

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет



ЗБІРНИК
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»

14.04.2017 р.
м. Харків

Bilera N.V., Chekhovska I.M., Fetisova M.O., Mosina N.H.
**OPTIMIZATION OF LABOUR REGIMEN IN OFFICERS OF LOGISTICS UNITS
OF THE NATIONAL GUARD OF UKRAINE AS AN ISSUE OF THE DAY**

Kharkiv National Medical University
Department of Hygiene and Ecology No. 2
Research advisor: prof. Zavgorodnii I.V.

Working out and introduction of the regimens of labor and rest, that would enable to maintain high capacity for work in military personnel of logistics units regardless of complicated tasks put before them, is an issue of the day.

At present, in connection with a difficult situation in the country, military personnel of logistics units of the National Guard of Ukraine can not realize their right to rest in full measure, despite the fact that Regulations of Internal Service of Armed Forces of Ukraine, article 203, clearly regulate this problem.

The analysis of duty charts of military personnel of logistics units, questioning of officers were used in this study. The officers of a logistics unit work 5 days a week, from 8 a.m. to 5 p.m. Besides, the officers of a logistics unit have daily duties on workdays, days off and holidays according to the schedule. It is established on the basis of analysis of officers' duty charts, that, on average, every officer is on duty from 3 to 6 times a month, 1-2 times of them - on days off.

For a duty on a day-off, the military personnel should have a free day the next workweek by the chart approved beforehand. However, in connection with a productive need, this possibility is not always realized, that in future can result in the development of overfatigue. Overfatigue affects performance of functional duties, and, since the work of military personnel is very intensive, development of burnout syndrome is possible in officers afterwards.

Conclusions: - for maintenance of high capacity for work in the officers of logistics units it is necessary to optimize the charts of labor and rest taking into account a specific character of activity;

- to work out and introduce measures on prophylaxis of overfatigue and development of burnout syndrome.

Chaika O.Iu., Lutsyk M.V.
**ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF OPPORTUNISTIC DISEASES IN HIV-
POSITIVE PERSONS**

V.N. Karazin Kharkov National University
Department of General and Clinical Immunology and Allergology
Research advisor: Volobuieva O.V.

Nowadays HIV infection is not only a viral epidemic, but a social disease that threatens the population. Despite all of the efforts to prevent the spread of HIV infection, the number of new cases increases progressively and the total amount of deaths to HIV,

mostly among the youngest and the most able-bodied population, is increasing, which makes this condition an important medical and social problem.

Objective. To study the incidence of opportunistic infections in HIV/AIDS-positive individuals in Kharkiv region.

Study materials. A retrospective analysis of the medical histories of 284 patients infected with HIV who were being treated at the Kharkiv Regional Infectious Diseases Hospital in the years of 2011-2015. The diagnosis was established on the basis of epidemiological and clinical-laboratory data. People in the age category of 30-39 years prevailed.

Results. Cytomegalovirus infection was one of the most severe opportunistic diseases in AIDS patients, which in 20% of cases became the direct cause of death, and also caused polymorphic disorders. 90% of HIV-infected patients were found to have antibodies to CMV in blood serum. Patients of this group often had lymphadenopathy (an increase in lymph nodes from 1.5cm to large and dense conglomerates). At later stages of HIV infection mediastinal lymph nodes, abdominal cavity and nervous system were involved in the pathological process.

In patients with toxoplasmosis focal neurological disorders and fever were detected. Due to computer tomography of the brain, multiple foci of reduced density were determined. In 90% of toxoplasmosis encephalitis patients, CD4+ lymphocyte count was less than 200 cells/mm³ but the greatest risk of developing the disease was recorded with CD4+ less than 100 cells/mm³.

A peculiarity of the clinical course of tuberculosis in the HIV-infected was the prevalence of intoxication syndrome over bronchopulmonary, as well as increased peripheral lymph nodes.

In 6.56% of cases a mixed variant of HIV infection, tuberculosis and viral hepatitis B was observed. This group of patients included men. HAART was performed in 40%. During the examination the terminal stage of HIV was diagnosed with a CD4+ level below 100 cells/μl.

