості, були в більшості неправильної форми з відростками. Грануломери тромбоцитів містили велику кількість вакуолей, втрачали зернистість, утворювали пухирцеподібні включення. Ендоплазматична сітка та мітохондрії слабко диференціювалися. Гіалоплазма мала дрібнозернисту основу, з'являлися ліпідні гранули.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії на ультраструктурному рівні спостерігалася позитивна динаміка грануломерів та внутрішньоклітинних органел гіалоплазми. Однак, у гіалоплазмі зустрічалися крупні пухирці. Зменшувалася кількість гранул по периферії грануломерів, відзначалися ліпідні включення.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії з включенням пентоксифіліну на ультрамікроскопічному рівні у більшості тромбоцитів виявлено нормалізацію їх структури. Вони були з вираженною клітинною мембраною з утворенням відростків, які контактували з поруч розміщеними відростками тромбоцитів. Відносно добре диференціювалися внутрішні частини гіалоплазми. Зовнішня – світла, яка утворювала гіаломер і центральна частина – грануломер у вигляді накопичення зерен.

Отже, після хірургічного лікування під впливом пентоксифіліну у хворих на генералізований пародонтит виявлено нормалізацію морфологічної структури тромбоцитів.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ АДГЕЗИВНОГО ЗАСОБУ НА МІКРОФЛОРУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ

Дівнич Т.Я., Вербовська Р.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра стоматології післядипломної освіти

Вступ.Згідно даних літератури потреба в повному знімному протезуванні у вікових групах 50 років і старші становить від 23,8% до 80%. Пацієнти, які користуються повними знімними пластинковими протезами користуються адгезивними протезами для покращення їх фіксації.

Метою дослідження було вивчення протимікробних властивостей крему "Lacalut dent" для фіксації повних знімних пластинкових протезів.

Матеріали і методи дослідження.

Для вивчення вказаної мети нами в клініці ортопедичної стоматології було обстежено 20 пацієнтів, яких оглядали по загальноприйнятій методиці, включаючи скарги пацієнтів, анамнез життя, анамнез захворювання, оцінювали дані зовнішнього огляду і локально ротової порожнини з використанням стандартного набору стоматологічних інструментів.

Для оцінки мікробного балансу ротової порожнини пацієнтів дослідження якісного і кількісного складу мікрофлори здійснювали перерахунок на 1см^2 площі поверхні протеза, з якої був зібраний матеріал.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами використано засіб для фіксації пластинкових протезів до протезного ложа пацієнтів "Lacalut dent", який в процесі проведення мікробіологічних досліджень показав, що, крім, фіксуючої дії володіює ще й протимікробною.

Засіб для фіксації "Lacalut dent" значною мірою пригнічує резидентну мікрофлору (*α*- гемолітичний стрептокок, *Stomatococcus*, *Neisseria mucosa, Neisseria sicca, Micrococcus luteus*) ротової порожнини у пацієнтів із знімними пластинковими протезами. В той же час сприяє незначному росту транзиторної мікрофлори з низьким рівнем вірулентності (*Bacillus, Staphylococcus epidermidis, β-Streptococcus*), що певною мірою компенсує зниження ступеню колонізації резидентної мікрофлори ротової порожнини. Поруч з цим даний фіксуючий засіб негативно впливає на ріст і розвиток транзиторної мікрофлори ротової порожнини (*St. aureus.*, *Escherichiacoli*, дріжджеподібні гриби роду *Candida*) у пацієнтів, які користуються повними знімними пластинковими протезами.ї

Висновки.

Засіб для фіксації "Lacalut dent" у пацієнтів з повними знімними протезами викликає дисбактеріоз ротової порожнини, що не дає змоги пацієнтам користуватися ним.

ЛІТЕРАТУРНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Дмитренко І.А.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є поширеними серед населення та займають одне з перших місць в структурі стоматологічної захворюваності, після карієсу та хвороб пародонту. Симптоми порушень функції СНЩС, за даними ряду дослідників, спостерігаються у 40 – 60% дорослого населення.

Метою роботи було проведення літературного пошуку і аналіз комплексних досліджень про особливості перебігу захворювань СНЩС.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз літературних джерел інформації з метою вивчення особливостей комплексного лікування скронево-нижньощелепного суглобу, жувальних м'язів і зубів, які є невід'ємно-цілісною анатомо-функціональною системою, діяльність якої знаходиться під контролем та координацією центральної нервової системи. Тому порушення в одній або в кількох ланках цієї системи можуть призвести до виникнення дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Обстеження пацієнтів проводилося на основі врахування класифікації дефектів зубних рядів за Кенеді та скронево-нижньощелепних розладів.

Результати дослідження свідчать про те, що існує залежність між протяжністю і видом дефектів зубного ряду та інтенсивністю внутрішніх порушень в скронево-нижньощелепному суглобі. Виявлення цих залежностей було можливим завдяки тому, що застосована класифікація дефектів зубних рядів за Кенеді, враховує як протяжність дефектів, так і ступінь якісних змін у зубних рядах, а застосований розподіл хворих приймає до уваги рівень інтенсивності внутрішніх порушень скронево-нижньощелепних суглобів.

За даними літературних досліджень було встановлено,

що на основі обстеження п'яти тисяч осіб, які проживали у чотирьох різних областях України встановлено, що включені дефекти зубних рядів становлять 71,0 % з усіх дефектів. Під час вивчення локалізації включених дефектів у фронтальній та бічних ділянках верхньої та нижньої щелепи отримано подібні результати. При цьому, значної уваги заслуговують дані літератури про стан зубів, які обмежують включені дефекти, оскільки така інформація в доступній медичній літературі, практично, відсутня.

Висновок. Аналіз отриманих літературних даних вказує, що переважна більшість дефектів зубних рядів – 55,0 %, обмежені вітальними зубами і лише 15,5 % обмежені двома девіталізованими зубами, що слід враховувати під час складання плану ортопедичного лікування. Проведені дослідження свідчать про те, що внаслідок часткової відсутності зубів можуть розвиватися функціональні та морфологічні відхилення у зубних рядах. Зниження висоти прикусу і дистальний зсув нижньої щелепи зачіпають всі елементи зубо-щелепної системи та часто ведуть до дезорганізації діяльності жувальних м'язів, погіршення їх функціонального стану і дисфункціональних порушень СНЩС.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОГО АЛЬВЕОЛІТУПРЕПАРАТОМ «БАНЕОЦИН»

Дмитрук Ю.Р.
Науковий керівник - асист. В.Л. Когут
ДНВЗ «Івано-Франківськи національний медичний університет»
Кафедри хірургічної стоматології

Актуальність теми. Серед ускладнень операції видалення зубів – найбільш часто зустрічаються альвеоліти які, по даним різних авторів складають 24-35% від всіх післяекстракційних ускладнень. Провідну роль у виникненні альвеоліту відіграє патогенна мікрофлора, яка активізується після руйнування кров'яного згустку в лунці видаленого зуба. Цьому сприяє: травматичність операції, запальний одонтогенний процес, висока фібролітична активність тканин лунки і слини, порушення місцевого імунітету, наявність супутніх захворювань (напр. цукровий діабет), незадовільний стан гігієни ротової порожнини.

Надмірна інфільтрація тканин розчином анестетика, використання під час анестезій судинно-звужувальних препаратів веде до тривалого спазму судин, утворення великої кількості «сухих лунок», що також може бути причиною розвитку альвеоліту.

Мета дослідження. Опрацювання способу профілактики альвеоліту препаратом «Банеоцин»

Препарат комбінований антимікобактеріальний, для зовнішнього застосування Банеоцин (Baneocini) містить в своєму складі поліпептидний антибіотик Бацитрацин (Bacitracin), антибіотик - аміноглікозид Неоміцин (Neomicin), допоміжні речовини – ентеросгель, метилурацил порошок.

Матеріали дослідження та методи досліджень. Клінічні дослідження проводили на 40 хворих віком 21-45 років, після видалення різних зубів. Лунку видаленого зуба промивали розчином антисептик (хлоргексидин, лекасан) до очищення її від крові. Потім в альвеолу вводили шар мазі «Банеоцин» і покривали марлевим тампоном. Запропонований спосіб лікування використовували у 20 хворих (основна група). Контрольну групу складали 20 хворих, яким після видалення в лунку вводили марлеву турунду просякнуту йодоформом.

Ефективність лікування хворих оцінювали за даними клінічних обстежень, частотою відвідувань лікаря, мікробіологічними показниками лунки видаленого зуба.

Результати досліджень. Клінічні спостереження в 1-ій групі пацієнтів виявили: практично всі пацієнти помічали відсутність больових відчуттів в ділянці після операційної рани на 2 день. Тільки 2 (10%) пацієнтів помічали незначний біль.

Клінічні спостереження в 2-ій групі пацієнтів виявили: присутність болю на 2 -3 день у 9 пацієнтів (45%)

Кількість відвідувань лікаря в основній групі становила 1,6±0,4, а в контрольній 3,2±0,6.

Висновки. Таким чином, результати проведених досліджень показали, що використання препарату «Банеоцин» після операції видалення зуба, знижує розвиток післяекстракційного альвеоліту. Встановлено активний вплив препарату на мікрофлору лунки зуба. Запропонований спосіб профілактики післяекстракійного альвеоліту є ефективний і може бути рекомендований для застосування в хірургічній стоматології.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННИХ ТА РИНОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУЇТІВ З МЕТОЮ ОБГРУНТУВАННЯ ПРАВИЛЬНОГО ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ

Заболотна З. О.
Науковий керівник- к.мед.н., доц. Г.Б. Проць
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології.

Актуальність теми. Одонтогенний гайморит (ОГ) - це запалення верхньощелепної пазухи, при якій інфекція поширюється в пазуху не зі сторони носової порожнини, а через коміркові відростки верхньої щелепи. Це захворювання відноситься до числа найбільш поширених запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. Частота їх розвитку становить 24-33% від усіх запальних захворювань верхньої щелепи, що пов´язано із топографо-анатомічним співвідношенням зубів верхньої щелепи і порожниною гайморової пазухи (Тимофєєв, 2004р).

Мета дослідження. Вивчення причин виникнення та особливостей клінічного перебігу одонтогенного і риногенного гайморитів з метою вибору правильного методу лікування.

Матеріали і методи дослідження. Нами обстежено 30 хворих з ОГ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в ОКЛ м. Івано-Франківська з 2013 по2014 р.

Порівняння ознак одонтогенних і риногенних гайморитів проводили за такими ознаками: 1. скарги 2. анамнез захворювання 3. особливості клінічного перебігу 4. рентгенологічна картина 5. об´єм хірургічного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення. При обстеженні хворих виявлено, що основними скаргами при одонтогенному запаленні верхньощелепної пазухи були: важкість в проекції пазухи(72,7%) і гнійні виділення з носа(65,3 %), біль(23,7%). Характерною відмінною ознакою було відчуття неприємного запаху із носа(92%). Гіперемія слизової оболонки порожнини носа при одонтогенному гаймориті (75,3%), тільки в 1/3 випадків поєднувалась із набряком та інфільтрацією, а при риногенних гайморитах ці дві ознаки виражені у всіх хворих.

Згідно з анамнезом, 91% всіх хворих, які звернулися в ОКЛ відмічали незначне погіршення загального стану, а 47%

хворих попередньо лікувалися в ЛОР-відділенні, після чого у них спостерігалися постійні рецидиви хвороби.

При попередньому лікуванні в ЛОР-відділенні 35% хворим, які звернулися по допомогу не була проведена рентгенологічна діагностика, яка б свідчила про стан коміркового відростка.

Операція за Колдуен-Люком була проведена усім хворим ,39% хворим після попереднього терапевтичного лікування була проведена операція резекції верхівок причинних зубів, 61% хворим причинні зуби були видалені.

Висновки. На підставі проведеного аналізу визначено, що ОГ з періоду 2013-1014 р складає 24% від загальної кількості госпіталізованих хворих, що свідчить про актуальність питань діагностики та правильності лікування.

Доведено, що 47% хворих раніше лікувалися в ЛОР-спеціалістів, де було покладено неправильний діагноз і проведене неправильне лікування.

ЗАСТОСУВАННЯ ПАСТИ НА ОСНОВІ ЖИВОКОСТУ НАСТОЙКИ ТА КАЛЬЦІЮ ГІДРОКСИДУ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Заболотна З.О., Тарнавський П.В.
Науковий керівник − к.мед.н., доц. І.Р. Костюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої стоматології

Метою роботи було вивчення остеорегенеруючих та протизапальних властивостей пасти на основі живокосту настойки та кальцію гідроксиду, призначеної для тимчасової обтурації кореневих каналів постійних зубів у дітей у разі хронічного гранулюючогоперіодонтиту.

Матеріали і методи:нами було обстежено та пролiковано 8 постійних зубів (у 8 пацієнтів), уражениххронічним гранулюючимперіодонтитом, методом тимчасової обтурації кореневих каналів. Лікування полягало в: антисептичній обробці кореневих каналів 1% спиртовим розчином хлорофіліпту, позаапікальній терапії препаратом живокосту настойки під тимчасову пов'язку (на термін не більше 1 доби). Далі у випадках, коли хворі зуби не турбували під герметичною пов'язкою та не було відмічено загострень (найчастіше через 1-2 відвідування), проводилося тимчасове кількаразове заповнення кореневого каналу пастою (склад пасти: 1,0 гживокосту настойки, 0,5 г гліцерину, до 3,0 г кальцію гідроксиду). Протизапальні та остеорегенеруючі властивості розробленої пасти попередньо були вивчені в експерименті на тваринах, а її склад запатентовано. Спочатку пасту залишали під тимчасовою пломбою на 1 тиждень (завідсутностізагострення). Наступна її заміна проводилася через 1 місяць, а далі – через 3, 6, 9 і, за потреби, – через 12 місяців від початку лікування з рентгенологічним контролем.Оцінка лікування здійснювалася за допомогою клінічних методів та рентгенологічного – визначення модифікованого періапікального індексу (PAI).

Результати дослідження.Виявлено швидке стихання запальних явищ, ускладнень і побічних явищ не спостерігалося. Хворі зуби найчастіше не турбували вже під першою герметичною пов'язкою з живокосту настойкою, посилення болю та загострення патологічного процесу не спостерігалося. Рентгенологічна оцінка результатів лікування хронічного гранулюючогоперіодонтиту постійних зубів у дітей за PAI свідчила про вірогідне поліпшення стану тканин періодонта вже через 3 місяці від початку лікування.Через 6 місяців застосування запропонованої місцевої терапії в 75% випадків на рентгенограмі спостерігалася тенденція до відновлення кісткової тканини в місці ураження.

Висновок: вивченні нами клінічні та рентгенологічні показники вказують на позитивні зміни симптоматики хронічного гранулюючогоперіодонтитупостійних зубів у дітей під впливом запропонованого нами місцевого лікування методом тимчасової обтурації кореневих каналів пастою на основі живокосту настойки та кальцію гідроксиду.

СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ГІРСЬКИХ РАЙОНІВ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Заяць С.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. З.Р. Ожоган
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Висока поширеність карієсу і зубо-щелепних аномалій спостерігається у дітей Івано-Франківської області і зокрема, в гірських районах. Така ситуація сприяє розвитку певних морфофункціональних порушень зубо-щелепної системи і призводить до виникнення патологічних прикусів і дефектів зубних рядів.

Мета роботи: вивчити стан зубо-щелепної системи у осіб молодого віку гірських районів Івано-Франківської області.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 35 осіб молодого віку (18-25 років), які проживають в гірській сільській місцевості. При клінічному обстеженні враховували місце проживання, шкідливі звички, причини порушень зубо-щелепної системи, причини видалення зубів, проведення попереднього стоматологічного лікування, стан твердих тканин зубів, вид прикусу, стан гігієни ротової порожнини, стан слизової оболони ясен, наявність і локалізацію дефектів зубних рядів.

Результати дослідження. При проведенні клінічного дослідження нами було обстежено 35 осіб молодого віку, 17 чоловіків і 18 жінок, віком від 18 до 25 років. Нами виявлено високу поширеність карієсу і реставрованих дефектів твердих тканин зубів серед обстежених, яка складала 91,4%. Було виявлено патологічні прикуси, такі як мезіальний прикус у 1 обстеженого, дистальний прикус у 3 обстежених і відкритий – у 2 обстежених. Крім цього, достатньо значним є відсоток пацієнтів із частковою відсутністю зубів, яку було виявлено у 19 обстежених. Дефекти зубних рядів були виявлені як на верхній, так і на нижній щелепах, у фронтальній і бічній ділянці, різної протяжності. Нами було проаналізовано стан гігієни ротової порожнини обстежених осіб і встановлено, що у більшості з них він є незадовільним, наявні зубні відкладення, гіперемовані ясна. Застосування об'єктивних клінічних методів обстеження пацієнтів дозволяє виявити найбільш поширені захворювання зубо-щелепної системи, оцінити основні причини їх розвитку і методи попередження розвитку і прогресування стоматологічної патології. Необхідно звертати увагу на методи гігієни ротової порожнини і попередження видалення зубів з приводу ускладнень карієзного процесу.

Висновки. За результатами проведеного обстеження нами встановлено високу поширеність карієсу і дефектів зубних рядів у осіб молодого віку сільської гірської місцевості Івано-Франківської області, що зумовлює необхідність розробки методів профілактики і сучасного лікування захворювань зубо-щелепної системи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРОДОНТОПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В СОДЕРЖИМОМ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ

Золотухина Е. Л.
Научный руководитель - д.мед.н. Ю. Г. Романова
Одесский национальный медицинский университет
Кафедра терапевтической стоматологии

Вступление.Основной состав микрофлоры пародонтальных карманов представлен такими микроорганизмами как *Treponema denticola*, *Porphyromonas gingivalis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus sobrinus*, *Streptococcus salivarius*. Полимеразную цепную реакцию (ПЦР) используют для идентификации патогенных белков данных микроорганизмов.

Целью данной работы является изучение основной пародонтопатогенной микрофлоры с использованием ПЦР у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 28 пациентов, которые были разделены на две группы: первая группа – контрольная (12 пациентов), вторая группа – 16 пациентов с диагнозом хронического генерализованного пародонтита. Диагноз подтверждался клиническими и рентгенологическими исследованиями, а также на основании определения тяжести и интенсивности поражения тканей пародонта с помощью индексов PMA (Parma, 1960) и PI (Russel, 1956).**Полученные результаты.** ДНК основных представителей пародонтопатогенной микрофлоры определяли с помощью праймеров для специфической ПЦР-амплификации фрагментов генов данных микроорганизмов. Все исследуемые микроорганизмы были обнаружены в содержимом пародонтального кармана. *P. gingivalis* обнаруживались у 20% больных, *T. Denticola* – в 10% случаях, частота *S. sanguis* и *S. oralis* составила 58% и 64% соответственно. Наиболее часто встречаемыми микроорганизмами оказались *S. mutans* (77%), наименее встречаемые *S. sorbius* и *S. salivarius* (18% и 9%).

Выводы. На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что ПЦР для определения анаэробных микроорганизмов в содержимом пародонтального кармана позволяет избавиться от неудобств при применении бактериологических тестов и в кротчайшие сроки идентифицировать пародонтопатогены, тем самым дает возможность назначить эффективную этиотропную терапию.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ВИРАЖЕНІСТЬ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Кобрин Н.Т.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. В.І. Герелюк, к.мед.н., доц. О.П. Кобрин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра терапевтичної стоматології

Відповідно до сучасних уявлень, генералізований пародонтит (ГП) є своєрідним дистрофічно-запальним процесом, який виникає в результаті поєднаного впливу різноманітних екзогенних та ендогенних чинників. Поєднуючою ланкою між місцевим запальним процесом та системною відповіддю організму, особливо при хронічному вогнищі запалення може бути С-реактивний білок (СРБ), який є чутливим маркером запалення.

З метою вивчення ефективності лікування, нами обстежено 35 хворих на ГП із верифікованою хронічною хламідійною інфекцією, які в комплексному лікуванні отримували „Протефлазід" усередину по схемі та місцево у складі лікувальної композиції. До групи порівняння увійшли 33 пацієнти на ГП без супутньої патології. Усім хворим визначали рівень СРБ в сироватці крові та ротовій рідині.

Рівень С-реактивного білка в обстежених нами хворих на ГП із хронічною хламідійною інфекцією був значно підвищеним, особливо в ротовій рідині – 345,28±43,53 мг/л ($p<0,05$), порівняно з пацієнтами без супутньої патології – 224,4±44,22 мг/л. У хворих на ГП рівень СРБ в сироватці крові складав 8,54±2,24 мг/л, тоді як при наявності хламідійної інфекції рівень СРБ в сироватці крові підвищувався в 1,7 рази, порівняно до показників у пацієнтів на ГП без супутньої патології ($p<0,05$).

Під впливом проведеного нами лікування у хворих групи порівняння рівень СРБ сироватки крові знижувався з 15,25±1,96мг/л до 2,52±1,95 мг/л. У хворих, які отримували комбіноване застосування „Протефлазіду" в комплексному лікуванні ГП, вміст СРБ у сироватці крові знижувався у 2,14 рази і складав 6,86±1,47 мг/л, достовірно відрізняючись від значень СРБ у хворих групи порівняння ($p<0,05$), відповідаючи рівню практично здорових осіб – 6,00±0,45 мг/л. Рівень СРБ ротової рідини знижувався у 22,6 рази під впливом запропонованого лікування, проте продовжував перевищувати показник норми (6,00±0,89) мг/л.

Підсумовуючи вище викладене, можна констатувати, що включення в комплексну терапію ГП препарату „Протефлазід", порівняно з традиційним лікуванням сприяє більш швидкому зменшенню вмісту СРБ у сироватці крові та ротовій рідині, що сприяє усуненню запального компоненту.

ОЦІНКА ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМ РІВНЕМ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Кобрин Н.Т., Кенюк Л.Я.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. В.І. Герелюк, к.мед.н., доц. Т.Я. Дівнич, к.мед.н., доц. О.П. Кобрин
Кафедра стоматології ФПО, кафедра терапевтичної стоматології

На сьогодні важливе значення має надання якісних стоматологічних послуг. З новітніми можливостями, широким асортиментом вибору матеріалів та методів, створені хороші передумови для проведення ефективного лікування карієсу та подовження терміну служби пломби. Найпоширенішими матеріалами для реставрацій є композитні матеріали світлової полімеризації, оскільки вони володіють низкою переваг над іншими матеріалами в конкретних клінічних ситуаціях. Однак, довговічність та надійність реставрації залежить не тільки від якості пломбувального матеріалу та обраної адгезивної системи, а також від стану твердих тканин, інтенсивності карієсу та рівня гігієни ротової порожнини.

Метою роботи було проведення клінічної оцінки якості реставрацій у пацієнтів із різним рівнем гігієни ротової порожнини.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 40 пацієнтів, віком від 18 до 55 років, яким було відновлено 48 порожнин I-V класів за Блеком, з приводу середнього та глибокого карієсу. Стан гігієни ротової порожнини визначали за допомогою гігієнічного індексу за Грін – Вермільйоном (OHI-S).

Відповідно до отриманих показників, пацієнтів було розділено на 3 групи: І група – 12 пацієнтів із добрим рівнем гігієни, що становив від 0 до 0,6 балів; ІІ група – 15 пацієнтів, в яких гігієнічний стан був середнім (OHI-S становив 0,7-1,6 балів) та ІІІ група – 13 пацієнтів із поганим та дуже поганим показниками (OHI-S – більше 1,7 бала). Проведено клінічну та інструментальну оцінку твердих тканин, оцінку якості реставрацій за модифікованими критеріями USPHS Ryge (анатомічна форма, крайове прилягання, крайова пігментація, вторинний карієс, відповідність кольору, гладкість поверхні). За кожним з наведених показників виставлялась оцінка, в залежності від стану реставрації.

Результати. При дослідженні реставраційних робіт через 6 місяців за критерієм «крайова пігментація» у пацієнтів І групи її виникнення виявлено у 7% випадків, ІІ групи – у 12%, ІІІ групи – у 23% випадків. При дослідженні реставрацій за критерієм «крайове прилягання» у І групі порушення виявлено у 8 % реставрацій, ІІ групі – 9% реставрацій і ІІІ групі – у 18% реставрацій. Оцінка відновлень за «кольоровою відповідністю» у І групі 95 % реставрацій відповідали за кольором твердим тканинам зуба, у ІІ групі – 92%, у ІІІ групі – 86% реставрацій.

Висновки. Таким чином, найбільша кількість ускладнень була виявлена у ІІІ групі, до якої ввійшли пацієнти з поганим та дуже поганим рівнем гігієни ротової порожнини. Отже, перед проведенням реставрацій необхідно обов'язково проводити повну професійну гігієну ротової порожнини, а також навчання та її контроль. Рекомендовано систематичні профілактичні відвідування стоматолога 2-3 рази на рік.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯМИ

Ковалюк А.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. З.Р. Ожоган
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Метою роботи є вивчити частоту розвитку зубощелепних деформацій при налагодженні співпраці між лікарями стоматологами різних профілів.

Матеріали і методи: вивчено дані 60 осіб віком від 20 до 49 років та опрацьовано результати клінічного обстеження 48 з них щодо частоти розвитку деформацій зубних рядів.

Результати: дослідження показало високий показник звернення громадян з приводу ортопедичної консультації при використання раціонального ознайомлення пацієнтів з проблематикою протезування деформацій зубних рядів внаслідок несвоєчасного їх звернення до лікаря-стоматолога ортопеда шляхом використання інформаційних листів та направлень на ортопедичну консультацію. На прийом до стоматолога-ортопеда звернулися 48 осіб (80%) з метою консультування необхідності проведення заміщення втрачених зубів. Щодо термінів звернення пацієнтів, то потрібно зазначити, що чим більш інформативно ознайомлений пацієнт з можливими ускладненнями при розвитку вторинних деформацій, тим швидше він звертається щодо надання ортопедичної допомоги. Так, І група (використовувалося ознайомлення шляхом вручення інформаційного листа ти направлення на ортопедичну консультацію) звернулася в ортопедичне відділення в строк 28-42 дні після прийому в лікаря-стоматолога-хірурга. Пацієнти ІІ групи (використовувалося ознайомлення шляхом вручення інформаційного листа) виявляли потребу в ортопедичному лікування в термін 4-13 тижнів після прийому в хірургічному відділенні, а особи ІІІ групи (попередньо проведено лише інформаційну бесіду) звернулися по необхідності протезування в строк 6-17 тижнів з моменту проведення екстракції зуба. Також можна говорити про зростання показника протезування осіб при попередньому правильному оповіщенні про виникнення різного виду ускладнень до 100%.

Висновок: наслідком ефективної співпраці лікарів-стоматологів різних профілів в плані оптимізації роботи можна також вважати зниження частоти виникнення деформацій зубних в декілька раз і, як наслідок, попередження виникнення ускладнень з боку різних систем організму.

ДИНАМІКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННІ КИСТИ НА ФОНІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Литвинець-Голутяк У.Є.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.М. Рожко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології

Метою нашої роботи стало вивчення динаміки імунологічних змін у пацієнтів з одонтогенними кистами (ОК) та оцінка можливості корекції виявлених змін під впливом обраних для дослідження медикаментозних технологій. **Матеріали і методи дослідження**. Обстежено 89 пацієнтів із ОК віком від 18 до 45 років, які були розділені на групи: 1 група (n=32) хворі на ОК віком від 18 до 45 років, отримували лікування згідно Протоколу; 2 група – (n=35) поєднували протокольне лікування із застосуванням Крапель Береш Плюс (КБП) виробництва АТ "Береш Фарма" в наступному режимі: 2 курси по 28 днів з проміжком між ними 1 місяць у дозуванні 20 крапель 3 рази на добу, 3 група (n=12) отримувала лікування за Протоколом, КБП та лікопід. Лікопід застосовували у дозі 10 мг один раз на добу протягом 10 днів теж з інтервалом між курсами 1 місяць. Групу контролю склали 10 здорових осіб аналогічного із хворими віку. Дослідження проводилось на базі відділу щелепно-лицевої хірургії. Проведено порівняльний аналіз імунологічних показників до початку лікування та після нього (через 7 днів, через 1-3 міс.). Діагноз ОК встановлено згідно із Протоколом діагностики і лікування ОК. Стан неспецифічної резистентності організму вивчали шляхом визначення показників фагоцитозу: фагоцитарного індексу (ФІ), фагоцитарного числа (ФЧ) в нейтрофільних гранулоцитах. Кисневозалежну метаболічну активність нейтрофілів визначали за відновленням нітросинього тетразолію (НСТ-тест). Проводили спонтанний та стимульований замозином тест з підрахунком НСТ-позитивних нейтрофілів (N, %) та індексу активації нейтрофілів (ІА, ум. од.). **Результати та їх обговорення.** Аналіз факторів неспецифічного захисту у хворих на ОК на фоні стандартної терапії (СТ) відзначив достовірне підвищення ФІ (%) з (28,1±1,1) до (39,0±0,9) P<0,001 та тенденцію до його підвищення щодо ФЧ після виписки із стаціонару. За показниками спонтанного НСТ-тесту виявлено недостатній ступінь подразнення фагоцитуючих клітин і їх низьку здатність до кілінгу у пацієнтів із ОК (p<0,05). Стимульований НСТ-тест засвідчив низьку потенційну активність фагоцитуючих клітин та завершеність фагоцитозу щодо таких у групі здорових (p<0,001). Проведене лікування за Протоколом практично не вплинула на ІА (ум.од) та N (%), які хоча і були вищими за аналогічні до лікування, однак значно нижчі, ніж здорових (p<0,001). У хворих, які отримували СТ+КБП вектор направленості порушень фагоцитозу був значно менше

зміщений в сторону дефіциту у порівнянні із групою пацієнтів, що отримували лише СТ. Відсоток фагоцитуючих клітин був знижений достовірно у порівнянні із групою здорових (p<0,001), а ФЧ хоча й було меншим, ніж у здорових, проте значно більшим, ніж у дітей на фоні СТ (p<0,001). Щодо показників спонтанного НСТ-тесту, відзначено тенденцію до зростання ступеня подразнення фагоцитуючих клітин і їх вищу здатність до кілінгу у пацієнтів (p<0,05), які отримували СТ+КБП у порівнянні з групою пацієнтів, які лікувались лише СТ. Схожа динаміка спостерігалась упродовж тривалого нагляду. Стимульований НСТ-тест засвідчив достовірно вищу потенційну активність фагоцитуючих клітин та завершеність фагоцитозу у хворих на ОК, які отримували СТ+КБП щодо таких у групі лікування СТ та у порівнянні із здоровими (p<0,05). Так, показники ІА (ум.од) та N (%) до лікування були (0,7±0,01) і (41,8±0,05), відповідно, а стали достовірно вищими за аналогічні при виписці з стаціонару, а саме, (1,2±0,01) і (52,2±0,06) (p<0,001), однак залишались значно нижчими, ніж у здорових (p<0,05). Упродовж тривалого спостереження зафіксована аналогічна картина. Удосконалене лікування ОК із включенням Крапель Береш Плюс та Лікопіду характеризувалося ефективною корекцією порушень фагоцитарного статусу. Зокрема, відбувалося значне вірогідне зростання відсотка як фагоцитуючих клітин, так і ФЧ уже на початку лікування (P<0,05). Найвиразніші зміни отримано упродовж тривалого спостереження. Окрім цього, стимульований НСТ-тест засвідчив вищу потенційну активність фагоцитуючих клітин та завершеність фагоцитозу у пацієнтів, що отримували СТ+КБП+Л щодо таких у групах з іншим підходом (p<0,001). Так, під впливом поєднаної терапії впродовж періоду тривалого спостереження показники ІА (ум.од) та N (%) вірогідно зростали, що наближало отримані дані з результатами попередньої терапії упродовж всього періоду спостереження. **Висновки.** Встановлено, що кисневозалежна мікробоцидність нейтрофілів максимально зростає в ході проведеного лікування пацієнтів з ОК поєднаною терапією із включенням до комплексу лікування окрім Крапель Береш Плюс Лікопіду (p<0,05), що дає підстави стверджувати наявність взаємозв'язку між активацією нейтрофільних гранулоцитів крові, вираженістю хронічного запального процесу на слизових ротової порожнини при ОК та впливом імуномодулюючих препаратів. На наш погляд, наведені результати свідчать про можливість введення даних лікарських засобів до комплексної терапії хворих на ОК, що дозволило б досягти кращого контролю над захворюванням у порівнянні із традиційною терапією.

МОНІТОРИНГ ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛОМБУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ НА РИНКУ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Лях А.І.
Науковий керівник – асист. С.Б. Костенко
«Ужгородський національний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Метою нашого дослідження було провести моніторинг стоматологічних пломбувальних матеріалів на ринку Закарпатської області, для виділення групи найбільш широко використовуваних пломбувальних матеріалів з метою використання в галузі судово-медичної експертизи для ідентифікації стоматологічних матеріалів.

У нашому дослідженні взяли участь сімдесят стоматологів, які працюють в стоматологічних поліклініках та приватних кабінетах із семи міст різних куточків Закарпатської області. Їм були надані кожному по три анкети-опитування, які включали в себе:

1) співвідношення найпоширеніших стоматологічних захворювань;

2) порівняння методу лікування цих захворювань;

3) найпоширеніші матеріали, які використовують лікарі для лікування даних захворювань.

З підсумків цих анкет були зроблені висновки.

У результаті опитування було виявлено, що серед основних стоматологічних захворювань, а саме: пульпіту, періодонтиту та карієсу, найбільшу частину складають хворі з діагнозом «карієс зуба», «пульпіт зуба», різноманітної етіології, та останнє місце посідає «періодонтит». У наступній анкеті стоматологами була надана інформація про те, що пацієнти, для вирішення їхньої проблеми, перевагу надають терапевтичному лікуванню. І на завершення, стоматологами була надана інформація на рахунок використання ними різноманітних провідних як фотополімерних, так і склоіномерних пломбувальних матеріалів для лікування стоматологічних захворювань.

Висновок. В результаті моніторингу стоматологічних матеріалів в Закарпатській області, з'ясувалось, що 70% від всіх пломбувальних матеріалів, які використовуються лікарями-стоматологами є фотополімерні пломбувальні матеріали. З них найбільшу частину складають такі матеріали, як "Charisma" – 20,78%; 3M ESPE "Filtek Z250" - 12,33%, "Spectrum" – 11,83%, "Gradia Direct" – 9,75%; Ivoclar Vivadent "Te-Econom" – 8,26%, 3M ESPE "Filtek Ultimate" – 8,17%, GC "Kalore" – 6,02%, "Latelux" – 5,03%, Tokuyama Dental «Estelite Equick» 4,87%, Tokuyama Dental «Estelite flow quick» 3,72%. Саме ці матеріали можуть використовуватись у лабораторних дослідженнях спектрометричним методом з метою ідентифікації в судовій стоматології та судово-медичній експертизі, для визначення матеріалу та надання експертної оцінки стоматологічної допомоги населенню в криміналістиці, комісійних та комплексних експертизах.

ПРОФІЛАКТИКА АЛЬВЕОЛІТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ «АЛЬВОСТАЗ»

Лящук В.Г.
Науковий керівник – доц. Пермінов О.Б.
ДНВЗ «Івано-Франківського національного медичного університету»
Кафедра хірургічної стоматології

Запалення комірок - найпоширеніше ускладнення після видалення зубів. Профілактика альвеоліту вивчається науковцями та практичними лікарями, а перелік лікувальних пропозицій насьогодні досить великий. Один з його напрямків передбачає внесення препаратів в комірки одразу після видалення зубів засобів, які сприяли б згортуванню крові, утриманню згустку та його захисту від мікрофлори, мали б знеболюючий та протизапальний ефект.

Мета дослідження полягала у вивченні ефективності препарату «Альвостаз» для профілактики післяекстракційного запалення комірок.

Препарат «Альвостаз» (Омега, Росія) випускається у вигляді губки і містить у собі трикальцій фосфат, евгенол, оливкова олія, гемостатичну губку та йодоформ.

Матеріали та методи дослідження. Проведено клінічне обстеження 42 пацієнтів, у яких було видалено 25 молярів обох щелеп з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту в стадії загострення (1 група) та 17 нижніх третіх

молярів з причини їх утрудненого прорізування (2 група). Для порівняння результатів проведена мікроскопія вмісту комірок при альвеоліті у 35 хворих без застосування вказаного препарату. У всіх обстежених хворих мала місце відсутність кров'яного згустку в комірці протягом 20-25 хвилин після хірургічного втручання.

Методика профілактики запалення комірок передбачала промивання розчином декесану 0,02% та введення в порожню комірку губку препарату «Альвостаз».

Висновок. Застосування препарату «Альвостаз» при відсутності або при недостатньому об'ємі кров'яного згустку створює умови для загоєння комірок подібного до аналогічного процесу з повним заповненням комірки кров'яним згустком.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ЗМІНАМИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ КОМІРКОВИХ ВІДРОСТКІВ ТА СКЕЛЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мельник А.С.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. Н.С. Мельник
ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»
Кафедра терапевтичної стоматології

Актуальність. На протязі довгого часу патологічні процеси у коміркову відростку розглядалися ізольовано від стану кісткової тканини опорного скелету. Однак при глибокому вивченні проблеми відмічено, що системний остеопороз, викликаний ендокринними порушеннями розповсюджується і на зубощелепну систему. Ендокринний остеопороз, викликаний гіпер- або гіпофункцією щитоподібної залози може бути причиною зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) коміркових відростків, а значить мати вплив на розвиток і прогресування генералізованого пародонтиту (ГП).

Метою дослідження було вивчення взаємозв'язку між змінами мінеральної щільності кісткової тканини скелету та коміркових відростків у хворих на ГП із супутнім гіпер- та гіпотиреозом.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 36 хворих на ГП із супутнім гіпертиреозом (I гр.) та 34 хворих на ГП із супутнім гіпотиреозом (II гр.). Вивчення МЩКТ коміркових відростків (в одиницях Хаунсвільда [ОДН]) проводилось на кафедрі променевої діагностики та променевої терапії за допомогою томографа Emotion „Siemens" (Нідерланди) в ділянці тіла щелеп, міжзубних перегородок і на верхівках коренів. Загальну оцінку МЩКТ скелету проводили методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії передпліччя на апараті Challenger (Франція). Показник Т-критерію від 0 до ±1 вважали нормою; від -1 до -2,5 – проявом остеопенії; менше -2,5 – остеопорозу.

Результати та їх обговорення. Прямий кореляційний зв'язок середньої сили (r = 0,48, p = 0,007) спостерігався між показником МЩКТ передпліччя – Bmd г/см² в ділянці Ultradistal і МЩКТ міжзубних перегородок коміркового відростка: меншим показникам Bmd – 0,429±0,16 г/см² і Т – критерію – 2,56±0,16 у I групі дослідження відповідали менші показники мінеральної щільності міжзубних перегородок: від 325,8±105,2 ОДН на верхній щелепі до 348,4±111,2 ОДН на нижній щелепі, p<0,05. У II групі дослідження показникам Bmd – 0,462±0,18 г/см² і Т – критерію – 2,52±0,22 відповідали менші показники мінеральної щільності міжзубних перегородок: від 411,2±86,4 ОДН на верхній щелепі до 456,4±114,2 ОДН на нижній щелепі, p<0,05.

Висновки: 1. Коміркoвий відросток – складова частина кісткової системи і процеси, які відбуваються в скелеті мають своє відображення у кістковій тканини коміркового відростка. 2. Зміни мінеральної щільності кісткової тканини коміркового відростка при дисфункції щитоподібної залози можуть впливати на тяжкість перебігу генералізованого пародонтиту.

СТАН МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІЗ СУПУТНІМ ГІПО- І ГІПЕРТИРЕОЗОМ

Мельник Н.С., Мельник А.С.
ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»
Кафедра терапевтичної стоматології

Актуальність. Біохімічні маркери ремоделювання кісткової тканини (КТ), які визначаються в крові і сечі, доповнюють неінвазивні методи діагностики і забезпечують безпосередньою інформацією про стан КТ.

Метою дослідження було дослідження маркерів кісткового ремоделювання у хворих на генералізований пародонтит із супутнім гіпо- і гіпертиреозом.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 192 хворих на генералізований пародонтит (ГП) хронічного перебігу I, II і III ступеня розвитку із дисфункцією щитоподібної залози (ЩЗ). Їх було поділено на три основні групи (I група – 68 осіб із супутнім гіпертиреозом; II група – 64 особи із супутнім гіпотиреозом; III група − 60 осіб із супутнім гіпотиреозом, які тривало приймали препарат L-тироксин у дозах понад 100 мкг/ добу), і одну контрольну (48 хворих на генералізований пародонтит без супутньої ендокринної патології). Маркер резорбції КТ – дезоксипіридинолін (ДПД) в сечі визначали імуноферментним методом за допомогою набору „QUIDEL Metra DPD EIA kit" (США). Референтні значення для цього показника складали у жінок (25 – 44 років) – 3,0-7,4 нмоль, у чоловіків (25 – 55 років) – 2,3-5,4 нмоль. Активність формування кісткової тканини визначали за маркером цього процесу – остеокальцином. Для кількісної оцінки остеокальцину в сироватці крові застосовували двоцентровий імуноферментний тест „Osteometer BioTech A/S N-MID Osteocalcin One Step ELISA" (Данія), який дозволяє вивчити активність остеобластів. Референтні показники рівня остеокальцину становили у чоловіків – 12,3-30,5 нг/мл, у жінок – 11,4-24,4 нг/мл.

Результати та їх обговорення. Визначення показника ДПД в сечі у всіх групах дослідження показало, що у контрольній групі цей показник був у межах норми (у жінок – 3,0-7,4 нмоль, у чоловіків – 2,3-5,4 нмоль). У I групі хворих на ГП III ступеня розвитку відмічалося значне підвищення показника ДПД у 3,2 рази у жінок та у 3,5 рази у чоловіків, порівняно з контрольною групою (p<0,001). У II групі із I ступенем розвитку ГП – у 1,20 рази у жінок та у 1,34 рази у чоловіків, порівняно з контрольною групою (p>0,05). Тільки у хворих із III ступенем розвитку ГП (II група) спостерігається значне підвищення рівня ДПД – у 2,0 у жінок та – у 2,2 рази у чоловіків (8,64±0,43 нмоль у жінок та 8,19±0,42 нмоль у чоловіків, порівняно із відповідними значеннями у контрольній групі, p<0,001), що очевидно пов'язане з поглибленням ураження тканин пародонта. У хворих III групи дослідження спостерігалося підвищення рівня ДПД, особливо

у хворих із ГП III ступеня розвитку – у 2,3 рази у жінок та – у 2,7 рази у чоловіків порівняно з контрольною групою (p<0,001), що пояснюється підвищенням метаболізму кісткової тканини внаслідок прийому препаратів тироїдних гормонів цими пацієнтами.

Показники рівня остеокальцину у сироватці крові в контрольній групі були в межах норми (12,3 – 30,5 нг/мл у чоловіків і 11,4 – 24,4 нг/мл у жінок) і становили для жінок 17,9±0,9 нг/мл, а для чоловіків 23,4±0,8 нг/мл (p<0,001). Рівень остеокальцину у хворих на ГП I ступеня розвитку в I групі у цілому був незначно підвищений – у жінок на 2,9%, а у чоловіків – на 10,9±0,3% (p>0,05). Він не змінювався суттєво залежно від ступеня ураження пародонта. Це пояснюється підвищенням процесів обміну при гіпертиреозі, а значить і метаболізму кісткової тканини. У хворих II групи із ГП I ступеня розвитку рівень остеокальцину у сироватці крові порівняно з показниками контрольної групи був знижений у жінок – на 13,3%, а у чоловіків – на 27,2% (p<0,001), а у разі ГП III ступеня розвитку вже був меншим у жінок – на 38,8%, а у чоловіків – на 77,3% (p<0,001). Отримані дані підтверджують зниження процесів обміну і синтезу, а значить і метаболізму кісткової тканини при гіпотиреозі. У III групі спостерігалося незначне підвищення рівня остеокальцину в сироватці крові, але порівняно з контрольною групою цей показник був нищим при ГП I ступеня розвитку: у жінок – на 5,2% (p<0,05), а у чоловіків – на 15,8% (p<0,001); при ГП III ступеня розвитку: у жінок – на 14,0%, а у чоловіків – на 31,5% (p<0,001). Залежно від ступеня розвитку ГП рівень остеокальцину в сироватці крові у хворих III групи мало змінювався, як і в інших групах дослідження. Як бачимо, тривале вживання великих доз L-тироксину (понад 100 мкг/добу) хоч і підвищує процеси кісткоутворення порівняно з даними II групи, але зумовлює активацію процесів резорбції кісткової тканини, про що свідчать зміни маркера резорбції ДПД у хворих цієї групи.

Висновки: 1. Розвиток ГП на фоні порушення функції щитоподібної залози супроводжується порушеннями метаболізму кісткової тканини. 2. Підвищенням процесів резорбції при супутньому гіпертиреозі. 3. Зниженням процесів кісткоутворення при супутньому гіпотиреозі.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ НА ОСНОВІ ОЛІЇ ЧАЙНОГО ДЕРЕВА ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Маринич Н.О.
Науковий керівник - асист. Л.Г. Діденко
«Вінницький національний медичний університет» ім. М.І. Пирогова
Кафедра терапевтичної стоматології

Мета:метою нашого дослідження є підвищення результатів лікування гострого катарального гінгівіту при місцевому використанні олії чайного дерева, лінія «Tebodont»(компанія Dr.Wild, Швейцарія),олія чайного дерева («Ароматика»,Україна).