Conclusions. The proportion of HIV patients with reactivation of infections from the TORCH complex was 28.4%. Co-infection of HIV with tuberculosis was often characterized by a non-typical course and, as a consequence, difficulties in recognizing it at the primary stage of medical care. In patients with the terminal stage of AIDS, with a sharp decrease in the level of CD4+ the reactivation of a mixed infection of HIV, TB and HBV (6.56%) occurred.

Filippov A.O.

THE EFFECTIVENESS OF EXERCISE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF OBESITY IN ADOLESCENTS.

Kharkiv National Medical University

Department of Physical Rehabilitation and Sports Medicine

Research advisor: Associate Professor Ph.d. M. Kirichenko

Relevance. Obesity is now one of the most common chronic diseases represent a medical and social problem, because along with a high prevalence, obesity is one of the major causes of early disability and mortality rates of patients of able-bodied age. Especially if obesity has evolved with the child or adolescent. Obese persons have an increased risk of developing diabetes, hypertension and other cardiovascular diseases, mortality, which is the highest. No doubt, the fact that the problem of obesity requires medical intervention.

The purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of exercise therapy to treat obesity in adolescence.

Research methods. Analyzed medical history and outpatient card 60 adolescents 15-18 years with obesity I-II degree, treated in Endocrinology at the Institute for child and adolescent health. Among the surveyed were 23 boys and 27 girls. 32 teen have diagnosed exogenous-constitutional obesity and 28-neuroendocrine. All investigated were treated, including a hypocaloric diet. The patients neuro-endocrine obesity received drug therapy according to Protocol. 36 have teenagers in the complex treatment of applied physiotherapy for 40 minutes 2 times a day under the supervision of a physician and Methodist LFK. Before the start of treatment all adolescents conducted general clinical examination with the assessment of the cardiovascular system and the definition of tolerance to physical activity. Therapeutic physical training included a total workout, mechanotherapy in the form of lessons on a bicycle ergometer, rowing. The course of treatment was 18 days. The study was evaluated by body mass, body mass index, waist circumference, hip circumference before the start and at the end of treatment.

The results. In the face of treatment in a group involved in exercise therapy (Group I) body weight decreased, on average, at $3, 5 \pm 0, 4$ kg. But in a group not involved in gymnastics (Group II) $-1.8 \pm 0, 5$ kg. Clinically significant weight loss (5-10% of the original) noted accordingly, 80, 4% and 40.3%. ($p < 0.05$). Decrease in body weight was accompanied by a credible reduction of BMI of 44 to 31 kg/m² ($p < 0.05$). Waist circumference was reduced by 10 cm in 55.5% and 8.3% ($p < 0.02$) on 7-9 cm 27, 7% and 41.7%, for 4-6 cm at 16.8% and 50.0% ($p < 0.02$; 0.05 and 0, 02). Dynamics of the ratio FROM/about cm. shows that in the first group after the treatment this decline more and larger than in the second group. If before the treatment ratio FROM/about 1 more equal half of teenagers in both groups after treatment in Group I it fell to 0.8 at 50, 3%, and in the second group only 10, 4%, and is less than 0.8 in (I) Group 1, 20%, and in the second group remained without speakers. Conclusions. 1. the results of the treatment of obesity in adolescents only's a hypocaloric diet or diet combined with exercise therapy, suggests that combined therapy more effective. 2. Physical activity increases energy consumption, is a major factor in the normalization of body weight.

Garas M.N., Lekhkun G.V., Klymyuk H.I.
MARKERS OF INFLAMMATION AND BRONCHIAL
HYPERRESPONSIVENESS IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH SEVERE
EXERCISE-INDUCED ASTHMA

Bukovinian State Medical University
Department: Pediatrics and Pediatric Infectious Disease
Research advisor: Bezrukov Leonid

At least 10-12% of patients with bronchial asthma are suffering from a severe form of the disease. Severe asthma in children is characterized by heterogeneity that includes airway narrowing after exercise, known as exercise-induced bronchospasm. The objective of the paper was to analyze markers of inflammation and bronchial hyperresponsiveness in school-age children, having severe exercise-induced asthma. We examined 15 schoolchildren suffering from severe asthma, which had exercise-induced asthma, and 31 children suffering from severe type of the disease, with no signs of exercise-induced bronchoconstriction.

Airway hyperresponsiveness was assessed according to the results of bronchoprovocation testing with histamine. The type of bronchial inflammation was determined by the results of sputum cytology obtained by induction.

In assessing the reliability of difference between the rates, we did Student's t-test. The assessment of event implementation risk was conducted taking into account the reliability of relative risk index, and attribute risk and odds ratios. Greater proportion of schoolchildren with exercise-induced asthma (60,1%) was with symptoms of mucospin hypereosinophilia (average content of eosinophilic granulocytes over 8%) than that of the comparison group (17,6%, $r\phi < 0,05$). The fact that the bronchi of the schoolchildren with severe exercise-induced bronchial asthma are hyperresponsive (PC20H were $0,33 \pm 0,13$ mg/ml vs $0,71 \pm 0,20$ mg/ml, $P < 0,05$) is confirmed by a significantly greater proportion of patients with severe airway hypersensitivity to histamine (PC20H $< 0,5$ mg/ml) among the children of the first clinical group (87,5%) than those without phenomena of exercise-induced constriction (54,5%, $r\phi > 0,05$).

The indices of bronchial inflammation in children with severe exercise-induced asthma are characterized by hypereosinophilia of induced sputum. We have established reliably more pronounced airway hypersensitivity to histamine in the schoolchildren suffering from severe exercise-induced bronchial asthma.

Goncharov A.S.
SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYST COMPRESSED
ADJACENT ORGANS

Kharkiv National Medical University
Department of Surgery No.2
Research advisor: Assoc., Ph.D. Goncharova N.M.

Introduction. Incidence pseudocyst (PC) of the pancreas (SW) in total is 1,6-4,5%.
Materials and methods. The results of surgery in 153 patients with PC software that compress adjacent organs, were treated at the clinic from 2000 to 2015 all patients were examined by the public methods. Also applied puncture PC with the following morphological, cytological, biochemical punctate.

Results and discussion. Longitudinal pancreatoyeyunostomy by Brown performed in 15 patients, longitudinal pancreatoyeyunostomy by Roux – 39 patients. When compression of the duodenum from outside the PC and virsungolitiasis imposed cystoduodenoanastomosis 2 patients in combination with longitudinal pancreatoyeyunostomosis. When compression gastric and / or duodenal ulcer patients completed 24 cystoyeyunoanastomosis, including 3 – laparoscopic methods. When infected PCs that compressed the stomach and / or duodenum 5 patients imposed cystoyeyunoanastomosis. In the presence of infected PCs that compressed the stomach and duodenum, and virsungoectasi, virsungolitiasis 1 patient longitudinal pancreatoyeyunostomosis performed with an external PC drainage, and 2 patients with obstructive jaundice and virsungoectasi imposed cystoyeyunoanastomosis. In 3 patients compressed tubers duodenum enlarged pancreatic head, with virsungolitiasis, mechanical jaundice and thrombosis v. portae made longitudinal pancreatoyeyunostomosis by Roux, cholecystectomy, and imposed choledoholitotomy, choledohoduodenoanastomy. In 1 patient with virsungoectasi, obstructive jaundice and duodenal deformity due to compression of the PC originally performed ultrasonographic puncture followed by laparotomy, cholecystectomy, and choledohoduodenoanastomosis, longitudinal pancreatoyeyunostomy. The puncture of PC, which caused compression of the stomach and duodenum controlled by ultrasonography performed 8 patients, 4 of them – followed by external percutaneous drainage PC controlled of ultrasound on the type «pig tail». When infected PCs that compressed the stomach and duodenum 9 patients completed puncture computer controlled ultrasound in 4 patients with the following laparotomy and external drainage PC. Puncture PCs that compress the duodenum and / or stomach under control endosonography made 16 patients. In 7 patients endosonography puncture was the final stage of treatment. In 9 patients relapsed PCs that require further internal draining PC. Endoscopic anastomosis formed by plastic stents (7-10 F) by type «double-pigtail». 3 patients imposed transduodenal cystoduodenoanastomosis and 4 performed endoscopic pancreatocystogastrostomy, 2 patients – endosonography cystogastrostomy that 1 patient complicated by bleeding and it was done "forced" pancreatoduodenal resection. Chronic pancreatitis with degenerative fibro-cystic transformation of the head of software that compresses the stomach and / or duodenum