Матеріали та методи: проведено обстеження і лікування 10 студентів від 18 до 20 років,що страждають на гострий катаральний гінгівіт.Обстеження включало вивчення клінічного стану пацієнтів та визначення індексів гігієни (Ю.А. Федорова і В.В.Володкіної, Silness–Loe)та гінгівіту (PMA) за рекомендацією Л.А.Хоменко(2010).З урахуванням стану гігієни ротової порожнини та ступеня гінгівіту,пацієнти були поділені на 2 групи.В першу групу увійшли 3 хворих на гострий катаральний гінгівіт легкого ступеня важкості,в другу 7пацієнтів із середнім ступенем.Місцеве лікування хворих із легким ступенем гострого катарального гінгівіту:антисептична обробка порожнини рота протягом 30 секунд за допомогою спрея з лінії «Tebodont» (вміст олії чайного дерева –2,5%) з наступним проведенням ротових ваночок з олією чайного дерева 3 рази на день (2 краплі олії розбавили в 0,5 чайній ложці 70% етилового спирту, потім цей розчин додали до ½ склянки теплої води).Для решти 7-ми пацієнтів із середнім ступенем важкості застосували аналогічний розчин. Після ротових ванночок,на уражені ділянки наносили гель «Tebodont»(вміст олії чайного дерева – 2%),наклали пародонтальну пов'язку з водного дентину.Курс лікування склав 5 процедур.Рекомендували утримувати пов'язку протягом 2 годин та звернутися на повторний огляд через 2 дні.

Результати дослідження: при первинному обстеженні хворих, індекс гігієни в середньому склав 2,2 у пацієнтів першої групи і 2,7 у другої.Ідентичну різницю значень виявили при обчисленні індексу Silness–Loe.В першій групі даний показник склав –0,8, в другій –1,6.Визначення показнику індексу PMA свідчило про наявність легкого ступеня гінгівіту у 3 хворих (19%) і середнього –у 7-ми (37%).Після проведеного лікування встановлено,що у хворих з гострим катаральним гінгівітом змінились гігієнічні показники порожнини рота.Так,індекс гігієни у пацієнтів першої групи в середньому склав –1,4 у другій –2,0.При повторному обчисленні індексу Silness–Loe,в першій групі він склав 0, а у другій 0,5.На покращення стану тканин пародонта вказує зниження показника індекса PMA: при легкому ступені він становив 0,при середньому –18%.

Висновок: лікування гострого катарального гінгівіту за допомогою олії чайного дерева та препаратів лінії «Tebodont»на основі цієї олії, є ефективним, про що свідчать зміни показників індексів гігієни порожнини рота.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ВИКОРИСТАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ

Маруха Р.Ю., Костенко С.Б.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. Є.Я. Костенко
Ужгородський національний університет
Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність теми. Важливим питанням сучасної стоматологічної галузі на стадії формування охорони здоров'я є судово-медичні та правові аспекти оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню.

За даними Савичук Н. О. [2012] поширеність карієсу в Україні становить 94-96%, при чому у Закарпатській області в умовах біодефіциту фтору та йоду за даними Казакової Р. В., Мельник В. С. [2012] 96-98%, що обумовлює потребу в лікуванні карієсу. Розвиток матеріалознавства в стоматології та поширеність реставрацій обумовлює потребу лікарів-стоматологів у використанні матеріалів, що демонструють високі оптичні властивості. Водночас аналіз літературних джерел свідчить про найбільшу кількість судових позовів, пов'язаних з проблемами в наданні стоматологічної допомоги. В судових позовах постає питання з ідентифікації стоматологічних матеріалів, з метою визначення вартості стоматологічних послуг та якості надання стоматологічної допомоги. Саме тому існує необхдність у впровадженні зручних та достовірних методів ідентифікації основних стоматологічних матеріалів в стоматологічній та судово-медичній практиці.

Мета роботи. Розробка лабораторних спектрометричних методів ідентифікації пломбувальних матеріалів для обґрунтування доказової бази та можливості використання в

судовій стоматології.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилися на базі "Наукового-навчального центру судової стоматології" та кафедри оптичної фізики фізичного факультету УжНУ. В експерименті використовували спектричну установку на базі спектрометра СФ-4 та представники основних груп стоматологічних пломбувальних матеріалів (Charisma – Heareaus Kulzer, Filtek Ultimate – 3M ESPE і I-Xcite – I –Dental)

Результати дослідження та їх обговорення. В процесі дослідження, за допомогою спектрофотометра було виміряно коефіцієнти відбивання, поглинання та пропускання світла через досліджувані зразки. Експеримент було проведено із зразками різни фірм та одинакових кольорів (А3), та із зразками фірми Filtek Ultimate різних відтінків (А2, А3 та В3).

В ході експерименту встановлено, що є різниця між спектрами пропускання, відбивання та поглинання пломбувальних фотополімерних матеріалів різних фірм виробників одного кольору А3: 1- **Charisma (Heareus Kulzer),** 2 - **I-Xcite (I-Dental),**3-**Filtec Ultimate** (3M ESPE) в усьому діапазоні довжин хвиль, тобто ідентифікація за спектрами пропускання, відбивання та поглинання є можливою.

Ідентифікація по спектрах пропускання, відбивання та поглинання стоматологічних пломбувальних фотополімерних матеріалів фірми виробника **Filtec Ultimate (3M ESPE)** різного кольору: 1- **Filtec Um. A2**, 2 – **Filtec Um A3**, 3-**Filtec Um B3** можлива в обмеженому інтервалі довжин хвиль.

Висновок. Використання вдосконалених методів спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію основних стоматологічних матеріалів здатних пропускати відбивати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) Та застосувати в судово медичній та стоматологічній практиці для ідентифікації стоматологічних матеріалів.

Summary. Article represents a theoretical argumentation for photospectroscopy measuring methods that can be used in forensic dentistry during identification of major dental materials, including filling materials which classified into the specific structure groups, such as macrofilling, microfillfing, and hybrid nanocomposites.

КВЕРЦЕТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАИЙ ПАРОДОНТИТ З МІЛКИМ ПРИСІНКОМ РОТА

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

При плануванні та виконанні вестибулопластики важливим є не тільки збільшення глибини присінка рота, але й отримання в післяопераційному періоді ніжного рубця, який не повинен спричинювати деформацій, контрактур, лежати на одному рівні з оточуючими тканинами.

Мета: підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на генералізований пародонтит (ГП) з мілким присінком рота (МПР) шляхом використання кверцетину.

Матеріали і методи: 60 хворих на ГП з МПР, яким проводили тунельну вестибулопластику за О.І. Грудяновим (2006 р.). Хворим І групи (30 осіб) у післяопераційному періоді призначали ранозагоюючий препарат солкосерил (реєстраційне посвідчення №013615/02-2002 02.04.02) 5 г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на стерильну марлеву серветку, протягом 5 днів. Хворим ІІ групи (30 осіб) призначали ранозагоюючий препарат кверцетин (реєстраційне посвідчення №UA /0119/01/01) 1г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на стерильну марлеву серветку, протягом 5 днів.

Результати. Через 3 місяці після операції суттєвої різниці між станом хворих двох груп не було. Через 6 міс. у 25 хворих (86%) І групи та 27 (90%) хворих ІІ групи ГПР становила 5-10 мм, в 9 хворих (30%) І групи та 4 хворих (13,3%) ІІ групи спостерігались рубцеві деформації м'яких тканин присінка рота в ділянці премолярів. У всіх хворих до вестибулопластики встановили наявність дефіциту кровообігу, зниження судинного тонусу та еластичності судин, а в свою чергу - погіршення трофіки тканин. Динаміка показників реограм у хворих на ГП з МПР ІІ групи через 6 місяців після операції була більш вираженою порівняно з такими ж у хворих І групи. Встановлено, що у хворих І та ІІ групи протягом 1-го року відбувалося покращення кровообігу в тканинах пародонта, але позитивні результати були більш виражені у хворих ІІ групи. Через 1 рік після операції у хворих ІІ групи якісні та кількісні показники реограм вказують на стійке поліпшення регіонарного кровообігу альвеолярних відростків щелеп і у віддалених термінах після лікування.

Висновки: Використання ранозагоюючого препарату кверцетин у комплексному лікування хворих на ГП з МПР попереджує появу рубцевих деформації та стимулює обмінні процеси в тканинах пародонта, сприяє утворенню ніжного рубця і зменшує кількість рецидивів.

ВПЛИВ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ СЕРЕДНИКІВ НА СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНІТІ

Мисула Н.І.
Науковий керівник – д.мед.н., доц. О.В. Авдєєв
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

За даними літератури, запальні захворювання шлунково-кишкового тракту супроводжуються змінами у слизовій оболонці порожнини рота(СОПР). Зокрема, відмічається гіперемія, з`являються афтозні висипання, змінюється кислотність слини та мікробіологічний склад ротової порожнини, що зумовлено зв`язаним функціонуванням шлунково-кишкового тракту.

У клінічній практиці для лікування запальних процесів СОПР використовують препарати, які володіють протимікробними, протизапальними властивостями, посилюють процеси регенерації слизової оболонки і мають гемостатичні властивості, представниками яких є ротокан та метрогіл–дента.

Метою нашого дослідження було порівняти ефективність лікування запальних захворювань СОПР за використання різних медикаментозних середників при розробленому нами експериментальному гастродуоденіті.

Матеріали і методи. Для дослідження використовували білих лабораторних нелінійних щурів самців із середньою масою тіла (160±10) г, які утримувалися в стандартних умовах віварію. Щурам внутрішньошлунково раз на день вводили 0,25 мл 10 % розчину спирту на голодний шлунок та через 5 хвилин 0,5 мл 1,25 % р-ну соляної кислоти протягом 7 діб. На восьмий день експерименту тварин поділили на 3 групи: 1-ша –контрольна; 2-га – тварини з запальними захворюваннями СОПР, що лікувалися р-ом ротокану; 3-тя - тварини з запальними захворюваннями СОПР, що лікувалися гелем метрогіл-дента.

Результати дослідження. Проведене лікування у щурів сприяло зростанню рівня лізоциму, тоді як рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), середніх молекулярних пептидів (СМП 254, СМП 280, $К_{смп}$) та еритроцитарного індексу інтоксикації (ЕІІ) зменшився, хоча показників інтактної групи не досягнув.

Однак слід відмітити, що при застосуванні гелю метрогілу-дента рівень ЦІК, СМП 254, СМП 280 та ЕІІ підвищувався менше, а вміст у крові лізоциму був вищим, ніж при застосуванні розчину ротакану.

Проведені дослідження свідчать, що при застосуванні гелю метрогіл-дента для лікування запальних змін у СОПР результати були ближчими до таких у контрольній групі, що є підставою для подальших досліджень ефективності дії зазначених вище препаратів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ШЛЯХОМ ПЕРІОСТАЛЬНИХ ПЕНЕТРАЦІЙ.

Огієнко С.А., Пюрик Я.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. В.П. Пюрик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології

Не дивлячись на значну кількість наукових праць та практичних рекомендацій щодо лікування генералізованого пародонтиту, немає достатньо досліджень присвячених хірургічному лікуванню тяжких форм генералізованого пародонтиту та питань взаємозв'язку кістка-періост.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на ГП шляхом розробленої методики періостальних пенетрацій.

Матеріали і методи дослідження. Прооперовано 69 хворих на тяжку форму хронічного генералізованого пародонтиту, в залежності від методу оперативного лікування всі хворі були поділені на дві групи:

35 хворих (І група) проводили класичну клаптеву операцію Цешинського-Відмана-Неймана. Хворим ІІ групи (34 хворих) проводили клаптеву операцію з використанням розробленої методики періостальних пенетрацій. До і після хірургічного лікування в динаміці застосовували рентгенологічний, ехоостеометричний методи дослідження та індексну оцінку стану пародонту.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного хірургічного лікування пацієнтів І групи за традиційною методикою Цешинського-Відмана-Неймана, було досягнуто зменшення кровоточивості на 42,5%, набряк зменшився на 32,5%, наявність рідини в кишенях-на 27,5%, рухомість зубів зменшилась на 22,5% порівняно з доопераційним станом, у пацієнтів ІІ групи кровоточивість зменшилась на 58,5%, набряк зменшився на 43,5%, наявність рідини в кишенях - на 39,5%, рухомість зубів зменшилась на 41,5% порівняно з доопераційним станом.

Після 30 днів з моменту хірургічного втручання при рентгенологічному спостереженні відмічалось: нерівномірність щільності внесеного матеріалу та зниження його рівня у хворих першої групи до 2,2±0,01 мм, і у межах 1 мм у хворих другої групи, незначне зниження гранулярності імплантованого матеріалу на межі з прилеглою кістковою тканиною в обох групах.

Через 1 рік після оперативного лікування на прицільних рентгенограмах спостерігалось місце зниження рівня висоти коміркової кістки у порівнянні зі змодельованою під час оперативного втручання Рентгенологічно кортикальна пластина у пацієнтів 2 групи була виражена чіткіше ніж у 1 групі. Особливо різниця спостерігалася в ділянках нижніх молярів, де кортикальна пластина на верхівках коміркових відростків була ледве-помітною.

Отримані результати досліджень хворих першої та в другої груп підтверджують ефективність та доцільність використання розробленої методики періостальних пенетрацій в лікуванні хворих на тяжку форму генералізованого пародонтиту.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ І ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Ожоган Р.З.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. В.З. Обідняк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

Сучасний розвиток стоматології створює можливості високоефективної діагностики і планування лікування пацієнтів з найпоширенішими захворюваннями зубо-щелепної системи.

Мета роботи: вивчення і застосування сучасних методів діагностики і лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів і функціональними порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба.

Матеріали і методи дослідження. При проведенні роботи було обстежено 28 пацієнтів з дефектами зубних рядів, віком від 20 до 40 років. Проводили клінічне обстеження пацієнтів і розроблено «Карту обстеження», в яку окрім загальноприйнятих методів обстеження вносили клінічні параметри обстеження скронево-нижньощелепного суглоба, які враховують артикуляційні рухи нижньої щелепи. Враховували локалізацію дефектів зубних рядів, стан гігієни ротової порожнини і пародонту збережених зубів. Застосовували артикуляційну систему "Cadiax Compact" для запису рухів і діагностики скронево-нижньощелепного суглоба. Також, з метою діагностики дефектів зубних рядів застосовували діагностичні моделі і їх сканування за допомогою 3D сканера 3SHAPE.

Результати дослідження. У обстежених пацієнтів виявлено дефекти бічних і фронтальної ділянок зубних рядів. У 21 пацієнта виявлено дефекти зубних рядів у бічній ділянці і у 7 пацієнтів – у фронтальній ділянці. Запропонований комплекс діагностики включає аналіз стану зубо-щелепної системи і клінічний аналіз рухів у скронево-нижньощелепному суглобі. Артикуляційна система "Cadiax Compact" застосовувалася для детальної діагностики функціональних порушень в суглобі. З метою аналізу дефектів зубних рядів використовували 3D сканер 3SHAPE. На основі отриманих даних запропоновано сучасні методи виготовлення естетичних оклюзійних капп, які враховують результати кондилографії.

Висновки. У пацієнтів з дефектами зубних рядів необхідно проводити детальну клінічну діагностику функціональних порушень у скронево-нижньощелепному суглобі, поширеність яких є достатньо високою та розробити сучасні методи естетичного ортопедичного лікування.

РІВЕНЬ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИХ ЗНАНЬ ПО ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ ПОРОЖНИНОЮ У ДІТЕЙ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Октисюк Ю.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.М. Рожко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої стоматології

Серед місцевих факторів, що впливають на поширеність та інтенсивність карієсу зубів та захворювань тканини пародонту у дітей важливу роль відіграє стан гігієни ротової порожнини що формується під впливом активних чи пасивних форм санітарно-просвітньої діяльності батьків, медичних працівників, вихователів, вчителів тощо.

Метою роботи було вивчення рівня санітарно-гігієнічного виховання дітей Івано-Франківської області

Матеріали і методи дослідження. Впродовж 2007-2014 рр. було проведено анкетування 2551 школярів віком від 6 до 15 років, що проживають у рівнинній, передгірській та гірській клімато-географічних зонах.

Результати дослідження. Невід'ємною складовою у профілактиці стоматологічних захворювань є правильність та кратність чищення зубів. Аналіз анкетних даних свідчить, що діти усіх клімато-географічних зон, віком до 8-ми років технічно неправильно проводили гігієну ротової порожнини. Із віком, частка дітей, що вірно володіли методикою чищення зубів поступово зростає, і у віці 15 років вона складала 58,2% у рівнинній, 53,6% – у передгірській та 48,9% у гірській зоні. Таким чином, правильно володіли методикою чищення зубів, тобто поєднували горизонтальні, вертикальні та кругові рухи, лише 9,4% дітей із рівнинної, 7,2% – із передгірської та 6,9% – із гірської місцевості. Дані анкетування обстежених дітей свідчать про те, що 1 раз на день до сніданку, виконує чищення зубів 68,4% дітей рівнинної, 74,3% - передгірської та 66,2% дітей гірської зони. Двічі на день, проте перед сніданком та після вечері, проводять чистку зубів 11,6% дітей що мешкають в рівнинній, 9,8% - в передгірській та 7,2% - в гірській місцевості. Правильно доглядають за своїми зубами, тобто чистять їх зранку після сніданку та ввечері після вечері лише 13,7% школярів рівнинної, 10,5% - передгірської і 9,1% дітей, що проживають в гірській клімато-географічній зоні. Відповідно до результатів анкетування частка дітей, які взагалі не здійснюють чищення зубів становила 6,3% у рівнинній, 5,4% у передгірській зоні.

Додатковими засобами гігієни за ротовою порожниною, такими як зубна нитка і зубочистки користувалися лише 5,4% школярів із рівнинної та 3,6% та 2,8% дітей із передгірської та гірської зони відповідно.

Висновок. Результати дослідження свідчать про недостатній рівень санітарно-гігієнічних знань по догляду за ротовою порожниною у дітей та необхідність покращення санітарно-просвітньої роботи в організованих дитячих колективах Івано-Франківської області.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Онушко Н.І., Подолюк М.В.
Науковий керівник - асист. І.С. Лісецька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої стоматології

За останній час реєструється істотне зростання частоти хвороб пародонта у осіб молодого віку. Поширеність гінгівіту і пародонтиту серед дітей та підлітків варіює в широких межах – від 33,2% до 97,7% (І.Г. Самойленко, 1995; І.М.Голубєва, 1999). Особливо часто захворювання тканин пародонта діагностуються у дітей та підлітків з загально соматичними захворюваннями, зокрема в осіб, з захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Враховуючи, що захворювання ШКТ посідають одне з перших місць і становлять серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку 26,2 на 1000 обстежених, а у підлітків - 26,74 на 1000 обстежених, мають тенденцію до зростання з віком, являє особливий інтерес вивчення інтенсивності і розповсюдженості захворювань пародонту у дітей та підлітків з цією патологією.

З цією метою нами вивчено розповсюдженість та інтенсивність захворювань пародонта у 80 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з захворюваннями ШКТ, особливостей клінічного перебігу гінгівіту в залежності від віку, статі обстежених, стану та тривалості основного захворювання. Контрольну групу склали 60 практично здорових дітей того ж віку з захворюваннями пародонту. Про стан тканин пародонту судили на основі даних клінічного огляду, рентгенологічного обстеження, визначення об'єктивних пародонтальних індексів і проб.

Результати дослідження свідчать про високу інтенсивність та розповсюдженість захворювань пародонту у дітей та підлітків з захворюваннями ШКТ порівняно з тими ж показниками контрольної групи. Розповсюдженість катарального гінгівіту даної групи досягає 89,2% проти 55,6% в осіб контрольної групи. Перебіг гінгівіту в осіб дослідної групи в більшості випадків був в стадії загострення, середнього ступеня важкості, з ведучою скаргою на кровоточивість ясен, частими рецидивами, які співпадають з загостренням основного захворювання. В контрольної групи діагностувався хронічний катаральний гінгівіт легкого та середнього ступеня важкості. Простежується взаємозв'язок між важкістю стану тканин пародонту та активністю запалення в шлунково-кишковому тракті, що може бути обумовлено єдиним процесом запального ґенеза та дозволить розробити комплексний підхід до лікування хворих з запальними ураженнями тканин пародонту та захворюваннями органів травлення.

КЛІНІЧНЕ ПОРІВНЯННЯ ДВОХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНІК ІМПЛАНТАЦІЇ

Орішко А.Я.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.М. Рожко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра стоматології інституту післядипломної освіти

Традиційний хірургічний протокол імплантації передбачає відсепарування клаптя для візуалізації хірургічного поля. На сучасному етапі розвитку дентальної імплантації акценти спрямовані на скорочення тривалості лікування та малоінвазивність, що стало можливо за рахунок безклаптевої імплантації з використанням хірургічних шаблонів отриманих на основі конусно-променевої томографії та комп'ютерного планування.

Мета: Порівняти клінічні показники та больові відчуття у пацієнтів після встановлення імплантатів 2 різними техніками: з відкиданням слизово-окістного клаптя та безклаптевою методикою з використанням хірургічного шаблону. Встановити зміни активності ЛФ, КФ, каталази слини та окислювальної модифікації білків після встановлення дентальних імплантатів та порівняти показники між двома хі-

ургічними техніками.

Матеріали та методи: На базі навчально-наукового інституту післядипломної освіти ІФНМУ було обстежено 20 здорових осіб (контрольна група), 10 пацієнтів І групи (встановлення імплантатів з відкиданням слизово-окістного клаптя), 10 пацієнтів ІІ групи (встановлення імплантатів без відкидання клаптя). Після імплантації пацієнтів просили заповнити анкету та оцінити больові відчуття та емоційний стан в день операції та протягом 6 днів післяопераційного періоду, використовуючи візуальну аналогову шкалу (ВАШ), запропоновану Haskinsson. Також пацієнти вказували кількість принятих анальгетиків. Показники ЛФ, КФ, каталази слини та окислювальної модифікації білків (ОМБ) вивчали у слині. Біологічні рідини для дослідження забирали перед хірургічним втручанням та на перший, четвертий і дванадцятий тижні після імплантації.

Результати: Глибина зондування періімплантної боріздки переважала в групі з відкиданням слизово-окістного клаптя на 6 та 12 післяопераційні тижні. Вищі бали ВАШ переважали в групі з відкиданням слизово-окістного клаптя. Після безклаптевої імплантації пацієнти приймали меншу кількість знеболюючих препаратів. Отже, результати дослідження показали, що мінімально інвазивне втручання зменшує інтенсивність та тривалість больових відчуттів пацієнтів у післяопераційному періоді. Одержані результати свідчать про підвищення процесів резорбції, що підтверджуються збільшенням активності кислої фосфатази. Показники КФ між двома техніками оперативного втручання на 1 та 4 післяопераційні тижні значно переважає в групі з загальноприйнятою методикою. Такі результати можна пояснити більш інтенсивним кістковим ремоделюванням в групі з відкиданням слизово-окісного клаптя як наслідок більшої хірургічної травми. Показники ОМБ переважали у групі з відкиданням слизово-окістного клаптя.

Висновки: Було виділено деякі переваги безклаптевого методу в порівнянні з традиційним, але рекомендований більший розмір вибірки для підтвердження висновків даного попереднього дослідження.

СКЛАД МІКРОБНИХ СПІЛЬНОТ ПОРОЖНИНИ РОТА

Пачевська А.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Ю.В. Філімонов
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
Кафедра стоматології дитячого віку

Мікрофлора порожнини рота людини є результатом взаємного пристосування мікроорганізмів і макроорганізму в процесі еволюції. Бактеріологічні дослідження вмісту ротової порожнини проводять з метою вивчення етіології патологічних процесів слизової, ясен, зубів, діагностики ряду специфічних захворювань, при виготовленні нових матеріалів для протезів та пломбування зубів. Більшість видів мікроорганізмів порожнини рота — аероби й факультативні анаероби. Вже під час прорізування зубів з'являються облігатні грамнегативні анаероби. У збереженні мікроорганізмів у порожнині рота важливу роль відіграють глікопротеїди слини. Серед бактерій, що мешкають в порожнині рота, домінують маловірулентні - зеленящій стрептокок; S. hominis і S. mitis мешкають на слизовій оболонці, а S. sanguis iS. mutans колонізують поверхню зубів. Мікроорганізми розкладають вуглеводи, викликаючи закислення рН, що призводить до декальцинації емалі зубів, а також утворюють з сахарози полісахариди. З полісахаридів утворюються декстран, який сприяє утворенню зубних бляшок, і леван, що розкладається в подальшому до кислот.Серед іншої аеробної флори порожнини рота друге місце займають нейсерії, що становлять до 5% від загальної кількості аеробних бактерій. Зокрема, N. sicca виділяють у 45% осіб, N. perflava - у 40%, N. subfiava - у 7%, N. cinerea-у 3%. Нейсерії зазвичай колонізують носоглотку. При запальних процесах і незадовільній гігієні порожнини рота їх кількість збільшується. Значну групу складають грампозитивні палички Corynebacterium і Lactobacillus. Коринебактерії у великій кількості виділяють у здорових осіб, а вміст лактобацил залежить від стану порожнини рота. До складу мікробних спільнот можуть входити Lactobacillus casei, L. acidophilus, L. fermentum, L. salivarius та ін . Лактобактерії сприяють розвитку каріозного процесу, утворюючи велику кількість молочної кислоти. У 50% осіб виявляють некапсульовані штами Haemophilus influenzae. В холодний сезон бактерії виділяють частіше, а у деяких осіб відзначають тривале носійство. В більш рідкісних випадках виявляють H. haemolyticus та I. parahaemolyticus. Серед анаеробних бактерій порожнини рота найбільше значення має вид вейлонелли, які інтенсивно колонізують мигдалики. Серед анаеробних грампозитивних коків з порожнини рота виділяють пептококи {P. niger) і пептострептококи (частіше P. prevotii). Бактерії не ферментують вуглеводи, а для отримання енергії розкладають пептони та амінокислоти; часто виділяються в асоціаціях з спірохетами при пульпітах, пародонтитах і абсцесах. Грамнегативні анаеробні бактерії представлені бактероїдами, фузобактеріямі.. До 1% анаеробної флори складають фузобактерії (F. plauti, F. nucleatum та ін.) В асоціаціях зі спірохетами вони входять до складу аутохтонной флори ясенних кишень; при ферментації вуглеводів у великій кількості утворюють молочну кислоту.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ І КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ПОЄДНАНОЇ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Петришин С.В., Гурбич І.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. З.Р. Ожоган
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

На даний час у клініках ортопедичної стоматології недостатня увага звертається на діагностику та лікування патологічного стирання твердих тканин зубів із порушенням цілісності зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями, а система профілактичних заходів щодо стирання зубів практично відсутня. При проведенні клініко-діагностичних досліджень доведено значну поширеність і тенденцію до виникнення патологічного стирання зубів серед осіб молодого віку і прогресуючого перебігу, яке при відсутності адекватного лікування на початкових стадіях призводить до значних розладів у зубощелепній системі (В.І.Біда, 2002; М.Г.Бушан 1979). Дослідження Х.А. Каламкарова показали, що за генералізованої форми патологічного стирання зубів відбувається вкорочення міжальвеолярної відстані і нижньої третини обличчя. Це зумовлювалося не тільки патологічним стиранням зубів, а і деформаціями зубів і зубних рядів, які утримують оклюзій-

ну висоту (Х.А.Каламкаров, 2004). Отже, труднощі ортопедичного лікування хворих із патологічним стиранням зубів визначаються не тільки видом і ступенем стертості, а й супутніми деформаціями зубних рядів, зміною характеру прикусу і зниженням його висоти, зміною рефлекторних зв'язків у жувальному апараті. Згідно сучасних уявлень патологічне стирання зубів або ерозивно-абразивна прогресуюча втрата твердих тканин зубів є результатом трьох процесів: зношування (стирання внаслідок оклюзійних контактів), абразії (стирання, яке викликане взаємодією зубів з іншими матеріалами) та ерозії (розсмоктування твердих тканин під дією кислот) (О.О.Фастовець, 2008). Причини виникнення генералізованої форми патологічного стирання тканин можуть бути загальні чинники: генетичні особливості будови тканин зуба, патологія шлунково-кишкового тракту, розлади обміну речовин, нейро-дистрофічні та ендокринні порушення (О.О. Фастовець, 2006). Тому, доцільним є вивчення поширеності, вікових та клінічних особливостей зубощелепної системи у хворих із різними формами патологічного стирання зубів, поєднаного з дефектами зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями, а також проведення ефективної профілактики, комплексної діагностики та лікування патологічного стирання зубів, поєднаного з дефектами зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями. При виконанніпр дослідження було обстежено 230 пацієнтів віком 30-59 років, розподілених на три вікові категорії. Клінічна оцінка проводилася на основі збору скарг, анамнезу життя та захворювання, даних об'єктивного огляду. Для постановки діагнозу стирання зубів використовували класифікацію М.Г.Бушана (М.Г.Бушан,1979). Об'єктивне обстеження ротової порожнини дало змогу оцінити стан твердих тканин зубів, стан тканин пародонту, стирання твердих тканин зубів (ступінь стирання, площину ураження, розповсюдженість, гіперестезію), дефекти зубних рядів та наявність зубощелепних деформацій. Статистичну обробку результатів проводили за методом Ст'юдента-Фішера, а достовірністими результати вважали при $p<0,05$. За результатами проведеного обстеження встановлено, що розповсюдженість патологічного стирання твердих тканин зубів становить 58,6% із переважанням генералізованного характеру ураження у 81,5% і зростання частоти патологічного стирання зубів у віці 50-59 років. У обстежених хворих із генералізованою формою патологічного стирання найчастіше відзначався II ступінь втрати твердих тканин зубів, його частка становила 56,4%. Патологічне стирання твердих тканин зубів ускладнювалося порушенням безперервності зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями, які було виявлено у 83,7% хворих.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА

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

Хворі з одонтогенним гайморитом складають 24-40% від загальної кількості хворих з верхньощелепними синуситами. Переважна більшість одонтогенних гаморитів є перфоративними. Незважаючи на постійне впровадження в практику нових методик лікування, зменшення кількості хворих з даною патологією не спостерігається. Мета роботи - оцінити роль одонтогенного вогнища в розвитку перфоративного гайморит і запропонувати заходи його попередження. Матеріалом з'явилися клінічні спостереження за 36 хворими (17 чоловіків та 19 жінок у віці від 22 до 52 років, середній вік 31 рік) із захворюваннями і пошкодженнями верхньощелепної пазухи. Пацієнти знаходились на лікуванні у відділенні хірургічної стоматології ОКЛ. Хворі з даною патологією склали 7% від загального числа госпіталізованих у відділення. Переважне число хворих (66,9%) знаходилось на лікуванні у відділенні з приводу хронічного одонтогенного гайморит. Проведений аналіз клінічного матеріалу ілюструє зв'язок розвитку одонтогенного гайморию з хронічним запаленням періодонта молярів і премолярів верхньої щелепи, з приводу чого проводиться їх видалення. І саме під час аналізу наявних в історіях хвороби даних, виявлено, що найчастіше джерелом інфекції у пацієнтів був: перший моляр – 56%, другий моляр, премоляри, третій моляр – 23%, стороннє тіло в гайморовій пазусі – 6%, ретеновані зуби – 2%. Своєчасна діагностика перфорації дна ВНЩ дозволяє запобігти розвитку ПГ і подальшим об'ємним операціям на синусі, проте цифри свідчать, що пошкодження дна ВНЩ пазухи в основному (78,0%) пов'язується з незакінченим видаленням зуба і проштовхуванням кореня в пазуху. Для діагностики перфорації дна ВЩП під час ОВЗ необхідна певна настороженість лікаря на можливість, а іноді і неминучість такого ускладнення, розширення свідчень для рентгенологічного дослідження молярів верхньої щелепи перед ОВЗ: щадна ревізія післяопераційної рани і проведення носо-ротової проби при видаленні молярів і пре молярів верхньої щелепи; дотримання відомої тактики лікування знайденої перфорації дна ВЩП і професійного догляду за кістковою раною аж до її епітелізації.

Висновки:

Своєчасна діагностика і лікування хронічного запалення захворювання періодонту молярів та премолярів верхньої щелепи, допомагає запобігти розвитку одонтогенного гайморит.

Після операції видалення зуба обов'язково проводити рентгендослідження для визначення стану кісткової тканини.

Після видалення зубів проводити ревізію лунки післяопераційної рани і носо-ротову пробу для діагностики перфорації гайморової пазухи.

ДІАГНОСТИКА ТА КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ГРАНУЛЬОМАТОЗУ ВЕГЕНЕРА

Репетило І.І., Пантус А.В.
Наукові керівники - к.мед.н., доц. Л.В. Тарнавська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології

Актуальність теми.Гранульоматоз Вегенера (хвороба Вегенера, злоякісна гранульома) є самостійною нозологічною формою аутоімунних захворювань із групи системних ревматоїдних хвороб, які трапляються дуже рідко.Частіше хворіють люди середнього віку, переважно чоловіки. У розвитку цього захворювання основну роль відіграють імунологічні та коагуляційні фактори. Основними патологоанатомічними ознаками гранульоматозу Вегенерає: генералізований

алергічний васкуліт із втягненням у процес артерій і вен; некротизуючий гранульоматоз та гломерулонефрит із фібриноїдним некрозом та тромбозом капілярних петель. Морфологічно виявляються поліморфно-клітинні гранульоми. Уражається також і ротова порожнина: розвивається гіпертрофічний гінгівіт, виразковість слизових оболонок, парез м'якого піднебіння.

Мета дослідження: висвітлення проблемиранньої діагностики гранульоматозу Вегенера,вивчення особливостей динамікийого клінічного перебігу та адекватного лікування.

Матеріали і методи.Описано клінічний випадок: пацієнт М., 41 рік, якого госпіталізували зі скаргами на загальну слабкість, втому, підвищення температури тіла до 39˚С, головний біль, захриплість та наявність виразок на кінцівках і слизових оболонках ротової порожнини, некротичне запалення мигдаликів, новоутворення на язику, важкість ковтання, пов'язану з відсутністю екскурсії м'якого піднебіння та тризму щелеп. Загальний стан хворого – середньої важкості.Хворий був госпіталізований із діагнозами: «Імунодефіцит набутий, ВІЛ – неасоційований, ідіопатичний, за комбінованим типом, інфекційна форма, з переважним ураженням шкіри та слизових оболонок (в тому числі СОПР), стрептодермія, в'ялогранулюючі рани нижніх кінцівок, виразково-некротичний тонзиліт, стоматит, хроніосепсис, васкуліт, гіпоталамічний синдром, нейроендокринно-трофічна форма, гіпоталамічне ожиріння III ступені».Диференційна діагностика клінічних симптомів, лабораторних та рентгенологічних даних пацієнта здійснювалася з такими аутоімунними захворюваннями, як гранульоматоз Вегенера, Т-клітинною лімфомою носа, легеневою ангіоцентричною лімфомою, синдромом Черджа-Строса, вузликовим поліартереїтом, захворюванням Шенлейна-Геноха, алергічним васкулітом, синдромом Лайєла.

Основою діагностики синдрому стала сукупність клінічних проявів, скарг хворого, дані лабораторних, бактеріальних та інструментальних досліджены спіральної комп'ютерної томографії. Ключовим для постановки остаточного діагнозу став ANCAScreen тест для визначення антитіл до цитоплазми нейтрофілів протеази-3. Висновок: індекс референтного інтервалу – 1.00 (при нормі референтного інтервалу 0.00 – 0.90). Оскільки цей показник перевищував норму, то це дозволяє вважати тест позитивним.Отже, на підставі показника цього тесту встановлено кінцевий діагноз: «Гранульоматоз Вегенера, шкірна форма з ураженням верхніх дихальних шляхів та опорно-рухового апарату».

Висновок.На підставі викладеного можна зробити висновок про проблематику діагностики аутоімунних захворювань. Полісимптомність зазвичай маскує цю патологію, що надзвичайно утруднює встановлення діагнозу, а також призначення вірного лікування. Це вимагає від лікарів максимальної обізнаності, уваги і здатності до аналізу.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МАЛИХ ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У БІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ ЗА ДОПОМОГОЮ АДГЕЗИВНОГО ПРОТЕЗУ ІЗ ОКСИДУ ЦИРКОНІЮ

Рожко С.М.
Науковий керівник - асист., к.мед.н. І.Р. Кумгир
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра ортопедичної стоматології

На сучасному етапі розвитку ортопедичної стоматології проблема лікування малих включених дефектів зубних рядів є надзвичайно актуальною. На даний час найбільш поширеними методами лікування часткових дефектів зубних рядів є мостоподібні протези. Використання даних конструкцій передбачає значне препарування твердих тканин зубів які обмежують дефект. Тому останнім часом була розроблена і впроваджена в практику методика виготовлення адгезивних протезів. Використання адгезивних конструкцій можливе при обмежених дефектах зубного ряду малої протяжності – 1-2 зуба у передньому відділі та 1 зуб у боковій ділянці, при дефектах з необхідністю одночасного шинування рухливих зубів (I-II ступені), для безпосереднього протезування, при дефектах зубних рядів у випадках значної непаралельності опорних зубів та як тимчасовий протез.

На даний час найчастіше для лікування включених малих дефектів зубних рядів у бічній ділянці використовують металокерамічні адгезивні протези, які складаються з штучного зуба і фіксуючих елементів у вигляді вкладок та повністю покриваються керамічним матеріалом. Однак, основним негативним чинником характерним для цього виду протезів є те, що для виготовлення конструкції потрібно препарувати тверді тканини на значну товщину для того, щоб металевий каркас не просвічував через тонкий шар керамічного облицювання. Саме тому ми пропонуємо застосовувати адгезивний керамічний протез для лікування малих дефектів зубного ряду, використовуючи для виготовлення каркасу протезу оксид цирконію, що дозволить значно розширити покази до застосування, забезпечуючи високу естетичність і біоінертність з максимальним наближенням до фізіологічних особливостей природніх зубів.

Конструкція виготовляється з оксиду цирконію та покривається керамічним матеріалом, опорно-фіксуючими елементами є вкладки типу overlays або inlays, за рахунок чого можна відновити естетичність навіть при ураженні опорних зубів каріозним процесом або при наявності некаріозних уражень. Тверді тканини опорних зубів препаруються на мінімальну товщину, дозволяючи забезпечити високоестетичний результат. Саме виготовлення каркасу з оксиду цирконію дозволяє значно зменшити глибину препарування твердих тканин зубів, забезпечивши відмінний естетичний результат, що дає можливість значно розширити покази до використання цільнокерамічного адгезивного протезу. А саме: можливість застосовувати у пацієнтів молодого віку з інтактними опорними зубами, коли протезування традиційним мостоподібним протезом з тих, чи інших причин неможливе, небажане або досить складне, наприклад великі розміри пульпової камери, які не дозволяють ощадливо та безпечно проводити препарування опорних зубів; категорична відмова хворих препарувати опорні зуби від страху перед болем або ж небажання покривати інтактні зуби штучними коронками; захворювання тканин пародонту, коли контакт краю штучної коронки до ясен протипоказаний, а використання екваторних коронок є неестетичним.

ПРОФІЛАКТИКА ТОКСИЧНОЇ ДІЇ АНЕСТЕТИКА ПРИ ІН'ЄКЦІЙНОМУ ЗНЕБОЛЕННІ В СТОМАТОЛОГІЇ

Тарнавська М.В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф., В.П.Пюрик., к.мед.н., доц. Ю.Г. Кононенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургічної стоматології
Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти

Відомо, що ін'єкційне знеболення – одна із найнебезпеч-

ніших маніпуляцій у стоматології. При проведенні місцевого знеболення може виникнути ряд важких загальних ускладнень, що обумовлено токсичною дією знеболюючого розчину, яка виникає при: а) передозуванні анестетика - введенні більше 4,0 мл - 2 карпул (ампул) знеболюючого розчину одномоментно; б) порушенні техніки введення розчину анестетика – впорскуванні знеболюючого розчину в судину. Для визначенняя техніки ін'єкційного знеболення, яку застосовують лікарі-стоматологи, було опитано 48 лікарів та виявили: а) 11(22,9%) лікарів перевищують допустиму дозу анестетика: впорскують більше 4,0 мл препарату одномоментно; б) 37(77,1%) лікарів не роблять аспіраційну пробу, при цьому вони відмічали наявність загальних ускладнень при проведенні ін'єкційного знеболення. На основі проведених досліджень розроблено практичні рекомендації для попередження токсичної дії анестетика: а) при проведенні інфільтраційного знеболення застосовувати спеціальні ін'єктори (SOFJEKT - у вигляді авторучки, FALKON – у вигляді пістолету тощо), які забезпечують знеболення одного зуба мінімальними дозами анестетика 0,2 – 0,4 мл; б) при провідниковому знеболенні використовувати сучасні ін'єктори, конструкція яких дозволяє якісно проводити аспіраційну пробу, та не перевищувати терапевтичну дозу анестетика, яка становить 4,0 мл.

Застосування вказаних рекомендацій в амбулаторній стоматології дозволяє попередити виникнення токсичної реакції при ін'єкційному знеболенні.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДАЛАЦИНОВОЇ ПАСТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

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

Питання комплексної терапії захворювань пародонта залишаються актуальними в медичному і соціальному плані, оскільки генералізований пародонтит належить до числа найбільш тяжких і поширених захворювань пародонта. Однією з умов успішного лікування генералізованого пародонтиту є комплексна терапія з використанням хірургічних методів.

Клінічні та лабораторні дослідження нами здійснені у 30 осіб віком від 19 до 61 років, хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів важкості без супутньої соматичної патології, яким проводили хірургічне лікування. Діагностували генералізований пародонтит за класифікацією М.Ф. Данилевського, 1994 р. Комплексне обстеження всіх хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів важкості включало клінічні та параклінічні методи дослідження, які виконувалися нами до лікування (за 5 днів до хірургічного втручання) та в різні терміни після проведеної комплексної терапії впродовж двох тижнів. Віддалені результати досліджували через 6 міс після хірургічних втручань. Хірургічне лікування включало клаптеві операції та кюретаж. Залежно від методики медикаментозного лікування, яке супроводжувало хірургічне втручання на тканинах пародонта, усі хворі на генералізований пародонтит були поділені на дві групи. До *I групи (основної)* входило 15 пацієнтів, які за п'ять днів до операції приймали всередину препарат етамзилат (0,25г) по 1 таблетці 3 рази на день протягом 5 днів, а для зняття гострих явищ на тканинах пародонта їм здійснювали 20-хвилинні щоденні аплікації далациновою пастою протягом одного тижня. До *II групи (контрольної)* входило також 15 хворих, які за п'ять днів до операції приймали всередину по одній таблетці (0,1г) двічі на день препарат аскорбінової кислоти щоденно протягом п'яти днів, а для зняття гострих явищ на тканинах пародонта їм здійснювали 20-хвилинні щоденні аплікації з 0,5% розчином фурациліну. Протягом двох тижнів після оперативного лікування хворим обох груп на ранову поверхню накладали 10-хвилинні солкосерилові пов`язки. Клінічне обстеження хворих на генералізований пародонтит включало ретельний збір анамнезу, визначення стоматологічного статусу за загальноприйнятою методикою, а також розрахунок індексів: гігієнічного (ІГ) за I.G.Green, I.R.Vermilion, Рамфйорда (ІР), кровоточивості (ІК) за Мюллеманом, а також проби Шиллєра-Пісарєва (Ш-П) і йодного числа Свракова (ЧС).

У післяопераційний період об'єктивне обстеження хворих, при лікуванні яких поєднували етамзилат і далацинову пасту куріозином, показало, що порівняно з контрольною групою, у них швидше нормалізувався колір ясен, зменшувався їх набряк, кровоточивість, що підтверджувалося змінами показників індексів: достовірно знижувалися ІГ, ІР, ІК, а також показники проби Ш-П і ЧС. Так, ІГ у них зменшувався у 7,73 разів, склавши 0,22±0,02 балів, у той час, як до лікування цей показник становив 1,70±0,2 балів ($p<0,001$). Досягнутий результат утримувався впродовж усього терміну дослідження. ІР у хворих даної групи під впливом лікування зменшився на 33,24% – до 3,52±0,07 порівняно з 4,69±0,08 балами до лікування. Показники цього індекса, отримані через 6 міс після лікування, дещо зросли – до 3,58±0,08 балів (на 31,01%), залишаючись все ж достовірно нижчими, ніж були до лікування ($p<0,001$). ІК зменшився із 2,77±0,09 до 0,23±0,03 балів, тобто у 12,04 разів ($p<0,001$). Через 6 міс після лікування ІК несуттєво зріс – до 0,32±0,04 балів ($p>0,05$), зменшившись у 8,66 разів, порівняно з даними до лікування. Під впливом запропонованої терапії проба Ш-П зменшилася у 6,48 разів (до 0,82±0,08 балів) відразу та у 5,84 разів (до 0,91±0,07 балів) через 6 міс порівняно з 5,31±0,6 балами до лікування ($p<0,001$). Поєднане використання етамзилату та далацинової пасти сприяло вираженій позитивній динаміці показника ЧС. Після лікування він зменшився до 0,28±0,03 балів, через 6 міс – до 0,32±0,04 балів, тобто у 8,43 та 7,38 разів ($p<0,001$) відповідно. У хворих контрольної групи, у лікуванні яких використовували аскорбінову кислоту та фурацилін, клінічні та індексні показники стану пародонта також поліпшувалися. Але, якщо їх позитивна динаміка у хворих основної групи спостерігалася вже на 6-7-й дні відвідувань, то в контрольній групі – лише на 9-10-й дні. Через півроку після лікування при обстеженні хворих контрольної групи виявлено тенденцію до погіршення пародонтальних показників.

Таким чином, аналіз отриманих результатів засвідчив позитивний вплив препаратів етамзилату та далацинової пасти на динаміку клінічних показників, особливо за їх поєднаного застосування, що підтверджувалося суттєвим зменшенням ІГ, ІР, ІК, проби Ш-П і ЧС. У переважній більшості випадків досягнуті результати утримувалися впродовж півроку. Різниця показників до і в усі терміни після лікування була вірогідною. А при порівнянні показників у різні терміни після лікування між собою виявлена не достовірна різниця, що засвідчує стійкий клінічний ефект і підтверджується рентгенологічно.

ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ НИЖНЬОАЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРЕПАРАТОМ НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ

Фурман Р.Л.
Науковий керівник - д.мед.н., доц. О.С. Барило
Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургі

Вступ

При переломах тіла нижньої щелепи часто спостерігається травма нижньоальвеолярного нерва в каналі. Найчастіше розповсюдженими неврогенними розладами в цьому випадку будуть порушення чутливості шкіри нижньої губи і слизової оболонки у вигляді анестезії, гіперестезії або парестезії. Порушення функції нерва різного ступеню виникають при безпосередній травмі нерва під час травми, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. Це ускладнення проявляється у вигляді відсутності та / або тривалої зміни чутливості тканин в зоні іннервації, розвитку больового синдрому різної інтенсивності, а також супроводжується емоційно-стресовими порушеннями і значно погіршує якість життя пацієнта.