2 patients performed resection for pancreatic Beger. With the localization of PC that compresses the duodenum, the head of the pancreas and availability virsungoectomy 11 patients completed the operation by Frey. With the localization of PC that compresses the stomach and / or duodenum, pancreas tail in 4 patients fulfilled the distal pancreatic resection intestine. Pancreatoduodenal resection performed 4 patients indicated. As a result of treatment died 2 (1.3%) patients. The cause of death was multiple organ failure syndrome and acute myocardial infarction. Conclusions. Mini-invasive techniques and traditional open surgery for the treatment of PCs that compress the stomach and duodenum should be regarded as complementary.

Goptsi O.¹, Buryakovska O.², Reznik L.², Vovchenko M.²

ARTERIAL HYPERTENSION AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE: ADIPOKINE ACTIVITY

¹Kharkov National Medical University (Internal medicine №1)

²SI «National Institute therapy named after L.T.Maloyi NAMS of Ukraine»

Abdominal obesity (AO) increases the risk of developing a variety of pathological conditions, including insulin resistance (IR), type 2 diabetes, dyslipidemia, arterial hypertension (AH) and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). Chronic inflammation in adipose tissue can have impact on the development of obesity-related metabolic dysfunction.

Purpose of the research. Was studied the changes of levels of leptin, tumor necrosis factor (TNF- α) and insulin resistance index in patients' with AH and NAFLD depending on abdominal obesity.

Materials and methods. 103 patients with AH and NAFLD were observed (average age was 53.87 ± 4.92 yrs.). NAFLD was detected by the ultrasonography. Levels of leptin, insulin and TNF- α were obtained by ELISA. IR index (HOMA-IR index) was calculated. Distribution of adipose tissue were evaluated by measuring the patients' waist. Patients were divided in two groups: the first one - 36 patients with AH and NAFLD without AO, the second one - 87 patients with AH and NAFLD with AO.

Results. the leptin level, TNF- α and the HOMA-IR index (leptin 12.73 ± 0.82 ng/ml, female patients: 12.93 ± 0.99 ng/ml, male patients: 11.92 ± 1.23 ng/ml; TNF- α 8.40 ± 0.44 ng/ml; HOMA-IR index 4.09 ± 0.49 CU) were significantly higher in the patients patients with AH and NAFLD with AO than such of the patients with AH and NAFLD without AO: (leptin 6.66 ± 0.48 ng/ml, female patients: 6.25 ± 1.19 ng/ml, male patients: 6.78 ± 0.53 ng/ml; TNF- α 5.31 ± 0.37 ng/ml; HOMA-IR index 2.0 ± 0.22 CU).

Conclusion. The levels of leptin, TNF- α and insulin resistance index were elevated statistically significant in patients with AH and NAFLD with AO.

Koteliuch M.Iu.

THE INDEXES OF EXTRACELLULAR MATRIX IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Kharkiv National Medical University

Department of Internal Medicine No. 2, Clinical Immunology and Allergology

Research advisor: prof. P.G. Kravchun

The aim of the study was to study the content of matrix metalloproteinase-13, tissue inhibitor of metoproteinase-4, tenascin C in patients with acute myocardial infarction, depending on the presence and absence of diabetes mellitus type 2.

Materials and methods. In the study, 100 patients were examined who were on inpatient treatment in the infarction department of the Kharkov City Clinical Hospital № 27 (clinical base of the Department of Internal Medicine № 2, clinical immunology and allergology of Kharkov National Medical University).