Матеріали та методи дослідження.

Для вирішення поставленої мети нами було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 50 хворих з ангулярними переломами нижньої щелепи, що супроводжувались клінікою пошкодження нижнього альвеолярного нерва. Дослідження проводилось в період з вересня 2012 по вересень 2014 року. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицевої хірургії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Для порівняння було відібрано наступні показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантажені, печіння, аллодинії (спотворений біль), поколювання, крампії (посмикування). Скарги оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність скарг, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Результати дослідження

Після проведеного спостереження було виявлено позитивну динаміку в скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції нижнього альвеолярного нерва, як в порівняльній так і основній групі. Було виявлено, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась в 2 рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат Нуклео ЦМФ форте, знизився в 10,8 рази. Показник болю при навантаження суттєво не відрізнявся між групами і їх регрес становив 1,78 і 1,63 рази відповідно. Скарги, що напряму характеризують функцію нижньоальвеолярного нерва, мали наступні показники: в порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,69 рази, аллодинія (спотворення болі) – в 2,33 рази, відчуття поколювання – в 2 рази, крампії (посмикування) – в 1,84 рази. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування ***були відсутні***.

Висновок

Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикування).

Отже, використання препарату Нуклео ЦМФ форте є оправданим в комплексній терапії переломів нижньої щелепи, що супроводжується клінічними проявами пошкодження нижнього альвеолярного нерва.

КОРЕКЦІЯ ДИСКОЛОРАЦІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІСЛЯ ІМПРЕГНАЦІЇ СРІБЛОМ

Хороб О, Катеринюк В.
Наукові керівники: асист. О.В. Базалицька, асист. О.І. Яворська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої стоматології.

Завданням нашого дослідження було усунення дисколорації зубів чорного кольору після імпрегнації розчинами срібла, дія якого на каріозний процес полягає в утворенні біологічного бар'єру навіть у некротизованому дентині, в якому бактерії втрачають свою життєдіяльність. Вирішення цієї проблеми полягає у нанесенні розчину йодиду калію відразу після аплікації сріблом, що попереджує потемніння. З цією метою нами було використано 10% і 20% розчини KJ, дія яких була доказана в експерименті на видалених зубах.

Щоб переконатися у ефективності цього методу ми провели лікування карієсу 28 тимчасових зубів у 12 пацієнтів віком від 4 до 8 років. У половини пацієнтів було застосовано 10% розчин KJ, у іншої половини – 20% розчин KJ. В результаті дослідження виявлено, що колір змінювався відразу, але більш вираженим виявився 20% розчин. Для закріплення результатів ми покривали коронки фторвмісним лаком.

Висновок: наші дослідження із використанням розчинів KJ довели задовільні результати корекції дисколорації твердих тканин тимчасових зубів після імпрегнації сріблом, причому 20% розчин виявився більш успішним.

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН

Цуперяк С.С.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. А.М. Потапчук
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра стоматології післядипломної освіти

Метою роботи є об'єктивізація результатів хірургічного лікування рецесії ясен з обгрунтуванням вибору адекватного алгоритму ятрогенного втручання та врахуванням вихідних характеристик конкретної клінічної ситуації; аналіз ефективності та доцільності використання модифікованих хірургічних клаптевих операцій.

Матеріали і методи: На основі системного підходу проаналізовано дані фахових електронних медичних баз з досліджень направленої тканинної регенерації та методу Raetzke для усунення рецесії ясен.

Результати дослідження. Чотирирічні спостереження Vergara & Caffesse (2004) 115 випадків рецесії, усунених за методом Raetzke, продемонстрували, що повне закриття спостерігалось у 75% випадків.

Віддалені результати за даними літератури при використанні мембран варіабельні. Pini Prato (1992) порівнював ефективність використння коронарно зміщеного лоскута без та з використанням нерезорбуючої бар'єрною мембрани. Через 18 місяців було отримано закриття відповідно 73% і 71% кореневої поверхні. Orug, який використовував для усунення рецесії колагенові мембрани, діагностував закриття поверхні кореня на 80,04% через рік після лікування. У курців цей показник був значно нижчим – 45,26%. Harris в своєму дослідженні з полігліколевими мембранами у 12 пацієнтів продемонстрував, що через 6 місяців закриття кореневої поверхні становило 92,3%, а через 25 місяців – 58,8%

Згідно даних Roccuzzo M., Buser D. (1996), ефективність

закриття рецесії з допомогою направленої тканинної регенерації коливається в межах 75-85%. Harvey & Bernmoulin рекомендують використання мембран при широких рецесіях глибиною 5 мм і більше.

Висновок: Жодна з хірургічних методик не дозволяє отримати 100% результат при усуненні рецесії III або IV класу. Застосування методики направленої тканинної регенерації показане при глибині рецесії більше 5 мм і ширині 4 мм і більше. При поєднанні рецесії III класу і внутрішньокісткової 3- або 2-стінкової кишені також показане застосування даної методики. З точки зору естетики отримати хороший результат при направленій тканинній регенерації не завжди можливо. В ряді випадків після мембранної техніки спостерігається зменшення ширини кератинізованих ясен. В цьому випадку на другому етапі необхідне проведення аутотрансплантації для створення естетичного ясенного контуру.

ВИКОРИСТАННЯ БІОФЛАВОНОЇДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАИЙ ПАРОДОНТИТ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

Чубій І.З., Рожко М.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

На сьоднішній день у стоматологічній практиці немає чітких схем лікування хворих на генералізований пародонтит, які проживають на екологічно забруднених територіях, що у свою чергу прискорює перебіг хвороби.

Мета: підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит (ГП) які проживають на екологічно забруднених територіях, шляхом використання кверцетину.

Матеріали і методи: 45хворих на ГП, яким проводили лікування загальноприйнятою схемою. Хворим III групи (45 осіб) призначали ранозагоюючий препарат кверцетин (реєстраційне посвідчення №UA /0119/01/01) 1г, 1 раз на день аплікацію гелем, який попередньо наносять на стерильну марлеву серветку, протягом 5 днів активуючи лазерним опроміненням.

Результати. Після завершення лікування через 3 місяці у всіх хворих відбувається значне зменшення кровотечі, усунення набряку й нормалізація кольору ясен, що підтверджується достовірним зниженням РМА та індексу кровоточивості сосочків у порівнянні з показниками до лікування. Найістотніша різниця показників зареєстрована в групі хворих, яким застосовували кверцетин,який активували лазерним опроміненням. У результаті лікування через 1 місяць у пацієнтів даної групи ІГ у середньому при всіх ступенях важкості ГП знизився на 51 %, РМА – на 77 %, РВІ – на 86 %, РІ – на 45 %, глибина ПК – на 37 % ($P < 0,001$). У групі порівняння, де застосовували традиційну методику лікування, ІГ за Федоровим-Володкіною знизився на 36 %, РМА – на 76 %, РВІ – на 55 %, РІ – на 38 %, глибина ПК – на 35 % ($P < 0,001$).

Місцева протизапальна терапія ГП початкового-І, І-ІІ і ІІ ст. тяжкості хронічного перебігу, за допомогою кверцетину та лазерного опромінення підвищує активність ферментів та неферментативної ланки АОЗ, сприяє ліквідації запального процесу в тканинах пародонту, знижує рівень ПОЛ, підвищує АОС (каталази, СОД, SH-груп), що приводить до тривалої та стійкої ремісії.

Клінічне обстеження хворих в динаміці показали, що результати лікування хворих на ГП при використанні лазеротерапії та гранул кверцетину виявилися стійкими.

Висновки: Використання лазерного опромінення та кверцетину у комплексному лікування хворих на ГП які проживають на екологічно забруднених територіях Прикарпаття, позитивно впливає на стан тканин пародонту, систему антиоксидантного захисту, що в свою чергу призводить до стійкості процесу.

ОСТЕОПЛАСТИКА ЗУБНОЇ КОМІРКИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА З ПЕРСПЕКТИВОЮ ПОДАЛЬШОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Ярмощук І.Р.
Науковий керівник - доц. О.Б. Пермінов
ДНВЗ «Івано-Франківського національного медичного університету»
Кафедра хірургічної стоматології

Головною метою нашого дослідження була така методика видалення зубів, щоб в комірці були створені умови для профілактики атрофії та створення необхідних параметрів та морфологоічної характеристики перед подальшою дентальною імплантацією.

Основними завданнями при втручанні були:

1. Нетравматичне, по відношенню до комірки, видалення (без відшарування м'яких тканин від комірок, повздовжнє фрагментування коренів).

2. Заповнення комірок матеріалом „Easy Graft", компонентами фібринового гелю аутокрові.

3. Закривання входу в комірки мембранами з фібринового гелю аутокрові або слизово-окісними клаптями.

4. Захист ран пластинами з медичного вінілу та дипленовими плівками „Диплен-дента".

Для вирішення завдань запропонованої нами методики оперативного втручання викостовували матеріали:

1. Для кісткової пластики „Easy Graft" - синтетичний матеріал, до складу якого входять гранули в шприці - чистий бета-три кальцій фосфат (покриті полілактидно-поліглікоїдною оболонкою) та розчин в ампулі БіоЛінкер – N-метил-2-піролідон, який повністю резорбується з одночасною регенерацією кісткової тканини.

2. В якості компонента суміші для внесення в порожню комірку - фібриновий гель аутокрові хворого, що містить фізіологічну концентрацію тромбоцитів від $197 \cdot 10^9$ до $458 \cdot 10^9$ мкл.

3. В якості матеріалів захисту рани використовували плівки «Диплен-дента» та захисні капи з медичного вінілу – розмежовується ділянка активного репаративного процесу і агресивне середовище порожнини рота.

Оцінка результатів проводилася шляхом вимірювання висоти та ширини альвеолярного паростка одразу після втручаня, через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Радіовізіографічним методом визначалися ознаки кісткової тканини та гістограми оптичної щільності кістки у напрямку основа-середина-висота паростка. Умовними нормами вважалися аналогічні параметри сусідніх здорових або симетричних ділянок.

За запропонованою методикою проведено лікування та обстеження 50 хворих, яким видалено 67 зубів (різців – 18, премолярів – 32, молярів – 17).

З моменту оперативного втручання до 12 місяців після операції відсоток динаміки модельованої висоти альвеолярних паростків по відношенню до умовної норми становив в ділянці різців від + 7,27% до -6,37%, в ділянці премолярів від + 8,72% до 6,66%, в ділянці молярів від +4,27% до -7,73%.

Ускладнення у вигляді гострого запалення констатоване

у 8 хворих з 50 (16,00%). З них повне розходження швів відбулося у 1 хворого, часткове – у 2 пацієнтів (6,00%). У інших запальний процес був ліквідований за рахунок внесення на рану протизапальних селевих сумішей (захисна пластина слугувала контейнером). Таким чином, успішне завершення раневого процесу констатоване у 94% хворих.

Радіовізіографія кісткової тканини свідчить про резорбцію кісткової тканини з одночасною її регенерацією, в ділянках внесення запропонованої суміші в період з 6 – до 12 місяців після втручання.

Аналізуючи отримані дані, стверджуємо, що процес відновлення кісткової тканини не завершується протягом кількох перших місяців, повна резорбція внесеного матеріалу відбувається в період з 6 – 12 місяців. Запропонований нами комплекс дозволяє через 1 рік після втручання отримати стабільні антропометричні показники та структурні характеристики альвеолярного паростка необхідні для успішного проведення дентальної імплантації.

ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

EFFECT OF THE MULTIPLE SKELETAL TRAUMA IN ULTRASTRUCTURAL CHANGES OF THE MICROCIRCULATION FLOW OF THE LUNG

Kibote Mary
Scientific advisor - assistant of Traumatology and Orthopedics department U.V. Kuz
State High Education Establishment «Ivano-Frankivsk National Medical University»

Backgrounds. Respiratory failure of the different severity occurs in the 79,7% multiple injured patients. The disturbance of inflammation course, accumulation and activation of the leukocytes and platelets, coagulopathy and increase permeability of respiratory membrane initiate the acute lung injury. Triggers influence respiratory failure due to multiple trauma are not still found out completely.

Aim. Study dynamic ultrastructure hallmarks of the microcirculation flow of the respiratory department of the lungs due to multiple skeletal trauma in the animal (rat) model.

Tasks. Design the rat animal model of the multiple skeletal trauma. Trial the dynamic submicroscopic features of the endotheliocytes and hemocapilaries of the lung due to multiple skeletal trauma.

Materials and Methods. Study has been performed on 40 mature males Vistar line, bodyweight 180-230 g. Ultrastructure changes of the lungs microcirculation flow were defined in the 4 subgroups during 6, 24, 72 h and on 7 day. Multiple skeletal trauma was performed by open osteotomy of both femur bones in the middle third by microsew according to own technique. Ultrastructure changes were studied by electronic microscopy.

Results. It was find out that the most prominent changes of the microcirculation flow is getting during the first 72 hours. There are lots of neutrophil, platelet – leucocyte and erythrocyte clots in the capillary space. It was detected severe destructive damages of the nuclei and endoplasm-mitochondrial complex. Number of ribosomes are significantly decreased in the outer membrane. There is membrane fragmentation of the endoplasm reticulum at the same time. There are lots of small micropinocytosic vesicles in the peripheral department of the endotheliocytes and big as well, which are fussed and create vacuoles and transendothelial canals. The luminal membrane of the endotheliocytes is partially disordered, somewhere even with desquamation areas and prominence of the base membrane toward the hemocapillary space. Platelets adhesion is in the endothelium damage area. There is widespread swelling of the base membrane, membrane shape are dimness. Due to endothelial swelling hemocapillary space are severe obstructed and somewhere there are intracellular junction failure that case gap formation and migration of the blood cells inside the interstitial and alveolar space.

Conclusions. It was proved that the most significant changes in the lung capillary system due to multiple skeletal trauma is getting within the first 72 hours. Thus this period is the most dangerous for any invasive manipulations, especially osteosynthesis, in literature and according to own data as well.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ МЕХАНІЧНОЇ МІЦНОСТІ ШВІВ СУХОЖИЛЬ

Варениця Л.М., Дяченко Г.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Т.М. Ковалишин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Лікування пошкоджень сухожилків пальців кисті залишається однією з складних проблем відновної хірургії (Волкова А.М., 1991). Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в галузі розробки матеріалів для шва й техніки тендопластичних оперативних втручань, рівень несприятливих функціональних наслідків сягає 30% (Штутин А.А., 1998). Серед причин помилок та ускладнень – вибір методу сухожильного шва (Страфун С.С., 2012).

Метою даної роботи було наступне порівняльне вивчення характеристик міцності сухожильного шва, виконаного за різними методиками на тваринному сухожилку, після раніше повідомленого в 2014 році етапу дослідницької роботи: вивчення характеристик міцності шва сухожилка на його моделі – силіконовому спейсері.

Завданням дослідження стало відтворення шва сухожилка за методом Cuneo-Bunnell, Kessler, Казакова-Розова, Розова-Волкової, «шва IX клініки», Tsuge на тваринному сухожилку, міцність якого за аналогічних умов вивчали на розробленому та виготовленому розривному пристрої.

В матеріалах роботи використано овальної форми сухожилки, взяті з гомілкової частини лап індика, атравматичний шовний матеріал – плетений поліамід 3/0 НВВПП «УКРТЕХМЕД» з колючою атравматичною голкою, монофіламентний поліамід 5/0 з колючою голкою ОЭПЦ «ОЛИМП» та розривний пристрій, виготовлений колективом співробітників кафедри травматології та ортопедії.

Методом виконання дослідження було дослідження міцності на розрив сухожильних швів за вище перерахованими методами на овальної форми поперечнику сухожилка індика, якого поміщали в розривний пристрій, де створювали керовані зусилля статичної деформації на розрив сухожильного шва з реєстрацією характеру деформації дослідного взірця і зусилля, що досягається при цьому.

Отримані в трьох лініях дослідів результати обробляли статистично, аналізували.

Висновки:

- експериментальне моделювання сухожильного шва є цінним способом порівняльного вивчення міцності виконаного з'єднання;
- виконання стандартизованих форм дослідження доз-

воляє об'єктивно оцінити характеристики міцності шва сухожилка на біологічній моделі;

- сухожилок індика є доступною та повнорозмірною моделлю для опрацювання навичку чи експериментального порівняльного відтворення різних методів сухожильного шва;

- за результатами виконаних досліджень максимальні характеристики міцності спостерігаються при виконанні шва сухожилка за Tsuge з трьома стібками.

ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

Гринишин Д.В., Гринишин Н.М.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. В.І. Дубас
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Згідно даних різних авторів переломи п'яткової кістки у дітей складають до 2% від усіх переломів опорно-рухового апарата. У більшості випадків це високо енергійна травма, пов'язана з падінням з висоти, часто поєднується з компресійним переломом тіл хребців. Згідно протоколу надання допомоги дітям (наказ№521) оперативному лікуванню підлягають переломи п'яткової кістки при неможливості репозиції відламків, відкриті переломи та пошкодження судинно-нервового пучка у цій ділянці. Для фіксації пропонуються спиці Кіршнера, пластини та апарати зовнішньої фіксації. На нашу думку, успіх остеосинтезу п'яткової кістки у дітей залежить від правильного відновлення анатомічної будови п'яткової кістки для відновлення біомеханіки ходьби та обов'язкового врахування вікових особливостей росту даної кістки у дітей. Тому, ми у випадку складних багатовідламкових переломів

п'яткової кістки у дітей пропонуємо методику відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і оригінальною конструкцією на базі спиці Кіршнера – індивідуально виготовленою скобою.

Мета: Вивчити особливості остеосинтезу переломів п'яткової кістки у дітей за допомогою шурупів та скоб та проаналізувати результати лікування.

Матеріал та методи. За період 2012-2014рр. в травматологічному відділенні ОДКЛ проліковано троє хворих з багатовідламковим переломом п'яткової кістки, яким для лікування використана методика відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і індивідуально виготовленою скобою. У всіх наступила консолідація місця перелому та повне відновлення функції стопи.

Висновки: Оперативне лікування багатовідламкових переломів п'яткової кістки у дітей методом відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і індивідуально виготовленою скобою дозволяє надійно фіксувати відламки з відновленням анатомії стопи. Оперативне втручання малоінвазивне по відношенню до зон росту п'яткової кістки і забезпечило добрі результати лікування.

ПЛАСТИКА АХІЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Іванчук Н.А., Лотоцька О.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Т.М. Ковалишин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Травма ахілового сухожилля спостерігаються переважно у чоловіків працездатного віку і серед розривів сухожиль та мязів складають до 47% (E.M.Boyden et al., 1995; D.G.Garden, 1987). Дефіцит його довжини виникає, як правило у випадках застарілого пошкодження, коли можливості ушивання сухожилля «кінець-в-кінець» обмежені чи відсутні, а тому слід виконувати замісну пластику.

Найбільш поширеними методами відновлення при його дефіциті його довжини внаслідок вродженого вкорочення, набутих захворювань і травм, за даними літератури, є методи Чарнавського, Нікітіна, Вульпіуса, Баєра.

Метою даної роботи ми поставили поглиблене вивчення проблеми пластики ахілового сухожилля у людини при його дефекті.

Завданням дослідження був пошук нових публікацій про методи хірургічного заміщення дефекту ахілового сухожилля, порівняння ефективності виявлених методів та розгляд клінічного випадку лікування дефекту сухожилка за матеріалами клініки травматології та ортопедії міської лікарні № 1 Івано-Франківська.

В матеріалах роботи використано літературні публікації останніх десятиліть, що містять результати експериментальних досліджень та клінічного втілення напрацювань. Також нами було включено одного пацієнта, лікованого з приводу дефекту ахілового сухожилка в травматологічному відділенні міської лікарні № 1 Івано-Франківська.

Методами виконання дослідження нами обрано порівняння виявлених публікацій в україно-, російсько- та англомовних літературних джерелах, а також клінічний аналіз хворого та його історії хвороби, оперованого з приводу дефекту ахілового сухожилка більше 25 років тому

Висновки:

- Основним недоліком оперативного лікування пошкоджень ахілового сухожилка є формування спайок та рубців у зоні оперативного втручання, що веде до порушення функції нижньої кінцівки.

- Другим по значущості незадовільних результатів його пластики є ризик інфекційних ускладнень та недостатність швів.

- За результатами огляду наукових публікацій питання розробки надійних, технічно простих і доступних хірургічних способів відновлення дефіциту довжини та функції пошкодженого сухожилля залишається актуальним та відкритим.

- Клінічне застосування сухожильної пластики з використанням судинного протезу демонструє результат його високої і тривалої функціональної придатності.

ЗВ'ЯЗОК НАЯВНОСТІ ПЕРЕЛОМІВ І ХАРЧУВАННЯ ПІДЛІТКІВ

Мартинюк Л.П. , Кошарський Д.В.
Науковий керівник - доц. Л. П.Мартинюк
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Кафедра невідкладної та екстреної медичної допомоги

Стан кісткової тканини, який є одним із маркерів здоров'я дитини залежить не лише від генетичних факторів, а й від споживання нею кальцію з їжею та фізичною активності.

Метою дослідження є вивчення зв'язку наявності переломів в учнів Тернопільської класичної гімназії та вмісту кальцію у раціоні харчування, а також фізичної активності.

Матеріали й методи. Проведено анкетування 36 учнів 8 – 10 класів Тернопільської класичної гімназії віком від 13 до 16 років, які заповнили розроблені нами анкети. Серед опитаних – 18 дівчат і 18 хлопців. Середній вік дівчат склав 14,2±0,27 року, а хлопців – 14,0±0,26 року. Вікові групи були порівняними.

Отримані результати статистично опрацьовували за допомогою стандартного пакета аналізу даних Microsoft Excel. Ймовірність відмінності показників оцінювали за допомогою t- критерію Ст'юдента для парних величин. Відмінності вважали достовірними при $p<0,05$.

Результати й обговорення.
Аналіз результатів показав, що протягом підліткового періоду мали переломи 5 (27,8%) хлопців і 4 (22,2%) дівчини, а троє (8.3%) учнів мали більше одного перелому.

Споживання кальцію з продуктами харчування коливалося від 225 мг до 1211 мг на добу у дівчат (середня кількість 593,01±62,17 мг) та від 490 мг до 1565 мг на добу у хлопців (в середньому 738,06±72,2 мг). В обох випадках це значно менше рекомендованих для нормального метаболізму кісткової тканини 1200 мг кальцію на добу.

Лише 5,6 % підлітків вживали кальцій з продуктами харчування у кількості, рекомендованій ВООЗ, 61,1 % учнів отримували кальцій у дозі 800 – 400 мг на добу і 11,1 % – обстежених менше 400 мг на добу. Жоден з опитаних, який мав переломи, не увійшов до першої категорію, проте у їх раціоні мали місце «викрадачі» кальцію у вигляді газованих солодких напоїв, сухариків та чіпсів.

Оскільки одним із факторів, який сприяє утворенню нормальної кісткової тканини є помірна фізична активність, ми проаналізували частоту відвідування спортивних секцій дітьми гімназії. Згідно з результатами анкетування встановлено, що регулярно займаються спортом лише 15 опитаних – 8 хлопців (44,4 %) та 7 дівчат (38,9%). І в жодного з них не було переломів в анамнезі.

Висновки. Результати дослідження показали, що наявність переломів зустрічається частіше в учнів, які вживають менше рекомендованої кількості кальцію. В їхньому раціоні мають місце «викрадачі» кальцію, вони дуже мало часу приділяють фізичній активності.

У зв'язку з цим вважаємо, що необхідно проводити бесіди з підлітками та їх батьками щодо оптимізації харчового раціону зі збільшенням продуктів, що містять кальцій, а також пропагувати заняття спортом та фізичною культурою.

НЕЙРОФІБРОМАТОЗ І ТИПУ. ОСОБЛИВОСТІ КІСТКОВИХ ПРОЯВІВ

Мисліборська Я.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. В.С. Сулима
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Вступ. Виділяють Нейрофіброматоз I (NF-1) та II (NF-2) типів. Їх відмінність полягає у розбіжності генів, відповідальних за виникнення різних типів захворювання. Ген NF-1, відповідальний за виникнення класичної хвороби Реклінгхаузена, локалізований у 17, а ген NF-2 – у 22 хромосомі.

Більшість лікарів протягом своєї професійної діяльності спостерігають тільки одного чи двох хворих на нейрофіброматоз, що суттєво ускладнює діагностику та лікування. Недостатня поінформованість лікарів з питань особливостей перебігу та тактики лікування хворих на нейрофіброматоз часто призводить до вибору невірної лікувальної тактики, виникнення функціональних розладів, зайвих економічних витрат, неадекватної соціальної адаптації та додаткових психо-емоційних розладів.

Мета: покращення лікування хворих на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки шляхом вибору етапного хіріргічного лікування.

Матеріали і методи: клінічне спостереження викона-нали за трьома хворими на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки. Поглиблене вивчення літератури дало можливість застосувати сучасні класифікації для встановлення типу псевдоартрозу. Різні типи псевдоартрозів потребують індивідуального вибору хірургічної тактики лікування: заміщення дефекту, подовження сегменту, резекції ділянки порушення регенерації, остеосинтезу. Усім хворим вибраний індивідуальний план хірургічного усунення псевдартрозу.

Висновки: Хворі на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки потребують тривалого спостереження різними спеціалістами у відповідності до виявленої патології. Приклад адекватного дотримання тактики хірургічного лікування, яка складалась з 6 послідовних етапів, дозволила досягти надійного відновлення цілісності кісток гомілки. Індивідуальний підхід до хірургічного усунення псевдоартрозів кісток гомілки різних типів уможливлює досягнення кінцевої мети – зрощення кісткових фрагментів, відновлення опорної функції кінцівки, медичної реабілітації.

ВИБІР МЕТОДИКИ КОРЕГУВАЛЬНОЇ ОСТЕОТОМІЇ І ПЛЕСНОВОЇ КІСТКИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ДЕФОРМАЦІЇ HALLUX VALGUS

Новікова І.М., Яворський П.Я.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. В.П. Омельчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології і ортопедії

Частота ускладнень після корегувальних остеотомій першої плеснової кістки при hallux valgus за даними літератури складає від 10% до 50%, за даними ОКЛ 16%. Часто вони пов'язані з не раціональним вибором виду оперативного втручання.

Мета роботи: вивчення ефективності та показань до різних типів корегувальних остеотомій і м'якотканинних втручань у пацієнтів з hallux valgus II–III ст., залежно від ступеня деформації.

Дослідження включало 16 пацієнток (20 стоп), віком 23–56 років, яким були виконані реконструктивно-відновні оперативні втручання з приводу hallux valgus II-III ступенів. Із них у 10 хворих (13 стоп) із деформацією III ступеня виконані корегувальні остеотомії першої плеснової кістки традиційною методикою за Logroscino з остеосинтезом 1 або 2 спицями Кіршнера. У 2 хворих (2 стопи) з II ст. деформації виконана шевронна остеотомія I плеснової кістки. У 4 хворих (5 стоп) із деформацією II ступеня виконана остеотомія SCARF, із них у 3 пацієнток (3 стопи) операція доповнена втручанням на сухожильно-капсульному апараті I пальця за Mann R.A. (1993), як модифікацією операції McBride E.D. (1954). Остеотомія SCARF полягає в Z–подібній остеотомії I плеснової кістки в горизонтальній площині на ⅔ її довжини, яка виконується маятниковою пилою малого розміру, корекції її осі шляхом латералізації верхньо-дистального фрагмента для усунення кута між I і II плесновими кістками, фіксації двома гвинтами та остеотомії виступаючої нижньо-медіальної дистальної частини I плюснової кістки. Додаткове сухожильно-капсульне втручання за Mann виконували із розрізу 3 см в I міжпальцевому проміжку, де відшаровуються м'які тканини по латеральній поверхні I плесно-фалангового суглоба, виділяється і розтинається сухожилок m.adductor hallucis і поперечна зв'язка, сухожилок фіксується до головки I плюснової кістки. При недостатній пасивній корекції I пальця шляхом його приведення, виконуємо латеральну капсулотомію, яка дозволяє зайняти сесамоподібним кісточкам

нормальне положення. І палець в корегованому положенні трансартикулярно фіксується спицею Кіршнера до головки І плеснової кістки на 4-6 тижнів або валиком в І міжпальцевому проміжку. Зручним є використання в післяопераційному періоді спеціального ортезного взуття на 6-8 тижнів, що дає можливість відразу ж ходити без навантаження переднього відділу стопи, на відміну від гіпсового „чобітка“, який використовують після остеотомії за Logroscino. Після операцій слід носити широке взуття, виконувати спеціальний комплекс ЛФК і проводити самомасаж склепіння стопи з використанням тенісного м'ячика. У всіх хворих досягнуті позитивні функціональні та косметичні результати.

Висновок: при деформаціях II, II-III ст. hallux valgus досить ефективні остеотомії SCARF та шевронна, з м'яко-тканинним втручанням за Mann, а при III ст. показана остеотомія за Logroscino.

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З СТРЕСОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Ружило О.С.
Науковий керівник - асист. Ю.Д. Валовіна
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Серед переломів кісток у людей різної вікової категорії значна частина пошкоджень виникає на ґрунті структурних порушень кісткової тканини. Структурно-функціональні зміни опорно-рухового апарату мають певний вплив на вибір тактики лікування та можуть сприяти виникненню ускладнень в процесі лікування. Пошук шляхів впливу на процеси репарації та оптимізації лікування при порушеннях регенераторних властивостей тканин є надзвичайно актуальними в сучасній медицині.

Метою роботи є оцінити можливості кістково-пластичної оптимізації репаративної регенерації кісткової тканини у хворих з порушенням її структурно-функціонального стану.

Матеріали та методи. Для дослідження відібрано хворих, які знаходилися на лікуванні у відділенні травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ з діагнозом повзучий перелом шийки стегнової кістки. При лікуванні у цих хворих використовувалися різні методи хірургічного втручання. За період 2012 – 2014р.р. 4 хворим з метою оптимізації репаративної регенерації паралельно з остеосинтезом було застосовано методику введення аутологічної концентрованої плазми.

Результати. При оцінці результатів лікування нами відмічено позитивну динаміку консолідації перелому та задовільний функціональний результат пошкодженої кінцівки у вказаної групи хворих.

Висновок. Використання запропонованої нами методики кістково-пластичної оптимізації репаративної регенерації при повзучих переломах шийки стегнової кіски є ефективним та безпечним методом. Отримані результати лікування свідчать про перспективність застосування даної методики при різних пошкодженнях кісткової тканини, їх ускладненнях та захворюваннях: сповільненій консолідації, незрощенях, псевдоартрозах, порожнинних та інших дефектах.

ВІДТВОРЕННЯ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИ ЗАМІЩЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ

Сковрон М.В.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. В.С. Сулима
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Актуальність. Щорічно в світі виконується понад 2 мільйони ортопедичних операцій при яких виникає потреба пластичного заміщення кісткових дефектів. Оптимальною тканиною для відновлення вважається аутоспонгіоза, проте при значних за об'ємом дефектах неможливо отримати достатню кількість матеріалу. Основною вимогою до матеріалу є його біосумісність. До новітніх імплантаційних матеріалів належать кальцій-фосфатні біоматеріали (гідроксилапатит (ГА), трикальційфосфат (ТКФ), біфазна (БФ) кераміка, біоскло), застосування яких сприяло прогресу кістково-пластичних відновних операцій. Однак жоден з них не відповідає фізичним, хімічним, механічним та ін. вимогам. Тому, актуальним є подальший пошук сучасних матеріалів з властивостями кісткової тканини людини.

Мета: розробити модель експериментального вивчення властивостей імплантаційного матеріалу на прикладі дефекту метаепіфізарної ділянки стегнової кістки у дрібних тварин (щурів).

Матеріали та методи: Дослідження виконали на 12 дорослих щурах-самцях лінії Vistar масою 200-250 г. Усім тваринам проводили моделювання кісткового дефекту шляхом виконання циліндричного отвору в обох стегнових кістках за допомогою портативного стоматологічного бору, свердлом діаметром 2 мм, з черезвертлюгового доступу. Дефект заповнювали тестовим взірцем з гідроксиапатиту введеним в створений дефект за допомогою оригінального інструменту. Евтаназія тварин виконана на 15 та 30 день після імплантації. Аналіз репаративних процесів в місці імплантації виконали за допомогою гістологічного та рентгенологічного дослідження секційного матеріалу.

Результати: Запропонована методика моделювання кісткового дефекту у дрібних експериментальних тварин з наступним заміщенням його тестовим матеріалом за допомогою оригінального інструменту оригінальної конструкції (рацпропозиція № 12\2728 від11.11.2014) дає можливість ефективно та малотравматично проводити імплантацію остеопластичного матеріалу у формі тестового взірця. Оптимальні умови імплантації дозволяють вивчати реакцію оточуючих тканин та виявлення позитивних та негативних властивостей пластичного матеріалу. При гістологічному та рентгенологічному дослідженні виявлено, що вже на 15 день експерименту на поверхні матеріалу утворюється остеогенна тканина, що свідчить про остеокондуктивні властивості імплантаційного матеріалу.

Висновки: 1. Запропонована модель експериментального вивчення репаративних процесів кісткової тканини дає можливість ефективно та малотравматично проводити імплантацію остепластичних матеріалів з метою дослідження їх імплантаційних властивостей.

2. Морфологічно та рентгенологічно доведена остеокондуктивність природного гідроксиапатиту імплантованого в кістковий дефект експериментальної тварини.

УСУНЕННЯ СКЛАДНИХ ЗМІЩЕНЬ КІСТКОВИХ УЛАМКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРИСТРОЮ ОРИГІНАЛЬНОЇ КОНСТРУКЦІЇ

Смолинський Е.О.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. В.С. Сулима
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедри травматології та ортопедії

Актуальність. Будь-які переломи кісток верхніх і нижніх кінцівок інколи супроводжуються складним зміщенням уламків, які не можливо усунути при первинних репозиціях, що зумовлено важкістю хворого, складністю травми, її множинністю. Первинна фіксація кісткових фрагментів в таких ситуаціях не передбачає ідеального співставлення. Кінцеву репозицію слід виконати після стабілізації загального стану хворого, нормалізації функціонування життєвоважливих органів і систем. Таку відстрочену репозицію первинних або вторинних складних зміщень виконати вкрай важко через наявність інтерпозиції, формування міжфрагментарного рубця, формування псевдоартрозаюНавіть застосування сучасних апаратів зовнішньої фіксації не приводить до успіху через конструктивні особливості пристроїв.

Існують зовнішні репозиційні пристрої, які дозволяють виконати співставлення кісткових уламків та усунути складні зміщення.

Мета. Вивчити переваги оригінального репонуючого пристрою для усунення складних зміщень кісткових уламків.

Матеріали і методи. Проведений аналіз результатів лікування 22 хворих у відділенні кістково-гнійної інфекції, які знаходились на лікуванні в період 2005-2014 років. Усім хворим виконані оперативні втручання з використанням зовнішніх стабілізуючих спицевих та спице-стержневих апаратів при переломах кісток гомілки (16) та стегнових кісток (6 хворих). Середній вік хворих був 40,5±5 років. В основному це були хворі чоловічої - 14 (63.6%) і 8 (36.4%) - жіночоїстаті.

Результати. Конструктивні особливості оригінального репонуючого пристрою, вказують на ширший обсяг можливостей усунення складних зміщень переломів в порівнянні з можливостями спицевих або стержневих апаратів. Репонуючий пристрій дозволяє одномоментноспівставити кісткові фрагментибезперемонтування апаратів зовнішньої фіксації будь-якої конструкції. Репонуючий пристрій дозволяє усунути зміщення навіть у віддалені терміни лікування, коли за різних причин або за станом хворого не вдалось вчасно виконати ранню корекцію з сповільненням регенерації перелому або виникненням несправжнього суглоба.

Висновки. Пристрій для репозиції кісткових відламків дає можливість усунути складні зміщення впродовж короткого терміну та уникнути повторних оперативних втручань.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Тинкалюк В.В., Жиляк О.В., Дмитрук Ю.І., Гаврилко Н.Р.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. В.А. Андрейчин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології і ортопедії

Закриті переломи проксимального епіметафізу великогомілкової кістки становлять від 8,9% до 11 % по відношенню до переломів кісток гомілки та до 87% серед переломів кісток, що утворюють колінний суглоб.

Мета роботи і завдання дослідження полягають у вивченні результатів і особливостей оперативного лікування переломів проксимального відділу великогомілкової кістки для визначення оптимальної тактики лікування.

Матеріали і методи. Піддано аналізу лікування 43 хворих з переломами проксимального епіметафізу великогомілкової кістки. Середній вік пацієнтів становив 58 років. Чоловіків було 32, жінок – 11. У 5 пацієнтів мали місце позасуглобові переломи за класифікацією АО типу А2 у 2 хворих, А3 у 3; у 29 внутрішньо-суглобові переломи з переломом плато типів: В1 у 16 хворих, В2 у 2, В3 у 11; та у 9 хворих мали місце переломи типу С: С1 у 2 хворих, С2 у 3, С3 у 4 хворих. Використовується також класифікація Schatczker. Клінічна діагностика переломів проксимального відділу великогомілкової кістки не є складною, але потребує виконання рентгенографії у прямій, боковій і трьохчетвертній проекції. КТ деталізує характер перелому.

Оперативне втручання проведено у 43 хворих з переломами проксимального епіметафізу великогомілкової кістки у строк від доби до 10 днів з дня травми з фіксацією LCP та компресійними пластинами. У 9 хворих з переломами типу В з вдавленням тібіального плато використали кісткову пластику спонгіозою з крила клубової кістки. У післяопераційному періоді для фіксації нетривало використовували задню гіпсову шину, а також сучасні ортези. Протягом лікування виконували контрольні рентгенограми. Значну увагу приділяли ранній етапній комплексній реабілітації шляхом розробки пасивно-активних рухів з 7–10 дня після операції.

Отримані результати. Зрощення та відновлення функції кінцівки досягнуто у всіх хворих. Найбільш достатню міцність фіксації, особливо при переломі плато великогомілкової кістки, давала можливість забезпечити LCP пластина. Продовженість лікування з періодом реабілітації при оперативному лікуванні хворих з переломами проксимального відділу великогомілкової кістки становила 3,9 міс.

Висновки. Стабільна фіксація відламків, а у випадку вдавлення тібіального плато його репозиція та кісткова пластика, дають можливість запобігти кутовій деформації, проводити ранню пасивно-активну розробку рухів колінного суглоба, попередити контрактуру і артроз та відновити опорно-рухову функцію кінцівки.

БІОЛОГІЧНИЙ ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Шемрай І.І.
Науковий керівник - асист. Ю.Д. Валовіна
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

Черезвертлюгові переломи складають близько 50% від усіх переломів проксимального відділу стегнової кістки. Більша частка цих переломів припадає на людей літнього віку. Пошук шляхів покращення лікування хворих даної вікової категорії зумовлений багатьма факторами, основні з яких: обмеження в самостійному пересуванні близько у 40% хворих після перелому черезвертлюгової ділянки та показник летальності, який у перший рік після травми становить 20-40%.

Метою роботи є оцінити переваги остеосинтезу PFNA стержнем при лікуванні хворих літнього віку з черезвертлюговими переломами.

Матеріали та методи. За період 2012 – 2014р.р. у відділенні травматології-ортопедії Івано-Франківської ОКЛ на лікуванні знаходилося 95 хворих з черезвертлюговими переломами віком понад 60 років. Середній вік хворих становив 71,8 роки. Для хірургічного лікування використано остеосинтез DHS фіксатором у 64 (67,4%) хворих, гамма-цвях – у 18 (18,9%) та PFNA стержень у 13 (13,7%) хворих. При виборі методу остеосинтезу брали до уваги тип перелому за класифікацією AO/ASIF та структурно-функціональний стан кісткової тканини.

Результати. Оцінюючи результати лікування проведено аналіз рентгенологічних ознак консолідації перелому та стан функціональної активності пацієнта. Консолідація перелому при використанні остеосинтезу PFNA стержнем відбувалася в середньо-фізіологічні терміни, післяопераційних ускладнень не спостерігалось. Функціональний результат лікування при даному остеосинтезу задовільний. Серед ускладнень після остеосинтезу DHS фіксатором спостерігалися нестабільність та міграція фіксатора у 3 хворих, після остеосинтезу гамма-цвяхом нестабільність фіксатора у 1 хворого, перелом стегнової кістки нижче ніжки гамма-цвяха у 1 хворого.

Висновок. Остеосинтез переломів вертлюгової ділянки за допомогою PFNA стержня є сучасним біологічним методом хірургічного лікування. Малотравматична техніка остеосинтезу та стабільна антиротаційна фіксація уламків забезпечує ранню мобілізацію та відновлення опірності ушкодженої кінцівки, відмінний функціональний результат лікування.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІЗНИХ СПОСОБІВ ІМІТАЦІЙНО-КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ СИСТЕМ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Шибель В.І., Варениця Л.М.
Науковий керівник – асист. В.І. Гуцуляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії

На даний момент відомо більше 1000 пристроїв для черезкісткового остеосинтезу (ЧО). Проте апарати зовнішньої фіксації (АЗФ), що їх використовують на сучасному етапі, не позбавлені ряду суттєвих недоліків, які обмежують їх можливості та сферу застосування, не дозволяючи знизити частоту ускладнень. Одним із найбільш ефективних методів розробки нових технічних рішень є імітаційно-комп'ютерне моделювання, що дозволяє проводити дослідження без значних фінансових затрат.

Мета. Провести порівняльний аналіз різних способів створення імітаційно-комп'ютерних моделей систем для ЧО.

Матеріал і методи. В середовищі програми Autodesk Inventor 11 створено геометричні тривимірні моделі деталей, окремих вузлів та компонувань АЗФ з використанням різних способів моделювання та проаналізовано їх технологічні можливості.

Результати та їх обговорення. Перший спосіб полягав у створенні двовимірного ескізу однієї з поверхонь деталі та «видавлюванні» даної частини на певну довжину в тривимірному режимі. Наступним етапом було виділення площини на одній з поверхонь деталі, створення на ній ескізу, згідно якого проводили формування наступної частини і т.д. Цей спосіб найбільш часто використовувався під час первинної розробки тривимірних об'єктів, коли їх зовнішні габарити ще не були визначені. Другий спосіб ґрунтувався на створенні на основі двовимірного ескізу фактично заготовки всієї деталі. Наступним етапом було створення на її поверхнях ескізів, згідно яких проводили видалення «зайвих» частин деталі. З інженерної точки зору цей спосіб більш раціональний, адже за етапністю моделювання, що прослідковується за «деревом» в браузері програми, можна скласти схему процесу виготовлення деталей. Спосіб дзеркального відображення, який полягає у побудові частини деталі, виділення на одній з її поверхонь площини та створенні відносно неї дзеркальної копії. Даний спосіб застосовувався виключно для моделювання деталей із складною симетричною геометрією. Спосіб з використанням шаблонів ґрунтується на створенні нових деталей шляхом внесення необхідних змін у параметри готових деталей, що зберігаються в браузері програми. При моделюванні деталей даним способом необхідно одразу враховувати можливі зміни в побудові двовимірних ескізів та дотримуватись строго визначеного алгоритму, який повинен забезпечити корекцію власне лише визначених параметрів моделі. Останній спосіб найбільш ефективний для створення однотипних деталей різного типорозміру.

Висновки. Побудову тривимірних моделей систем для ЧО необхідно здійснювати із застосуванням способу шаблонів, який дозволяє проводити корекцію геометричних параметрів деталей на будь-якому етапі моделювання та забезпечує можливість швидкої зміни компонування АЗФ.

УКРАЇНОЗНАВСТВО ТА ФІЛОСОФІЯ

KULTURA POLSKA

Czarnocka Milena
Miedzynarodowy Uniwersytet Medyczny w Ivano- Frankivsku

Polska to kraj slowianski polozony w centralno- wschodniej Europie. Liczba obywateli wynosi 38 milionow, jezykiem urzedowym jest jezyk polski, a obywatele to w 85% polacy. Polska to kraj o niezwykle buzliwej historii, bogatej, zroznicowanej kulturze i tradycji.

Panstwo posiada slowianskie korzenie i niezwykle krwawa, ponad 1000 letnia historie. To wlasnie Polska, jako drugi kraj na swiecie, wprowadzila konstytucje. Aktualnie panstwo funkcionuje w oparciu o nowa konstytucje uchwalona w 1997 roku. Ten demokratyczny kraj jest czlonkiem NATO oraz Unii Europejskiej

Polska to bogactwo kulturi i roznorodnych obyczajow w zaleznosci od regionu kraju., Kaszubi, Gorale, czy Slazacy nie tylko posluguja sie wlasnymi, odrebnymi dialektami, ale maja tez swoja indywidualna obyczajowosc.

Polacy to narod niezwykle otwarty i goscinny.

Miasta takie jak Warszawa, Lublin, czy Oswiecim przypominaja turystom o buzliwej i krwawej historii ale jednoczesnie pokazuja atrakcyjna, modernistyczna nowoczesnosc.

Lodz, Wroclaw, Poznan to miasta idealnie obrazujace rozwoj i postep kraju.

Polska to nie tylko atrakcyjne turystycznie miejsca, kurorty, to te znani na arenie miedzynarodowej ludzie –tacy jak Szymborska, Walesa, czy Chopin ale tez ci zwykli, niezwykle otwarci na turystow i obcokrajowcow.

ГРОШОВІ ЗНАКИ У ТВОРАХ Т.Г.ШЕВЧЕНКА

Галько С.В., Шкрумеляк М.В.
Науковий керівник -к.е.н., доц. С.В.Василевич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Гроші – один із геніальних винаходів людства, аналогів якому немає у живій природі.

Більшість економістів вважає, що гроші виникли стихійно, виділившись із товарного світу як надтовар, загальний еквівалент, посередник у товарному обміні. Чи так само стихійно з'явилися і назви грошових одиниць у різних народів, в тому числі українців?