All patients were divided into groups: the main group comprised 60 patients with acute myocardial infarction (AMI) and type 2 diabetes mellitus (DM); comparative group - 40 patients with AMI with no type 2 diabetes. The content of matrix metalloproteinase-13 (MMP-13) was determined by the enzyme immunoassay using the Human MMP-13 reagents kit (RayBiotech, Norcross, USA); tissue inhibitor of metaloproteinase-4 (TIMP-4) – «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA); tetenasin C is «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan).

Results of the study. Analysis of the study showed that the content of MMP-13 on day 10-14 significantly increased in patients with AMI and DM type 2 compared with patients with AMI without DM type 2 on day 1-2 ($p = 0,0316$). There was a decrease in the level of TIMP-4 in patients with AMI and DM type 2 ($p = 0,0145$) and tenascin C ($p = 0,0001$) compared with patients with AMI without DM type 2.

Conclusions. Thus, the revealed tendency towards an increase in the level of matrix metaloproteinase-13 in response to decompensation work on the part of the tissue inhibitor of metoproteinase-4 and tenascin C can affect the course of myocardial infarction in patients with type 2 diabetes.

Kovalchuk V.M., Malets O.S., Vynokurova O.M.

THE LEVEL OF BIOGENIC AMINO-ACIDS IN PATIENTS WITH ACUTE HEPATITIS B

Kharkiv National Medical University

Department: Infectious Diseases

Research advisor: Kozko V.M.

WHO estimates that about 2 milliard people in the world infected by hepatitis B. Daily are registered about 4 million cases of acute hepatitis B, and because of the consequences of chronic hepatitis B dies almost 1 million people. So far the factors

that influence the development of chronic form of the disease are not fully studied. In this connection, it is relevant to explore the level of some amino-acids in hepatitis B, considering their correlation.

The object of the work: explore the level of biogenic amino-acids in patients with acute hepatitis B.

Tasks: determine the level of Tryptophan, Serotonin, and 5-Hydroxyindoleacetic acid in blood serum in patients with acute hepatitis B.

The material and methods of the search: we examined 30 patients with acute hepatitis B. The control group was consisted of 30 healthy people. The diagnosis of acute hepatitis B was confirmed by linked immunosorbent assay and polymerase chain reaction. The level of biogenic amino-acids in blood serum was determined by standard method.

The results and consideration: the level of serotonin in blood serum in patients with hepatitis B significantly increased and amounted to $0,92 \pm 0,03$ mkm/liter.

Considering that serotonin is inflammatory mediator, it's increase in the first stage of an inflammatory is naturally. Serotonin increases vascular permeability, enhances chemotaxis and migration leukocytes into the inflammatory focus, it increases the level of eosinophilis in blood, amplifies the degranulation of mast cells and realizing of other mediators of allergy and inflammation.

Serotonin is an controlling neurotransmitter of appetite, sleep, mood and that has changed among our patients.

The level of Tryptophan in blood serum among patients with acute hepatitis B increased till $66,5 \pm 1,5$ mkm/ liter ($p < 0.05$).

Tryptophan - an essential amino-acid , it's not provided by our body, and coming from the outside with food. It is part of many proteins (such as fibrinogen and gamma globulin).

Accumulation of Tryptophan leads to an increase in the content of serotonin and blocks neurotransmitters.

The level of 5-Hydroxyindoleacetic acid significantly decreased and amounted to $0,23 \pm 0,02$ mkm / liter. It can be used in the differential diagnosis of diseases with jaundice syndrome, considering the fact, that the increase of 5-Hydroxyindoleacetic acid in plasma is characterized only for patients with jaundice as a result of malignant diseases.

Conclusions:

1) In patients with acute hepatitis B, detected level rise of Serotonin and Tryptophan in blood serum.

2) Revealing a significant decrease in the content of 5-Hydroxyindoleacetic acid in blood serum among patients with acute hepatitis B can be used in the differential diagnosis for jaundice of various origins.

Lazarenko K.P., Chehovska I.M., Sarnova Y.O.

DIAGNOSTICS OF THE LEVEL OF SCHOOL ANXIETY IN CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Kharkiv National Medical University

Department of Hygiene and Ecology No. 2

Research advisor: prof. Zavgorodnii I.V.

Mental health, or the state of psychological, physical and social well-being, is of great importance for a successful education of a teenager at school. Such situation becomes especially critical in a case when a child has some deviations in his development or a disease.