Перегорнімо сторінки «Кобзаря» Т.Г.Шевченка та подивимось на цей феномен очима автора. Грошові знаки у творах Шевченка наступні: шаги, гріш, шеляг, копійка, мідна монета, копа, полтинник, дукат, карбована монета та інші. За грошима простежується людське життя.

Отже, гроші для пересічних людей – то шматочки холодного металу чи мовчазні папірці. Для людей уважних грошові знаки – це свідки минулих подій.

РІДНА УКРАЇНСЬКА НАЦІОНАЛЬНА ВІРА (РУНВІРА) ЯК ЕЛЕМЕНТ ПОЛІКОНФЕСІЙНОСТІ

Гладка В.В.
Науковий керівник - к.і.н., доц. Г.Л. Гладка
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Домінуючою релігією в українській державі є християнство. Разом із тим, у відповідності до свободи віросповідання, що гарантується чинною Конституцією, існує чимало інших релігій. Однією з них є РУНВіра. Метою нашого дослідження є з'ясувати витоки РУНВіри , її сутність та місце в сучасному релігійному житті України. Ідейним натхненником РУНВіри став Лев Силенко(1921-2008)- Духовний Учитель і Пророк, який, реформувавши стародавню (дохристиянську) віру, проголосив РУНВіру – віру в Єдиного Господа Дажбога. РУНВіра є відповіддю космополітичним та атеїстичним настроям в Україні. Вона відтворює національні особливості українського народу, як, наприклад, іудаїзм – єврейського чи синтоїзм – японського. Перші проповіді РУНВіри почав Лев Силенко у США 1964року, а 3 грудня 1966 року була офіційно зареєстрована перша громада РУНВіри (в Чикаго). 1979р. в Канаді виходить понад 1400-сторінковий твір Силенка «Мага Віра» - Священна книга РУНВірівців, що у перекладі з санскриту означає "Могутня Віра". Головним символом РУНВіри є зображення трисуття(тризуба), що означає світ видимий (Яв), духовний (Нав), закони природи, звичаї(Прав) .Особливо послідовники вчення шанують трьох видатних українців: Тараса Шевченка, Івана Франка і Лесю Українку, які, на їхню думку, першими стали висловлювати своє негативне ставлення до чужих релігій. Літочислення у РУНВірівців ведеться від часів Мізинської культури, пам'ятки якої знайдено біля села Мізин на Чернігівщині. Датою початку літочисленя вважають 9000 рік до н.е . Наприклад, 2008рік-це 11007 рік згідно з літочисленням РУНВіри. РУНВіра пропагує поклоніння не чужим, а власним святиням (Дніпро, Київ, Хортиця та ін.). З початку 80-х років РУНВіра почала прокладати собі дорогу в Україну. У 1992р. РУНВіру було зареєстровано в Україні як Церкву, що діє на всій її території. Отже, РУНВіра виникла як результат трансформації політеїстичної дохристиянської віри праукраїнців в монотеїстичну релігію сучасного взірця.

ФЕНОМЕН «СТИГМИ» В РЕАЛІЯХ СУЧАСНОГО УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Глущук А., Купчак М.
Науковий керівник - доц., к.і.н. Л.В. Сливка
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

На жаль, за час проведення антитерористичної операції, багато захисників зазнали травм. Травм, що апріорі призвели до змін їхнього звичного життя. Душевні чи фізичні, безпосередньо або ж опосередковано дотичні до щоденного способу існування солдата за межами лінії фронту, післявоєнні травми залишаються довіку. Як правило, військові, люди, що дивились у вічі війні, бачили на власні очі, як блискавично гасне людське життя, вирізняються в натовпі. Їхні думки, слова, дії наче говорять про те, що вони пережили щось жахливе. А що може бути гіршим за війну?…

Американський соціолог І.Гофман розробив концепцію «стигми», згідно якої стигма — це певний знак, щось незвичне для людини, що дає можливість індивідам без стигми судити про моральний статус носія стигми. Зазвичай вживається в негативному значенні та виражається у нього у вигляді певного дефекту, недоліку. Можна виділити 3 основні групи стигм: фізичні дефекти, вроджені (tribal) та такі, що мають індивідуальний характер, як наприклад психічні розлади, або просто найбільш яскраво виражені вади характеру. Метою нашого дослідження є дослідити, чи піддаються стигматизації в українському суспільстві колишні військові, які повернулися з війни інвалідами, з фізичними вадами. На війні немає переможців. Ми, як майбутні представники однієї з найгуманніших професій, хочемо звернути увагу небайдужих на наслідки війни для тих, хто воює, а також сфокусуватись на проблемі сприйняття соціумом таких людей.

ЕМІГРАЦІЯ УКРАЇНЦІВ У ТВОРЧОСТІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА

Гонсіровська Г.
Науковий керівник - к. філол.н., доц. Д.Д. Курчій
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Неперевершений майстер соціально-психологічної прози, Василь Стефаник посів особливе місце серед новелістів української літератури зламу віків. Його творчість піднесла українську літературу до світових вершин. Передусім, його твори сповнені національного колориту і написані, за словами Івана Франка, крізь призму чуття і серця.

У своїй творчості Василь Стефаник порушує загальнолюдські проблеми буття народу, торкається драматичної теми: еміграція західноукраїнського селянства за океан (перша хвиля еміграції – трудова), яке змушене полишати рідну землю через складні соціально-економічні умови.

Мовою художніх образів Василь Стефаник висвітлив причини цього явища. Еміграцію трудівників новеліст вважав трагедією нації.

ФІЛОСОФСЬКО-РЕЛІГІЙНЕ ТЛУМАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЩАСТЯ

Іващишин.С.В., Гвоздецький .Я.П.
Науковий керівник - ст.викл. Я.Г.Татарин.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

В час розвитку науки, накопичення інформації в сучасному світі перед людиною постає багато різних можливостей. Для їх реалізації використовуються різні засоби і методи, за допомогою яких людина намагається знайти своє місце у світі, реалізувати себе як особистість. У постійних пошуках людина намагається знайти гармонію з навколишнім світом, відчути себе щасливою. Головною метою роботи є розгляд проблеми щастя людини у філософсько-релігійній інтерпретації та аналіз історичного ґенезу розвитку даної проблеми у філософії та релігієзнавстві .Актуальним питання є і сьогодні, в сучасній філософії, антропології, етиці та релігієзнавстві, у часи моральної кризи та соціальної нестабільності, коли призабуто етичні норми і свідомість людей все більше потерпає у прагненні задоволення матеріальних потреб, не приділяючи уваги основному здавалося б наповненню душі. Аналізуючи дану проблему, слід зазначити, що її розглядали протягом усіх історичних епох по різному .Безцінний емпіричний досвід минулих поколінь має стати для нас поводарем у світ самопізнання, щоб зрозуміти основну сутність людини і назавжди покінчити з релігійними протиріччями, що вбачають за основу життя людини – страждання .

Проблему щастя людини досліджували безліч філософів усіх часів і народів. Кожен з мислителів намагався дати відповідь на споконвічне питання: в чому полягає щастя людини? Досліджуючи дане питання і відповіді на нього бачимо, що воно залишаються актуальними і до сьогодні. Сучасна наука загальнозначущими умовами досягнення щастя вважає: задоволення основних матеріальних потреб, повноту і осмисленість існування людини, спроможність останньої реалізувати власне уявлення про життя в ситуаціях морального вибору, достатній ступінь збіжності актуального стану буття та уявлення про те, яким воно має бути, гармонію внутрішнього світу людини і її зовнішніх стосунків.

Дещо інше розуміння щастя спостерігаємо у релігійному тлумаченні. Воно досягається внаслідок втілення у життєдіяльність вимог морального закону, моральних чеснот, доброчесності, додержання заповідей і настанов. Внаслідок чого стає можливим осягнення вищого виміру щастя і відчуття єднання з Творцем. Це допоможе сучасній людині відчути себе щасливою і визначити свої життєві орієнтири.

МИКОЛА АМОСОВ : ЛІКАР – ФІЛОСОФ

Кущ К.Т.
Науковий керівник - к.філос.н., ст.викл. А.М. Сокирко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

У час реформування медичної галузі необхідно усвідомлювати кінцеві результати бажаних змін.

Закономірно виникає безліч запитань. Яким повинен бути лікар XXI століття? Якою є його роль у житті пацієнта? Якими якостями він повинен володіти?

Доробки Миколи Амосова у сфері медицини важко переоцінити. Видатний кардіохірург, дослідник, вчений був взірцем гуманності і високої моралі. Намагаючись осмислити весь свій життєвий досвід, він розробив не тільки модель серця і внутрішньої сфери людини, але й модель особистості, модель суспільства.

Феномен М.М. Амосова полягає у його багатогранності. Досліджуючи творчу спадщину науковця, стає зрозумілим, що його світоглядно-філософська концепція є самобутньою і досконалою. Роздуми про силу волі, межі свободи, Бога зацікавлюють та не залишають байдужими. У одному з документальних фільмів про вченого звучить питання:

«А навіщо потрібно пам'ятати Амосова?» на яке професор Анатолій Криштоф відповідає: « Щоб бути людиною!»

ГІМН ЯК ДУХОВНИЙ СИМВОЛ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ

Муховська С.
Науковий керівник - к.пед. н., доц. О.Й. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Гімн в історико-культурному розвитку українського народу посідає важливе місце. Українська культура багата на традиції творення духовних пісень і гімнів. Пісня урочистого характеру, що є музичним символом народу і його держави виступає духовним символом як в період відсутності, так і утвердження державної самостійності українців. Зародження музичної символіки нашого народу датується періодом Київської Русі. У це й час роль державного гімну виконували бойові заклики перед битвами. Близькими до жанру гімну були козацькі пісні, які лунали як присяга перед Богом і Батьківщиною. У другій половині XIX ст. на звання гімну претендувала пісні І. Гулашевича, О. Духновича, І. Франка, Ю. Добриловського. Загальноукраїнського характеру набула пісня на слова Т. Шевченка «Заповіт». Хорал на слова О. Конисського і музику М. Лисенка «Боже Великий Єдиний» став популярним й шанованим серед українців Галичини, Буковини, Закарпаття, Канади, США, Австралії. Патріотичному віршу вірного сина України, поета, ученого-народознавця Павла Чубинського «Ще не вмерла Україна», судилося стати українським національним гімном.

НАУКОВЕ НЕ-ЗНАННЯ ЧИ НЕНАУКОВЕ ЗНАННЯ: КРИТЕРІЇ ІСТИНИ

Попадюк Б.І.
Науковий керівник - ст.викл. Я.Г. Татарин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

«Знання – сила». Адже хто володіє інформацією (себто знанням), той володіє світом. Однак не кожному відомо яку силу несе в собі те чи інше знання. Навіть зараз, на початку XXI ст., більшість людей черпають багато даних про світ аж ніяк не з наукових трактатів. Поряд з наукою як способом пізнання світу існують і інші шляхи пізнання. Ненаукове знання стає все більш популярним у порівнянні з науковим. Строгість і холодність наукового знання, що сприймається як нестача почуттів, його безумовне звернення до інтелекту, точні і ретельно розроблені поняттях знижують його привабливість.

Ненаукове знання в очах середньостатистичної людини має незаперечні переваги: воно ближче і зрозуміліше,

не викликає інтелектуальної напруги, викликає схвалення більшості, часто воно – розважальне, дозволяє легко встановлювати контакт і спілкуватись. Коли розмежовують наукове, засноване на раціональності, і позанаукове знання, то важливо зрозуміти, що позанаукове не є чиєюсь вигадкою чи фікцією. Воно створюється у певних інтелектуальних спільнотах, відповідно до інших норм, еталонів, має власні джерела і засоби пізнання. Очевидно, що багато форм позанаукового знання старше галузей, які визнаються науковими, наприклад, астрологія є старшою від астрономії, алхімія є старшою від хімії.

Виділяють такі форми позанаукового знання:

• ненаукове, що розуміється як несистематичне, що знаходиться у протиріччі з існуючою науковою картиною світу;

• донаукове, що виступає базою наукового;

• паранаукове – несумісне з наявним гносеологічним стандартом;

• антинаукове – яке свідомо спотворює уявлення про дійсність;

• псевдонаукове знання являє собою інтелектуальну активність, що спекулює на сукупності популярних теорій.

Особливу форму позанаукового і нераціонального знання являє собою так звана народна наука, яка в даний час стала справою окремих груп або окремих суб'єктів.

Проблема демаркації наукового від ненаукового стосується кожного, адже від знання залежить життя людини. Тому для підтвердження позанаукового достатньо хоча б один раз спростувати наукове. Культурні чинники багато в чому зумовлюють форму існуючого знання. А перебіг цивілізаційних процесів визначає потребу суспільства в появі тих чи інших видів знання.

СВЯТОСЛАВ ГОРДИНСЬКИЙ – УКРАЇНСЬКИЙ МИТЕЦЬ У СВІТОВІЙ КУЛЬТУРІ

Петришин Н.
Науковий керівник - к. мистецтвознавства, доц. П.Я. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Святослав Гординський (30 грудня 1906 р., Коломия – 20 травня 1993, Верона, Нью-Джерсі США) – український художник, мистецтвознавець, поет, перекладач, журналіст. Після навчання в львівській гімназії, університеті та в Мистецькій школі Олекси Новаківського, здобував художню освіту в Академії мистецтв Берліна, у Парижі – Академії Жюльєна та у Модерній академії Фернара Леже. У 1933 р. побачила світ його перша поетична збірка «Барви і лінії», а згодом вийшли друком збірки «Буруни» (1936), «Слова на каменях» (1937) та ін. Письменник збагатив світову літературу переспівом "Слова про Ігорів похід". С.Гординський чимало переклав з європейських літератур, зокрема, твори Горація, Овідія, Ф.Війона, Ш.Бодлера, В.Шекспіра та ін. С. Гординський – визначний художник, який творив у станковому та монументальному живописі й графіці. Йому належать оформлення понад 30 церков у Америці, Європі та Австралії, серед яких п'ять кафедральних соборів (два у Вінніпезі, Римі, Мюнхені та Мельбурні). Як мистецтвознавець С. Гординський досліджував мистецтво Франції та Італії, історію іконопису, творчість українських митців.

СУСПІЛЬНО-ПОЛІТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ НАТАЛІЇ КОБРИНСЬКОЇ

Семенів І.П.
Науковий керівник - канд. іст.н. І.Д. Любчик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Наталія Кобринська – видатна українська письменниця, суспільно – громадська діячка, засновниця феміністичного руху в Східній Галичині. Головну мету свого життя вона вбачала у необхідності довести, що «звільнення» жінки не є чимось надзвичайним, а такий же природний вияв політичної, соціальної та культурної еволюції, яким був акт звільнення кріпаків.

Діяльність Н. Кобринської є переконливим доказом впливу літератури у справі пробудження свідомості української жінки. Створення «Товариства руських жінок» у 1884 році мало велике значення для організації жіночого руху в Галичині та консолідації жіноцтва всієї України.

З ініціативи письменниці до Галицького сейму потрапляли петиції відносно дозволу вступу жінок до класичних гімназій. Той факт, що Кобринська першою підняла питання про освіту жінок, спричинив резонанс і заперечив усталені ретроградні норми, яких дотримувались жінки кінця XIX століття. Згодом була опублікована «Відозва до руського жіноцтва», в якій палка поборниця прав закликала жінок до спільної суспільної діяльності.

У червні 1887 року зусиллями Н. Кобринської світ побачила перша антологія жіночої творчості – альманах «Перший вінок», на 464 сторінках якого були вміщені прозові, поетичні та публіцистичні твори сімнадцяти жінок-письменниць всієї України.

Письменниця збагатила українську прозу різноманітною проблематикою та жанрово-стильовими ознаками. Вона уникла приземленого побутовізму і створила галерею неповторних реалістичних образів з їх індивідуальною психологією.

Значення історичної постаті Наталії Кобринської надзвичайно велике. Вона першою закликала галичанок скинути з себе кайдани моральної пригнобленості та економічної залежності. Як кожному першовідкривачеві чогось невідомого раніше, їй довелось пережити чимало розчарувань. Але попри все, в наш час роль жінки в національному, суспільному, політичному та культурному житті зросла в десятки тисяч разів. Безперечно в цьому є заслуга Наталії Кобринської, яка стояла біля витоків українського фемінізму, націленого не на руйнування, а на будівництво і творчість. Оцінена наступними поколіннями тільки після смерті вона завжди залишатиметься яскравою зіркою на небосхилі української прогресивної думки.

ПОСТМАЙДАНІВСЬКИЙ СИНДРОМ – АТО

Щерб'юк О.Л
Науковий керівник - старший викладач Т.Б. Романів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства та філософії

Актуальність теми. Боротьба триває… В Україні де і досі тривають бойові дії, проводиться так звана антитерористична операція, а насправді війна – гібридна війна . Учас-

никами цих подій є і вихідці з Івано- Франківської області в тому числі і мої земляки, які відстоявши гідність українського народу життя поклали на вівтар боротьби за Українську Самостійну Соборну Державу. Учасники доленосних подій в Україні і стали об'єктом моєї науково-пошукової роботи.

Мета. Дослідити, хто саме і яка кількість патріотів України з Івано-Франківської області, в тому числі і студенти, медики, які брали участь у Революції Гідності й антитерористичній операції . Дізнатися кількість постраждалих та загиблих під час подій на Майдані та в зоні АТО. З'ясувати їхні методи подолання постмайданівського синдрому та психологічних наслідків АТО.

Висновок. Не всі імена Героїв з Івано-Франківщини відомі широкому загалу. Багато хоробрих сердець не бажають афішувати себе та свої заслуги серед людей. Це нове покоління людей, які вже не є гомосовєтікус. Покоління, для якого свобода засвоєна на рівні ДНК. Це не свобода раба, який тільки звільнився, схопив у руки камінь і хоче його кинути. Це свобода людини, яка вже утверджена у своїй свободі, яка її має у своїх жилах. Саме такі люди і є творцями історії, будівничими України як Суверенної, Демократичної, Соціальної, Правової Держави і заслуговують на повагу.

ЕНЕРГЕТИЧНА ПУПОВИНА УКРАЇНИ

Яців Р.В.
Науковий керівник - ст. викл. Т.Б. Романів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Зараз, як ніколи раніше, гостро постало питання: що чекає на Україну енергетичне голодування чи енергетичний достаток? На даний час потреби українців в електроенергії зростають, а альтернативи в подальшому розвитку абсолютно нових, сучасних джерел енергії ще не застосовано. Не можна стверджувати що перспектив немає, адже в усьому світі та й в Україні є безліч вчених, науковців, інженерів, технологів що займаються на професійному рівні в галузі розвитку власного ПЕК. На жаль, в нашій державі економічна криза, що сповільнює розвиток. Але ця проблема є зараз найбільш актуальною, бо від вдалого її розв'язання залежить наше майбутнє, тобто чи зможемо ми вийти на арену енергетичної незалежності, чи станемо енергетичними в'язнями. Все в наших руках.

Актуальність теми. Важливість дослідження полягатиме в тому, щоб, насамперед, показати всі перспективні шляхи виходу з енергетично-економічної кризи і енергетично-економічної залежності; визначити якою мірою наша держава енергетично залежить від інших країн, зокрема, Росії; дослідити становище паливно-енергетичного комплексу й визначити перспективи у подальшому використанні невідновних енергоносіїв задля найбільш вигіднішого й заощадливішого їх використання; обґрунтувати використання й розвитку на теренах нашої держави відносно нових і альтернативних джерел енергії.

Мета роботи. Визначення теперішнього економіко-енергетичного становища України. Також визначення рівня залежності нашої енергетики від імпортних енергоносіїв ,зокрема, від Російської Федерації; пошук усіх можливих шляхів виходу з енергетичної кризи; пошук перспектив використання альтернативних джерел енергії, що призведе до енергетичної незалежності держави в контексті подальшого розвитку.

Об'єкт дослідження. економічно-енергетична сфера; паливно-енергетичний комплекс; енергетично важливі райони, в яких можливі використання альтернативних джерел енергії.

Висновки. На сьогоднішній день економіко-енергетичне становище вкрай важке. Але не варто засмучуватись, бо життя триває. Насамперед уряду потрібно зосередитись і для подальшого вирішення цієї проблеми скласти план дій, у якому б були чітко виокремлені найважливіші завдання. До них я б відніс:

1) зменшити до мінімуму залежність від імпортних енергоносіїв, а з часом й відмовитись від них;

2) інтенсивна розробка власних родовищ паливних корисних копалин(нафта, природний газ, вугілля, сланцеві руди і т. і.);

3) дати завдання закладам, установам, які займаються вивченням території України, а себто використання її територіальних можливостей і положення для використання альтернативних джерел енергії(вітрова, сонячна, гідроенергетика та ін.).

ФАРМАКОЛОГІЯ

STUDYING OF ANTIINFLAMMATORY AND ANALGESIC EFFECT OF IBUPROFEN AND ITS COMBINATION WITH VINBORON ON THE MODEL ADJUVANT ARTHRITIS IN RATS

Hladkych Fedir Volodymyrovych
Research supervisor - Dr. med. District., Assoc. Stepanjuk N. G.
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University
Department of Farmacology

It is known that non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) have antiinflammatory effects of a wide spectrum - they are able to reduce the expression of inflammatory reaction of any etiology, location and nature of any leakage, inhibiting both processes exudation in acute inflammation and proliferative activity of fibroblasts in chronic inflammation. However, all members of this class of drugs are common so-called class-specific side effects. Therefore, one of the pressing problems of NSAID drug therapy is to increase their safety.

PURPOSE: to provide a comparative assessment of anti-inflammatory and analgesic action of ibuprofen and its combination with vinboron in adjuvant arthritis in rats.

MATERIALS AND METHODS The study was conducted on 28 mature male rats, divided into 4 groups: I - intact rats (n=7), II - rats with simulated adjuvant arthritis (AA) untreated (control), III - rats with AA (n=7), treated with ibuprofen (218 mg/kg), IV- rats with AA (n=7) treated with ibuprofen (218 mg/kg) in combination with vinboron (11 mg/kg).

RESULTS AND DISCUSSION Treatment of AA combination with ibuprofen and vinboron led to a distinct anti-inflammatory effect of ibuprofen through potentiation of the pharmacological effect of both drugs. This is evidenced by statistically significant reduction of inflammatory reaction in

damaged limbs of animals in the study group compared with the 14 day of experiment, and even more expressive suppression of the inflammatory response compared with monotherapy ibuprofen. Thus, combination therapy ibuprofen and vinboron resulted in statistically significant inhibition of the inflammatory response by 35.9% compared to day 14 of the experiment, which is 6% higher than the same indicator monotherapy ibuprofen.

Also found that the most pronounced changes in pain threshold were recorded in the group of animals treated with a combination of ibuprofen and vinboron 14 days of the experiment. The increase pain threshold by 28 days of the experiment group combination with ibuprofen and vinboron statistically significantly higher than the corresponding figures twice as monotherapy ibuprofen and accounted for 15.9% and 39.2%. This shows the ability vinboron potentiate the analgesic effect of ibuprofen by the presence of his anti-inflammatory, analgesic and antispasmodic activity.

CONCLUSIONS In assessing the results of the survey, it concludes that the combination of ibuprofen and vinboron inherent larger in size inflammatory and analgesic action in adjuvant arthritis in rats than monotherapy specified NSAID. This is evident increase in anti-inflammatory action of ibuprofen in the area of the damaged joint and increase pain threshold, through potentiation of the pharmacological effects of both drugs. Also mentioned combination improves safety of ibuprofen.

ВПЛИВ L-ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НЕЙРОНІВ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ МОДЕЛЮВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Єгоров А.А., Цис О.В.
Науковий керівник - д.біол.н., проф. І.Ф. Бєленічев
Запорізький державний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури

Вступ. Ішемічний інсульт (ІІ) – є важливою медичною та соціальною проблемою останнього десятиріччя. Частота усіх випадків інсульту в Україні складає 2,5-3,5 випадків на 1000 мешканців, а первинного інсульту – 2,0-2,5. Інвалідизація після перенесеного інсульту складає 3,2 на тисячу населення та займає перше місце серед інших причин.

Мета та завдання дослідження. Метою нашого дослідження є вивчення впливу L-лізину есцинату на морфофункціональний стан нейронів кори головного мозку пацюків на 4-ту добу моделювання ІІ.

Матеріали та методи виконання. Моделювання ІІ у піддослідних тварин (безпородних пацюків-самців) викликали двосторонньою перев'язкою загальних сонних артерій. L-лізину есцинат вводили внутрішньочеревно в дозі 50 мг/кг 1 раз на добу. На 4-ту добу тварин виводили із досліду шляхом декапітації. Дослідження морфофункціонального стану нейронів IV-V шарів кори проводили за допомогою мікроскопу Axioskop (Zeiss, Німеччина) та за допомогою 8-бітної CCD-камери COHU-4922 (COHU Inc., США). Отримані знімки були опрацьовані за допомогою комп'ютерної системи аналізу зображень VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина).

Результати. Моделювання гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом на 4-ту добу призводило до зменшення щільності та площі тіл нейронів на 37% та 8,5% відповідно, а також знижувало вміст РНК в нейронах на 74% відносно інтактної групи тварин. Введення L-лізину есцинату в дозі 50 мг/кг призводило до збільшення щільності та площі нейронів на 11% та 13,7%, на фоні збільшення вмісту РНК в нейронах на 43% по відношенню до групи контролю. Нами був вивчений стан нейроглії кори головного мозку пацюків на 4-ту добу моделювання ІІ. Були встановлені виражені дегенеративні зміни в нейроглії, що визначалось в зменшенні щільності та площі тіл гліальних клітин на 1,2% та 10,3% відповідно, а також в зменшенні вмісту РНК в гліальних клітинах на 13,3%. Експериментальна терапія L-лізину есцинатом призводила до збільшення щільності гліальних клітин та вмісту в них РНК на 8,3% та 26,7% відповідно відносно групи тварин з моделюванням ІІ.

Висновки. Експериментальна терапія L-лізину есцинатом в дозі 50 мг/кг, на 4-ту добу моделювання ІІ, виказує значну нейропротективну дію, що виражається в збереженні щільності та площі тіл нейронів IV-V шарів кори головного мозку. Іншою ланкою нейропротективної дії L-лізину есцинату, є збереження структури гліальних клітин, виконання ними пластичних і трофічних функцій, що має важливе значення в умовах гострого порушення мозкового кровообігу.

ПРО ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ КРИТЕРІЇВ «КОРИСТЬ/РИЗИК» ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА НЕРВОВУ СИСТЕМУ

Мандрик А.В.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Л.М. Шеремета
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармакології

Аналіз 344 випадків побічних реакцій на лікарські засоби, що впливають на нервову систему, які були відмічені в Івано-Франківській області протягом 2007-2012 років був проведений за рядом показників та було встановлено причинно-наслідковий зв'язок між побічними реакціями і застосуванням лікарських засобів згідно до якісної методики, рекомендованої ВООЗ. Більша частина повідомлень (42%) стосувалась психолептичних засобів, по 17% припадало на анестетики та анальгетики, 14% випадків стались при застосуванні психоаналептиків, 5% були викликані протиепілептичними засобами і ще 5% - іншими засобами, що впливають на нервову систему. Всі описані небажані прояви фармакотерапії були передбачуваними, із них більшість (64%) – несерйозними та 36% серйозними, тобто такими, що викликали загрозу життю пацієнта або подовжували термін госпіталізації. У 64,5% випадків побічна дія розвивалась на першу добу застосування препаратів.

Висновки. 1. ПР на засоби, що впливають на нервову систему складають 17,6 % від усіх отриманих повідомлень і посідають 3-4 місце в структурі частоти розвитку небажаних реакцій серед фармакологічних груп.

2. Групами ризику у розвитку ПР на анальгетики-антипіретики є жінки і чоловіки віком від 31 до 60 років, хоча у жінок такі реакції зустрічаються в 1,8 рази частіше.

3.Найбільшу кількість ПР зареєстровано на метамізол натрію та комбіновані препарати, що його містять (45,2%), що може бути пояснено як низькими цінами на дані ЛЗ, так і рекламою у засобах масової інформації, яка сприяє безконтрольному самолікуванню.

МЕТФОРМІН ЯК ЗАСІБ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Перевізник Б.О.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. О.М. Олещук
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Кафедра фармакології з клінічною фармакологією

Поширеність раку молочної залози (РМЗ) в світі становить 1 млн випадків щороку із наявною тенденцію до зростання. У країнах СНД щорічно реєструється 510 тис. випадків захворювання на РМЗ, смертність від цієї патології за останні 10 років зросла більше ніж у 2,5 рази та зайняла перше місце за частотою розвитку. Багатоцентрові клінічні дослідження показали, що наявність у пацієнтів діабету 2 типу і ожиріння корелює з ризиком розвитку РМЗ (Wolf et al., 2005). Відомо, що РМЗ проявляє клінічну, гістологічну та молекулярну різноманітність. Виділяють 5 молекулярних підтипів карцином. Однією з найбільш агресивних вважається потрійний негативний рак грудей, який отримав свою назву за, так звану, негативну тріаду: відсутність реакції на естрогени і прогестерон, а також відсутність тирозинової протеїнкінази HER2/neu. Останнє вказує на зв'язок з аномальним геном BRCA1 (Foulkes et al., 2003).

Метформін (1,1-диметилбігуаніду гідрохлорид) – пероральний цукрознижуючий засіб групи бігуанідів, який широко використовується з метою лікування цукрового діабету II типу. Даний препарат коригує метаболізм глюкози та жирних кислот. Метформін - малотоксичний засіб, серед побічних ефектів вагомим є можливий лактоацидоз. Все це зумовило його широке застосування при діабеті II типу.

Дослідження проведені Bolin Liu et al., 2009 довели, що серед пацієнтів з цукровим діабетом II типу, котрі проходили курс лікування метформіном у дозі 1500 мг/добу, зменшилась частота випадків появи злоякісних пухлин різного ґенезу, в тому числі раку молочної залози. Механізм позитивного впливу метформіну як протипухлинного препарату ще до кінця не встановлений. Можливими молекулярними ефектами антиканцерогенної дії метформіну є наступні: препарат інгібує проліферацію злоякісних клітин; блокує цикл клітинного розвитку та індукує каспазний механізм активації апоптозу в ракових клітинах; активує внутрішні та зовнішні шляхи апоптозу в пухлинних клітинах; знижує рівень циклінів та ін активує рецептор епідермального фактору росту (EGFR) в ракових клітинах (Boli Liu et al., 2009).

Таким чином, застосування метформіну спричиняє позитивну динаміку у лікуванні не лише цукрового діабету, але й раку молочної залози. Тому доцільним вбачається вивчення ефективності застосування метформіну при різних типах раку молочної залози, в тому числі потрійному, встановлення взаємозв'язку між BRCA1 поліморфізмом та дією метформіну у пацієнтів з цукровим діабетом, що сприятиме розробці нових підходів до медикаментозної корекції зазначених патологій та їх комбінації.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНГІБІТОРА ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗИ-4 У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Секрет Т.В.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. Н.І. Волощук, к.мед.н., доц. С.О. Сокур
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра фармакології

Актуальність. Захворюваність на цукровий діабет у всьому світі щорічно зростає, незважаючи на всі досягнення сучасної медицини. Перспективним фармакологічним класом гіпоглікемічних засобів, який відкриває нові можливості для лікування цукрового діабету 2-го типу, є інгібітори дипептидилпептидази-4 (ДПП-4) – ситаглиптину («Янувія»).

Мета. Визначити вплив монотерапії інгібітором ДПП4 та його поєднання з метформіном на перебіг ЦД 2 типу за показниками ліпідного і вуглеводного обміну.

Матеріали і методи. Робота виконана на базі Вінницького обласного ендокринологічного центру. Було обстежено дві групи пацієнтів у віці 55-62 роки. В усіх пацієнтів був ЦД2 типу в стадії декомпенсації та ГХ II ст. Хворі I групи отримували комбінацію 100 мг ситаглиптину і 2000 мг метформіну 1 раз на добу, хворі II групи – монотерапію ситаглиптином (100 мг 1 раз на добу). У хворих визначали: глікозильований гемоглобін (HbA1c), індекс маси тіла (ІМТ), вміст лептину (ЛП), холестерину (ХЛ) та тригліцеридів (ТГ), індекс-HOMA.

Результати. Нами було встановлено, що вихідний рівень показників вуглеводного та ліпідного обміну в обох групах обстежених пацієнтів статистично не відрізнялись між собою. Так, середній показник HbA1c у пацієнтів I та II становив 8,2±2,1% проти 7,8±1,2%; ІМТ - 42,34±2,49 кг/м^2 проти 35,5±0,37 кг/м^2. Вміст ЛП, ХЛ та ТГ у пацієнтів I групи були 52,2±5,34, 5,61±0,77 та 2,68±0,41 ммоль/л, відповідно, Індекс-HOMA становив 9,44±1,48 мМО/мл. У пацієнтів II групи ці показники склали 35,16±4,30, 5,31±0,36 та 2,53±0,43 ммоль/л, Індекс-HOMA - 6,56±0,48 мМО/мл. Монотерапія ситаглиптином протягом 6-ти місяців у пацієнтів II групи супроводжувалась незначним зниженням рівня HbA1c (в середньому на 0,8%), тоді як у пацієнтів I групи комбіноване лікування супроводжувалось більш виразною гіпоглікемічною дією: у хворих, що мали початково високі значення HbA1c (10% і більше), зниження його становило 3,1%; при HbA1c на 9-10% - 2,2%, при HbA1c 8-9% показник знизився на 1,7%, і при вихідному рівні HbA1c менше 8% на 1,0%. Через 6 місяців терапії 76% пацієнтів досягли цільового показника HbA1c≤7%. Окрім гіпоглікемічної дії, комбінована терапія «Янувія і метформін» у 80% обстежених викликали зниження показників ліпідного обміну (в середньому на 60%), а також зниження ваги в середньому на 4,6 кг за період лікування.

Висновки. Аналіз результатів дослідження свідчить про високу ефективність поєднаного застосування інгібітора ДПП-4 з метформіном, який дозволяє не тільки поліпшити глікемічний контроль, але й знизити ІМТ, вміст ЛП, ХЛ та ТГ, і таким чином подіяти на головну ланку патогенезу цукрового діабету 2 типу – інсулінорезистентність.

ИЗУЧЕНИЕ ГЛУТАТИОНОВОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРЕНАТАЛЬНО АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС НА ФОНЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ МОДУЛЯЦИИ ТИОЦЕТАМОМ, ЦЕРЕБРОКУРИНОМ И ПИРАЦЕТАМОМ

Стеценко В.А.
Научные руководители: д.б.н., проф. Беленичев И.Ф., к.мед.н., ассист. Е.П. Соколик
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Цель и задача исследования. На модели пренатальной хронической алкогольной интоксикации исследовать влия-

ние нейротрофических церебропротекторов, а именно: цереброкурина и тиоцетама на состояние глутатионовой системы головного мозга крыс в первом поколении.

Материалы и методы исследования. Опыты проводили на самках белых крыс массой 160-200 г, полученных из питомника ГУ «Институт фармакологии и токсикологии АМН Украины».

Крысы с 5-го по 20-й день беременности получали ежедневно этанол в установленном количестве, контрольные крысы – изокалорический раствор сахарозы. Биохимические исследования головного мозга потомства проводили на 26 сутки эксперимента, с этой целью животных декапитировали под тиопенталовым наркозом. При определении лабораторных показателей использовали следующие методы: спектрофотомерия, флуорометрия и т.д.

Полученные результаты. Курсовое введение новорожденным, подвергнутым пренатальной алкоголизации, цереброкурина, тиоцетама и пирацетама с 1-го по 25-й день жизни приводило к достоверному повышению количества восстановленного глутатиона, восстановленных SH-групп, повышению активности ГР и ГПР на фоне снижения окисленного глутатиона, окисленных тиолов и маркеров оксидативного стресса - АФГ, КФГ, нитротирозина в цитозольным митохондриальной фракциях гомогената головного мозга животных с пренатальной алкоголизацией. Действие всех исследуемых препаратов было однонаправленным, но активность Цереброкурина была наибольшей. Так, у животных, получавших Цереброкурин после пренатальной алкоголизации отмечалось снижение нитротирозина на 40% и 37,5%, окисленного глутатиона на 51% и 49%, АФГ на 9% и 37%, КФХ на 46% и 41%, окисления тиолов на 52% и 59% соответственно в цитозольный и митохондриальной фракциях гомогената мозга.

Тиоцетам проявлял подобный по направленности, но менее выраженный по силе действия эффект, нежели цереброкурин. Пирацетам не оказывал достоверного влияния на исследуемые показатели тиол-дисульфидной системы и оксидативного стресса.

Выводы. Курсовое лечение животных с пренатальной алкоголизацией цереброкурином и тиоцетамом достоверно приводило к улучшению показателей глутатионовой цепи тиол-дисульфидной системы в головном мозге первого поколения исследуемых животных.

ФАРМАЦІЯ

ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ЛИСТКІВ АРАЛІЇ МАНЬЧЖУРСЬКОЇ

Бензель І.Л.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фармакогнозії і ботаніки

Пошук перспективних рослинних джерел, створення на їх основі нових лікарських засобів, а також раціональне та комплексне використання лікарської рослинної сировини є актуальними завданнями сучасної фармації. З огляду на це, особливої уваги заслуговують лікарські рослини, які здавна використовувались в народній і науковій медицині. До таких рослин належить аралія маньчжурська (Aralia mandshurica Rupr. et Maxim.) – кущ чи невелике колюче дерево родини Аралієві (Araliaceae). У дикому стані вона зростає в підліссях кедрових, змішаних і широколистяних лісів у Примор'ї, Приамур'ї, Північно-Східному Китаї та Кореї, в Україні – культивується. Офіцинальною сировиною є корені, які містять тритерпенові сапоніни, полісахариди, смоли, ефірну олію та незначну кількість алкалоїдів і є джерелом для отримання тонізуючих препаратів. Водночас, надземна частина вказаної рослини є недостатньо вивчена.

З огляду на це, **метою** нашої роботи було встановити кількісний вміст основних груп біологічно активних речовин в листках аралії маньчжурської, інтродукованої у західному регіоні України.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були листки аралії маньчжурської, зібрані у Львівській області в 2014 році. Для визначення кількісного вмісту діючих речовин використовували спектрофотометричні та гравіметричні методи.

Результати дослідження. Встановлено, що вміст сапонінів у досліджуваній сировині в перерахунку на олеанолову кислоту становить в середньому 2,68%. Кількість флавоноїдів, визначена після реакції з алюмінію хлоридом з допомогою спектрофотометричного методу, є незначною (0,42 %). Кількісний вміст гідроксикоричних кислот досягає 1,48 %. Сумарний вміст фенольних сполук досліджували після реакції з реактивом Фоліна-Чокальте. Визначено, що він в листках аралії маньчжурської знаходиться в межах від 5,65% до 8,19%. Кількість пектинових речовин, встановлена з допомогою гравіметричного кальцій-пектатного методу, становила в середньому 1,16 %. Також, у ліпофільному екстракті були досліджені хлорофіли та каротиноїди. Їх вміст в перерахунку на абсолютно суху сировину становив 122,94 мг% та 17,43мг% відповідно.

Висновок. Результати проведених досліджень свідчать, що листки аралії маньчжурської містять значну кількість біологічно активних сполук, можуть використовуватись у якості додаткового джерела рослинної сировини та є перспективними для подальших досліджень з метою створення нових лікарських засобів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Білик М.-А.З.
Науковий керівник - доц. І.П. Кутинська ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії

За даними центру медичної статистики, в Україні зареєстровано близько 11 млн. хворих із артеріальною гіпертензією (АГ), причому щороку ця кількість збільшується. За підрахунками вчених, до 2025 року у світі буде 1,5 млрд. осіб із гіпертензією. У зв'язку з цим, останніми роками для лікування АГ все ширше використовуються комбіновані антигіпертензивні препарати, що мають у складі 2-3 лікарські субстанції різних фармакологічних груп. Особливо актуальною комбінована терапія є для пацієнтів з супутніми захворюваннями, а також у всіх осіб високого ризику, для яких визначено нижчі цільові рівні артеріального тиску.

Мета роботи: Аналіз асортименту (вітчизняних та іноземних) антигіпертензивних засобів на ринку України, ви-

значення їх споживання за 5 років (2009-2014рр)

Матеріали і методи дослідження: анкетування лікарів ОККД; аналіз цінових характеристик окремих груп антигіпертензивних препаратів за даними прас-листів щотижневика «Аптека», дайджесту журналу «Провізор», великих оптових дистриб'юторів фармацевтичного ринку Івано-Франківської області.

Результати та їх обговорення. На фармацевтичному ринку України вітчизняними фірмами-виробниками зареєстровано 17% торгових назв ЛЗ антигіпертензивної дії, які представлено такими виробниками, як ЗАТ Борщагівський ХФЗ (Київ), ЗАТ Дарниця (Київ), ВАТ Луганський ХФЗ (Луганськ), ТОВ Авант (Київ), ТОВ Фарма Старт (Київ). Імпортні ЛЗ посідають 83% цього сегменту ринку, причому першість належить Servier Industrie (Франція); ICN Polfa Rzeszow (Польща), Gedeon Richter (Угорщина). Серед країн-виробників за кількістю зареєстрованих торгових назв І місце посідає Індія – 36%, ІІ місце поділяють Україна та Франція – по 17%, на ІІІ – Угорщина – 7%. Слід зазначити, що серед країн-імпортерів більш ніж половина асортименту, а саме 60%, припадає лише на 3 країни (Індія, Франція, Угорщина). При анкетуванні лікарів їм було запропоновано назвати 3 антигіпертензивні препарати, які вони найчастіше призначають у своїй практиці. Проведений аналіз дозволяє виділити деякі переваги призначення лікарів щодо вибору антигіпертензивних засобів. Так, серед інгібіторів АПФ найчастіше призначали еналаприл та каптоприл 23,5%; з β-блокаторів – бісопролол 13,2%, лідером серед антагоністів кальцію є ніфедипін - 10,8%. Серед чинників, які визначають вибір ліків для антигіпертензивної терапії, понад 70% опитаних лікарів виділили власний досвід, вартість препаратів та частоту і спектр побічних ефектів. Саме тому лідерами ринку стали комбіновані антигіпертензивні препарати вітчизняного виробництва (ліпразид, еналазид, комбісарт). В групі блокаторів рецепторів до ангіотензину ІІ найчастіше представлений лосартан, частка якого складає 43%; на ринку діуретиків переважають нетіазидні (індапамід – 21%).

Висновок. Основним підходом при лікуванні АГ вважається ефективний та адекватний контроль АТ. При виборі антигіпертензивного засобу необхідно враховувати не дише властивості фармакотерапевтичної групи, а й лікарську форму, дозу, економічну доступність та можливість поєднаного використання двох або більше засобів в одній лікарській формі, що значно підвищить комплаєнтність пацієнтів.

ДОСЛІДЖЕННЯ КРИСТАЛІЧНОЇ СТРУКТУРИ ФАЗИ $Tm(Ni,Li)_{0,34}Sn_2$

Богославець О.М.
Науковий керівник - к.хім.н., доц. А.О.Стецьків
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Багатокомпонентні системи на основі рідкісноземельних металів, літію та р-елементів IV групи широко застосовуються в накопичувачах водню та металогідридних джерелах струму, а також для виготовлення HSPYB[магнітних матеріалів. В літературі є відомості про існування тернарних RT_xSn_2 сполук в потрійних системах R–T–Sn, де R – рідкісноземельний метал церієвої або ітрієвої підгрупи, T – перехідні метали. У системі Tm-Ni-Sn утворюється тернарна фаза $TmNi_{0,11}Sn_2$, у системі Tm-Li-Sn утворюється ізоструктурна тернарна фаза $TmLiSn_2$. Метою нашої роботи було дослідження фазових рівноваг у системі Tm–Ni–Li–Sn при 400°C.

Сплави виготовляли використовуючи метали наступної чистоти: Tm – 0,998, Ni – 0.9999, Li – 0,999, Sn – 0,9999 масових часток основного компоненту. При електродуговій плавці шихту із наважок чистих компонентів плавили в електродуговій печі з вольфрамовим електродом на мідному водоохолоджуваному поді в атмосфері очищеного аргону. Гомогенізуючий відпал проводили при температурі 300ºС протягом трьох тижнів. Сплави поміщали в танталові контейнери і запаювали у кварцові ампули з попередньою евакуацією повітря. Відпал проводили у муфельній печі типу МП-60 з автоматичним регулюванням температури з точністю ±5°C. Відпалені сплави гартували у холодній воді, не розбиваючи ампули. Контроль гомогенності і рівноважності зразків здійснювали рентгенографічно. Фазовий аналіз проводили, використовуючи дифрактограми зразків, отримані на порошковому дифрактометрі STOE STADI P (MoK_α-випромінювання).

Пластинчасті монокристали правильної форми відібрали зі зразків складу $Tm_{25}Ni_{15}Li_{10}Ge_{50}$ і $Tm_{25}Ni_{10}Li_{15}Ge_{50}$. Дослідження методами Лауе та Вейссенберга підтвердили належність його структури до ромбічної сингонії. Масив рентгенівських дифракційних даних отримали на автоматичному монокристальному дифрактометрі XCALIBUR (MoK_α-випромінювання). Структуру визначили прямими методами в просторовій групі *Cmcm*, з використанням комплексу програм SHELX – 97.

Міжатомні віддалі мають допустимі для інтерметалідів значення і не відрізняються суттєво від сум атомних радіусів. Кристалічна структура інтерметаліду була підтверджена також методом порошку.

Таким чином, методами монокристалу та порошку досліджено кристалічну структуру тетрарної фази $Tm(Ni,Li)_{0.34}Sn_2$ (структурний тип $CeNiSi_2$, просторова група *Cmcm*), яка є твердим розчином на основі тернарних фаз $TmNi_{0.11}Sn_2$. та $TmLiSn_2$. Густина станів в області рівня Фермі свідчить про металічний тип зв'язку у цих фазах.

ФЕНОЛОГІЧНИЙ РИТМ РОЗВИТКУ, ДИНАМІКА РОСТОВИХ ПРОЦЕСІВ POTENTILLA ALBA L. В ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ ПІВДЕННО-ЗАХІДНОГО ОПІЛЛЯ ТА НА ДОСЛІДНИХ ДІЛЯНКАХ

Бучко О.В.
Науковий керівник - к.б.н. доц. Н.В. Шумська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Сезонний ритм і розвиток – один із проявів життєвого ритму і екологічних потреб рослин. На динамічні процеси в популяціях впливають порушення рослинного покриву, коливання погодних умов, чисельність фітофагів, сінокосіння, випас худоби і інші фактори (Злобін, 1989). Potentilla alba L. (Rosaceae) – центрально – східноєвропейський вид. В україні росте у Поліссі, Лісостепу та передгір'ї Карпат – переважно у світлих лісах і по чагарниках. У західних областях України Potentilla alba L. визнано регіонально рідкісним видом (Офіційні переліки, 2012). Проте на сьогодні відсутні дані про сезонний ритм росту та розвитку ценопопуляцій Potentilla alba L. на території Південно – Західного Опілля. Дослідження є актуальним та дозволить оцінити адаптивний потенціал, стійкість рослин до едафокліматичних умов.

Метою даної роботи було виявити особливості сезонного ритму розвитку і динаміки ростових процесів Potentilla

alba L. на території Південно – Західного Опілля.

Обєкт та методи дослідження: Обєктом дослідження були ценопопуляції Potentilla alba L на території Південно – Західного Опілля. Для виявлення сезонного ритму розвитку і динаміки ростових процесів нами було досліджено чотири ценопопуляції. Фенологічні спостереження проводились за методикою І М. Бейдман (Бейдман, 1974). Впродовж вегетаційного циклу для Potentilla alba L.було виявлено наступні фенофази: початок весняного відростання, початок цвітіння, масове цвітіння, поява листків, закінчення цвітіння, початок плодоношення, дозрівання насіння і дисемінація.

В результаті проведених фенологічних спостережень встановили, що термін проходження фенофаз у особин досліджуваних популяцій Potentilla alba L, які зростають на різних територіях, є схожими. Відмінності у настанні фаз залежить від екологічних умов зростання рослин. Загальна тривалість періоду вегетації від початку цвітіння до достигання плодів становить 80-95 днів. Добовий ритм розкривання квітів залежить від температурного режиму. Кількість квітів, які розкрилися, максимальна в період з 12-16 години. Для Potentilla alba L. характерним є швидкий ріст квітконосів у період цвітіння. Закінчення росту спостерігається після початку фази плодоношення. Ріст листків починається з початком відростання пагонів, досягає свого піку під час плодоношення. Вегетація листків триває до осені.

Висновок: результати дослідження показали, що швидкість росту квітконосів не змінюється під впливом зміни температури впродовж вегетаційного періоду, а залежить від фази вегетації.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ МЕТОДІВ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ АНАЛІЗІ

Волошин З.П.
Науковий керівник – асист. Н.І. Рущак
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Медичний коледж спеціальність «Фармація»

На сучасному етапі розвитку фармації домінують фізико-хімічні методи, з яких найбільш доступними та надійними є методи хроматографічного та фотометричного аналізу.

Метою роботи є вивчення особливостей фізико-хімічних методів якісного та кількісного аналізу лікарських засобів.

Матеріали і методи. Наукове обгрунтування чутливих, простих у виконанні фотометричних та хроматографічних методів аналізу якості лікарських засобів, які містять первинні ароматичні аміни.

Результати дослідження. Інструментальні методи (фізико-хімічні), які характеризуються високою чутливістю, селективністю, мінімальною витратою лікарських засобів та малою тривалістю проведення аналізу, все частіше використовуються у практиці. Зокрема це стосується методів фотометричного аналізу, заснованих на поглинанні світлової енергії, які є універсальними, поширеними та доступними у застосуванні. В основу фотометричного аналізу у видимій області спектру лежить властивість зміни кольору різними речовинами, внаслідок їх взаємодії з органічними реагентами та утворення забарвлених сполук. Загальною проблемою розвитку цього аналізу є пошук доступних, достатньо селективних, високочутливих реагентів, оскільки існуючий асортимент кольореагентів не завжди може використовуватись у кількісному спектрофотометричному аналізі лікарських засобів. Достатньої уваги заслуговують також хроматографічні методи. Для дослідження методів аналізу лікарських речовин, які містять у своїй структурі первинні ароматичні аміни, застосовують спектрофотометрію у ультрафіолетовій області спектру, тонкошарову хроматографію (ТШХ). Стехіометричні співвідношення реагуючих речовин встановлюються методами насичення та ізомолярних серій. Обробка спектрів проводиться з використанням програмного пакету WinASPECT. Для розрахунків електронної густини вихідних речовин та побудови графіка використовуються відповідні програми.

Висновок. Проведення літературного пошуку щодо вивчення якісного та кількісного визначення лікарських засобів за допомогою фотометричних та хроматографічних методів аналізу показало актуальність дослідження даного питання. Одержані результати свідчить, що для контролю якості первинних ароматичних амінів доцільніше використовувати сучасні інструментальні методи аналізу.

ТЕРМІНИ ВИЗНАЧЕННЯ НАРКОТИЧНИХ, ПСИХОТРОПНИХ ТА СИЛЬНОДІЮЧИХ РЕЧОВИН В БІОЛОГІЧНИХ РІДИНАХ

Гаврищук Л.М.
Науковий керівник - ст. викл. В.Я. Тимошенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Визначення наркотичних, психотропних та сильнодіючих речовин в біологічних рідинах (кров, сеча, слина, змиви з пальців рук) проводять з метою встановлення факту їх вживання.

Якщо необхідно провести дослідження через тиждень або місяць після прийому, то на ХТА беруть волосся та нігті. В наступній таблиці приведені дані опрацьованої літератури про час можливого виявлення часто застосовуваних наркотичних і психотропних речовин та деяких їх метаболітів в сечі.

При проведенні ХТА наркотичних і психотропних речовин застосовують «скринінгові» дослідження, імунохроматографічний аналіз (ІХА) та УФА. Ці методи відзначаються високою чутливістю, простотою і експресністю виконання і дуже зручні для скринінг діагностики

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕЄСТРАЦІЇ В УКРАЇНІ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ ГРУПИ А05В

Гаврищук Л.М.
Науковий керівник – к. фарм н., доц. І.О. Федяк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Кафедра організації та економіки фармації

В наш час все більш актуальною стає проблема захворювання печінки. Відомо, що печінка – це найбільша залоза людини. Вона виконує ряд життєво важливих функцій. Основними з них є: знешкодження шкідливих речовин, які надходять в організм людини (детоксикація), і підтримка певного рівня цукру в крові. Загалом печінка виконує більше 500 різних функцій.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, за останні 20 років у всьому світі намітилася чітка тенденція до зростання числа захворювань печінки. За даними ВООЗ у світі нараховується понад 2 мільярди чоловік, які страждають захворюваннями печінки, що в 100 разів перевищує поширеність ВІЛ-інфекції. Збільшення в Україні кілько-

сті хворих, що страждають на туберкульоз та отримують протитуберкульозну терапію, також вимагає застосування «препаратів прикриття» – гепатопротекторів. Для «метаболічних примх» печінки досить складно підібрати препарат, що володіє антитоксичною, протизапальною, репаративною, мембраностабілізуючою, антиоксидантною, імуномодулюючою, спазмолітичною і жовчогінною діями одночасно. Препаратам цієї групи приділяють величезну увагу гепатологи, гастроентерологи, терапевти, педіатри, інфекціоністи та багато інших фахівців.

Тому актуальним завданням є спостереження за динамікою реєстрації даних препаратів в Україні, для того, щоб, виходячи з тенденцій, планувати скринінг нового засобу із заданою активністю. Це і стало метою нашої роботи.

Аналіз виявив, що у 2005 році у Державному реєстрі лікарських засобів України були присутні 47 найменувань гепатопротекторів групи А05В. Встановлено, що за останні 10 років спостерігається позитивна динаміка в асортименті препаратів гепатопротекторної дії: на початок 2015 року кількість зареєстрованих препаратів збільшилася до 61 найменування. Однак, серед рослинних засобів цієї групи і надалі переважають препарати із розторопші плямистої. Так, у 2005 році серед 19 зареєстрованих рослинних препаратів групи А05В – 12 лікарських засобів відносились до підгрупи «Монопрепарати на основі розторопші плямистої», 6 інших – містили розторопшу у своєму складі. У 2015 році монопрепаратів розторопші було вже 14 найменувань. Водночас, критичний аналіз з точки зору доказової медицини показує, що ідеального гепатопротектора до теперішнього часу не існує.

Отже, проведення подальших досліджень з метою створення нового гепатопротекторного засобу рослинного походження з ендемічної доступної сировини та економічний аналіз цього процесу є перспективною роботою.

ТОКСИКОЛОГІЧНА ОЦІНКА СИНТЕТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Гавчук Є.В.
Науковий керівник - асист. Г.О. Деркач
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Небезпечність синтетичних матеріалів (СМ) зумовлюється токсичністю речовин, що потрапляють з них у навколишнє середовище і можуть негативно впливати на здоров'я людини. Деякі речовини, що виділяються із них, мають неприємний запах, який створює дискомфорт. При використанні СМ для виготовлення засобів індивідуального захисту вони можуть чинити не тільки токсичну, ай специфічну дію: алергенну, гонадотропну, мутагенну.

Асортимент синтетичних матеріалів досить широкий: поліаміди, поліуретани, поліакрилати, фенолформальдегідні, епоксидні, поліефірні смоли тощо. Вони застосовуються при будівництві виробничих та інших приміщень, у технологічних процесах, виготовленні одягу і взуття, засобів індивідуального захисту робітників.

Токсикологічні дослідження синтетичних матеріалів передбачають:

• визначення фізико-хімічних характеристик, в тому числі хімічної стабільності, ступеня міграції з них хімічних сполук;

• визначення кумулятивної дії;

• виявлення характеру й ступеня токсичної дії;

• встановлення порогових доз і концентрацій;

• вивчення сенсибілізуючої дії;

• встановлення класу токсичності й небезпечності;

• розрахунок орієнтовних гігієнічних нормативів, зокрема допустимих рівнів міграції (ДР) і допустимих концентрацій міграції (ДКМ).

Токсикологічна оцінка таких матеріалів ґрунтується на принципах послідовності експерименту, внаслідок якого отримується інформація про кількісний і якісний склад мігруючих зі СМ хімічних речовин, про кінетику їх виділення залежно від часу, температури та інших факторів виробничого середовища.

Результатом дослідження синтетичних матеріалів є наступне: токсичною є дана речовина, або нетоксичною. Останній результат свідчить, що вироби з цих матеріалів не чинять будь-якого шкідливого впливу на здоров'я людини у конкретних умовах застосування.

На даний час відомо близько 400 біохімічних і фізіологічних методик, які використовується в токсикологічних дослідженнях СМ, і їх коло постійно розширюється.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З ГОРІХА ВОЛОСЬКОГО

Гонгало С.Ю.
Науковий керівник - д.фарм.н., проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

В даний час спостерігається стійка тенденція до підвищення споживчого попиту на лікарські препарати з рослинної сировини. За даними ВООЗ, близько 80% населення користується переважно ліками рослинного походження. Одним з перспективних об'єктів для дослідження і розробки нових рецептур є листя та олія горіха грецького. Досвід використання горіха грецького в народній медицині вказує на доцільність розробки рідких лікарських форм на його основі для профілактики і лікування запальних захворювань шкіри та серцево-судинних захворювань.

Метою дослідження було вивчення листя горіху грецького, олії горіха грецького та шроту з метою розробки нових лікарських засобів.

Матеріали і методи. Об'єктами дослідження було листя горіха волоського, заготовленого з різних місць зростання, олія горіха грецького та шрот. Біологічно активні речовини екстрагували з рослинної сировини водою очищеною; ізотонічним розчином натрію хлориду; водою, підкисленою хлористоводневою кислотою; етанолом. Отримані витяжки досліджували на наявність основних груп біологічно активних речовин за описаними в літературі методиками.

Результати. Встановлено основні групи біологічно активних речовин листя горіха грецького. Дослідження волоського горіха свідчать, що біологічно активні речовини представлені флавоноїдами (югланін, авікулярин, гіперозид, кварцетин, кемпферол) та дубильними речовинами, похідними пірогалолу, які проявляють протизапальну, ранозагоюючу, антимікробну, антиоксидантну активність. Листки *Juglans regia* вміщують ефірну олію (0,008-0,3 %), алкалоїд югландин, вітамін С, РР, бета-каротин. В плодах виявлено органічні кислоти: яблучна, лимонна; вітаміни С, B_1, B_2, РР, каротин; хінони: юглон; солі заліза і кобальту .

Висновок. Перспективним є фармакогностичне і фармакологічне дослідження біологічно активних речовин листя

горіха волоського для розробки фітопрепаратів з протизапальною і антимікробною дією.

ВИВЧЕННЯ ФІТОЗАСОБІВ, ЯКІ МОЖУТЬ ДОПОВНИТИ СТАНДАРТНУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНУ ТЕРАПІЮ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Гринівська С.Л.
Науковий керівник - к.фарм.н., доц. І.О. Федяк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

В останні роки захворюваність на туберкульоз (ТБ) в Україні зростає дуже великими темпами. Відмова батьків від вакцинації сприяє спалаху епідемії на ТБ, а поширені думки про те, що ТБ є хворобою найбідніших верств населення, не є обґрунтованими. На даний час є велика кількість пацієнтів з ТБ, резистентним до найпоширеніших протитуберкульозних препаратів (ПТП), які не мають проблем ані з харчуванням, ані з житловими питаннями.

Під час лікування хворим на ТБ необхідно приймати щонайменше 2 ПТП щодня упродовж 6 місяців. Якщо лікувати це захворювання одним протитуберкульозним засобом, мікобактерія мутує, доки не набуде стійкості до препарату. Аналогічні мутації відбуваються, якщо пацієнт не дотримується призначеного лікування і передчасно перестає приймати ПТП. Як наслідок, у хворого розвивається мультирезистентний туберкульоз з високою стійкістю до всіх ліків.

Метою нашої роботи став пошук лікарських рослин, які використовують як допоміжну терапію при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз та виявити їх вплив на динаміку розвитку даного захворювання.

Опрацювавши дані фахової літератури, визначили, що для лікування хворих на туберкульоз застосовують лікарські рослини, які мають антимікробну, відхаркувальну, протизапальну, кровоспинну, імуномодулюючу дію, зменшують інтоксикацію, потовиділення, поліпшують процеси обміну в організмі та функцію гепатобіліарної системи, усувають побічну дію хіміопрепаратів.

Встановлено, що номенклатура такої лікарської рослинної сировини представлена близько 70 видами рослин із заданими діями, що застосовуються для лікування хвороб органів дихання та туберкульозу. Найчастіше використовують аконіт волотистий, мучницю звичайну, хвощ польовий, полин звичайний, оман високий, женьшень, овес посівний, шавлію ефіопську, алтею лікарську, алое деревовидне, звіробій звичайний, золотушник звичайний, калину звичайну, коноплі посівні, медунку лікарську, підбіл звичайний та ін.

Як свідчать літературні дані, доцільним є застосування комплексних фітозборів, спрямованих на посилення імунітету, підвищення захисних сил всього організму і органів зокрема; попередження розвитку мікобактерій або їх знищення; відновлення пошкоджених тканин органу та втрачених функцій.

Наступним етапом нашого дослідження стане підбір найоптимальнішого складу збору для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз.

ФЕНОЛОГІЧНІ ЕТАПИ ОРГАНОГЕНЕЗУ ПОЛИНУ ГІРКОГО

Грицик Р.А.
Науковий керівник – асист. М.В. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

У наш час дедалі більшу увагу приділяють збереженню біологічного різноманіття. Однією з передумов використання лікарських рослин є введення їх у культуру.

Метою нашої роботи є вивчення особливостей розвитку полину гіркого в умовах культури.

Матеріали і методи. Фенологічні спостереження за розвитком полину гіркого проводили за методикою Держкомісії із сортовипробовування сільськогосподарських культур на дослідних ділянках лікарських рослин ІФНМУ.

Результати дослідження. Річний цикл розвитку полину гіркого складається з двох основних періодів – спокою та вегетації, що поділяються на 10 етапів органогенезу. Період спокою (перший етап) припадає на осінні, зимові й весняні місяці (близько 160 днів). У цей період на підземній частині рослини не спостерігається зовнішніх морфологічних змін. Другий етап – набухання бруньок – закінчується утворенням пагонів та появою сходів. Ріст полину гіркого відбувається у ґрунті без світла, за рахунок пластичних речовин, відкладених минулого року в підземних органах. Тривалість етапу залежить від типу ґрунту і температури. Третій етап продовжується від появи сходів до утворення першої пари листків на пагонах. У цей час починається процес фотосинтезу, проте пагони ще не ростуть, в основному, за рахунок енергетичних запасів і мінеральних речовин підземної частини рослини. Весняні приморозки затримують розвиток полину гіркого. Четвертий етап – від формування першої пари листків до початку росту гілок. П'ятий етап починається з утворення гілок і продовжується до початку цвітіння. У цей період інтенсивно ростуть основні гілки і листя. На бокових пагонах у пазухах листків формуються бруньки, з яких утворюються суцвіття. Шостий етап (цвітіння) починається з появи перших квіток, продовжується до початку формування насіння і триває близько 24 днів. Сьомий етап – формування і ріст насіння –продовжується до початку їх зрілості. Протягом восьмого етапу (до 15 днів) насіння набуває повної зрілості. Дев'ятий етап триває до початку фізіологічного відмирання надземної частини рослини. На цьому етапі фізіологічно дозріває насіння. Насіння втрачає воду і щільність, частина з них висипається. Десятий етап характеризується відмиранням надземної частини рослин, яке розпочинається з верхніх, морфологічно наймолодших частин стебел.

Висновок. Отже, проведені дослідження дозволяють оптимізувати період заготівлі культивованої сировини в умовах Прикарпаття, що створює передумови для медичного використання полину гіркого.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗРОБКИ ФІТОПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ЛИСТЯ КАШТАНУ КІНСЬКОГО

Дем'яник М.В.
Науковий керівник – к.фарм.н., доц. М.І. Федоровська
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

В медицині широко використовуються плоди каштану

при хронічній венозній недостатності та набряках різної етіології. Фармакологічна дія основних біологічно активних речовин (сапоніну есцину, кумарину ескузану) проявляється в стимуляції кровообігу, зміцненні судинної стінки, зменшенні проникності капілярів та периферичних набряків, антитромбозною й протизапальною активністю тощо. Проте перспективною лікарською рослинною сировиною (ЛРС) для розробки фітопрепаратів є також листя каштану кінського. ЛРС – широкодоступна, проста в заготівлі та переробці і є цінним джерелом комплексу флавоноїдів у високій концентрації. Тому метою нашою роботи була розробка способу одержання настойки з листя каштану кінського та створення на її основі дерматолічного засобу для стимуляції венозного кровообігу.

На першому етапі роботи було заготовлено листя каштану кінського в період кінця травня початку червня 2014 р. та проведений макро- та мікроскопічний аналіз ЛРС. Наступний етап полягав у розробці способу одержання настойки, де враховувались такі параметри як вибір концентрації етанолу, співвідношення ЛРС і екстрагенту, ступінь подрібнення сировини, метод одержання. При цьому визначали загальний вміст екстрактивних речовин та кількість флавоноїдів в перерахунку на рутин. Після проведеного комплексного дослідження для приготування настойки обрали 40% етанол, кратність екстракції 1:5, ступінь подрібненняЛРС в межах 1-5 мм, спосіб одержання – дробна мацерація. Подальші дослідження ґрунтувались на опрацюванні складу гідрофільного гелю. В якості гелеутворювачів були обрані наступні високо молекулярні речовини (ВМС): натрію альгінат, карбопол, гуарова і ксантанова камідь. При виборі ВМС враховували здатність гелевих основ до вивільнення БАР фенольної природи в агарове середовище. Проведені біофармацевтичні дослідження показали, що обрані основи активно вивільняють фенольні сполуки настойки листя каштану кінського, проте найвищу ступінь пенетрації показала гелева основа з 3% розчину альгінату натрію.

Отже, перспективною ЛРС для розробки фітопрепаратів венотонізуючої дії є листя каштану кінського, яке є джерелом комплексу флавоноїдів. Розроблена настойка з листя каштану кінського та гель на її основі є перспективними фітозасобами для подальших фармако-технологічних та біологічних досліджень.

СИНТЕЗ 2,5-ДІАРИЛ-1,10b-ДИГІДРОБЕНЗО[e] ПІРАЗОЛО [1,5-c][1,3]ОКСАЗИНІВ

Євтушок Л.В.
Науковий керівник – асист. Л.З. Мандзюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Взаємодією заміщених ацетофенонів із 2-гідрокси-3/5-метоксибензальдегідами нами синтезовано α,β-ненасичені кетони – 3-(2-гідрокси-3/5-метоксифеніл)-1-арилпропенони. Вони реагують з гідразином, утворюючи 2-(3-арил-4,5-дигідро-1*H*-5-піразоліл)феноли. Ці сполуки, взаємодіють з ароматичними альдегідами, формуючи 1,3-оксазиновий цикл, в результаті чого одержано 2,5-діарилзаміщені 7/9-метокси-1,10b-дигідробензо[*e*]піразоло[1,5-*c*][1,3]оксазини.

Дані сполуки утворюються з достатньо високими виходами, незалежно від природи замісників в ароматичному ядрі альдегідів, хоча електронодонорні замісники дещо сповільнюють реакцію.

Альдегіди підбирали таким чином, щоб у сполуках,що синтезуються, формувались потенційні фармакофорні фрагменти.

2,5-діарилзаміщені 7/9-метокси-1,10b-дигідробензо[*e*] піразоло[1,5-*c*][1,3]оксазини утворюються у вигляді двох стереоізомерів. Інформацію про це дає аналіз спектрів ЯМР ^{1}H. Виявилося, що у ході реакцій може утворюватись як один з двох ізомерів, так і їхня суміш у різних співвідношеннях. Відсутність закономірностей у стереохімічному результаті реакцій, ймовірно, свідчить про взаємоперетворення двох ізомерів, чому можуть сприяти слідові домішки кислот.

Отже, широкий вибір вихідних реагентів та варіативність замісників дає змогу одержувати комбінаторні бібліотеки дигідробензо[*e*]піразоло-[1,5-*c*][1,3]оксазинів і робить їх перспективними для досліджень на біологічну активність.

КВАНТОВО-ХІМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ БУДОВИ ТА ВЛАСТИВОСТЕЙ МОЛЕКУЛИ ПАРАЦЕТАМОЛУ

Карас Ю.І.
Науковий керівник - к. хім. н. Д.О.Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Метою роботи було за допомогою сучасний квантово-хімічних методів, що є потужним апаратом для дослідження фармакодинамічних та фармакокінетичних властивостей лікарських засобів на рівні окремих атомів та молекул, встановити електрону і просторову будову молекули парацетамолу.

Матеріали і методи: квантово-хімічні дослідження молекули парацетамолу здійснені за допомогою програми HyperChem 8.0.10. Спочатку проведено напівемпіричним методом AM1 оптимізацію геометрії.

Досліджувані показники: відстані між атомами (Å), заряди на атомах в молекулі парацетамолу; розподіл електронної щільності тільки зовнішніх валентних електронів, загальна енергії (ккал/моль), енергія зв'язування (ккал/моль), теплота утворення (ккал/моль), значення дипольного моменту (D), локалізація та енергії вищої зайнятої (ВЗМО) і нижчої вільної (НВМО) молекулярних орбіталей (еВ), значення абсолютної жорсткості (ή) (еВ), досліджуваної молекули.

Результати дослідження. Одержані нами результати доповнюють літературні дані. Геометрична будова молекули парацетамолу та значення зарядів на атомах, розраховані методами квантової хімії. Розподіл електростатичного потенціалу молекули стрептоциду показує, що найбільший заряд зосереджений на двох атомах Оксигену та атомі Нітрогену, відстань між цими центрами складає 6,49 Å та 5,59 Å. Визначені розміри молекули парацетамолу передбачають його фармакологічну дію. Парацетамол швидко всмоктується у верхніх відділах кишечнику, проникає у всі тканини організму, метаболізується в печінці, з утворенням глюкорангіда і сульфату парацетамолу, виділяється в основному нирками. Незначна кількість парацетамолу деацетилюється з утворенням параамінофенола, який сприяє утворенню метгемоглобіну, це обумовлює токсичність препарату.

Висновок: визначення квантово-хімічними методами просторової будови та розташування активних центрів в молекулі парацетамолу та порівняння її з іншими подібними молекулами, дає уявлення про перспективність їх використання в медицині.

ОДЕРЖАННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНОЇ ФІТОСУБСТАНЦІЙ ІЗ ГЕРАНІ ЛІСОВОЇ (GERANIUM SYLVATICUM L.)

Козак Л.В., Бензель І.Л., Левчук О.Л.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фармакогнозії і ботаніки

Герань лісова (Geranium sylvaticum) - це трав'яниста багаторічна рослина родини Геранієві (Geraniaceae), що зростає на лісових галявинах, лугах, гірських луках та вирубках в західних та північних областях України. Трава і кореневища вказаного виду містять дубильні речовини, флавоноїди, вітаміни, полісахариди, гідроксикоричні кислот та широко використовуються в народній медицині як в'яжучий засіб при дизентерії, проносах, гострих і хронічних ентероколітах. Водний відвар трави використовують при легеневих кровотечах, для полоскань порожнини рота при захворюваннях його слизової, для промивань гнійних ран, спиртовий настій – при стенокардії і болях в серці.

З огляду на це, **метою** нашої роботи було дослідити якісний склад та кількісний вмісту біологічно активних речовин герані лісової, одержати субстанції із рослинної сировини та вивчити їх фармакологічні властивості.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були трава і кореневища герані лісової, які заготовлялися в Здолбунівському районі Рівненської області у 2012-2013 рр. Якісний склад сировини вивчали за допомогою якісних реакцій, хроматографічних і спектральних методів аналізу. Для визначення кількісного вмісту діючих речовин використовували спектрофотометричні та титриметричні методи дослідження.

Результати дослідження. Встановлено, що трава досліджуваного виду герані містить дубильні речовини (12,36%), поліфенольні сполуки (18,70%), гідроксикоричні кислоти (3,07%), флавоноїди (0,61%) та органічні кислоти (11,45%). У кореневищах кількісний вміст діючих речовин був дещо нижчим: 10,38% дубильних речовин, 11,28% поліфенольних сполук, 0,38% гідроксикоричних кислот, 7,35% органічних кислот. З метою найбільш повного виділення діючих речовин був вивчений вплив ступеня подрібнення рослинної сировини, часу і кратності екстракції, співвідношення сировина-екстрагент, температурного режиму та ряду інших факторів на екстракцію біологічно активних речовин із сировини. Одержані відповідно до розроблених оптимальних умов сухі екстракти представляють собою комплекс біологічно активних речовин поліфенольного характеру у вигляді гігроскопічного аморфного порошку світло-жовтого кольору без запаху і терпкого смаку. Вихід кінцевого продукту становив 34,7-44,5%. Фармакологічні дослідження отриманих фітокомплексів показали, що водні та водно-спиртові субстанції трави і кореневищ герані лісової виявляють виражену інтерферонідукуючу активність.

Висновок. Результати проведених досліджень свідчать про перспективність використання рослинної сировини герані лісової для одержання біологічно активних фітокомплексів з метою створення нових лікарських засобів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ ОРГАНІЧНИХ КИСЛОТ В СИРОВИНІ *ASTRANTIA MAJOR* L.

Коляджин Т.І.
Науковий керівник - д.фарм.н., проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківській національний медичний університет»
Кафедра фармації

Лікарські рослини є невичерпним джерелом для створення нових лікарських засобів для лікування і профілактики різноманітних захворювань. Важлива роль належить комплексним препаратам рослинного походження, компонентами яких є органічні кислоти.

Метою нашого дослідження було виявлення та визначення вмісту органічних кислот у траві астранції великої, яка була заготовлена в фазу масової вегетації на території Івано-Франківської області в 2014 р.

Матеріали і методи: виявлення органічних кислот проводили методом висхідної хроматографії на папері. Наважку сировини (1,0 г) екстрагували сумішшю ацетон-ефір і 1 мл 20 % кислоти сірчаної в колбі зі зворотнім холодильником на водяному нагрівнику при температурі кипіння екстрагенту.

Екстракти фільтрували і наносили на хроматографічний папір марки "Filtra – FN1" та вивчали методом висхідної хроматографії з використання систем розчинників: *н*-бутанол-мурашина кислота-вода (75:15:10) і *н*-бутанол-оцтова кислота-вода (4:1:5) в порівнянні з достовірними зразками. Хроматограми висушували і обробляли 0,1 % спиртовим розчином 2,6-дихлорфеноліндофеноляту натрію і 0,05 % спиртовим розчином бром тимолового синього. Кислоти проявлялися у вигляді рожевих плям на блакитному фоні та жовтих плям на синьому фоні відповідно.

Результати дослідження. За результатами проведених досліджень в траві астранції великої виявлено аскорбінову, яблучну, лимонну та щавлеву кислоти. Вміст вільних органічних кислот знаходиться в межах від 2,84 % до 2,87 % залежно від місця зростання.

Висновок: отримані дані свідчать про перспективність вивчення астранції великої з метою використання як лікарської сировини.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В ОХОРОНІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЗГІДНО ВИМОГ СПІЛЬНОЇ НАСТАНОВИ МФФ ТА ВООЗ «СТАНДАРТИ ЯКОСТІ АПТЕЧНИХ ПОСЛУГ»

Костюк І.А.
Наукові керівники : д.мед.н., проф. І.В. Ніженковська, к.фарм.н., доц. Л.О. Гала
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра організації та економіки фармації

Стрімкий розвиток фармацевтичної галузі та підвищення ролі аптечних працівників у системі охорони громадського здоров'я знайшов своє відображення у спільній настанові Міжнародної фармацевтичної федерації та Всесвітньої організації охорони здоров'я «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг» (далі – Настанова), яка визначена Міністерством охорони здоров'я України в якості інформаційного джерела для розробки стандартів аптечної практики. Проєвроінтеграційний вектор розвитку нашої держави вимагає реалізації вимог та рекомендацій цього до-

кументу. Положення Настанови є основою фармацевтичної діяльності, оскільки робота працівників аптек полягає не лише в забезпеченні населення лікарськими засобами, але й у сприянні отриманню належних результатів медикаментозного лікування.

Одним із ключових функціональних обов'язків аптечних працівників є охорона здоров'я населення, профілактика захворювань та пропаганда здорового способу життя та поведінки. До кожного пацієнта повинен бути індивідуальний підхід, у відповідності до особливостей хворого, включаючи його рівень освіти, грамотності, фізичні та розумові можливості. Надання рекомендацій або консультацій фармацевтичними працівниками стосовно питань охорони здоров'я повинне відбуватися з дотриманням вимог конфіденційності інформації, що надана відвідувачем.

У зв'язку з посиленням розповсюдженості в усьому світі соціально небезпечних захворювань, фармацевтичні працівники мають здійснювати просвітницьку діяльність (надавати інформацію про етіологію, патогенез, симптоматику та методи профілактики цих хвороб, а також про підвищення резистентності до антибактеріальних препаратів). Інформування повинно бути основане на даних, що ґрунтуються на засадах доказової медицини та відповідати таким характеристикам як об'єктивність, точність, доступність та повнота.

Оскільки фармацевтичні працівники є учасниками системи охорони здоров'я, вони повинні розробляти та використовувати у своїй практичній діяльності освітньо-інформаційні матеріали для програм зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань та підвищення якості життя, зокрема розміщувати їх у торговельному залі, поширювати їх серед відвідувачі та, за наявності, на сайті аптечного закладу.

Висновок. Положення Настанови відображають основні функціональні обов'язки аптечних працівників, які відіграють вагому роль в охороні громадського здоров'я. Зважаючи на постійний прямий зв'язок фахівців фармації з пацієнтами, проведення ними просвітницької діяльності буде сприяти зміцненню громадського здоров'я.

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДІЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Кучер І.В.
Науковий керівник - к.ю.н., викладач О.О. Верлан – Кульшенко
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Актуальність : Проблеми щодо ділової репутації медичних працівників дедалі більше привертають увагу науковців та практиків. Це обумовлено, зокрема, недостатньою законодавчою урегульованістю вказаних відносин, відсутністю у цивільному законодавстві загального визначення вказаного цивільно-правового інституту, норм, які б прямо передбачали підвідомчість спорів про захист ділової репутації лікарів тощо.

Метою даної роботи є системний аналіз правового регулювання та захисту честі, гідності та ділової репутації у сфері охорони здоров'я; дослідження порядку реалізації медичним працівником свого особистого немайнового права на захист ділової репутації, визначення цивільно-правового механізму захисту права на недоторканність ділової репутації лікарів та його складові.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», «Про телебачення та радіомовлення», інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

Результати : Окремі юридичні проблеми захисту права на недоторканність ділової репутації розроблялися і продовжують розроблятися як теоретиками права, так і цивілістами України та інших зарубіжних країн. Псування ділової репутації медичного працівника прямо пропорційно відображається на діловій репутації медичного закладу. Серед найпоширеніших способів завдати шкоди діловій репутації медичного працівника є такі: розміщення негативної інформації в мережі інтернет, поширення негативних відгуків про роботу лікарів та медичного закладу в цілому; «незалежне» журналістське розслідування, розголошення конфіденційної інформації колишнім співробітником медичного закладу. Вибір способу захисту особистого немайнового права, зокрема права на повагу до гідності та честі, права на недоторканність ділової репутації, належить позивачеві. Разом із тим особа, право якої порушено, може обрати як загальний, так і спеціальний способи захисту свого права, визначені законом, який регламентує конкретні цивільні правовідносини. Наслідками вчасно не вжитих заходів щодо захисту ділової репутації може стати припинення роботи медичного закладу, втрата довіри пацієнтів, розірвання договорів або небажання контрагентів продовжувати договір на новий строк.

Висновок : Правовий статус медичних працівників в Україні не є повністю захищеним з боку необґрунтованих звинувачень пацієнтів, що призводить до порушення права медичних працівників на захист ділової репутації. Аналіз чинного законодавства, праць відомих фахівців з проблем захисту ділової репутації обґрунтовує необхідність знання норм цивільного права лікарями.

ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ОКИСНЮВАНИХ ФЕНОЛІВ В СИРОВИНІ ПІДЛІСНИКА ЄВРОПЕЙСЬКОГО

Легінь Н.І.
Науковий керівник - к.фарм.н., доц. Л.М. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

В останні роки спостерігається тенденція більш широкого використання в медичній практиці лікарських засобів рослинного походження, які забезпечують активну і м'яку терапевтичну дію, мінімум побічних ефектів.

Найбільш поширеною групою біологічно активних речовин лікарських рослин є поліфенольні сполуки, а саме: окиснювані феноли, флавоноїди, фенолкарбонові кислоти.

Окиснювані феноли – це група біологічно активних речовин, які безпосередньо впливають на клітинні мембрани, ферментні білки, покращують обмін адреналіну, аскорбінової кислоти, ацетилхоліну. Проявляють протизапальну, детоксикуючу, антиоксидантну, в'яжучу, протимікробну активність. Як і всі фенольні сполуки укріпляють капіляри, посилюють згортання крові, мають радіопротекторну дію.

Метою роботи було виявлення та визначення вмісту окиснюваних фенолів в сировині підлісника європейського.

Матеріали і методи. Об'єктами вивчення були трава і кореневища з коренями підлісника європейського, заготовлені в Івано-Франківській області на околицях с. Вовчинці в 2014 р. в фазу масової вегетації та відмирання надземної частини відповідно.

Наявність окиснюваних фенолів підтверджували за до-

помогою якісних реакцій з 1 % розчином желатину, 1 % розчином хініну гідрохлориду та з розчином залізоамонійних галунів. Визначення кількісного вмісту проводили за фармакопейною методикою.

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень було встановлено наявність окиснюваних фенолів у траві та кореневищах з коренями підлісника європейського. При взаємодії досліджуваних витяжок з 1 % розчином желатину спостерігали утворення білого осаду; з 1 % розчином хініну гідрохлориду – коричневого осаду; з розчином залізоамонійних галунів – появу чорно-зеленого забарвлення, що свідчило про наявність у досліджуваних органах рослини окиснюваних фенолів конденсованої будови.

За результатами перманганатометричного титрування, встановлено, що вміст окиснюваних фенолів в траві підлісника європейського становить 4,11 %, а у кореневищах з коренями – 3,36 %.

Висновки. В результаті проведених досліджень встановлено наявність у сировині підлісника європейського окиснюваних фенолів конденсованої будови, визначено їх кількісний вміст. У траві підлісника європейського вміст окиснюваних фенолів більший, ніж у кореневищах з коренями.

ЦИКЛІЗАЦІЯ ЖИРНО-АРОМАТИЧНИХ АМІНІВ З ФОРМАЛЬДЕГІДОМ І ЦИКЛОПЕНТАНОНОМ

Люклян А.
Науковий керівник - к.хім.н., доц. О.В. Боднарчук
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Особливий інтерес представляють похідні хіноліну, з'єднані з циклопентановим кільцем, які відомі своєю антиканцерогенною активністю. Одержання похідних циклопента[*c*] хінолінію слід було очікувати при конденсації ароматичних амінів з циклопентаноном і формальдегідом.

У реакцію циклізації нам вдалося ввести жирно-ароматичні (N-метил, N-етил, N-бензиланіліни) аміни.

Циклізацію проводили при нагріванні відповідного аміну з надлишком циклопентанону, використовуючи як розчинник суміш 1-бутанолу та нітробензену. Нітробензен при цьому служить м'яким окислюючим реагентом. Використання хлоридної кислоти є кращим, оскільки в цьому випадку утворюються солі, які добре кристалізуються. Розчинники відганяють з водяною парою. При цьому випадають кристали солей, які фільтрують і кристалізують з відповідного розчинника.

Взаємодія N-метил, N-етил, N-бензиланіліном з формальдегідом та циклопентаноном може протікати за двома напрямками з утворенням продуктів лінійного або ангулярної будови. Однак, в наших умовах реакція протікає регіоселективно, і виділяється тільки один продукт, який містить циклопентанове кільце в положенні [*c*] хінолінова ядра.

Вивчені умови циклізації, залежність виходів її продуктів від співвідношення компонентів, часу, температури реакції, розроблені методи виділення кінцевих сполук та їх очищення.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН РУТИ САДОВОЇ

Мельник М.В.
Науковий керівник – д.фарм.н, проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Лікарські засоби рослинного походження володіють широким спектром дії, рідше викликають ускладнення, характеризуються низькою токсичністю та практично не викликають алергічних реакцій. Це зумовлено тим, що структура діючих речовин подібна до фізіологічно активних речовин людського організму. Дослідження хімічного складу лікарських рослин, пошук нових біологічно активних речовин та створення на їх основі ефективних препаратів є актуальним. Однією з таких рослин є рута садова (*Ruta graveolens* L.) родини Рутові (*Rutaceae*). Різноманітний хімічний склад рослин роду Рута зумовлює широкий спектр їх фармакологічної активності. Галенові препарати рути проявляють спазмолітичну, гіпотензивну, седативну, діуретичну, жовчогінну та ангіопротекторну дію. Встановлено, що фурокумарини рути підвищують чутливість шкіри до ультрафіолетового промінення; акридинова сполука акроніцин виявляє протипухлинну активність. У народній медицині та фітотерапії застосовують настої, відвари та настойки рути; у гомеопатії – настої, гранули в розведеннях D3, C3, C6, C12 та крапель – D2, D3, C3, C6, C12 і вище. Проте на сьогодні фармацевтичні препарати з рути не виробляються. Саме ці обставини створюють передумови для подальшого і всебічного вивчення рослин цього роду.

Метою роботи було дослідити якісний склад та кількісний вміст основних груп біологічно активних речовин в траві рути садової та вплив мінеральних добрив на їх нагромадження.

Матеріали і методи: якісний склад біологічно активних речовин у рослинній сировині вивчали за допомогою реакцій ідентифікацій та хроматографічних методів аналізу. Визначення кількісного вмісту флавоноїдів, танінів і суми поліфенолів проводили за фармакопейними методиками.

Результати дослідження. За результатами специфічний якісних реакцій та хроматографічного аналізу у витяжках встановлено наявність вільних цукрів, водорозчинних полісахаридів, гідроксикоричних кислот, флавоноїдів, танінів, алкалоїдів. Встановлено, що кількісний вміст для флавоноїдів, суми поліфенолів, танінів залежить від варіанту внесення мінеральних добрив (контроль, $N_{60}P_{60}K_{60}$, $P_{60}K_{60}$, $N_{30}P_{90}K_{90}$).

Висновок: результати дослідження свідчать про перспективність подальшого фітохімічного дослідження сировини рути садової.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФЛАВОНОЇДІВ ДЕРЕВІЮ ЗВИЧАЙНОГО І РОЗСУНУТОГО

Нейко О. В.
Науковий керівник – д.фарм.н., проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Рід Деревій - *Achillea* L. родини Айстрові – *Asteraceae* налічує більше 100 видів, з яких на території України зустрічається 18. Екстракти з трави деревію широко використовують в сучасній медицині і входять до складу комплексних

фітотерапевтичних препаратів: «Вундехіл», «Тонзилгон», «Ротокан», «Фітон», «Фітулвент». Екстракти з видів роду Деревій проявляють спазмолітичну, жовчогінну, ранозагоювальну, гемостатичну та гіпотензивну дію. Ефірна олія з деревію проявляє антибактеріальну і протигрибкову активність.

Метою нашої роботи є ідентифікація та кількісне визначення флавоноїдів в зразках лікарської рослинної сировини.

Результати і обговорення. Ідентифікацію флавоноїдів проводили за допомогою реакцій ідентифікації і хроматографічних методів. Вміст суми флавоноїдів визначали спектрофотометрично після попередньої очистки сировини хлороформом в апараті Сокслета. Екстракцію флавоноїдів із рослинної сировини проводили 70 % спиртом етиловим на водяному нагрівнику зі зворотнім холодильником протягом 30 хв при температурі кипіння екстрагенту. Метод базується на реакції комплексоутворення флавоноїдів з алюмінію хлоридом.

Одержані результати, вказують, що вміст флавоноїдів в траві деревію звичайного і розсунутого суттєво не відрізняються. При дослідженні впливу умов зростання деревію звичайного і розсунутого на вміст флавоноїдів встановлено, що місце зростання рослини суттєво не впливає на вміст діючих речовин в сировині.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, про перспективність дослідження видів роду деревій, вивчення можливості використання трави деревію розсунутого як рівноцінної до трави деревію звичайного.

РОЗРОБКА СКЛАДУ ТА ТЕХНОЛОГІЇ СИРОПУ З ЕКСТРАКТОМ КВІТІВ БУЗИНИ ЧОРНОЇ

Перегінчук І.Я.
Науковий керівник - к.фарм.н., доц. Л.М. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

На сьогодні лікарські засоби рослинного походження у складі рідких лікарських форм є найбільш поширеними в медицині та фармації. Фітозасоби випускаються у вигляді настойок, рідких екстрактів, сиропів, еліксирів та бальзамів. Особливо перспективним є виробництво фітопрепаратів у формі сиропів, у складі яких можна поєднувати діючі субстанції природного та синтетичного походження; вони мають корегований смак та запах, забезпечують високий терапевтичний ефект.

Серед асортименту сиропів, зареєстрованих на фармацевтичному ринку України, переважають препарати з речовинами синтетичного походження (82,2%). Тому актуальним є розробка нових сиропів на основі рослинної сировини для наповнення фармацевтичного ринку вітчизняними препаратами.

Метою роботи було розробити склад та технологію лікарського засобу з екстрактом квітів бузини чорної у вигляді сиропу з протизастудними властивостями.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження були квіти бузини чорної, заготовлені в околицях с. Сороки Городенківського району Івано-Франківської області у 2014 році. Квіти бузини виявляють потогінні, протизапальні, болезаспокійливі властивості і застосовуються при запаленні дихальних шляхів, грипі, бронхіті та ларингіті.

Рідкий екстракт квітів бузини одержували методом перколяції з використанням екстрагенту – 40 % етанолу, що забезпечує максимальну екстракцію фенольних сполук, полісахаридів та органічних кислот.

Для приготування сиропу використовували сорбіт, який у рідких лікарських формах використовується як коригент смаку, стабілізатор і загущувач та дозволений до медичного застосування хворим на цукровий діабет. Лимонна кислота здатна забезпечувати додатковий захист від мікробного забруднення, а також поліпшувати смакові якості препарату.

Результати дослідження. Методом перколяції з квітів бузини отримано рідкий екстракт, який стандартизували за вмістом окиснюваних фенолів, флавоноїдів та полісахаридів.

На основі сорбіту готували смаковий сироп. Коригент змочували невеликою кількістю води, додавали решту води і розчиняли при нагріванні. До отриманого сиропу додавали лимонну кислоту, проціджували. До охолодженого сиропу додавали екстракт квітів бузини. Готовий препарат фасували у відповідну тару. Стандартизацію сиропу проводили за вимогами ДФ України.

Висновки. Розроблено оптимальний склад сиропу з екстрактом квітів бузини з протизастудними властивостями та запропоновано технологію виготовлення.

ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Полієнко Д.А.,
Науковий керівник – д.мед.н. проф. І.Г. Купновицька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії.

Низький рівень обізнаності населення з питань захворювань щитоподібної залози призводить до того, що в багатьох випадках захворювання виявляють на задавнених стадіях, що, у свою чергу, призводить до тяжких наслідків для здоров'я людей з гіпотиреозом**.** Івано-Франківська область традиційно знаходиться серед регіонів з йододефіцитом, що зумовлює патологію щитоподібної залози, особливо її гіпофункцію.

Метою роботи було дослідити клініко-статистичні особливості та ретроспективний частотний аналіз фармакотерапії хворих на гіпофункцію щитоподібної залози в Івано-Франківській області.

Проведено ретроспективний аналіз 100 історій хвороб пацієнтів з гіпотиреозом. Дослідження проводилось на базі ендокринологічного відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні.

За 3-річний період (2012 - 2014 рр.) встановлено, що більшу частину хворих склали пацієнти жіночої статі - 86%. В основному це були люди від 19 до 78 років, 36% осіб у віці 41-50 років, 27% - від 51 до 60 років .Найбільшу частину хворих становили робітники (46%), безробітні - 26% і пенсіонери - 20%. Гіпотиреоз нерівномірно поширений у різних районах області :найвища захворюваність відзначається в м. Івано-Франківську -23%, менша у Галицькому і Тисменецькому районах (12%), а найнижча у Косівському, Калуському та Рогатинському районах (3%-2%).

Згідно аналізу історій хвороб пацієнтам було призначено 121 найменування лікарських препаратів. Загальна кількість призначень становила - 686, а середнє число призначень на 1 історію – 7 препаратів, що цілком прийнятно. Лідерами за частотою призначень (ТОП - 10) були такі торгові назви: L-тироксин, що призначався 84 рази (15%) - код АТС H03A A01; армадин – 40 разів (7%) - код АТС N07X X12 **; ті-

отриазолін – 35 разів (6%) - код АТС S01X A23**; метамакс – 34 рази (6%) - код АТС C01E B22; трифас – 22 рази (4%) - код АТС C03C A04; аевіт – 20 разів (4%) - код АТС A11J A; еутирокс – 16 разів (3%) - код АТС H03A A01; луцетам – 14 разів (2%) - код АТС N06B X03; діаліпон – 13 разів (2%) - код АТС A16A X01; тіоцетам – 12 разів (2%) - код АТС N06B X53. Аналіз лікарських призначень показав, що у більшості випадків пацієнтам з гіпотиреозом призначались препарати для лікування супутніх для гіпотиреозу або його ускладнень (ураження нервів, хребта тощо) захворювань і менше – для лікування основного захворювання. Лідерами лікарських призначень були препарати наступних груп: тиреотропні засоби, антигіпоксанти і антиоксиданти, гепатопротектори, засоби, що стимулюють метаболізм, сечогінні, полівітамінні, ноотропні препарати, тобто не тільки замісні, але і патогенетичні засоби.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Рущак А.М.
Науковий керівник - к.фарм. н., доц. У.Б. Сікорин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Стандартизація та вдосконалення контролю якості лікарських засобів завжди є актуальним напрямком розвитку фармацевтичного аналізу. Гомеопатичні лікарські засоби (ГЛЗ) займають значний сегмент сучасного фармацевтичного ринку. В останнє десятиріччя ГЛЗ набули широкого застосування при лікуванні захворювань, що виникли внаслідок різних патологічних станів людини.

Метою роботи було вивчення особливостей стандартизації гомеопатичних лікарських засобів.

Матеріали і методи. Стандартизація гомеопатичних лікарських засобів проводиться за показниками якості, які регламентуються вимогами Державної Фармакопеї України. До основних показників якості належать: опис, органолептичний контроль (колір, запах, смак), мікроскопічні дослідження, якісний і кількісний аналіз груп діючих речовин.

Результати дослідження. Згідно нормативних документів гомеопатичні засоби визначають за допомогою групових, специфічних кольорових реакцій, а також методів тонкошарової хроматографії для встановлення доброякісності матричних настойок. При визначенні ідентичності ГЛЗ використовуються якісні кольорові реакції, а також метод тонкошарової хроматографії. Для гомеопатичних монопрепаратів, що виготовляються в аптеках за прописами, які часто повторюються, контроль якості проводиться за реакцією ідентифікації та кількісного визначення речовин у перших трьох десяткових розведеннях. У загальних статтях вказані вимоги до таких лікарських форм як гомеопатичні матричні настойки, тритурації, гранули, розчини, мазі та ін. Кількісний вміст біологічно активних речовин вказується лише в окремих випадках. Так, наприклад, при аналізі настойок, що містять отруйні речовини, а також препарати арсену, ртуті, кадмію. Якість настойок гарантується параметрами хроматографічного аналізу заданої кількості проби, яка наноситься, а також випробуванням 4-го десяткового розведення, якому піддаються настойки, що містять отруйні та сильнодіючі речовини.

Висновок. Отже, з кожним роком зростають вимоги до методів оцінки якості гомеопатичних лікарських засобів, появляються нові методики, які пов'язані з виходом на ринок нових препаратів цієї групи. Велика увага приділяється використанню хімічних, фізико-хімічних методів для стандартизації гомеопатичних ліків.

ОДЕРЖАННЯ ШИКОНІНУ З НАСІННЯ LITHOSPERMUM ERYTHRORHIZON ТА ЙОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Сабан Н.С.
Науковий керівник – асист. Р.Б. Винницька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Для одержання шиконіну та його похідних в якості продуцента нами використано насіння *Lithospermum officinale erythrorhizon* урожаю 2011 року з природної популяції (Крим).

При одержанні шиконіну з культури *Lithospermum officinale erythrorhizon* нами отримано культуру тканин з проростків насіння *L. officinale erythrorhizon* на агаризованому живильному середовищі з додаванням до нього 0,1% гіберелінової кислоти. Перші проростки горобейника лікарського з'явились через 15 діб після перенесення насіння на живильне середовище. Одержані в умовах *in vitro* проростки використано як експланти для культивування. Культура тканин активно росла і спочатку спостерігалась поява окремих червоних ділянок калусу розміром 2-5 мм.

Встановлено, що оптимальна тривалість пасажу становить 20 діб. Приріст біомаси на 20 добу культивування склав біля 28 г сухої калусної маси на 1 л живильного середовища і калусна тканина накопичувала в середньому біля 5,2 г/л вільного шиконіну.

ОДЕРЖАННЯ ВОДНИХ ТА ВОДНО-СПИРТОВИХ ЕКСТРАКТІВ З ТРАВИ БУКВИЦІ ПЕРЕБІЛЬШЕНОЇ ТА БУКВИЦІ КОРОТКОЗУБОЇ

Сас І.А.
Науковий керівник - д.фарм.н., проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Одним з першочергових завдань фармації є забезпечення населення ефективними препаратами рослинного походження та розширення їх асортименту. Доступність сировинної бази, широкий спектр фармакологічної дії та досвід застосування у народній медицині рослин роду Буквиця родини Губоцвіті свідчать про перспективність одержання та дослідження екстрактів з досліджуваної сировини.

Метою роботи була розробка оптимальних технологічних параметрів екстракції біологічно активних речовин з трави буквиці перебільшеної та буквиці короткозубої.

Матеріали і методи: траву буквиці перебільшеної та буквиці короткозубої заготовляли у 2012 році в Галицькому та Надвірнянському районах Івано-Франківської області під час масового цвітіння.

Для одержання водних та водно-спиртових екстрактів з досліджуваних об'єктів попередньо висушену і подрібнену сировину масою 50,0 г екстрагували водою очищеною або 70% етанолом у співвідношенні 1:10 - 1:15 в колбі зі зворотнім холодильником на водяному нагрівнику протягом 30 хв. Екстракцію повторювали 3 рази. Витяжки об'єднували і фільтрували. Для отримання водно-спиртових екстрак-

тів етанол відганяли під вакуумом у роторному випарювачі. Водні і водно-спиртові екстракти розливали в стерильні флакони по 200 мл і піддавали ліофільному висушуванню. Спочатку екстракти заморожували в спиртових ваннах при температурі спирту не вище – 40 ºС протягом 30 хв. Після цього флакони із замороженими витяжками поміщали в холодильник і при температурі не вище – 30 ºС закалювали та зберігали перед завантаженням в сублімаційний апарат протягом 12 год. Висушування витяжок проводили в сублімаційному апараті типу КС-30 (завод «Фрігера»). Для одержання сухих екстрактів загальна тривалість висушування становила 28-32 години. Температура продукту в кінцевому періоді висушування не перевищувала +40 ºС.

Результати дослідження. Отримані екстракти – це пухкі порошки від світло- до темно-коричневого та темно-зеленого кольору. Вихід екстрактів становив від 28,12 % до 34,9 % в залежності від виду сировини і екстрагенту. За допомогою реакцій ідентифікації та хроматографії на папері в екстрактах виявлено флавоноїди, дубильні речовини, гідроксикоричні та органічні кислоти, полісахариди.

Висновок: отримані водні та водно-спиртові екстракти є перспективною фітосубстанцією для подальшого фармакологічного дослідження та розробки лікарських засобів на їх основі.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЕКОЛОГІЇ ПРИ ЗАГОТІВЛІ СИРОВИНИ

Сологуб В.А.
Науковий керівник - д.фарм.н., проф. А.Р. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Лікарські рослини – це особливий об’єкт вивчення, оскільки в них синтезуються одночасно сотні й тисячі біологічно активних речовин, які здатні впливати на біологічні процеси, що протікають в організмі. Сировинна база яких формується на основі дикорослих, культивованих лікарських рослин та рослин, що надходять за імпортом.

Метою роботи є забезпечення сировинної бази окремих видів, яких не вистачає для потреб аптек та хіміко-фармацевтичної промисловості, наприклад ромашки лікарської, валеріани, беладони. Деякі лікарські рослини, що не ростуть у дикому вигляді на території України, але можуть культивуватись для потреб населення – це м’ята перцева, фенхель та аніс.

Матеріали та методи дослідження: розширення асортименту вирощування культур, проведення досліджень з культивування лікарських рослин, розробки способів акліматизації, агротехніки вирощування і збирання врожаю, а також поповнення сировинної бази високопродуктивними сортами та цінними дикорастучими рослинами. Особливу увагу необхідно приділити заготівлі лікарської рослинної сировини (ЛРС) різних морфофункціональних груп, визначення яких необхідно проводити в період максимального накопичення кількості діючих речовин, що відповідає певній фазі розвитку рослин.

Результати дослідження. Відзначено, що основним джерелом отримання поживних речовин тієї чи іншої сировини є грунт. Особливістю якого зумовлені хімічні, фізичні та біогенетичні чинники, які відображають склад грунту, кількості поживних речовин, структура водного, повітряного, теплового і сольового режимів, наявності грунтової флори та фауни. Безпосередньо на якість лікарської сировини впливають також антропогенні чинники. На сьогодні до таких факторів ми можемо віднести те, що в ЛРС потрапляють токсиканти – газоподібні викиди, пил промислових підприємств і токсиканти із забрудненого грунту. Найбільшою небезпекою для організму людини є декілька груп ксенобіотиків (чужі для організму речовини): важкі метали, пестициди, нітрити, нітрати, нітрозаміни, група канцерогенних сполук, радіонукліди та миш’як. Тому при виборі районів і місць для заготівлі ЛРС необхідно враховувати екологічний стан довкілля.

Висновок. Проведені дослідження показали, що останніми роками стан заготівлі дикорослих лікарських рослин погіршився. Аварія на Чорнобильській АЕС, інтенсивна господарська діяльність призвели до забруднення та знищення запасів ЛРС. Знижуються запаси сировини дикорослих рослин у лісостепових районах України. Поступово промислова заготівля переміщується в лісові та гірські райони, де іще залишилися значні запаси сировини. Тому важливим критерієм є співвідношення обсягів лікарської сировини, що заготовляється тим чи іншим шляхом та залежить головним чином від багатства природної флори, розвитку агропромислового комплексу і сформованих традицій на їх основі.

КВАНТОВО-ХІМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ ТА ПРОСТОРОВОЇ БУДОВИ ХАЛКОНІВ ТА УТВОРЕНИХ НА ЇХ ОСНОВІ ПІРАЗОЛІНІВ І ПІРАЗОЛІВ

Стефанишин К.А.
Науковий керівник – О.Я. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Метою роботи був цілеспрямований пошук нових органічних речовин, які проявляють різні види активності, що сприяє як розумінню впливу різних замісників на антибактеріальну, протиракову, протитуберкульозну активність, так і пошуку нових лікарських препаратів, що можуть справитись із недугами. При цьому важливе значення має поєднання як теоретичного розрахунку, так і отримання реальних речовин.

Матеріал і методи: квантово-хімічні розрахунки проводились за допомогою програми Gaussian 09, напівемпіричним методом AM1.

Результати досліджень. Наявність у речовинах піразолінових та імідазольних кілець свідчить про високу ефективність лікарських препаратів, а наявність різних замісників в цих кільцях може мати посилюючу, чи послаблюючу дію, та різні види активності. Застосовуючи методи квантово-хімічного розрахунку, які дозволяють проводити моделювання структури, виявляти закономірності їх будови і активності, можна замінити реальний синтез на початкових етапах пошуком найбільш ефективних речовин.

На першому етапі досліджень було підібрано оптимальні методи моделювання досліджуваних структур. Моделювання структур піразолінів методом AM1 показали наявність не лише R та S ізомерів, але й двох додаткових ізомерів, зумовлених утрудненим обертанням навколо зв’язку між імідазольним та піразоліновим кільцем.

Серед можливих конфігурацій найнижчу енергію мав S ізомер піразоліну з кутом між імідазольним та піразоліновим кільцем 106°, решта ізомерів мали дещо вищу енергію.

При дослідження продуктів окислення відповідних піразолінів до піразолів показано, що з чотирьох різних ізомерів піразоліну при окисленні утворюються лише дві ізомерні форми піразолу одинакової енергії −5249,1 кДж/моль.

Висновок: проведення квантово-хімічних розрахунків методом AM1 дозволяє передбачити найбільш енергетично

вигідне просторове розташування молекул із різними циклами, і тим самим передбачити, чи будуть вони володіти різними видами активності.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Танасійчук О.В.
Науковий керівник - к.мед.н. доц. В.І. Клименко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра клінічної фармакології та фармакотерапії

Гіпертонічна хвороба (ГХ) сприяє прогресуванню атеросклеротичного процесу в судинах й ішемічної хвороби серця (ІХС). Клінічний перебіг серцево-судинних захворювань погіршується, в свою чергу, при наявності психоемоційних факторів. Психоемоційні фактори суттєво знижують прихильність до лікування і виконання лікувально-профілактичних заходів, погіршують якість життя, збільшують ризик серцево-судинних ускладнень.

Метою і завданням дослідження було виявлення психоемоційних розладів у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ, встановлення взаємозв'язку якості життя, депресії, тривоги з клінічними показниками ІХС та ГХ.

Матеріал і методи дослідження. Дане дослідження проведено на 103 пацієнтах (43,2% жінок, 56,8% чоловіків, віком від 45 до 70 років). У дослідженні застосовувались ряд психологічних методик: шкала тривоги Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна, шкала депресії Гамільтона.

Результати дослідження. За шкалою Гамільтона виявлено 25 пацієнтів з депресією, 78 пацієнтів без депресії. У пацієнтів з депресією переважну більшість склали жінки - 14 (54%) проти 11 чоловіків (46%). В 11 пацієнтів (44%) спостерігалась депресія легкого ступеня, у 14 пацієнтів (56%) - середнього ступеня тяжкості. У 25 пацієнтів з депресією відмічали основні симптоми депресії: порушення сну - 23 пацієнтів (92%), відчуття провини і низька самооцінка - 11 (44%), труднощі при зосередженні - 18 (72%), збудження або гальмування - 8 (32%), пригнічення апетиту - 2 (8%), зниження лібідо - 7 (28%).

Оцінюючи показники шкали Спілбергера виявлено високий рівень тривоги у пацієнтів з депресією – 92% (22 осіб) проти 38% (30 осіб) у пацієнтів без депресії.

Депресія сприяла зростанню функціонального класу (ФК) стенокардії, зокрема, ІІІ ФК стенокардії зафіксовано у 23% з депресією проти 13% без депресії. Наростання ознак хронічної серцевої недостатності відмічено у групі пацієнтів з депресією - 16% проти 14% у пацієнтів без депресії. Вищий ступінь ГХ спостерігали у групі пацієнтів з депресією - 12,5% проти 9% у пацієнтів без депресії.

Застосування препаратів ізовалеріанової кислоти разом із стандартною терапією сприяють корекції психоемоційних розладів, збільшенню толерантності до фізичних навантажень, стабілізації рівня артеріального тиску.

Висновки. Пацієнти з ІХС та ГХ у поєднанні з депресією відрізняються вищими ФК стенокардії, серцевої недостатності і ступенем ГХ.

Додаткове призначення препаратів ізовалеріанової кислоти до стандартної терапії сприяє нормалізації психоемоційних розладів і покращує перебіг ІХС та ГХ.

СУЧАСНІ МЕТОДИ АНАЛІЗУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН З РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ТА СУБСТАНЦІЙ

Тимків С.М.
Науковий керівник - к.фарм. н., доц. У.Б. Сікорин
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
медичний коледж, спеціальність «Фармація»

Актуальним завданням фармації залишається удосконалення та розробка нових сучасних методів аналізу біологічно активних речовин з рослинної сировини та субстанцій. Лікарська рослинна сировина містить складний комплекс біологічно активних речовин (БАР), які проявляють багатосторонню дію на організм людини. Для правильної оцінки лікувальних властивостей рослин необхідно якнайповніше вивчити склад БАР та вибрати оптимальні методи їх аналізу. Для виявлення біологічно активних сполук і визначення їх вмісту, вдаються до фітохімічного аналізу. Методи фітохімічного аналізу наводяться у відповідній АНД на конкретний вид сировини.

Метою нашої роботи було дослідження сучасних методів аналізу біологічно активних речовин з рослинної сировини, субстанцій та фітопрепаратів.

Матеріали і методи. Вихідною сировиною для більшості препаратів є висушена рослинна сировина, в якій діючі речовини знаходяться у вигляді сухих конгломератів, адсорбованих на оболонках клітини і в порах.

Результати. Одним із важливих і поширених методів фітохімічного аналізу є хроматографічний метод, який є ефективним і зручним для розподілу багатокомпонентних сумішей, очистки та ідентифікації сполук. В хроматографічному аналізі застосовують різні сорбенти (алюмінію оксид, силікагель, поліамід, целюлоза тощо) і різні види хроматографії: колонкову, паперову, тонкошарову з використанням різних розчинників та їх сумішей. Найбільш надійними та ефективними методами вважаються газорідинна і високоефективна рідинна хроматографія. Ряд переваг має високоефективна рідинна хроматографія, яка зручна для розподілу, препаративного виділення і проведення якісного та кількісного аналізу нелетких термолабільних сполук. Для визначення вмісту діючих речовин застосовують і традиційні методи кількісного аналізу - гравіметричний (масовий) і титриметричний (об'ємний). Найчастіше використовують оптичні методи аналізу: фотоколориметричний, спектрофотометричний, флюорометричний, поляриметричний. Електрохімічними методами (потенціометричний і полярографічний) в основному користуються при аналізі фітопрепаратів або їх субстанцій. У випадку, коли якість сировини неможливо визначити вищезгаданими методами, звертаються до біологічного аналізу.

Висновок. Удосконалення та розробка нових сучасних методів аналізу біологічно активних речовин з рослинної сировини, субстанцій та фітопрепаратів залишається актуальним завданням фармації.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН З АНТИФУНГАЛЬНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Ткаченко В.В.
Науковий керівник – к.фарм.н., доц. Л.М. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

Розлади здоров'я людей, що спричиняються живими збудниками (вірусами, різноманітними бактеріями, найпростішими, грибками, гельмінтами, продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками) продовжують залишатися однією з найбільших проблем охорони здоров'я в усьому світі. Майже всі мікроорганізми здатні протистояти фармакотерапевтичним втручанням завдяки швидкій еволюції генетичних механізмів, що веде до формування резистентності та викликає необхідність перегляду стратегії й тактики застосування антибіотиків.

Метою роботи було вивчення перспектив застосування лікарської рослинної сировини для розробки нових лікарських засобів з антифунгальними властивостями.

На український фармацевтичний ринок антифунгальні припарати (полієнові антибіотики, імідазоли, триазоли) поставляють більше 11 фармацевтичних фірм з 10 країн світу. Це Німеччина, Індія, Франція, Італія, Україна, Польща, Угорщина, Ірландія, Чехія, Іспанія.

Антимікотичні лікарські форми для зовнішнього застосування використовують при мікозах шкіри й слизових оболонок (поверхневі мікози) - дерматомікозах, трихомікозах, оніхомікозах; підшкірних мікозах – хворобах імплантації, оскільки зазвичай вони виникають при потраплянні грибів внаслідок травми - хромомікозах, споротрихозах, еуміцетомах, феогіфомікозах і низці інших рідкісних мікозів.

Найкраща тактика лікування мікозів — це поєднання сучасних антифунгальних препаратів синтетичного походження з фітозасобами. Лікарські рослини виявляють антимікотичні, гіпосенсибілізуючі, седативні, протизапальні властивості і здатні підвищувати реактивність організму. Рослинні екстракти та ефірні олії застосовуються в народній медицині багатьох країн як антисептичні засоби. Антимікотичні властивості мають понад 1000 видів рослин, які належать до 137 родин. Їх використовують для профілактики та лікування дерматомікозів та інших грибкових уражень. Фітотерапія особливо ефективна при місцевому застосуванні. Біопрепарати рослинного походження, висушуючи шкіру і підсилюючи її кислу реакцію, створюють несприятливі умови для росту та розвитку грибкового міцелію. При цьому особливо важливим є практично повна відсутність побічних ефектів при застосуванні цих препаратів.

Найбільш перспективними є рослини, що вміщують ефірні олії та фенольні сполуки. Часто в народній медицині використовують шавлію лікарську (родина Губоцвіті), фенхель звичайний (родина Зонтичні), нагідки лікарські (родина Айстрові), представників родин жовтцеві, лілійні , які мають антимікотичні властивості. На основі цих рослин готують мазі, примочки, настої, відвари, гелі.

Таким чином, фітозасоби з антимікотичними властивостями, поряд із сильнодіючими антимікотичними хіміопрепаратами, можна рекомендувати як засоби для профілактики та лікування деяких грибкових інфекцій, з метою досягнення високих терапевтичних результатів з мінімальною шкодою для здоров'я людини. Також перспективним є розширення асортименту лікарських препаратів з антифунгальними властивостями на міжнародному та вітчизняному ринку.

КВАНТОВО-ХІМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ БУДОВИ ТА ВЛАСТИВОСТЕЙ МОЛЕКУЛИ АНАЛЬГІНУ

Тригуб І.Ю.
Науковий керівник - к. х. н. Д.О. Мельник
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хімії фармацевтичного факультету

Метою роботи було за допомогою сучасних квантово-хімічних методів розрахунків дослідження фармакодинамічних та фармакокінетичних властивостей анальгіну на рівні окремих атомів та молекул.

Матеріали і методи:квантово-хімчні дослідження молекули стрептоциду здійснені задопомогою програми HyperChem8.0.9. Спочатку проведено напівемпіричним методом AM1 оптимізацію геометрії. Для дослідження використанийалгоритм власного вектора. Досліджувані показники: відстані між атомами (Å),значення кутів між зв'язками (°),заряди на атомах в молекулі анальгіну;розподіл електронної щільності тільки зовнішніхвалентних електронів, загальна енергії (ккал/моль), енергія зв'язування(ккал/моль), теплота утворення (ккал/моль), значення дипольного моменту (D),локалізація та енергії вищої зайнятої (ВЗМО) і нижчої вільної (НВМО)молекулярних орбіталей (еВ), значення абсолютної жорсткості (ή) (еВ) досліджуваних молекул.

Результати дослідження.Геометрична будова молекули анальгіну та значення зарядів на атомах,розраховані методом напівемпіричним методом AM1. Розподілелектростатичного потенціалу молекули анальгіну показує, щонайбільшийзаряд зосереджений на сульфогрупі таатомах нітрогену піразольного циклу відстань між якими складає 5,88Å та 5,83Å.Визначені розміри молекул анальгіну передбачають його фармакологічну дію, якне стероїдного протизапального засобу. Неселективно блокує циклооксигеназу, знижує утворення простагландинів з арахідонової кислоти. Перешкоджає проведенню больових екстра- і пропріорецептивних імпульсів по пучках Голля і Бурдаха, підвищує поріг збудливості таламічних центрів больової чутливості.Виявляє аналгезуючу, жарознижуючу і деяку спазмолітичнудії.

Висновок:визначення квантово-хімічними методами просторової будови та розташування активних центрів в молекулі анальгіну та порівняння її з іншими подібними молекулами, дає уявлення про перспективність їх використання в медицині.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ СУМИ ГІДРОКСИКОРИЧНИХ КИСЛОТ У ТРАВІ ВИДІВ РОДУ ПРИВОРОТЕНЬ

Тучак Н.І.
Науковий керівник – к.фарм.н., доц. Л.М. Грицик
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра фармації

Рід Приворотень (*Alchemilla* L.) родини Розові (*Rosaceae*) налічує близько 1000 видів у світовій флорі, з яких на території України зростає 35. Проте, на вітчизняному фармацевтичному ринку відсутні як лікарські препарати на основі трави приворотня, так і рекомендації щодо її застосування. Тому, актуальним є вивчення хімічного складу трави видів роду Приворотень флори України для подальшого створення нових фітопрепаратів.

Метою роботи було дослідження вмісту суми гідроксикоричних кислот у траві видів роду Приворотень, що зростають та території західних областей України.

Завданням роботи було визначення кількісного вмісту суми гідроксикоричних кислот досліджуваних видів сировини.

Об'єктами дослідження обрано сировину 7 видів роду Приворотень: приворотня (п.) віялоподібного, п. туркульського, п. притупленого, п. світлолюбивого, п. зарубчастого, п. дрібнозубчастого, п. блискучого, які заготовляли протягом 2010 – 2013 рр. в околицях Івано-Франківської, Львівської та

Закарпатської областей.

Кількісне визначення суми гідроксикоричних кислот проводили спектрофотометричним методом у перерахунку на хлорогенову кислоту. Для приготування досліджуваного розчину 2,5 г (точна наважка) подрібненої сировини, яка проходить крізь сито з діаметром отворів 1 мм, поміщали в колбу місткістю 200 мл, додавали 60 мл води очищеної *Р*. Екстрагували три рази по 15 хв. Витяжки об'єднували і фільтрували. Фільтрат кількісно переносили у мірну колбу місткістю 200 мл і доводили об'єм розчину водою очищеною до позначки (розчин А). У мірну колбу місткістю 25 мл вносили 1 мл розчину А і розчиняли у 20 % спирті етиловому *Р*, доводили об'єм розчину тим самим розчинником до мітки. Оптичну густину одержаного розчину вимірювали на спектрофотометрі за довжини хвилі 327 нм у кюветі з товщиною шару 10 мм.

Результати дослідження. Встановлено, що вміст суми гідроксикоричних кислот у траві видів роду Приворотень знаходився в межах від 0,16 % до 0,22 % залежно від виду сировини та місця зростання. Максимальний вміст досліджуваної групи біологічно активних речовин (БАР) встановили у траві п. світлолюбивого (0,22 %), а менший вміст – у траві п. віялоподібного, п. зарубчастого та п. блискучого (0,16 - 0,17 %). Інші види роду Приворотень суттєво не відрізнялися за вмістом суми гідроксикоричних кислот.

Висновок: виявлені гідроксикоричні кислоти в комплексі з іншими БАР трави видів роду Приворотень дозволяють рекомендувати досліджувану сировину для покращення функціонального стану організму.

ПАСТИЛКИ – «СМАЧНІ» ЛІКИ

Хомик Ю.І., Панасюк А.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Медичний коледж, спеціальність «Фармація»
Кафедра організації та економіки фармації і технології ліків

Оральні кондитерські лікарські форми набувають дедалі більшої популярності, що пов'язана з простотою і зручністю застосування. Асортимент цих лікарських засобів невеликий. Найпоширенішим представником цієї групи є пастилки. Пастилки — тверда лікарська форма, яку одержують шляхом формування пластичної суміші лікарських речовин з основою, що містить допоміжні гелеутворювачі, призначена для застосування на слизові оболонки рота і глотки, рідше – для приймання всередину. Основою для приготування пастилок є кондитерська карамель, яка використовується для харчових або лікувально-профілактичних цілей. Розрізняють пастилки для розсмоктування і пастилки жувальні.

Дана лікарська форма має рядом переваг: зручність застосування, відсутність необхідності запивати водою, можливість пролонгування вивільнення лікарських речовин, використання для системної доставки лікарських засобів, які руйнуються в шлунково-кишковому тракті і печінці, надходження лікарських речовин до шлунково-кишкового тракту у розчиненому або суспендованому вигляді в слині, тобто в біодоступній формі.

На сьогоднішній день на фармацевтичному ринку України вітчизняні препарати у формі пастилок, на жаль, відсутні. Серед країн-виробників перше місце посідає Індія, друге – Словенія, третє – Німеччина. За фармакотерапевтичною дією сучасний асортимент пастилок представлений антисептичними засобами, які становлять 46,7%, відхаркувальними – 28%, препаратами, що стимулюють процеси імунітету – 6,5%, протикашльовими – 4,3%, засобами, що стимулюють рецептори слизової оболонки шлунка, муколітичними, вітамінними, проносними, в'яжучими та обволікаючими, залізовмісними засобами та препаратами для лікування нікотинової залежності.

Розробка, вдосконалення та розширення асортименту кондитерських лікарських препаратів у формі пастилок є актуальним та перспективним напрямом медицини та фармації, особливо з урахуванням потреб педіатричної і геріатричної практики. Дана лікарська форма служить альтернативою для пацієнтів, яким важко здійснювати процес ковтання, або для дітей, які ще не вміють ковтати ліки. Також перевагою пастилок є те, що вони можуть бути використані у будь-який час або у ситуаціях, коли вода не доступна.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ВИНИКЛА НА ГРУНТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Чоланюк Б.Б.
Науковий керівник - доц. Р.І. Белегай
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра клінічної фармакології і фармакотерапії

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є найбільш частим та важким ускладненням захворювань серцево-судинної системи, яке обумовлює втрату працездатності, є причиною інвалідизації й смертності, вкорочення тривалості та зниження якості життя все більшого числа хворих. Тому на початку XXI сторіччя лікування хворих ХСН залишається пріоритетною проблемою охорони здоров'я в розвинутих країнах.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей застосування β-адреноблокаторів (β-АБ) при ХСН, що виникла на ґрунті ішемічної хвороби серця (ІХС).

Проведено ретроспективний аналіз 150 історій хвороб пацієнтів з ХСН II- IV функціонального класу (ФК), які поділені на дві групи, у залежності від наявності фібриляції передсердь (ФП). У 1-у групу ввійшло 70 пацієнтів без даної патології, у 80 хворих 2-ої групи була діагностована ФП. У кожній групі пацієнти розподілені на підгрупи згідно фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ). Всі хворі, згідно рекомендацій Українського наукового товариства кардіологів, отримували один з β-АБ в індивідуально підібраних дозах: карведілол, невіболол, бісопролол, метопрололу сукцинат.

Установлено, що перебіг важкості ХСН залежить від наявності ФП. Так, у пацієнтів 1-ої групи ФВ ЛШ ≤45% спостерігалася у 9 (12,9%) осіб, тоді як у хворих 2-ої групи – 34 (42,5%).

При аналізі частоти використання β-АБ встановлено: у хворих 1-ої групи розподіл частоти використання препаратів був наступний: карведілол – 22 (31,3%) особи, небіволол – 9 (12,8%), бісопролол –31 (44,2%), метопрололу сукцинат – 8 (11,7%); у пацієнтів 2-ої групи – 48 (60,0%), 9(11,3%), 19 (23,7%), 4 (5,0%) відповідно. Як в 1-ій, так і в 2-й групах, у хворих із ФВ ЛШ ≤45% перевагу надали карведілолу: 8 (11,4%) і 31(38,8%) осіб відповідно. Дана тенденція пояснюється сприятливим впливом карведілолу на перебіг ХСН: покращення клінічного стану та якості життя хворих, суттєвого підвищення фізичної активності пацієнтів, зменшення частоти госпіталізацій, зростання ФВ ЛШ та зменшення розмірів серця.

Отже, використання β-АБ в комплексній терапії пацієнтів ХСН в цілому відповідає світовим стандартам.

ХІРУРГІЯ

ТИМЧАСОВА КОЛОСТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАД РОЗВИТКУ ТА ПОШКОДЖЕНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ.

Бабало О.В., Петруняк М.І.
Наукові керівники: к.мед.н., асист. О.Я. Матіяш, к.мед.н., асист. О.О. Курташ асист. О.Я. Борис
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Актуальність. При виконанні реконструктивно-пластичних операцій на дистальному відрізку товстої кишки при її вадах та ушкодженнях аноректальної ділянки необхідною умовою для загоювання рани первинним натягом є відключення дистального відділу товстої кишки шляхом тимчасової колостомії. Крім того, в ряді випадків, колостомія являється єдиним припустимим видом надання ургентної хірургічної допомоги дітям періоду новонародженості при аноректальних вадах, вадах розвитку товстої кишки, тощо. В зв'язку з цим, колостомія в теперішній час знаходить все більш широке застосування в дитячій хірургії.

Багато вузлових тактичних питань, пов'язаних із колостомією у дітей, ще не знайшли бажаного рішення. Це відноситься до показань, вибору методу та рівня накладання калової нориці при окремих видах патології.

Мета. Вивчити доцільність колостомії при лікуванні вроджених вад та пошкоджень товстої кишки у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати оперативного втручання 30 прооперованих дітей в період з 2010 по 2014 рр. Вік хворих 1-14 років. Зокрема було проведено колостомію дітям з наступними патологіями: Аноректальні вади розвитку – 14 (46,67%), Хвороба Гіршпрунга – 8 (26,67%), Травматичні пошкодження прямої кишки та промежини – 3 (10%), Рубцеві звуження та деформації промежини і прямої кишки – 2 (6,67%), Неспецифічний виразковий коліт – 1 (3,33%), Недостатність сфінктерного апарату прямої кишки – 2 (6,67%).

Було встановлено, що істотним чинником, який впливає на загальний стан дитини є стан протиприроднього відхідника. Тут найголовнішим являється догляд за колостомою. Виділення з кишечника не повинне подразнювати оточуючу шкіру. Для цього застосовуються різні види калоприймачів. Відмічено, що частота ускладнень після формування колостоми напряму залежить від гігієни навколо протиприроднього відхідника.

Шляхом тривалих спостережень за колостомами різних видів, зроблено висновок про найбільшу доцільність використання колостом кінцевого типу у дітей. Багатьом, в подальшому, можливе виконання реконструктивних операцій з відновленням функції природнього відхідника.

УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРАСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ

Вайнагій М.М., Петришин І.Ю.
Науковий керівник – д. мед.н., проф. С.М. Василюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії №1

Актуальність. Єдиним ефективним методом лікування холелітіазу на даний час залишається оперативне втручання. Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) впродовж останніх десятиліть є операцією вибору при гострому калькульозному холециститі . Впровадження цього методу у хірургічну практику дозволило значно покращити результати лікування пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою(ЖКХ),однак із збільшенням кількості таких операційних втручань, почали частіше зустрічатись ускладнення, які при лапаратомній холецистектомії (ЛХ) спостерігалися вкрай рідко.

Мета. Оцінити характер ускладнень при оперативному лікуванні калькульозного холециститу та, на основі аналізу причин і факторів їхнього виникнення, висвітлити заходи їхньої профілактики.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено аналіз оперативного лікування 1739 хворих на гострий та хронічний калькульозний холоцестит, які перебували у клініці в період з 2010 по 2014 рік. Серед обстежених пацієнтів було 252 чоловіка (14,5%), жінок 1487 (85,5%). Серед пацієнтів переважали особи віком понад 60 років – 43,1%. Всі хворі були прооперовані, у 1182 пацієнтів була проведена лапараскопічна холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холециститу. Оперативне лікування проводили в плановому порядку, після повноцінного лабораторно-інструментального обстеження хворих. У 480 хворих лапараскопічна холецистектомія виконувалась з приводу гострого калькульозного холоциститу , в терміни від 12 до 48 годин після поступлення в стаціонар. У 77 хворих виконували лапаратомну холецистектомію .У всіх цих пацієнтів діагностували гострий ускладнений калькульозний холецистит.

Найчастіше ускладнення холециститу зустрічалися у пацієнтів з гострими деструктивними його формами. Серед хворих, яким виконували ЛХЕ у 162 зустрічався паравезікальний інфільтрат, у 135 – водянка жовчного міхура та у 159 – емпієма жовчного міхура. У прооперованих лапаратомно пацієнтів часто зустрічалося поєднання декількох ускладнень. Біліарний панкреатит діагностували у 142 пацієнтів. Всі вони були прооперовані лапараскопічно.

Висновки.

1. Операцією вибору у хворих на гострий та хронічний холецистит є лапараскопічна холецистектомія, яка була виконана у 95,6 % спостережень. У 4,4 % пацієнтів виконувалась лапаратомна холецистектомія або конверсія.

2. Причинами конверсії при лапароскопічних оперативних встручаннях у хворих на калькульозний холецистит є щільний паравезікальний інфільтрат, синдром Міріззі, гангренозні зміни стінки жовчного міхура, неможливість ідентифікувати елементи шийки жовчного міхура та гепатодуоденальну зв'язку.

3. Ускладнення, які виникають при ЛХЕ, зумовлені анатомічним дезорієнтуванням хірурга під час операції, спричиненим кровоточивістю тканин, жировими нашаруваннями та запальними інфільтративними змінами органів панкреатогепатобіліарної зони.

ЛОКАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ГОСТРОМУ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТІ В ЕКСПЕРЕМЕНТІ

Винник Д.М.
Науковий керівник - д. мед.н, проф. М.Г. Гончар
Кафедри хірургії стоматологічного факультету
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мета дослідження: Покращити результати хірургічного лікування гострого інтерстиціального панкреатиту (ГІП) шляхом застосування гіпотермії (ГП) підшлункової залози (ПЗ).

Завдання дослідження:Експерементально розробити модель локальної гіпотермії (ЛГ) на тваринах . Вивчити ультраструктурні зміни ПЗ при гострому інтерстиціальному панкреатиті і ферментативну активність після застосування ЛГ. Розробити метод гіпотермії при операційному лікуванні ГІП.

Матеріал та методи дослідження. Досліди проведенні на 60 білих щурах лінії "Вістар". Для моделювання ГІП було вибрано "церулінову модель". Всі піддослідні щурі були поділені на 3 групи: І гр. – щурі з ГІП, у яких проведена гіпотермія ПЗ запропонованим методом, яким проведена консервативна терапія ГІП (згідно стандартних протоколів); ІІ гр. – щурі з ГІП, у яких проведена лапаротомія і консервативна терапія ГІП; ІІІ гр. – щурі з нелікованим ГІП. Наявність ГІП була оцінена гістологічно, підвищеним рівнем АА і наявністю прозапальних медіаторів (ІЛ1, ІЛ6). Гіпотермія у тварин з І гр. проводилась наступним чином: на 3-5 годині після введення церуліну під наркозом виконувалась лапаротомія, через бічні контрапертури встановлювавали дренаж з отворами над ПЗ. Дренаж був під'єднаний до інфузомата, який протягом 10-12 год подавав охолоджений 0,9% NaCl з температурою 4°С. Після 13-15 год від початку захворювання проводився забір ПЗ для гістологічного дослідження і забір крові з черевного відділу аорти (альфа амілаза (АА), ІЛ1, ІЛ6, С-реактивний білок (СРБ)). Вимірювання температури ПЗ відбувалось з допомогою електричного термометра, мініпровідник якого встановлювався на поверхні ПЗ під час лапаратомії, ПЗ охолоджували до температури 36-30°С. **Висновки** Застосування локальної гіпотермії ПЗ при ГІП у щурів, зменшувало ферментну актвність в 3,2 рази протягом перших 12 годин від початку захворювання і зменшення рівня медіаторів запалення ІЛ6 і СРБ, що свідчить про позитивний ефект гіпотермії. ІЛ1 в межах перших 12 год не показував специфічної чутливості при ГІП, що дає підстави вважати неефективним застосування його в діагностиці на ранніх етапах захворювання. ІЛ6 виявив специфічність при ГІП, що вказує на його ефективність в комплексній діагностиці ГІП і може слугувати медіатором відповіді білків гострої фази запалення, відображає активність протизапальних цитокінів.

ОПИТУВАЛЬНИК VASCOQUOL-6 В ОЦІНЦІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ПЕРИФЕРІЙНОЮ АРЕТРІАЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ

Вишневський М.І.
Науковий керівник - к. мед.н. доц. І.В. Дмитрів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії

Останніми роками в медицині значний розвиток отримали дослідження якості життя пацієнтів. З цією метою використовуються стандартизовані опитувальники. Зокрема для пацієнтів з периферійною артеріальною хворобою (ПХА) загальний оптувальник SF-36 та хворобоспецифічний Vascuquol-25

(Morgan та співавт.2000). J. Nordanstig та співавтори (2014) продемонстрували високу точність скороченого тесту-Vascuquol-6.

Метою роботи є вивчення деяких показників якості життя хворих з периферійною артеріальною хворобою з використанням опитувальника Vascuquol-6- до, та в різні терміни після реваскуляризації.

В даній частині роботи представлені результати першої частини, а саме до оперативного втручання.

В ході роботи вирішувались наступні завдання:

1. Анкетування пацієнтів з ПАХ та розподіл їх на групи за ступенем Fountaine та за ризик-факторами.

2.Зясування наявності кореляції між ступенем ПАХ та загальним балом якості життя, а також різниці між групами ризику.

Матеріали і методи.Якість життя за опитувальником Vascuquol-6 була вивчена загалом у 27 пацієнтів із встановленим діагнозом ПАХ до операції реваскуляризації. З них 11 чоловіків (40,7%) та 16(59,3%) жінок віком від 44 до 78 років. База дослідження- судинний відділ Івано-Франківської обласної лікарні.

Тест включає п'ять доменів: фізична активність, симптоматика, емоційний стан, соціальна активність, біль. Кожен містить по 4 відповіді за рангом.

Пацієнти були розподілені на групи згідно до стадії ПАХ за Fountaine,- функціональної компенсації, субкомпенсації, декомпенсації та деструктивних змін. В дослідженні вивчались також фактори ризику: паління, цукровий діабет, ожиріння, високий артеріальний тиск, гіперліпідемія, обтяжена спадковість, гіподинамія.

Статистична обробка результатів виконана в програмі SPSS-15 і включала дескриптивний та корелятивний аналіз (тест Spearman), а також аналіз міжгрупової різниці (тест ANOVA).

Результати.Серед анкетованих пацієнтів виділено основними такі фактори ризику: паління- у 18,5 %, цукровий діабет- у 37,0%, ожиріння- 14,8%, гіперліпідемія- 3,7%, обтяжена спадковість-3,7%, гіподинамія-7,4%. Розподіл за стадіями: функціональної компенсації- 18,5%, субкомпенсації-37,0%, декомпенсації-22,2%, деструктивних змін-22,2%. Загальний середній бал якості життя склав для 1 стадії-17 (девіація 1,095), для 2 стадії- 13,25 (0,866), для 3 стадії-9,33(0,918), для 4 стадії- 7,33 (1,201). Розрахунком коефіцієнта Spearman виявлено високу двосторонню кореляцію загального балу якості життя та стадії ПАХ ($P<0,0001$). Ця ж тенденція підтверджена і для кожного домену зокрема. Щодо факторів ризику, то серед курців загальний середній бал склав 7,8, у хворих діабетом- 11,4, ожирінням-13,25, гіпертензією- 13,37, гіперліпідемією-17,0, при обтяженій спадковості- 14,0, при гіподинамії- 13,5. Вірогідної різниці в балах між групами при застосуванні тесту ANOVA не виявлено.

Висновок.Числові показники якості життя пацієнтів з периферійною артеріальною хворобою за опитувальником Vascuquol-6 корелюють із стадією захворювання і можуть використовуватись як додатковий діагностичний інструмент.

СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ З ФЛЕГМОНОЮ ШИЇ ТА СУПУТНІМ ГНІЙНИМ НИЗХІДНИМ МЕДІАСТИНІТОМ

Гаврилюк О.С.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. С.С. Сніжко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №2 та кардіохірургії

Мета роботи: В основу роботи покладено комплексний аналіз діагностики хворих з ФШ, ускладнених ГНМ та сепсисом. Флегмона шиї(ФШ) є найбільш частою причиною виникнення ускладнень, що створюють пряму загрозу життю хворого. ФШ може поширюватися у середостіння

з розвитком гнійного низхідного медіастиніту(ГНМ), що призводить до синдрому системної запальної відповіді(ССЗВ) і сепсису. За даними світових досліджень, сепсис, який посідає 11 місце серед всіх причин смертності населення, діагностують у 45-100% випадків хворих на ГНМ. Завданням є розробка ефективних методів як хірургічного лікування, так і інтенсивної терапії, в залежності від виду та поширення гнійно-некротичного процесу, а також визначення характеру збудника та чутливості його до антибіотиків. **Матеріали і методи:** Проведений аналіз безпосередніх результатів лікування 43 хворих, віком від 21 до 76рр., які знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу глибоких ФШ, ускладнених ГНМ та сепсисом. Для діагностики застосовували Rtg ОГК, ультрасонографію, КТ, ФГС та ФБС – за показаннями. Всім хворим під час оперативного втручання проведено бактеріологічне дослідження гною. Для діагностики ССЗВ застосовували класичну класифікацію R.Bone(1991р.) та вдосконалену концепцію PIRO(2001р.). **Результати:** В ході дослідження виявлено, що за розвитком ГНМ, сепсис діагностовано у всіх 43 хворих за встановленими діагностичними ознаками. Згідно результатів бактеріологічного дослідження St. epidermidis виявлено у 25(58,1%) хворих, Ps. Aeruginosa – у 3(6,9%), St. aureus – у 2(4,6%), E. colli – у 2(4,6%), у 11(25,5%) хворих посів росту не дав. Після повноцінного адекватного оперативного втручання, а також забезпечення адекватного дренування, проведена антибактеріальна терапія. Згідно з даними антибіотикограм, чутливість до цефалоспоринів виявлено у 30(55,5%) хворих, фторхінолонів – у 29(53,7%), іміпенему – у 18(33,3%), поліміксину – у 14(25,9%), аміноглікозидів – у 12(22,2%) хворих. Враховуючи результати, для стартової а/б терапії у хворих на ГНМ використовували цефалоспорини III-IV покоління та респіраторні фторхінолони з послідуючою зміною препаратів після результатів отримання антибіотикограм. **Висновок:** Ефективність лікування ГНМ, ускладненого сепсисом, залежить від 3 стратегічних напрямків: усунення вогнища запалення і блокади подальшого поширення інфекції, впливу на запальні каскадні рекції, а також інтенсивної підтримки функції органів-мішеней. Кожного пацієнта необхідно обстежувати для визначення джерела інфекційного процесу і проведення контролю за ним (source control). У перспективі подальших досліджень - вивчення нових методів діагностики на хірургічного лікування хворих з ГНМ та сепсисом відповідно до нових концепцій (розробок Surviving Sepsis Campaign).

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СДИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛІМЕНТАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Голота І.П.,Тимошенко В.А.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. В.В. Балабуєва
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра хірургії №2

Мета роботи полягала у визначенні змін структури слизової оболонки ДПК у 30 хворих похилого і старечого віку при ГП.

Матеріали та методи дослідження. Пацієнтам проводили ендоскопічне обстеження (ФГДС). ФГДС завершували взяттям прицільної біопсії з ділянки наближеної до великого дуоденального соска. Контрольне дослідження виконували на 10 добу стаціонарного лікування, на тлі оптимізованої консервативної терапії.

Результати досліджень. Результати ФГДС пацієнтів 1-ї групи слідуючі: просвіт ДПК нормального діаметру, незначна кількість пінистого секрету, еластичність задовільна, перистальтика ретроградного типу. Гістологічне дослідження біоптатів отриманих у пацієнтів з інтерстиційною формою захворювання виявили поліморфізм, деформацію та дискомплектацію ворсинок слизової оболонки ДПК, зі злущеними епітеліоцитами в просвіті.

У пацієнтів 2-ї групи Слизова оболонка ДПК виразно дифузно гіперемована, «строката», блискуча, помірно набрякла, що було розцінено як еритематозна дуоденопатія. При гістологічному дослідженні більша частина кишкових ворсинок були вкорочені, з чисельними ділянками десквамації на верхівках − покривні епітеліоцити на них не утворювали суцільного шару.

Під час проведення ФГДС у хворих 3-ї групи виявлено звуження просвіту ДПК, за рахунок спастичного компоненту. При гістологічному дослідженні кишкові ворсинки вкорочені, з поліморфізмом, деформацією, дискомплектацією та вогнищевою десквамацією епітеліоцитів на верхівках.

Ендоскопічне дослідження пацієнтів 4-ї групи виявило різке функціональне звуження просвіту цибулини ДПК і самої кишки, за рахунок спастичного компоненту. Гістологічне виявило поліморфізм, деформацію та дискомплектацію ворсин.

Висновки. Дослідження змін ДПК при різному стані первинного морфологічного субстрату захворювання, дозволило зробити висновок, що глибина та вираженість структурних змін стінки ДПК прямо пропорційно залежать від розповсюдженості некротичних змін в тканинах ПЗ і можуть слугувати об'єктивними критеріями визначення морфологічної форми ГП у пацієнтів старшої вікової групи.

ПРОФІЛАКТИКА СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ КАЛЬОЗНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ

Гризун І.О., Садовий І.Я.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. Р.Т. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №2 та кардіохірургії

Актуальність проблеми. Стриктура анального каналу залишається одним із найбільш складних колопроктологічних захворювань. За даними літератури анальна тріщина посідає третє місце після запальних захворювань товстої кишки та геморою, а її частка в структурі прооперованих в спеціалізованих відділеннях хворих сягає 11 %. Тому, під час проведення оперативного втручання у хворих з хронічної кальозної анальної тріщини слід приділяти велику увагу заходам, які спрямовані на профілактику розвитку цього ускладнення.

Мета: оцінити ефективність застосування і вивчити безпосередні та віддалені результати застосування розробленої методики ліквідації хронічної кальозної анальної тріщини.

Методи та результати досліджень. Проаналізовані результати хірургічного лікування 31 хворого, які знаходилися в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2013 по 2015 рр. Серед обстежених хворих 12 (38,7 %) чоловіків, 19 (61,3 %) жінок, віком від 24 до 59 років. Середній вік чоловіків – 42,81 ± 3,2 років, жінок - 38,35 ± 2,9 років. Групи хворих співставимі за віком, статтю, ступенем тяжкості захворювання. Терміни спостереження у

післяопераційному періоді від 2 місяців до одного року.

До дослідної (основної) групи включені 15 (49,1 %) хворих, яким оперативне втручання проводили за методикою розпрацьованою в клініці. До групи порівняння включено 16 (50,9 %) хворих прооперованих за класичною методикою, яка передбачає висічення анальної тріщини та виконання задньої дозованої сфінктеротомії.

Висновки. Застосування розробленої методики ліквідації хронічної кальозної анальної тріщини із застосуванням технічних прийомів профілактики розвитку стриктури анального каналу дозволило уникнути її виникнення у всіх прооперованих хворих. Натомість у групі порівняння, виникнення компенсованої післяопераційної стриктури анального каналу відзначали у 6,25% хворих.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АБДОМІНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Лецюк Н.С., Охрим Т.М., Прокоп'юк М.М.
Науковий керівний – к.мед.н., доц. І.В. Біцька
ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №1

За даними літератури абдомінальний туберкульоз складає 2-3% серед усіх випадків позалегеневих форм туберкульозу. Рідкість даної патології вимагає наголошувати увагу клініцистів на особливостях його діагностики та своєчасного лікування. Туберкульоз черевної порожнини не має класичних клінічних проявів і в більшості випадків протікає під прикриттям інших захворювань черевної порожнини. В 50-70% хворих він діагностується випадково під час оперативних втручань з приводу пухлин черевної порожнини, виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки, кишкової непрохідності, апендициту та ін.. Випадково зустрівшись із абдомінальним туберкульозом різноманітної локалізації хірург часто буває не готовим до вибору оптимального об'єму операції, так як, рідко думає про диференційну діагностику захворювань органів черевної порожнини з абдомінальними формами туберкульозу. В розвитку даного захворювання головна роль належить лімфогенному шляху розповсюдження інфекції. Кожне туберкульозне вогнище первинної чи постпервинної інфекції може бути джерелом лімфогенної дисемінації. Проте найбільш частим є лімфатичні вузли кореня легені. Уражуючись в період первинної інфекції мезентеріальні лімфатичні вузли в подальшому самі можуть бути джерелом дисемінації по лімфатичним шляхам. Уражені туберкульозом мезентеріальні лімфовузли в силу своєї анатомічної близькості з очеревиною та кишківником не рідко втягують їх в процес контактним шляхом.

В клініку кафедри хірургії №1 поступив пацієнт М., 30 р., з клінікою розлитого перитоніту в стадії поліорганної недостатності. В анамнезі – туберкульоз обох легень. Під час операції в черевній порожнині виявлено до 2 л гнійно-фібринозного випоту. Мезентаріальні лімфовузли збільшені. Петлі кишечника вкриті фібрином, на відстані 1,5 м від зв'язки Трайца серозна оболонка тонкої кишки вкрита міліарними горбиками в діаметрі від 1,0 до 2,5 см, з некротизованими краями. На всьому протязі тонкого кишечника наявні множинні перфоративні отвори діаметром 0,3-0,5 см. Очеревина змінена, тьмяна з ділянками крововиливів. Проведено резекцію ураженого тонкого кишечника в межах життєздатних тканин довжиною 1,5 м, з накладанням ілеотрансверзо анастомозу. Черевну порожнину ретельно сановано і дреновано з 4 точок за загально-прийнятою методикою. Заключення ПГД №32587-90: в препаратах жирова сполучна тканина з ділянками крововиливів, гнійно-некротичних змін, у окремих ділянках вогнища туберкульозного запалення. ПГД № 32587: туберкульозний лімфаденіт. Післяопераційний період протікав важко, на другу добу після операції пацієнт помер від ендогенної інтоксикації. Діагноз: гематогено-диссемінований туберкульоз легень, кишечника, очеревини та брижевих лімфатичних вузлів. Перфорації тонкого кишечника. Розлитий гнійно-фібринозний перитоніт.

ЧЕРЕЗШКІРНА ПУНКЦІЙНА ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ХРЕБЦІВ

Мазур Ю.В.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. А.М. Нетлюх
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра невропатології і нейрохірургії ФПДО

Актуальність. Остеопоротичні переломи хребців є поширеною причиною болю та інвалідності. На даний момент не існує єдиної думки щодо доцільності й безпеки проведення черезшкірної пункційної вертебропластики (ЧПВ) при даній патології.

Метою роботи є оцінка ефективності лікування остеопоротичних переломів хребців з допомогою ЧПВ.

Матеріали і методи. Методом ЧПВ оперовані 28 хребців у 19 хворих, в яких причиною перелому був остеопороз. Для об'єктивізації інтенсивності болю до і після операції та оцінки ефективності лікування використовувалась числова шкала оцінки інтенсивності болю (NRS). Проводилася рентгенморфометрія хребців до і після втручання, встановлювався провідний тип деформації та її ступінь.

Результати дослідження. При передній клиноподібній деформації після ЧПВ ми спостерігали зменшення болю на 4,7±0,7 балів за NRS, при двоввігнутій–на 3,8±0,4 балів, а при компресійній деформації – на 3,3±0,7 балів. У випадках, коли ступінь компресії хребця був < 30%, регрес болю після ЧПВ становив 4,2±0,4 балів за NRS, а при деформації > 30% - 3,5±0,9 балів. Якщо втручання було проведене в перший тиждень від моменту виникнення симптомів, регрес болю відзначений в середньому на 5,5±0,7 бала. При оцінці результату ЧПВ, проведеної в терміни> 1 тижня, але < 1 місяця, регрес болю становив 4,0±1,0, а в термін 1 місяць і більше - 5,3±0,9 балів за NRS.

Висновки. ЧПВ дозволяє досягти швидкого знеболюючого ефекту при остеопоротичних переломах хребців. При плануванні та виборі терміну проведення ЧПВ необхідно враховувати тип та ступінь деформації хребця, інтенсивність болю. Найкраща ефективність ЧПВ нами відзначена при віці перелому >1 місяця, помірному зниження висоти тіла хребця при наявності передньої клиноподібної або двоввігнутої його деформації.

ЗНАЧЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛАНГІОПАНКРЕАТОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Маліборська С.В.
Науковий керівник - д. мед. н., проф. С.М. Василюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №1

Актуальність теми. Проблема лікування гострого біліарного панкреатиту зумовлена виникненням каскаду поєднаних патологічних процесів в органах панкреатобіліарної зони, розвитком деструктивних форм ураження підшлункової залози із некрозами в заочеревинній жировій клітковині та труднощами діагностування захворювання в ранні його терміни.

Мета дослідження – вдосконалити діагностику ГБП шляхом впровадження МРТ панкреатогепатобіліарної зони та ЕРПХГ.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано особливості діагностики та лікування 60 пацієнтів з ГБП. Всі хворі були поділені на три групи, в залежності від особливостей клінічної картини. У 20 пацієнтів першої групи клініка ГБП була подібною до клінічних ознак гострого холециститу. У них не відмічали холедохолітіазу. У 20 хворих другої групи відмічався холелітіаз без обтурації загальної жовчної протоки. І, нарешті у 20 пацієнтів третьої групи спостерігалось вклинення конкремента у великому дуоденальному соску.

Результати та їх обговорення. Ультрасонографія була застосована у всіх пацієнтів. У 3 хворих (15,0 %) першої групи при проведенні цього обстеження не вдавалось чітко візуалізувати просвіт загальної жовчної протоки. У них було проведено МРТ, яке виключило холедохолітіаз і дозволило накреслити подальшу хірургічну тактику без ендоскопічної інвазії через великий дуоденальний сосок. Серед пацієнтів третьої групи у 5 (25,0%) проводили МРТ, яке дозволило уточнити характер обтурації загальної жовчної протоки, розміри конкрементів та їх локалізацію. Застосування МРТ у хворих цієї групи дозволило обмежитись при виконанні ЕРПХГ тільки канюлюванням великого дуоденального соска без проведення папілотомії. Серед хворих третьої групи у 6 (30,0 %) при проведенні ультрасонографії залишалась невідомою причина розширення холедоха. МРТ дозволила візуалізувати конкремент, вклинений у великий дуоденальний сосок. Це дозволило полегшити ендоскопічну екстракцію конкремента та уникнути попередньої катетеризації і контрастування загальної жовчної протоки для топічної діагностики конкремента.

Висновок. МРТ є неінвазивним методом обстеження пацієнтів з ГБП і володіє високою діагностичною цінністю. Його слід використовувати при неможливості отримання повноцінної діагностичної картини при ультрасонографії. Застосування МРТ дозволяє уникнути ЕРПХГ або

накреслити подальшу тактику ендоскопічної інвазії через великий дуоденальний сосок.

РЕАКТИВНІСТЬ ДИСТАЛЬНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ З МЕДІАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРІЙ.

Михалойко І.Я.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. Р.В. Сабадош
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії стоматологічного факультету.

Актуальність теми.За сучасними науковими даними однією з ведучих патогенетичних ланок синдрому діабетичної стопи (СДС) є медіакальциноз артерій (МК). В результаті МК артерія перетворюється на ригідну трубку з фіксованим діаметром, що створює передумови для розвитку «функціональної» ішемії кінцівки, тобто ішемії, яка виникає на фоні станів які потребують збільшення об'ємного кровотоку і в першу чергу при фізичному навантаженні, а також можливо, і при других станах (запалення).

Мета роботи: вивчити реактивність дистального артеріального русла у пацієнтів на СДС з МК артерій.

Методи та результати досліджень. Обстежено 62 хворих на СДС з ЦД II типу, важкою формою, субкомпенсованим перебігом . Серед них 50 чоловіків та 12 жінок. Середній вік хворих 66,7±5,3 року. Усі хворі знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділені Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні і мали ураження тільки периферичного артеріального сегменту. Діагноз СДС встановлювали згідно вимог Міжнародної угоди по діабетичній стопі. Ступінь вираженості медіакальцинозу оцінювали ренгенографічно за класифікацією В.А. Горєлишева. Для оцінки мікроангіопатії вивчали показник транскутанної напруги кисню ($tcpO_2$) апаратом TCM-2 Radiometer (Данія), укомплектований нагріваючим кисневим електродом типу «Clark». При цьому вимірювали як базальний рівень $tcpO_2$, так і динаміку змін при проведенні ортостатичної проби з опусканням ноги ($tcpO_2$ OH).

Результати дослідження. Серед 62 обстежених хворих із СДС рентгенографічно МК різного ступеня вираженості був виявлений у 35 осіб, 27 пацієнтів не мали цієї патології. Відповідно до цього пацієнтів розділено на 2 групи. У пацієнтів обох груп базальний рівень транскутанної напруги кисню достовірно не відрізнявся ($p>0,05$) і становив відповідно у I групі з МК 32,5±1,18 мм.рт.ст., у II групі без МК 33,7±1,09 мм.рт.ст. Отже, у пацієнтів обох груп був наявний субкомпенсований ступінь порушення мікроциркуляції. Що стосується рівня максимальної напруги кисню, тобто, після проби на реактивну гіперемію з опусканням кінцівки, то у I групі хворих достовірного його збільшення по відношенню до базального рівня не виявлено ($p>0,05$), натомість у хворих II групи без МК ми відзначили достовірне зростання даного показника ($p<0,05$).

Висновки:

1. У хворих з МК порушена реактивність судинної стінки, що створює передумови для виникнення функціональної ішемії.
2. Використання судиннорозширюючої терапії у хворих з МК може бути неефективне внаслідок ригідності судинної стінки.

НИРКОВА КОЛІКА: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНГІБІТОРІВ ЦОГ

Новіцький М.Ю., Сов'як Н.М., Хорощак Ю.М.
Науковий керівник – проф. М.В. Зеляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра урології

Метою роботи є вивчення можливостей і особливостей лікування ниркової коліки за допомогою інгібіторів циклооксигенази.

Матеріал і методи: опрацьовано літературу і наукові статті на дану тему.

Результати дослідження:

Зазвичай терапія ниркової коліки включає як можна найбільш раннє застосування ненаркотичних анальгетиків, серед яких нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) знайшли найбільш широке застосування в усьому світі як невід'ємна складова алгоритмів знеболюючої терапії больового синдрому різного ступеня вираженості.

Ефективність препаратів цієї групи при нирковій коліч-

ці обумовлена гальмуванням синтезу простагландину Е2, редукцією ниркового кровотоку і зменшенням утворення сечі, що сприяє зниженню тиску в нирковій мисці і сечоводі, забезпечуючи тривалий аналгезуючий ефект. Таким чином, застосування НПЗП є ефективним рішенням при виборі знеболювальної терапії ниркової коліки.

Доцільність застосування НПЗП в якості препаратів першого вибору в лікуванні больового синдрому при нирковій коліці відзначена в ряді досліджень (Ebell MH, 2004; Thomas A., Andrianne R., 2004; Engeler DS et al., 2008; Trinchieri A. et al., 2008 ; Pedersen KV et al., 2011; Xavier A., Maxwell AP, 2011).

Кокранівський огляд 20 рандомізованих контрольованих випробувань (1613 пацієнтів) свідчить, що застосування як наркотичних анальгетиків, так і НПЗП сприяє клінічно значущому зниженню вираженості болю у пацієнтів з нирковою колікою (Holdgate A., Pollock T., 2004).

Висновок: Внаслідок опрацювання матеріалу на дану тему, можна зробити висновок, що застосування інгібіторів ЦОГ-2, а саме селективних, є доцільним і правильним вибором при лікуванні ниркової коліки.

ФІМОЗ. ДОЦІЛЬНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Озарко Н.Б., Остафійчук Н.Б.
Науковий керівник – д. мед. н.,проф. М.В. Зеляк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра урології

Актуальність: Близько 1% хлопчиків в періоді статевого дозрівання мають фімоз, що вимагає адекватного лікування.

Мета дослідження: Аналіз літератури для з'ясування ефективності та переваг консервативного методу лікування фімозу.

Фімоз – це стан, при якому не можливе відкриття крайньої плоті через наявність щільного дистального препуціального кільця.

На даний час застосовують два основні методи лікування - оперативний (безкровна операція і циркумцизіо) та консервативний. Особливого значення консервативний метод набуває у дітей та осіб з обтяженим анамнезом(цукровий діабет, ВІЛ-інфекція тощо)

В основі консервативного методу покладено використання місцевих м'яких лікарських засобів з вмістом стероїдних гормонів та нестероїдних протизапальних препаратів.

Під час огляду світової літератури з'ясувалось, застосування м'яких лікарських форм необхідно поєднувати з механічним відведенням крайньої плоті. Близько половини пацієнтів відзначають ефект лікування вже через місяць і не потребують оперативного втручання. Одна четверта пацієнтів все ж потребують оперативного лікування. Ефективність консервативного лікування залежить від віку пацієнта та ступеня фімозу.

Висновок: консервативне лікування фімозу доцільно застосовувати у дитячому віці, у пацієнтів з I і II степенем фімозу та за наявності протипоказів до оперативного втручання.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СТОПИ ШАРКО УСКЛАДНЕНОЇ ГНІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Оріщак О.Р., Іванчук Н.А., Хорощак В.Я., Соколовський В.І.
Науковий керівний – к.мед.н., доц. І.В. Біцька
ДВНЗ « Івано-франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії№1

В структурі синдрому діабетичної стопи діабетична остеоартропатія розглядається окремо так як рідко зустрічається і в більшості випадків має незадовільні результати лікування. Вперше цей стан був описаний в 1703 році англійським лікарем і вченим Джоном Керелі Мітчеллом. Патогенетичний зв'язок специфічного ураження гомілково-ступневого суглобу з порушення периферичної інервації був встановлений в XIX ст. французьким неврологом Жан-Мартеном Шарко, який досліджував прояви третинного сифілісу. На даний час характерні порушення кістково-суглобового апарату у хворих з дистальною нейропатією мають назву стопи Шарко. Із 1936 року в літературі появляються дані про стопу Шарко у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД). Загальноприйнятим є наступне визначення діабетичної остеоартропатії: деструкція кістки і суглобу неінфекційного характеру, на фоні діабетичної нейропатії. Повідомлення про поширеність цього захворювання серед хворих на ЦД мають деякі протиріччя і коливаються в межах від 0,1 до 55%. Як правило, стопа Шарко діагностується у пацієнтів з тривалістю захворювання на цукровий діабет більше 15 років. Дані про гнійні ускладнення, ампутації а також про віддалені результати реконструктивних оперативних втручань у даної категорії хворих або відсутні, або є недостовірними. У зв'язку з цим, має певний інтерес наведене нами клінічне спостереження успішного лікування пацієнта із стопою Шарко ускладненою флегмоною.

Хворий Ч., 44 роки, поступив в клініку хірургії №1 зі скаргами на інтенсивний набряк і деформацію лівої стопи і гомілково-ступневого суглобу, почервоніння шкіри, по латеральній поверхні стопи, підвищення температури тіла до 39°С, на загальну слабість, сухість в роті, нудоту, блювоту. Хворіє на ЦД I типу 20 років. 5 місяців тому у хворого було діагностовано перелом кісток склепіння стопи. В амбулаторному порядку лікувався у травматолога, пацієнту було накладено гіпсову пов'язку. Проте, після закінчення курсу лікування набряк і деформація стопи прогресували. У зв'язку із посиленням набряку стопи почервонінням шкіри та підняття температури тіла до 39°С, появою нудоти і блювоти, які турбували пацієнта на протязі 3 діб, звернувся за медичною допомогою. На рентгенограмі лівої стопи- ознаки остеомієліту кісток склепіння стопи. Хворому встановлено діагноз: Діабетична остеоартропатія зліва – стопа Шарко, ускладнена флегмоною стопи, остеомелітом кісток стопи, ЦД I тип, важка форма в стадії субкомпенсації. Місце хвороби: ліва нижня кінцівка набрякла до рівня колінного суглобу, стопа і гомілково-ступневий суглоб різко деформовані, наявний набряк і гіперемія з ознаками флюктуації по латеральній поверхні. Хворому проведено операцію: канюлювання лівої нижньої надчеревної артерії для довготривалого регіонарного введення розчинів антибіотиків, дезагрегантів, препаратів альфа-ліполієвої кислоти, кориговано рівень цукру в крові. Проведено розкриття, санацію та дренування флегмони лівої стопи поліхлорвініловими трубочками для проточного лаважу ран розчинами антисептиків: декасану, хлоргексидину, 3% спиртовим розчином борної кислоти. Це дозволило добитися ліквідації запального процесу в стопі, припинити лізис кісткової тканини. Хворий виписаний в задовільному стані на амбулаторне лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ПРОТОЦІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ГОСТРОМУ БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Петраш А.В.
Науковий керівник - к. мед.н. асист. Р.Т. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №2 та кардіохірургії.

Актуальність проблеми. Висока захворюваність гострим панкреатитом (ГП) при жовчокам'яній хворобі, ускладненій холедохолітіазом, зумовлена анатомічною та функціональною спільністю протокових систем позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози. Провідним фактором розвитку ГП у цих хворих є порушення відтоку панкреатичного соку та розвиток внутрішньопротокової гіпертензії. Ефективність ранньої ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕРХПГ і ПСТ) та холедохолітоекстракції при ГП спричиненому жовчокам'яною хворобою і холедохолітіазом не викликає сумнівів.

Мета. Визначити ефективність лікування хворих на біліарний ГП шляхом проведення тимчасового стентування протоки підшлункової залози (ППЗ) у хворих із прогнозовано тяжким перебігом захворювання в комбінації з папілосфінктеротомію (ЕПСТ) і ендоскопічною холедохолітоекстракцією (ХЛЕ).

Методи та результати дослідження. Проведено аналіз лікування 41 хворого на біліарний ГП, 29 (70,7%) жінок, 12 (29,3%) чоловіків впродовж 2013-2015 рр. Досліджувана група становила 16 (39,9%) хворих, яким було проведено ЕПСТ+ХЛЕ і доповнювали тимчасовим стентуванням ППЗ малокаліберними стентами. Група порівняння - 25 (60,1%) хворих, у яких ендоскопічні втручання включали ЕПСТ та успішну ХЛЕ. В групі порівняння у 80% хворих спостерігався абортивний перебіг ГП, у 12% хворих вогнищевий асептичний панкреатит, у 8% хворих - інфікований субтотальний панкреонекроз. В досліджуваній групі абортивний перебіг ГП становив 87,5%, асептичний панреонекроз 12,5%. В досліджуваній групі летальність становила 0% випадків(в порівняльній - 8%), кількість ускладнень зменшилась до 12,5% (з 20% порівняльної групи), тривалість післяопераційного періоду зменшилась від 12,8 до 7,3 л/д відповідно.

Висновки. Впровадження раннього тимчасового стентування протоки підшлункової залози у хворих на біліарний ГП з прогнозовано тяжким перебігом захворювання, сприяло зниженню частоти розвитку тяжких форм панкреонекрозу, летальності та тривалості стаціонарного лікування.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Петрашенко И.И.
Научный руководитель – д.мед.н., проф. А.Б. Кутовой.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
Кафедра хирургии №2

При физиологической беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят изменения, направленные на поддержание равновесия в системе гемостаза. В отношении остро возникающих в этот период хирургических заболеваний беременные обладают ограниченными компенсаторными возможностями.

Цель исследования: изучить основные показатели гемостаза у беременных с острым аппендицитом при лапароскопическом способе лечения.

Материалы и методы. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 75 беременным. Средний возраст обследованных составил - 25,7±0,5 лет, колебался от 18 до 40 лет. Срок беременности определялся в пределах от 4-5 до 35-36 недель.

Результаты и их обсуждение. По мере увеличения срока беременности наблюдается активация коагуляционного звена: концентрация фибриногена в III триместре в сравнении с I триместром повысилась на 27,6%, ПИ на 41,4%, показатель АЧТВ снизился на 19%, АВР на 8,1%, тромбиновое время на 15,7% ($p<0,05$). Время свертывания крови соответствовало умеренно выраженной гиперкоагуляции. Количество тромбоцитов оставалось в пределах нормы (180-320 $^{x}10^{9}$/л) на всех этапах обследования.

Активация коагуляционного звена на 1-е сутки после хирургического вмешательства объясняется влиянием хирургической травмы на систему гемостаза. Сравнение параметров свертывающей системы крови до операции и на 1-е сутки с высокой степенью достоверности показали ($p<0,05$): увеличение количества фибриногена, ПИ; укорочение АЧТВ, АВР и тромбинового времени. Показатель АЧТВ уменьшился на 27,3%, 28,5% и 30,3%, АВР на 9,3%, 6,2% и 4,5% для I, II и III триместров соответственно ($p<0,05$); тромбиновое время снизилось на 10,7%, 9,4% и 12,7% в I, II и III триместрах соответственно ($p<0,05$); количество фибриногена возросло на 13,8% в I триместре, на 29% - во II триместре, на 32,4% - в III триместре ($p<0,05$); ПИ увеличился на 22%, 22,7% и 10,3% в I, II и III триместрах соответственно ($p<0,05$). Анализ коагуляционных тестов на 3-и сутки послеоперационного периода показал тенденцию к их нормализации ($p<0,05$) по сравнению с 1-ми сутками.

Выводы. Таким образом, изменение системы гемостаза при лапароскопическом лечении острого аппендицита на фоне беременности свидетельствует о достоверном усилении коагуляционного потенциала крови как перед, так и после лапароскопической аппендэктомии, однако активация регуляторных механизмов свертывающей системы крови при эндовидеохирургических вмешательствах не выходит за границы физиологических норм.

ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГЕМОСТАТИЧНИХ СУМІШЕЙ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Піжук А.В.
Науковий керівник - к.мед.н., доц. О.Я. Попадюк
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії

Метою роботи є вивчення властивостей та порівняння ефективності гемостатичних засобів в експерименті.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено експериментальне дослідження властивостей відомих засобів зупинки кровотечі (гемостатична губка, желатин, р-н амінокапронової кислоти) та гемостатичної суміші гідролізату колагену з порошком амінокапронової кислоти в умовах експериментальної бази Віварію ІФНМУ на 39 щурах лінії Wistar з дотриманням основних етичних принципів викладених в «Європейській конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей», прийнятій 20 вересня 1985 р. у Страсбурзі.

Результати дослідження. Відзначено, що при змодельованих артеріальній, венозній,змішаній кровотечах у щурів лінії Wistar найефективнішим кровоспинним засобом серед досліджуваних є суміш гідролізату колагену та амінокапронової кислоти.

Висновки. У роботі наведене нове вирішення наукової задачі, що визначається експериментальним обґрунтуванням доцільності та ефективності використання запропонованої нами кровоспинної суміші при зовнішніх кровотечах різної етіології.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА У ХВОРОГО З ПІДОЗРОЮ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ

Попенко Ю.Ю., Дяченко Г.В., Варениця Л.М.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. І.В. Біцька
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №1

Безперервний, рецидивуючий перебіг хвороби Крона із прогресуючим порушення структури і функцій слизової оболонки кишечника супроводжується значним зниженням якості життя хворих, що ставить це захворювання в ряд важливих медико-соціальних проблем. Із невідомих причин захворюваність на хворобу Крона зростає у всьому світі. Частота у різних географічних областях коливається від 0,1-16 випадків на 100 тис. населення, а поширеність сягає 396 на 100 тис. населення. Майже 1,5 млн. осіб у США, та понад 2 млн. у Європі страждають від цієї хвороби. Традиційно вважається, що хвороба Крона найбільш поширена на Заході, так у розвинутих країнах 1 людина із тисячі уражена хворобою Крона. Для порівняння: до останнього десятиріччя низькі показники поширеності та захворюваності були зареєстровані у інших країнах світу, включаючи Східну Європу, Південну Америку й Тихоокеанський регіон. Однак, останнім часом змінилася епідеміологія хвороби Крона: у той час, як Західній Європі та Північній Америці картина стабілізувалася, у регіонах де раніше захворюваність була низькою, відмічається її прогресивний ріст.

В клініці кафедри хірургії №1 прооперований пацієнт, у якого інтраопераційно діагностовано хворобу Крона. Пацієнт К., 37 років, звернувся в ургентному порядку зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці, на підвищення температури тіла до 38,2С , нудоту, періодичні проноси. Після фізикального , лабораторного і інструментального дообстеження, встановлено попередній діагноз гострий апендицит, ускладнений апендикулярним інфільтратом. З анамнезу відомо, що пацієнт вважає себе хворим 6 тижнів, до моменту поступлення, тривалий час лікувався стаціонарно та амбулаторно у терапевта з діагнозом – загострення правобічного хронічного пієлонефриту. Проте у зв'язку із погіршенням самопочуття, посиленням болей, звернувся за медичною допомогою повторно. Під час операції при ревізії черевної порожнини виявлено щільний інфільтрат в ділянці ілеоцекального кута, який вдалося легко розділити. Апендикс розміщений за межами інфільтрату, не змінений. Термінальний відділ тонкої кишки інфільтрований, гіперемований, стінки кишки потовщені з просоподібними вузликами на серозній оболонці. Дані зміни чергуються з ділянками здорової кишки. В корені брижі клубової кишки палькується щільний збільшений лімфовузол, діаметром 1,5-2 см, який взяти на гістологічне дослідження технічно є неможливим. Встановлено діагноз хвороби Крона. Хворий консультований гастроентерологом, призначено препарати салофальк, дексаметазон по схемі. Хворий у задовільному стані, на 9 добу після операції виписаний на амбулаторне лікування.

КОЛАГЕНОВІ РАНОЗАЖИВЛЯЮЧІ ПЛАСТИНИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Пюрик М.В., Богак Я.В.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. І.М.Гудз
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії

Результати лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет ІІ типу часто є незадовільними. Згідно даних літератури у 3% хворих зі супутнім цукровим діабетом та гнійно-некротичними процесами проводять високі ампутації нижніх кінцівок. Сповільнення процесів загоєння, особливість місцевої мікрофлори, погіршення якості життя пацієнтів спонукають до пошуку та впровадження нових методів лікування. Одним із багатообіцяючих напрямків є місцеве застосування ранозагоюючих колагенових пластин у комплексному лікуванні пацієнтів з синдромом діабетичної стопи (СДС).

Мета дослідження - покращення результатів комплексного лікування пацієнтів на синдром діабетичної стопи з гнійно-некротичними процесами нижніх кінцівок шляхом використання колагенових ранозагоюючих пластин. Для контролю процесів загоєння ран провели мікробіологічне дослідження виділень з гнійно-некротичних ран нижніх кінцівок, цитологічне дослідження якості регенераторних процесів, вивчали якість життя.

Матеріали та методи. В залежності від запропонованого лікування хворих розділили на 2 групи. У І (контрольну) групу (32 осіб) ввійшли хворі з гнійно-некротичними процесами нижніх кінцівок, яких лікували за загальноприйнятою методикою. У ІІ групі (13 осіб) - на фоні комплексного лікування місцево застосовували ранозагоюючих колагенову пластину, просякнуту антисептиком. Колагенову пластину накладали на чисту ранову поверхню, наступну перев'язку виконували через 2-4 дні. Пацієнти основної та контрольної груп були порівнянні за статево-віковою структурою, стадією захворювання та методами лікування. В дослідженні використовували пластину біодеградуючу колагенову ранозагоюючу (Виробник ВАТ Лужський завод «Белкозин», Росія, 188230, м. Луга, Ленінградська область). Ефектом застосування колагенових пластин було достовірне прискорення загоєння, швидке зменшення запальних проявів, набряку навколишніх тканин.

Результати. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень відзначено у 43,7% хворих контрольної та 76,9% пацієнтів основної груп. При порівнянні у контрольній групі виявлено більшу частоту виникнення гнійно-некротичних ускладнень – в 2,4 рази, що потребувало повторного оперативного втручання.

Висновки. Таким чином, місцеве застосування ранозагоюючих колагенової губки, в комплексному лікуванні хворих на СДС сприяє швидкому зменшенню вираженості або зникненню гнійно-запальних проявів в рані, прискоренню її загоєння.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ М'ЯЗЕВО-ЕЛАСТИЧНОГО ТИПУ

Рангулова Т.С., Навроцький Б.М.
Науковий керівник - к. мед. н., доц. В.Л. Нестеренко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії медичного факультету

До облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок схильне до 2% населення різного віку і близько 15-20% у населення старше 60р. Найбільше поширеною патологією артеріальної системи є стенозуючо - оклюзуючі захворювання артерій. Кожен рік більше чим 3 мільйонам пацієнтів виконують різноманітні артеріальні реконструкції. За проведеним аналізом статей , присвячених проблемі рестенозу після ендаректомії. В загальному , ризик рестенозу сягає 10% на протязі першого року після операції , 3% - на протязі другого року після операції , 2% - на протязі третього року. Основні зміни розвиваються в інтимі артерій. Виділяють 5 морфологічний стадій атеросклерозу : 1) Доліпідна – характеризується підвищенням проникності ендотелію, деструкцією базальної мембрани, деструкцією еластичних і колагенових волокон. 2) Стадія ліпоїдозу – відбувається вогнищева інфільтрація інтими артерій ліпідами. 3) Стадія ліпосклерозу – в інтимі артерій формується фіброзна бляшка. 4) Стадія атероматозу – відбувається деструкція бляшки з утворенням виразки. 5) Стадія атерокальцинозу – відбувається кальцифікація бляшки.

Нами проаналізовано результати патоморфологічних досліджень всіх клінічних стадій облітеруючого атеросклерозу, а також результати після втручань на магістральних артеріях м'язево-еластичного типу. Проведений аналіз причин рестенозів післяопераційного періоду артеріальних реконструкцій. Всі клінічні стадії виявлені морфологічно. Відображено на статистично-достовірному матеріалі. Аналіз проведеної роботи видалених сегментів співзвучний з критичним переглядом оптимістичних поглядів на результати реконструктивних втручань на артеріях (Даценко Б. М. та ін., 1964 ; Шиманко І. І. та ін., 1966; Петровский Б. В. та ін., 1971; Князева Г. Д., 1976; Szilagyi D. et al., 1973; Jones M. et al., 1973; Whithey M. et al., 1976, та ін.)

Результатом нашої роботи є спроба виявити переваги методик з метою зниження ризику рестенозу в судинах м'язево-еластичного типу.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВАКУУМ-АСПІРАЦІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК

Скакун О.З., Титар І.І., Козачишин Н.І.
Науковий керівник – к.мед.н., доц. А.В.Симчич
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії

Діабетична стопа – симптомокомплекс патологічних змін шкіри, м'яких тканин, кісток, суглобів стопи у хворих на цукровий діабет, зумовлених ураженнями артеріального та мікроциркуляторного русла, нейропатією, які призводять до виразково-некротичних уражень нижніх кінцівок.

Виразки на нижніх кінцівках спостерігаються у 15% діабетичних хворих протягом їхнього життя. А 15-20% пацієнтів з діабетичними виразками потребують ампутації. Сучасним, одним з основних способів лікування діабетичних виразок в країнах Європи та США є метод вакуум-аспірації.

Процедура вакуум-аспірації полягає в утворенні у середовищі рани негативного тиску. Спочатку на рану накладають пористий матеріал з відкритою клітинною структурою. Поверху нього укладають дренажну трубку з кількома бічними отворами. Після цього рану закривають прозорою тонкою клейкою мембраною, яка зазвичай виготовлена з поліуретану. Дренажна трубка може і не заходити у порожнину виразки, а може бути з'єднаною з мембраною. До другого кінця дренажної трубки підключають насос, який створює негативний тиск. Цей насос має індикатор вимірювання негативного тиску від 50 до 300 мм. рт. ст. і одноразовий контейнер для збирання аспірованої рідини. На вибір негативного тиску впливає стан виразки і чутливість пацієнта. Частіше призначають негативний тиск величиною від 50 до 125 мм. рт. ст. Пористий матеріал і дренажну трубку замінюють кожні дві доби, а при потребі й частіше.

Перед заміною пористого матеріалу хворим вводять анальгетики, оскільки він щільно сполучається з поверхнею рани.

Щотижнево досліджують поверхню рани на об'єкт бактеріальної флори. Антибіотики широкого спектру дії призначають до встановлення чутливості бактерій до антибіотиків. Після цього їх замінюють на антибіотики, до яких культура бактерій є найчутливіша.

Використовуючи цей метод, виразки лікувати стало простіше. Лікування можливе як стаціонарне, так і амбулаторно-поліклінічне. Ця процедура зменшує час перебування в лікарні й економічні витрати, і, напевно, найважливіше, покращує якість життя хворого.

Проте, при лікуванні виразок вакуум-аспірацією можуть виникнути різноманітні ускладнення, вивчення і аналіз патогенезу яких є основною метою нашого дослідження. Серед останніх необхідно відмітити такі: подразнення шкіри, біль, приєднання інфекції, кровотеча, тромбоз глибоких вен, дегідратація організму, необхідність повторної ампутації. Протипоказаннями є наявність некротичних тканин у рані, нелікована інфекція, малігнізація виразки, остеомієліт.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ІНТРА- І ЕКСТРАПАНКРЕАТИЧНИХ СУДИН ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ.

Титар І.І.
Науковий керівник - к.мед.н., асист. Р.Т. Кузенко
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №2 та кардіохірургії

Актуальність проблеми. Гострий панкреатит (ГП) є актуальною проблемою невідкладної хірургічної гастроентерології та інтенсивної терапії.В Україні захворюваність на ГП становить 102 на 100 000 населення, загальна летальність – від 5 до 26% .При ускладненому перебігу гострого некротичного панкреатиту (ГНП) дослідниками виявлені важкі ішемічні зміни стінки судин інтраорганних та перипанкреатичних артерій.

Мета. Вивчити основні морфологічні зміни в екстра- та інтрапанкреатичних судинах підшлункової залози (ПЗ) при гострому некротичному панкреатиті та його ускладненнях у хворих похилого та старечого віку.

Методи та результати досліджень. Проведено гістологічне дослідження морфологічної будови інтра- і екстрапанкреатичних судин ПЗ у 23 хворих ГНП похилого та старечо-

го віку які перебували на лікуванні протягом 2013-2015рр. ГНП середнього ступеня тяжкості діагностовано у 4 (17,4%) хворих, важкого ступеня у 15 (65,2%), вкрай важка форма (фульмінантний перебіг) у 4 (17,4%) хворих. Всі хворі прооперовані «відкритим» способом в терміни від 10 до 26 діб з моменту госпіталізації, коли використання арсеналу всіх наявних малоінвазивних методик було неефективно. Матеріалом для патоморфологічного дослідження служили видалені секвестри і життєздатні фрагменти ПЗ. Патоморфологічні зміни вивчали в стінках інтра- і екстрапанкреатичних артерій, зокрема, поперечної панкреатичної артерії та її гілок, а також великої панкреатичної артерії Геллера та її гілок. Вивчали також зміни стінки дрібних вен тіла і хвоста ПЗ, що забезпечують відтік крові від лівого анатомо-хірургічного сегмента ПЗ. Для фарбування колагенових волокон застосовували забарвлення трихромом по Массон, для еластичних волокон - фукселін по Харту. Принциповою патоморфологічною особливістю структурної організації судин ПЗ при ГНП було переважне ураження гілок інтрапанкреатичних артерій. Основні патоморфологічні зміни були найбільш виражені у внутрішній оболонці артерій м'язового типу. Відзначали звуження просвіту судин, характерну циркулярну або вогнищеву фіброзно-еластичну гіперплазію інтими артерій, що утворює нерівномірно складчасту гіалінізовану внутрішню еластичну мембрану з циркулярним розростанням як колагенових, так і еластичних волокон в субендотеліальному просторі.

Висновки. Вивчені структурні зміни в інтра- і екстрапанкреатичних артеріях підшлункової залози у хворих гострим некротичним панкреатитом похилого та старечого віку викликають суттєве зниження інтенсивності органного кровотоку. Вони є сприяючими факторами розвитку некротичних змін в паренхімі підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, які слід враховувати при комплексному лікуванні даної категорії хворих.

ЗАКРИТА АБДОМІНАЛЬНА ТРАВМА В СТРУКТУРІ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ МИРНОГО ЧАСУ

Чайка В.О., Чайка Р.О.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. О.Б. Кутовий
ДЗ «Днепропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра хірургії № 2

Закрита абдомінальна травма до сих пір представляє собою до кінця невирішену проблему хірургії. Відсутність чіткої послідовності в діагностиці ушкоджень органів черевної порожнини при поєднаній травмі, вибору методів лікування, обумовлюють великий відсоток ускладнень – від 45,7 до 69,9% і летальності – від 16,2 до 69,5%.

Мета роботи визначити місце і особливості закритої абдомінальної травми в структурі поєднаної травми мирного часу.

Матеріали и методи. Нами проведений ретро- і проспективний аналіз лікування 790 хворих з тяжкою поєднаною травмою за останні п'ять років (2010 – 2014рр.) на базі відділення політравми обласної лікарні ім. І.І. Мечнікова. Тяжкою поєднану травму ми вважали при наявності двох і більше уражень в різних анатомічних ділянках, одне з яких було тяжким – 4 бали і більше за шкалою Abbreviated Index Severity (AIS). Серед усіх травмованих превалювали чоловіки – 485 (61,4%). Середній вік склав 40,7±14,8 (M±SD).

Отримані результати. Серед усіх хворих абдомінальна травма зустрічалась у 282 (35,7%) випадків. Найчастіше мало місце поєднання закритої абдомінальної травми з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) – 260 (92,2%). Відповідно з травмою грудної клітини – у 209 (74,1%); з травмою скелету – у 170 (60,3%). Травмування кісток тазу у таких хворих відмічалось у 42 (14,9%) випадках.

Характерною особливістю поєднаної абдомінальної травми було те, що у цих хворих ураженя чотирьох і більше анатомічних ділянок спостерігалося у 128 (45,4%) випадках. Пошкодження трьох анатомічних ділянок – у 118 (41,9%), двох анатомічних ділянок – лише у 36 (12,7%). Це обумовлювало тяжкість, як самої поєднаної травми, так і стану травмованого пацієнта. Летальність пацієнтів з поєднаною закритою абдомінальною травмою також характеризувалась показниками значно вищими ніж інші поєднання: 26,2% проти 17,4% ($p \leq 0,05$).

Висновки. Хоча абдомінальна травма в структурі поєднаної тяжкої травми мирного часу зустрічається лише у 35,7%, майже в половині випадків (45,4%) вона характеризується пошкодженням 4 і більше анатомічних ділянок, а також високим показником летальності - 26,2%.

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ГІРШПРУНГА У ДІТЕЙ

Шкіль Х.О.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. О.Д. Фофанов
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Вступ. З 40-х років 20 століття було запропоновано декілька класичних методів оперативного лікування хвороби Гіршпрунга та їх модифікації. Але вони виявились технічно складними і призводили до частих (до 40%) післяопераційних ускладнень. Операція трансанального ендоректального низведення товстої кишки (ТЕРТ), запропонована в 1998 році, швидко знайшла своїх прихильників в усьому світі, активно впроваджується в дитячих хірургічних клініках України завдяки багатьом перевагам, таким як малоінвазивність, радикальність, можливість виконання у дітей перших місяців життя.

Мета роботи: порівняти клінічну ефективність операції трансанального ендоректального низведення товстої кишки і традиційних методів операцій при хворобі Гіршпрунга у дітей раннього віку.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз результатів лікування 16 дітей віком від 7 діб до 2 років, оперованих в клініці дитячої хірургії Івано-Франківського національного медичного університету з приводу хвороби Гіршпрунга. Усі оперовані діти були розподілені на дві групи (основну та групу порівняння). В основну групу увійшли 8 дітей, оперованих за методом ТЕРТ, в групу порівняння – 8 хворих, яким виконана операція Soave-Boley з первинним анастомозом.

Результати і обговорення. В групі порівняння радикальна корекція ХГ здійснювалась після накладання превентивної колостоми у **7** дітей (88%), в основній групі – у 4 хворих (50%). Середній вік на час радикальної операції у групі порівняння склав 18 ± 2 місяців, у основній групі – 14 ± 1,5 місяців. Середня довжина резектованої кишки склала 33 ± 4 см в основній групі та 35 ± 5 см в групі порівняння.

У дітей основної групи достовірно скоротився час операції, середнє значення його склало 82 ± 9 хвилин (у дітей групи порівняння 184 ± 21 хвилин, $p<0,001$). Менша тривалість операції і менша операційна травма завдяки відсутності лапаротомії у дітей, оперованих за технікою ТЕРТ, призвели до більш сприятливого перебігу післяопераційного періоду.

Частота післяопераційних ускладнень в обох групах була однакова. У 75% дітей групи порівняння функціональні результати розцінено, як добрі та задовільні. У 2 хворих (25%) спостерігався стеноз колоректального анастомозу, що вимагало тривалого лікування. Тому у цих хворих визнано незадовільний функціональний результат хірургічної корекції. У 100% дітей основної групи результати лікування розцінено, як добрі та задовільні. В терміни до 6 місяців припинялись пронос і каломазання. Утримання калу в усіх оперованих дітей не порушене.

Висновки: Основними перевагами ТЕРТ є мала тривматичність, можливість проведення корекції хвороби Гіршпрунга у більш ранньому віці, значне скорочення часу проведення операції. Також спостерігається більш сприятливий післяопераційний перебіг, швидше відновлюється моторика кишечника, раніше починається ентеральне харчування, скорочуються терміни перебування хворого в стаціонарі та витрати на лікування.

ВИКОРИСТАННЯ VAC-ТЕРАПІЇ У ХВОРОЇ ІЗ ПОСТТРОМБОТИЧНОЮ ВИРАЗКОЮ З МЕТОЮ ПІДГОТОВКИ ДО АУТОДЕРМАТОПЛАСТИКИ

Яців О.Я., Матвіюк О.А., Гавенко Б.В., Грицик Р.А.
Науковий керівний – к.мед.н., доц. І.В. Біцька
ДВНЗ «Івано-франківський національний медичний університет»
Кафедра хірургії №1

Трофічні розлади шкіри і підшкірної жирової клітковини при посттромботичному (ПТС) синдромі є одним із найбільш тяжких ускладнень, яке завдає хворому значних страждань, знижує його працездатність і надзвичайно важко піддається лікуванню. За даними різних авторів при ПТС гіперпігментація шкіри зустрічається у 35,7-100% хворих, індурація – у 36-100% хворих, трофічні виразки у 19,8-43,3%.

Метою роботи було вивчити ефективність VAC-терапії при підготовці посттромботичної трофічної виразки до операції аутодерматопластики у конкретної хворої.

В клініку кафедри хірургії №1 госпіталізована пацієнтка П., 60 р., з діагнозом – ПТС правої нижної кінцівки, підгоколінно-гомілкового сегменту, трофічна виразка правої гомілки. ХВН III ст. Змішане системне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням шкіри. Синдром Рейно з ураження верхніх та нижніх кінцівок. На правій гомілці наявна глибока циркулярна виразка розмірами 20х23х18 см глибиною до 0,8-1 см, із запальними інфільтрованими краями, вкрита в'ялими грануляціями із нальотом фібрину, із некротизованим сухожилком в глибині рани. Шкіра навколо виразки індурована, інфільтрована, гіперпігментована. В комплексному лікуванні даної хворої після виконаних ряду некректомій, ми використали інноваційну технологію VAC-терапію (VAC- Vacuum-assisted closure). Даний метод передбачає використання герметичних пов'язок з поліуретановою губкою, до якої підведене джерело негативного тиску - VAC-апарат. Ця методика дозволяє активно і повноцінно видалити ексудат із рани, зменшити навколо рановий набряк, що сприяє ангіогенезу і посилює мікроциркуляцію у м'яких тканинах. Активізується формування грануляційної тканини, яке закриває раневу поверхню і зменшує розміри рани, особливо глибину і готує її до аутодерматопластики. VAC-апарат встановлювали на 72 год з негативним тиском 120 атмосфер. Після зняття поліуретанової губки виявлено, що виразка піднялася, дно її зрівнялося з рівнем шкіри, грануляції набули яскраво червоного забарвлення без нальоту фібрину, рана суха, шкір навколо виразки без запальних змін. За допомогою цього методу вдалося швидко і ефективно підготувати виразку до операції і створити задовільні умови для приживлення шкірного лоскута після аутодерматопластики.

РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ

Яцух С.Л., Золотарьов А.Ю.
Науковий керівник – асист. М.Б. Федорків
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії

Метою роботи є вивчення впливу вільнорадикального окислення (ВРО) у хворих з гострим панкреатитом (ГП) на розвиток та перебіг легеневих ускладнень.

Матеріали і методи: В дослідження включено 64 хворих з ГП (верифікованим за клінічними симптомами, трьохкратним підвищенням рівня α-амілази крові та даними УЗД на момент поступлення) тяжкого ступеня (відповідно до класифікації Атланта (2007) та її перегляду Робочою Групою (2012)), які лікувалися в ОКЛ протягом 2011-14 років.

Хворих розподілено на групи: I група – n=31 – хворі, які отримували стандартну інтенсивну протипанкреатичну інфузійну терапію; II група – n=33 – хворі, які додатково отримували "Цитофлавін®" ("Полісан") в дозуванні 10 мл на 200 мл 5% розч.глюкози внутрішньовенно краплинно протягом 10 днів.

Результати дослідження. У пацієнтів обох груп в перші 48 год. виявлено активацію ВРО за рахунок підвищення рівня малонового альдегіду (МА) та дієнових кон'югатів (ДК) в крові (5,97±0,39 мкМ/л та 0,82±0,09 мкМ/л) на фоні зниження антиоксидантного захисту (супероксидаза (СОД) – до 1,18+0,21 МО/мл) ($p \leq 0,05$). Через 4 доби вміст МА знизився до 5,04±0,38 мкМ/л та 4,78±0,41 мкМ/л відповідно в I і II групі, проте залишається досить високим відносно норми (2,43±0,29 мкМ/л). Тоді як рівень ДК знизився до 0,71±0,09 мкМ/л та 0,63±0,08 мкМ/л відповідно. Наведені дані свідчать про стабілізацію активності ВРО. Одночасно вміст СОД продовжує знижуватися – до 0,84±0,19 МО/мг та 0,89±0,14 МО/мг відповідно, що вказує на подальше виснаження антиоксидантного захисту ($p \leq 0,05$).

У всіх хворих (n=64) при поступленні в стаціонар виявлено легеневі ускладнення. В I групі (n=31) плеврит діагностовано у всіх пацієнтів: однобічний – у 29, двобічний – у 4. Серед хворих I групи ателектази рентгенологічно виявлено у 4 випадках, інфільтрати – у 6. Одночасно, в II групі (n=33) однобічний плеврит діагностовано у 31 хворого, двобічний – у 5 хворих. Ренгетологічна картина у 7 пацієнтів II групи відповідала інфільтрату легеневої тканини, у 4 – ателектазам. В процесі лікування (через 14 діб) вдалося зменшити кількість хворих з легеневими ускладненнями: серед пацієнтів I групи на 42,3%, II групи – на 45,2%. Проте, в обох групах збільшилась кількість хворих з інфільтратами легень (до 11 та 10 випадків відповідно) та ателектазами (до 7 і 6 випадків відповідно). Ознаки дихальної недостатності зберігалися у 84,8% хворих I групи і 63,6% хворих II групи.

Висновок: Активація ВРО на фоні виснаження антиоксидантного захисту в перші 7 діб розвитку ГП зумовлюють підвищення проникності судинної стінки з подальшим накопиченням рідини в легеневій тканині та плевральних синусах.

ДОПОВНЕННЯ

НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНА БОРОТЬБА УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ XX СТОЛІТТЯ - ПОРІВНЯЛЬНИЙ АСПЕКТ

Дацишин Н. А.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Захоплення більшовиками наприкінці жовтня 1917 р. влади у Петрограді, падіння Тимчасового уряду створило принципово іншу політичну ситуацію в Україні. УЦР висловилась проти подій у Петрограді, вважаючи відповідальними за них уряд і більшовиків, оголосила, що «буде боротися з усякими спробами підтримки цього повстання на Україні».

Украї́нська Наро́дна Респу́бліка (УНР) — українська держава, що існувала в 1917–1920 роках на території Центральної, Східної та Південної України зі столицею в Києві. Постала на місці південно-західних губерній Російської імперії, заселених українцями. До квітня 1918 року очолювалася Центральною Радою на чолі з Михайлом Грушевським; після грудня 1918 року — Директорією.

Проголошена 7 листопада 1917 року, після більшовицького жовтневого перевороту, як автономна республіка у складі Російської республіки. 22 січня 1918 року, після українсько-більшовицької війни, проголошена незалежною державою.

18 жовтня 1918 р. українська парламентарна репрезентація скликала у Львові збори всіх українських послів австрійського парламенту, галицького і буковинського сеймів, пре¬дставників політичних партій, духівництва та студентства Галичини та Буковини. Збори обрали Українську Національну Раду як полі¬тичного представника українського народу в Австро-Угорщині, її головою (президентом) став Є.Петрушевич.

Західно Украї́нська Наро́дна Респу́бліка (за тодішнім правописом: Західно-Українська Народня Республика, ЗУНР, опісля теж Галицька Республика чи Держава) — українська держава, що фактично існувала протягом 1918-19 рр., формально ж і до 1923 р. на території Західної України зі столицею у Львові. Постала після Першої світової війни в результаті розпаду Австро-Угорщини. Проголошена 19 жовтня 1918 року. Охоплювала територію заселену українцями — Галичину, Буковину й Закарпаття.

22 січня 1919 року ЗУНР об'єдналася з Українською Народною Республікою, отримавши назву Західна Область Української Народної Республіки (ЗОУНР). Окупована 18 липня 1919 року в ході українсько-польської війни. Анексована Польщею, Румунією і Чехословаччиною. До 15 березня 1923 року уряд ЗУНР перебував у еміграції.

ЩОДО КОМПЕНСАЦІЇ МОРАЛЬНО-МАТЕРІАЛЬНОЇ ШКОДИ, ЗАПОДІЯНОЇ ПАЦІЄНТОВІ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПРАВОВИХ ВЗАЄМОВІДНОСИН

Лавренчук О.А., Ренкас Н.В.
Найковий керівник - О.О.Верлан-Кульшенко
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Актуальність: Звертаючись за медичною допомогою кожен пацієнт розраховує на належну якість та ефективність цієї допомоги, однак на практиці часто трапляється так, що внаслідок медичного втручання стан здоров'я пацієнта не поліпшується, а навпаки завдається шкода його життю та здоров'ю. Звісно, постраждала особа чи її родичі мають право на правовий захист і компенсацію завданих втрат і витрат. Проте адекватність такої компенсації є поняттям умовним, оскільки гроші не можуть відновити втрачене здоров'я.

Мета: Визначити особливості компенсації морально-матеріальної шкоди між юридичними та фізичними особами в рамках правових взаємовідносин.

Матеріали та методи: Нормативно-правові підзаконні акти, які регулюють взаємовідносини лікаря та пацієнта; статті 23, 1166, 1168, 1172 Цивільного кодексу України (ЦК).

Результати: Згідно з чинним законодавством, відносини з відшкодування шкоди, завданої каліцтвом чи іншим ушкодженням здоров'я або смертю, регламентуються главою 82 ЦК. Зокрема, стаття 1166 ЦК твердить, що така шкода підлягає відшкодуванню у повному обсязі, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством. Цивільне право України показує, що основним об'єктом відшкодування при ятрогенному делікті є майнові втрати і цивільне законодавство України (стаття 1172 ЦК) передбачає відшкодування юридичною особою (медичним закладом) або фізичною особою (медичним працівником) шкоди, заподіяної при виконанні ними своїх трудових обов'язків. При ушкодженні здоров'я відшкодовується не тільки матеріальна шкода чи збитки, але і моральна шкода, порядок відшкодування якої визначається судом та встановлюється в залежності від характеру правопорушення, глибини, тяжкості фізичного болю та страждань, яких особа зазнала у зв'язку з ушкодженням здоров'я, погіршення здібностей потерпілого або можливості їх реалізації, а також ступеня вини особи, яка завдала шкоду (статті 23, 1168 ЦК). Розглядаючи питання про моральну шкоду, спричинену невдалим медичним втручанням, слід вказати на наявність низки проблем, які суттєво ускладнюють відшкодування такої шкоди на практиці. Основними з них є неточність поняття «моральна шкода» та відсутність чітких, визначених законодавством критеріїв та порядку визначення розміру моральної шкоди у випадках заподіяння шкоди здоров'ю.

Висновки: Законодавче закріплення чіткого та прозорого порядку відшкодування моральної, а також матеріальної шкоди, завданої невдалими медичними втручаннями, вирішило б проблеми не тільки пацієнтів, але і медичних закладів як юридичних осіб, які нерідко зазнають суттєвих матеріальних затрат внаслідок недосконалості вітчизняної судової системи.

НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНА БОРОТЬБА УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ XX СТОЛІТТЯ - ПОРІВНЯЛЬНИЙ АСПЕКТ

Панчишин М.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Після смерті у 1953 році Й. Сталіна у Радянському Союзі починається процес лібералізації усього суспільного життя. В Україні відбуваються помітні зміни: уповільнюється процес русифікації; зростає роль українського чинника в різних сферах суспільного життя; відбувається часткова реабілітація жертв сталінських репресій.

Основу руху шістдесятників склали письменники Іван

Драч, Микола Вінграновський, Василь Симоненко, Ліна Костенко, Є. Гуцало, художники Алла Горська, Віктор Зарецький,режисер Лесь Танюк, кінорежисери Сергій Параджанов, Юрій Іллєнко, перекладачі Григорій Кочур, Микола Лукаш.

17 жовтня 1990 року Верховна Рада УРСР ухвалила постанову "Про розгляд вимог студентів, які проводять голодування в місті Києві з 2 жовтня 1990 року". "За" проголосували 314 депутатів, "проти" - 38.

Студентська "революція на граніті" тривала 16 днів - з 2 до 17 жовтня 1990 року. Чимало учасників "революції на граніті" й у наступні роки виявляли помітну громадянську активність у різних галузях життя України, зокрема: Соломія Павличко, Оксана Забужко, Олесь Доній, Олександр Ірванець, Тарас Прохасько та багато інших. 1 грудня 1991 року на референдумі українці підтвердили цю "невипадковість", зробивши її незворотнім фактом історії.

АНКЕТУВАННЯ ІНДІЙСЬКИХ СТУДЕНТІВ ІФНМУ. ХАРЧОВИЙ СТАТУС СТУДЕНТА – МЕДИКА

Прутві Р.
Науковий керівник – в.о.доц. І.М.Гайова
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

35 наших респондентів (62,5%) визнали, що вживають традиційно багато гострих приправ із їжею. 22 студенти (39,28%) назвали улюбленими традиційні гострі страви.

На час опитування 17 студентів (30,36%) скаржились на звичну печію, 6 (10,71%) - на біль у шлунку, 3 (5,38%) – на здуття живота, 2 (3,57%) – на закрепи.

38 (67,85%) опитуваних переважно не снідають, 5 (8,93%) снідають 2-3 рази на тиждень. Зовсім не обідає 12 студентів (21,43%), обідає нерегулярно 4 (7,14%). Традиційним,гострим індійським стравам надають перевагу на вечерю 20 респондентів (35,7%).

Причинами шлунково-кишкових розладів, на час опитування, 16 студентів (28,57%) назвали гострі страви; 3 (5,35%) - жирні та гострі страви, 4 (7,14%) - "нездорову їжу" (чипси та ін.); 1 (1,78%) - непереносимість молока, вживання гарячих та гострих страв.

Хронічні захворювання ШКТ: у 6 студентів(10,71%) гастрит (неуточнений); в 1 (1,78%) –ГЕРХ; непереносимість лактози – в 1 (1,78%), один студент переніс черевний тиф.

Біль, або інший розлад, пов'язаний із прийомом їжі: 3 випадки (5,36%) -регургітація кислим, по 1 (1,79%) - біль за грудниною під час їжі, голодний біль, ранній біль в епігастрії, біль у гіпогастральній ділянці; пізній біль (4 студенти - 7,14%), пекучий біль в епігастрії (7-12,5%), тупий біль, важкість у верхній половині живота (3-1,79%), метеоризм (9-16,7%).

Закрепи – виявлені у 3 студентів (5,36%), по 2 респонденти (2,57%) мають біль при дефекації, стілець із жирним блиском. По 3 студенти (5,36%) скаржаться на водянистий стілець та чорний колір стільця після гострої їжі.

8. 58,9% опитаних (33 студенти) витрачають на нічний сон 5-6 годин щодоби.

50 респондентів (89,28%) готують їжу самостійно. 11 опитуваних (19,64%) харчуються у закладах громадського харчування–3-4 рази на тиждень, 8 (14,29%) – щодня. Більшість індійських студентів, 22 (39,29%), надають перевагу мережі ресторанів швидкої їжі "Chicken hut."

Серед невротичних розладів в студентів переважають дратівливість (22-39,29%), швидка втомлюваність (14-25%), тривога, депресія (9-16,07%), біль голови (8-14,29%), порушення нічного сну, біль у м'язах ніг при ходьбі (3-5,6%).У 6 дівчат (10,71%), паралельно виникли розлади менструального циклу.

ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ВІКОВИХ ТА СТАТЕВИХ ПОКАЗНИКІВ НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПОРІВНЯННІ ХВОРИХ З НОРМАЛЬНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Ренкас Н.В., Лавренчук О.А.
Науковий керівник – к.мед.н., доц.В.Ф.Кривецький
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра хірургії №1

Актуальність: Одне з провідних місць у структурі хірургічної патології сьогодні займає гострий холецистит (ГХ). Захворюваність на ГХ і кількість оперативних втручань з цього приводу зростають з кожним роком, особливо серед людей, які мають надмірну вагу та ожиріння.

Мета: Визначити вплив вікових та статевих показників на виникнення гострого холециститу у порівнянні пацієнтів з нормальною масою тіла та ожирінням.

Матеріали і методи: На базі ВОКЛ ім. М.І. Пирогова було опрацьовано 100 історій хвороб на гострий холецистит: 50 історій пацієнтів з нормальною масою тіла та 50 історій пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням.

Результати: Хворих в обох вагових категоріях було поділено на групи в залежності від віку. I група – хворі віком до 50 років включно, II – хворі віком 51–60 років, III – хворі у віці 61–70 років і IV – хворі віком за 70 років. Також хворі усіх категорій та груп були розподілені за статевим показником. В категорії з нормальною вагою 28% хворих склали чоловіки і 72% жінки (14 і 36 хворих відповідно), а в категорії хворих з надмірною вагою та ожирінням 34% пацієнтів склали чоловіки і 66% жінки (17 і 33 хворих відповідно). У I групі нормальної вагової категорії виявлено 28% випадків, в II групі – 22%, в III – 14% і в IV – 36% (14, 11, 7 та 18 хворих у відповідних вікових групах). У категорії осіб з надмірною вагою та ожирінням встановлений дещо інший розподіл пацієнтів по вікових групах: I група – 24%, II – 14%, III – 22% і IV – 40% (12, 7, 11 та 20 хворих відповідно. Відомо, що жінки починають хворіти на ГХ з 20 років, а чоловіки після 30 і жінки хворіють значно частіше за чоловіків. Такий же результат показало наше дослідження – за статевим показником у всіх вікових групах обох категорій переважають жінки. В категорії пацієнтів з нормальною масою тіла серед 14 чоловіків в I віковій групі – 2% хворих, в II – 6%, в III – 8% і в IV – 12% (1, 3, 4 і 6 хворих відповідно). В категорії пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням серед 17 чоловіків в I віковій групі – 4%, в II – 6%, в III – 10% і в IV – 14% (2, 3, 5 і 7 хворих відповідно). Дані показники повідомляють, що серед чоловіків частота хворих на ГХ збільшується з їх віком. Серед жінок найбільша частота захворюваності спостерігається в IV та I групах обох вагових категорій і пов'язати такі показники з особливостями репродуктивної системи.

Висновки: Отже, при порівнянні захворюваності на ГХ в обох вагових категоріях усіх вікових груп переважають жінки, проте чоловіки. Які мають надмірну вагу та ожиріння хворіють частіше, ніж чоловіки з нормальною масою тіла. Також високий показник жінок в I групі обох вагових категорій можна пояснити впливом естрогенів на каменеутворення.

ГІГІЄНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДО ПРОЕКТІВ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ВИМОГИ ДО ВОДНИХ РЕКРЕАЦІЙ

Кривонос К.А., Литвиненко М.І.
Науковий керівник - д.мед.н., проф. М.Г. Щербань
Харківський національний медичний університет
Центральна науково-дослідна лабораторія

У регіонах України потрібне обгрунтування до створення адміністративно-організаційних структур, відповідальних за організацію і контроль умов оздоровлення та відпочинку населення на воді. Необхідно обгрунтування та розробка проектів нових нормативних документів, що регламентують вимоги до водних рекреацій.

Метою роботи є обгрунтувати і розробка окремих розділів нормативних документів, що регламентують вимоги до водних рекреацій

Матеріали і методи: В межах науково-дослідної роботи за темою «Еколого-гігієнічне обгрунтування оптимальних рівнів антропогенного навантаження на рекреаційні зони басейнів водних об'єктів» дано наукове обгрунтування та розроблено розділи проектів санітарних правил по влаштуванню і утриманню водних рекреацій, а також регламенту, що містить вимоги до проведення досліджень санітарно-екологічного стану рекреаційних водойм в експедиційних умовах.

Результати дослідження. З урахуванням сучасних наукових розробок обгрунтовано нові розділи до санітарних правил, що регламентують вибір водних рекреацій, а також медико-біологічної оцінки існуючого антропогенного навантаження на водну рекреацію. До створення «Регламенту проведення санітарно-екологічних дослідження рекреаційних водойм» розроблені розділи, що встановлюють вимоги до місць відбору проб води та їх консервації, до лабораторного обладнання та інвентарю.

Висновки: Розроблені авторами розділи дозволили створити проекти нових санітарних правил, які регламентують вимоги до водних рекреацій, а також нормативного регламенту до проведення досліджень на рекреаційних водоймах в умовах експедиції.

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ УКРАЇНИ: ЖІНКИ-МЕДИКИ

Джочка Л.Р.
Науковий керівник - Т.Б. Романів
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра українознавства і філософії

Байдужість – це параліч душі.
Антон Чехов

Ще донедавна волонтерство в нашій крані сприймалося радше як формальність, ніж дієва допомога. Проте протягом останніх року-півтора, коли Україна самотужки змушена захищатися як від зовнішнього, так і від внутрішнього ворога, волонтерський рух набув нового – рішучого, потужного поштовху. На сьогодні – це справжня армія добровольців, які абсолютно безкоштовно й безкорисливо допомагають тим, хто потребує підтримки.

Медики завжди були в епіцентрі суспільно-політичних подій, особливо тоді, коли вкрай необхідна їхня допомога. Свідченням цього стали й події Революції гідності та війни, яка триває зараз на Сході України.

Метою нашого дослідження є ознайомлення широкого загалу з іменами та короткою характеристикою волонтерської діяльності жінок-медиків Майдану та війни, іменованої як АТО. Запропонована розвідка стане тільки першою спробою, яка потребуватиме подальших студій, щоб не забути нікого з медичних волонтерок-героїнь сучасності.

В поле нашої уваги потрапили такі жінки-волонтери : Марія Матвіїв, Олеся Жуковська, Олена Сонцеслава, Яна Зінкевич, Тетяна Борисенко.

41-річна **Марія Матвіїв**, диспетчер Львівського обласного центру медичної допомого та медицини катастроф у Бузьку, приїжджала на Майдан п'ять разів у найбільш критичні моменти. Зранку 20 лютого після повідомлення, що потрібні медики на передовій, Марія пішла на Інститутську, де надавала допомогу пораненим під прицілом снайперських гвинтівок.

Інший приклад мужності в час Революції гідності – 21-річна медсестра **Олеся Жуковська** з Тернополя. Дівчина згадує: "Я була вдома, коли зателефонували друзі і сказали, що на Майдані починається щось страшне. Заїхала в Михайлівський собор, взяла медикаменти і спустилася на Майдан". Це було 20 лютого 2014 року.

Олена Сонцеслава, львів'янка, кавалер ордена княгині Ольги III ступеня. Хоч Олена не медик за фахом, проте з перших днів війни виконує саме те, що є прерогативою медичних працівників – рятує життя солдатам. Не маючи медичного досвіду, вона швидко його здобула: навчилась виконувати ту роботу, що потрібна на війні, – відтягувати поранених, доставляти їх до безпечного місця, надавати першу медичну допомогу.

Міністерство оборони нагородило відзнакою "За військову звитягу" ще одну відважну дівчину – 19-річну рівнянку **Яну Зінкевич**, яка однією з перших поїхала на Схід і сьогодні керує цілим медичним підрозділом ДУК (Добровольчий Український Корпус) – "Госпіталієри", щодня рятуючи життя бійців.

Тетяна Борисенко (бойове псевдо – "мама Таня"), чернігівська медсестра, медик батальйону "Айдар". Пройшла увесь Майдан. На Майдан, як і в "Айдар" йшла свідомо, аби рятувати життя наших воїнів. Відважна волонтерка потрапила у полон, пробуючи забрати вбитих з поля бою, а з полону привезла з собою український прапор, об який витирали ноги бойовики на Луганській митниці.

Жінки-волонтери, медики за освітою чи за покликанням – справжня еліта нашої нації. Їхній подвиг має бути прикладом як для інших лікарів, так і для кожного пересічного українця. Такі люди заслуговують хоча б на те, щоб їхні імена були відомі усім їх співвітчизникам.

CLINICAL AND EXPERIMENTAL EXPLORATION OF THE EXPEDIENCY OF USING INNOVATIVE PREPARATION ICON FOR TREATMENT OF INITIAL CARIES

Mkrtumian Mane
Scientific leader - O. Bilinskiy
Uzhorod National University
Department of Therapeutic Dentistry

Background. Initial caries, which is characterized by white spots on the enamel surface is quite often and can cause aesthetic discomfort to the patient. According to statistics, the majority of patients during dental visits are afraid of pain. In second place - the fear of a drill. The preparation Icon introduces a completely new and revolutionary approach to the treatment of initial caries. Caries infiltration is a major breakthrough in microinvasive technique that fills, strengthens and stabilizes the demineralized

enamel without drilling. The new strategy offers to not remove dysplastic enamel by polishing and mask defect of enamel subsurface by infiltration hydrophobic mass.

Objective. To determine the feasibility of using the preparation Icon to treat initial caries. To review mechanism of action of new invasive method and analyze the results.

Materials and methods. In the period from December 2014 to the end of January 2015, were selected and treated by infiltration method using the preparation Icon, in a private office and at the dental faculty UzhNU, 20 patients aged 18 to 26 years, with mild fluorosis and initial caries, which manifests itself in the form of chalk spots on the vestibular and approximal surfaces of the upper medial and lateral incisors. The results were evaluated visually.

Results and discussion. The infiltrative method is carried out as follows. The tooth was isolated by using traditional rubber dam. Affected tooth surface was dried, cleaned then coated with 15% hydrochloric acid (Icon Etch), which is a set of preparation Icon DMG. Exposure - 2 minutes. Hydrochloric acid was rinsed, the surface was dried first by air, and then by ethanol (Icon Dry) for 30 seconds. After that was applied for 3 minutes infiltrant (Icon Infiltrant), which is a methyl methacrylate high fluidity. The procedure was completed by flaring the preparation for 40 seconds by using cure lamps. In the experiment, it was found that for 12 patients the preparation «Icon» showed positive results and chalk spots were visually invisible. For the other 8 patients spots decreased in size, but not disappeared completely. While some white spots were still visible, the patients were satisfied with the erosion and infiltration techniques with minimal loss of tissue.

Conclusion. From these results we can conclude that the using of infiltration method by using the preparation Icon is possible to eliminate white spots, which are the result of fluorosis or initial caries using optical properties of high-fluid material for hiding them. However, before recommending this technique for all types of spots, we need longer periods of observation and larger sample of patients.

АБЕТКА

А

Абуавад Али Хасан Рошди 67
Адаховська А.О. 110
Алексевич К.О. 10
Андрійчук О.А. 76, 113
Арутюнян М.Г. 2

Б

Бабало О.В. 178
Баблюк Л.А. 31, 48, 52
Бабчук Л.Р. 11
Багрій М.В. 29
Бажан О.І. 2, 10, 19, 102, 104
Базилевич М.А. 105
Балагуш О.-Г.С. 108
Басараба Т.П. 126
Бахнівський В.С. 126, 127
Безродна А.І. 72
Бензель І.Л 163, 169
Бібен А.В. 131
Білик М.-А.З. 163
Білич С.І. 132
Блажівська О.О. 34
Богак Я.В. 185
Богославець О.М. 164
Боднар О.П. 110
Боднар М.В. 48, 56
Боженко М.І. 76, 79
Бойко Л.А. 13
Болюк М. 47
Борідко В.А. 20
Босий С.А. 3
Бронецький І.В. 127
Бугайчук І.М. 49
Буфан Р.І. 111
Бучко О.В. 164
Бянов А.С. 50

В

Вайнагій М.В. 107
Вайнагій М.М. 178
Вакалюк І.І. 21
Ваколюк А.В. 81
Варварук Р.М. 20
Варениця Л.М. 151, 156, 185
Варунків С.В. 20
Василечко М.М. 21
Васкул Н.В. 49
Вашкеба Е.М. 13
Вацеба Б.Р. 81
Ващук Д.М. 92
Веляник В.П. 11
Венгрович В.В. 10
Вербовська Р.І. 134
Винник Д.М. 178
Вишневський М.І. 179
Вихованець В.В. 21
Вініченко М.О. 132
Вітковська Н.В. 40
Водославська Н.Ю. 3
Волинський Д.А. 22, 30
Волотівська Л.С. 92
Волотівський І.П. 92
Волошин З.П. 165
Волошин У.В. 11
Воронич В.О. 12, 96

Г

Гавенко Б.В. 188
Гаврилко Н.Р. 155
Гаврилов А.О. 3
Гаврилюк О.І. 120
Гаврилюк О.С. 179
Гавриш І.М. 22
Гавриш М.М. 50
Гаврищук Л.М. 165, 165
Гавчук Є.В. 166
Галанджій М.-А.В. 92, 102
Галько С.В. 157
Гардашова Д.Н. 23
Гвоздецька Ю.І. 111
Гвоздецький Я.П. 158
Гдакович О. 104
Геник І.К. 4
Герасим'юк Н.В. 132
Герасимчук М.Р. 93
Гірна Г.А. 100, 101
Гладка В.В. 157
Глушко Л.В. 22, 23
Глущук А. 44, 157
Гнетов М.И. 24
Голей М.М. 4
Голованова А.Ю. 106, 124, 125
Головін Д.В. 31, 43
Голод Н.Р. 128
Голота І.П. 3, 180
Гонгало С.Ю. 166
Гонсіровська Г. 157
Гончарук-Хомин М.Ю. 133
Гошовська Н.А. 5
Гошовський Б.А 5
Гриджук Т.І. 24
Гризун І.О. 180
Гринишин Д.В 152
Гринишин І.В. 25, 53
Гринишин Н.М. 152
Гринів М.З. 105
Гринівська С.Л. 167
Гринчишин А.В. 69
Гринчишин О.В 25
Гринчишин О.І. 12
Грицик Р.А. 167, 188
Гриців Х.Т. 25
Грищенко С.А. 118
Гужва Є.А. 93
Гурбич І. 145
Гуцол Б.О. 74, 94
Гуцуляк Т.Т. 3
Гуцуляк Ю.В. 3

Д

Давиденко О.В. 13, 73, 94
Данилів В.В. 13, 56
Данканич В.В. 50
Дейнеко А.Н. 90
Дем'яник М.В. 167
Дем'янчук М.В. 49, 54
Демчина М. 76
Денчик Н.С. 5
Депутат М.В. 26
Деркач Р. 133
Дехтяр Д.Г. 95
Джочка Л. Р. 69
Дівнич Т.Я. 134
Дмитренко І.А. 134
Дмитрів В.В. 70, 108
Дмитрук Ю.І 155
Дмитрук Ю.Р. 135
Дністрянська А.П. 127
Довга Н.З. 43
Должко Н.В. 118
Долинко Н.П. 82
Дорошенко У.П. 48, 112
Доскалюк Б.В. 27
Доскоч Х.Р. 68
Дяків І.Б. 102
Дяченко Г.В. 151, 185

Є

Євсєєв А.В. 82
Євтушок Л.В. 168
Єгоров А.А. 161

Ж

Жиляк О.В. 155

З

Заболотна З.О. 27, 135, 136
Закорчемна Б. 13
Засідко В.В. 47
Заставна О.М. 106
Захарків В.І. 5
Заяць Н.Л. 86
Заяць С.В. 136
Зелена І.І. 36
Зозуляк Н.В. 28
Золотарьов А.Ю. 188
Золотухина Е.Л. 137

І

Ібрагім Х.А. 28
Іванишин О.М. 19, 158
Іванів І.-В.М. 6
Іванків Я. 77
Іванчук Н.А. 152, 183
Івасюк І. Й. 83
Іващишин С.В. 40, 128
Ільницька С.В. 82

Й

Йосипів М.І. 70

К

Кантемир А.І. 95
Карабанович М.М. 41
Карапутна І. 36, 87, 97, 98
Карас Ю.І. 168

Кароль Д.Й. 76
Карчинський О.О. 106
Касюк Л.М. 28
Катеринюк В. 149
Каширина А.В. 77
Кебашвили С.В. 37
Кенюк Л.Я. 137
Кіндратів Е.О. 83
Кобрин Н.Т 137, 137
Кобрин О.Т. 71
Коваленко Г.О. 112
Ковальчук Р.В. 107
Ковалюк А.В.138
Козак Л.В. 139
Козачишин Н.І. 29, 46, 186
Козловська М.Г. 44, 77
Коколин В. 44
Кокоць Л. 104
Кокряцька В.О. 31
Колесник М.Ю. 29
Кольцов О.Є. 7
Коляджин Т.І. 169
Комар Х.Б. 27
Коник М.М. 47
Корж Н.В. 30, 30, 103
Королевич Р.Р. 129
Костенко С.Б. 141
Костів Х.С. 30
Костюк І.А. 169
Костюченко Є.В. 100, 101, 101
Костюченко С.Б. 141
Котик Т.Л. 84, 91
Кохан Е.Н. 80
Кошарський Д.В. 152
Крутій А.М. 20
Кузовенкова Е.А. 50
Купчак М. 45, 157
Куравська Ю. С. 130
Курас Л.Д. 14
Курик О.Г. 86
Куцик Ю. В. 113
Кучер І. В. 31, 43, 84, 127, 170
Кучеренко О.К. 6
Кушніренко В.В. 129
Кущ К.Т. 158

Л

Лабчук А.Р. 4, 7
Лазуркевич О.В. 113
Лазуркевич Х.О. 71
Левчук О.Л. 169
Легінь Н.І. 170
Легун Н.О. 14
Лембрик І.С. 119, 121
Лецюк Н.С. 181
Липка В.Т. 40
Литвинець В.Є. 114
Литвинець-Голутяк У.Є. 138
Литвинюк Н.І. 15, 16
Лісова Т.А. 85
Лобанова Г.В. 130
Лотоцька О.В. 152
Лошак О.Т. 44, 78
Люклян А. 171
Лях А.І. 139
Лящук В.Г. 139

М

Мазур І.М. 51
Мазур Ю.В. 181
Макар М.І. 7
Макойда І.Я. 31, 48, 52
Маліборська С.В. 103, 181
Мандрик А.В. 161
Мацур М.А. 51
Мар'єнко Н.І. 85
Маринич Н.О. 141
Мартинюк Л.П. 152
Маруха Р.Ю. 141
Масляк К.Т. 15
Масляник М. 109
Матвіюк О.А. 188
Махлинець Н.П. 142
Медведев М.В. 17, 100, 101, 101
Медвідь А.-К.Б. 122
Мелех Г.В. 79
Мельник А.С. 140, 140
Мельник М.В. 171
Мельник Н.С. 141
Мельник О.П. 31, 48,52
Мельник Х.В. 52
Мельничук О.С. 86
Меркуленко З.В. 32
Мисліборська Я.В. 32, 153
Мисула Н.І. 142
Михалойко І.Я. 182
Мігащук І.І. 70
Мінакова С.А.
Мінакова С.А. 114
Міненко І.І. 107
Мкртумян
Муховська С. 158

Н

Навроцький Б. М. 186
Нагорна Д.М. 86
Нейко О.В. 171
Нечитайло Л.Я. 13
Никифорук М.М. 46
Новікова І.М. 153
Новіцький М.Ю. 182

О

Овчар А.І. 41
Огієнко С.А. 143
Ожоган Р.З. 143
Озарко Н.Б. 183
Октисюк Ю.В. 144
Олексин М.Б. 15, 16
Олійник М.Я. 115
Онушко Н.І. 144
Опалка О.М. 130
Оринчак Л.Б. 78
Орішко А.Я. 144
Оріщак О.Р. 183
Остафійчук Н.Б. 183
Островський М.М. 30, 30, 46, 51
Охрим Т.М. 181

П

П'янкова А.О.
Павелко З.І. 16
Павлюк О.М. 79
Палієнко М.В. 32, 115
Панасюк А.В. 177
Пантус А.В. 146
Панчишин О.Б. 76, 79
Панчишин І.В. 5
Парцей Х.Ю. 15, 16
Пачевська А.В. 145
Перевізник Б.О. 162
Перегінська О.В. 20
Перегінчук І.Я. 172
Перекліта М.Я. 52
Перетятко І.В. 86
Петраш А.В. 184
Петрашенко И.И. 184
Петришин І.Ю. 71, 107, 178
Петришин Н. 159
Петришин С.В. 145
Петровська Л.Р. 57
Петруняк М.І. 178
Пилюк І.І. 50
Писаренко Г.М. 95
Писаренко Г.Н. 33
Підгайна І.Я. 72
Піжук А.В. 184
Піхо Р.З. 17
Побігун Н.Г. 96
Побережець В.Л. 33
Побережна Л.О. 95
Подворна Ю.О. 80
Подолюк М.В. 144
Полієнко Д.А. 172
Поляков А.В. 33
Попадюк Б.І. 158
Попенко Ю.Ю. 185
Попович Л.О. 44, 77
Попп О.Р. 53
Приймак Х. 116
Приймак Х.Б. 7, 25
Прокопів Х.І. 37, 71, 103
Прокоп'юк М.М. 181
Протиняк І.Р. 34
Процик А.Л. 53
Проць І.І. 146
Процюк Л.О. 34
Прусак О.І. 35, 41
Пустовіт А.Ю. 172
Пушко А.А. 8
Пюрик М.В. 185
Пюрик Я.В. 143
П'янкова А.О. 116

Р

Рангулова Т.С. 186
Резниченко Е.К 77
Резніков Ю.П. 117
Репетило І.І. 73, 146
Решетило А.В. 117
Рибчак С. 44
Рищенко С.А. 118
Рицик О.Б. 10
Рожко М.М. 150
Рожко С.М. 27, 147
Романюк Н.В. 75
Ромаш І.Р. 122
Рудник В.Т. 23

Рудюк М. 55
Рудяк М. 54
Ружило О.С. 154
Русєва К.С. 54
Рущак А.М. 173
Рябець Т.С. 81

С

Сабан Н.С. 173
Савчук Я.М. 38
Садовий І.Я. 180
Сас І.А. 173
Секрет Т.В. 42, 162
Семак Л.В. 108
Семенів І.П. 159
Семченко В.А. 12, 96
Сёмова О.В. 37
Симовонюк М. 133
Синишин Х. М. 118
Синькович Н.М. 22
Сирота О.В. 35
Сілецька О.В. 74
Сірко А.О. 35
Скакун О. З. 46, 80, 186
Сковрон М.В. 154
Сліва Гжегож 87
Сліпчук Ю.В. 8
Слободян З.О. 15, 16
Смирнова В.И. 33
Смирнова В.І. 32,
Смолинський Е.О. 155
Сов'як Н.М. 182
Соколовський В.І. 183
Соловій Р.Д. 19, 36
Сологуб В.А. 174
Соляник А.О. 118
Сорока О.Р. 55
Сосна Г. 74
Стародубцев Д.С. 124, 125
Степанова Е.В. 37
Степанова О.В. 36, 37
Стефанишин А.Б. 119
Стефанишин К.А 174
Стецев'ят В.Б. 96
Стеценко В.А. 162
Стовбан М.П. 31, 48, 52
Столець М.В. 85
Стрільчук Д. 87, 97, 98
Судакова Я.С. 9
Сухов М.В. 78

Т

Танасійчук О.В. 175
Тарасевич Н.Р. 88
Тарнавська М.В. 147
Тарнавський П.В. 136, 148
Твердохліб І.З. 97
Тимків С.М. 175
Тимошенко В.А. 180
Тимощук О.В. 119
Тимчук І.В. 75
Тинкалюк В.В. 155
Титар І.І. 186, 186
Титик В.В. 89
Ткаченко В.В. 175
Ткачук Л.О. 37
Тодорів Л.Р. 89, 122
Токар М. 87, 97, 98
Токарук Н.С. 84
Томків У.М. 109
Тригуб І.Ю. 175
Тромбола О.В. 16, 18, 90
Турчак М.М. 115
Турчанська Н.І. 76
Тучак Н.І. 176
Тымощук В.С. 88

У

Уліцький А.М. 120
Ушко Н.О. 93

Ф

Федишин Л.Л. 110
Федонюк Л.Я. 72
Фельдман Д.А. 37
Фенчук Г.В. 123
Фурман Р.Л. 149

Х

Хабаль А.В. 24, 90
Хабаль А.В.
Ханас М.С. 108
Ходош Я.Є. 72
Хомик Ю.І. 177
Хороб О. 149
Хорощак В.Я. 38, 183
Хорощак Ю.М. 91, 182
Храпчук А.Ю. 103

Ц

Цап Х.Я 100, 101
Цепінь М. 55
Цис О.В. 161
Цицюра О.О. 119
Цуперяк С.С. 149
Цюприк Х.В. 108

Ч

Чайка В.О. 187
Чайка Р.О. 187
Чайковська С.М. 38
Червань І.В. 36
Черняк А.В. 80
Чесановський В. 44
Чоланюк Б.Б. 177
Чубій І.З. 150

Ш

Шаламай У.П. 98
Шемрай І.І. 155
Шибель В.І. 156
Шимчук Ю.С. 104
Шкіль Х.О. 187
Шкільна О.О. 42, 99, 125
Шкрібляк М.М. 105
Шкрумеляк М.В. 157
Шлімкевич І.В. 119, 120, 121
Шпір Д.О. 68
Шушковська Ю.Ю. 39

Щ

Щерб'юк О.Л. 159

Ю

Юркевич Б.Є. 130

Я

Яворський П.Я. 153
Яковенко В.О. 86
Яріш І.В. 47
Ярмошук І.Р. 150
Ярощук Д.П. 115
Яцишин Л.М. 104
Яців Н.Я. 103
Яців О.Я. 188
Яців Р.В. 160
Яцунда Л.Т. 75
Яцута Г.В. 99
Яцута Т. 45
Яцух С.Л. 188

A

Aleksovitch L.V. 58
Ashcheulova T. 19

B

Barkhat A. 123
Baziuk M.M. 2
Bodnarenko A. 92
Boiko Iryna 58
Burlak K. 100

C

Chichirello-Konstantinovich K.D. 48
Czarnocka Milena 156

D

Davydenko O.V. 58
Dmytruk Yulia 59
Dziombak K. 59

G

Grybos David 110
Guyvan I.V. 18

H

Hladenka O.Ya. 59
Hladkych F.V. 160
Hrymaliuk Rostyslav 60
Huzol B.O. 60

I

Ikbyka A. O. 19
Ivanochko U.V. 61
Ivashchyshyn S.V. 61

K

Kibote Mary 151
Kostenko S.W. 61
Krasnovskiy V. 32
Kudybyn M.B. 123
Kuzhda A. 122

L

Lavreniuk I.Y. 62
Lychman T. 62
Litvinyuk N.I. 67
Lutsak Oksana 81
Lutsak Yurii 81

M

Maslyak K.T. 62
Matskevych V.M. 124
Medvid Anastasia 121

O

Oleksyn M.B. 67
Ovchar I.U. 63

P

Paraschchuk Ju.-I.L. 63, 69
Parța H. Yu
Partsey H.Yu. 67
Pavljuk Ju.O. 63
Petryshyn Juliana 64
Plaviuk B. 64
Pukach I. 64
Pyuryk M.V 65

R

Romanyuk U. 65
Rudnicka K.U. 124
Rutkowska O. 121
Ruzhylo O.S. 124

S

Sachko A.M. 65
Schutak M.-V.I. 66
Seniak O. 92
Simontobow J.A. 124
Skomorowski P. 92
Slobodyan Z.O. 67
Synoverskyy P.S. 65
Sytnikova N. 19

T

Tscherwak Wira 66
Tychkovskiy S. I. 66

U

Uskov Viktor 67

V

Voytynskyy O.V. 123

Z

Zahrynovskyy V. 67

ЗМІСТ:

Історія Студентського Наукового Товариства 1
Акушерство та гінекологія 2
Анестезіологія та інтенсивна терапія 10
Біологічна та медична хімія 10
Біофізика 17
Внутрішня медицина 18
Гігієна та екологія 40
Гістологія, цитологія та ембріологія 43
Дерматологія та венерологія 46
Ендокринологія 47
Інфекційні хвороби та епідеміологія 48
Кардіологія 56
Медицина іноземними мовами 58
Медична біологія та генетика 69
Мікробіологія та вірусологія 73
Неврологія 75
Нормальна та патологічна морфологія 81
Нормальна та патологічна фізіологія 92
Онкологія 100
Оториноларингологія 104
Офтальмологія 108
Педіатрія 110
Психіатрія, наркологія та медична психологія 121
Радіологія та радіаційна медицина 123
Соціальна медицина та організація охорони здоров'я 126
Спортивна медицина 128
Стоматологія 131
Травматологія та ортопедія 151
Українознавство та філософія 156
Фармакологія 160
Фармація 163
Хірургія 178