Alarm is an emotional state of the human being that appears in conditions of unexpected events both at the delay of pleasant situations, and - more often - at expectation of troubles.

School anxiety is a sign of emotional trouble of a child. Feeling of internal strain in an indefinite situation is known to everybody. This state is named alarm and considered normal under certain circumstances. However, permanent alarm - anxiety – is an individual feature. If it appears in the situations of interaction with an educational environment, we deal with school anxiety.

Anxiety is manifested as an increased disposition to uneasiness, amotivational expectation of failure. School anxiety can appear in a certain age period, and be leveled afterwards. However, the permanent state of alarm has negative effect on forming of child's personality, causing fearfulness, neurological sign etc. Anxious children usually grow passive, living by the principle "better to do nothing to prevent troubles". When carrying out a thesis for obtaining the scientific degree of candidate of medical science on specialty 14.02.01 "Hygiene and occupational pathology" on the subject : "Psycho-hygienic assessment of adaptation of children with pathology of locomotor apparatus to conditions of education in the specialized educational establishment", the testing of pupils of 5th and 9th forms was carried out by means of Phillips' technique of school anxiety level diagnostics.

The aim of the technique (questionnaire) consists in the study of level and character of anxiety connected with school in children of junior and average school age. Using Phillips' technique one can reveal the following factors of school anxiety: general anxiety at school; experiencing of social stress; frustration of requirement in achievement; fear of situation of examination; fear of non-compliance with expectations of surrounding people; low physiologic resistance to stress, as well as problems and fears in relationships with teachers.

The following results were obtained as a result of the study and assessment of each of the factors of anxiety. Level of anxiety for the pupils of the 9th form is higher (20.9%) in comparison with the pupils of the 5th class (9.5% of students have increased anxiety). One could also say that such factors as general anxiety at school and experiencing social stress take place in 75% of pupils of the 9th form, in contrast to the pupils of the 5th form (50%). Using the results of the testing, it is possible to draw a conclusion that psychical and

physical exhaustion because of fatigue is, most likely, the reason of an increased level of anxiety among the pupils of the 9th form, that in turn, is connected with examinations and necessity of self-determination and with a profession taking into account realization of their health state and potential.

Malets O.S., Kovalchuk V.M., Vynokurova O.M.

DIAGNOSTIC VALUE OF DETERMINATION GAMMA-GLUTAMYL
TRANSEPTIDASE AND ALPHA-2-MACROGLOBULIN OF PATIENTS WITH
CHRONIC HEPATITIS C

Kharkiv National Medical University

Department: Infectious Diseases

Research advisor: Kozko V.M.

Introduction: Despite extensive research of study various aspects of chronic infection, that Hepatitis C virus is causing, there still remain questions that have not received the decision. One of them is opportunities for improved diagnostic of morphological changes in liver for each concrete patient (the intensity level, fibrosis stage). It's necessary for both to choose the right tactics of treatment and to assessment of the therapy effectiveness, to improve prognosis for a disease. Due to a number of restrictions on liver biopsy, which is the gold standard test, scientists are searching for alternative non-invasive medical tests to assess the work of the infected liver. However, most of them are very expensive, what makes the applying very restricted. The aim of our research was to study a levels of activity of gamma-glutamyl transpeptidase (GGT) and content of alpha-2-macroglobulin (A2M) in chronic hepatitis C patient's blood serum depending on the degree of inflammatory and necrotic changes and fibrosis stage.

Methods: 25 patients with chronic hepatitis C were observed. 15 from them were men (60%) and 10 were women (40%). Median age of the patients were $41,16 \pm 2,45$. Activity of gamma-glutamyl transpeptidase and alanine transaminase (ALT) was measured in all patients by the immunoturbidimetric method, content of alpha-2-macroglobulin (A2M) was determined by the electrochemiluminescence in the blood serum with "Roshe" (France) reagents. We also evaluated the degree of inflammatory and necrotic changes and fibrosis stage by the FibroMax tests. In control group was 20 healthy donors. Statistical computation was made by using Student's t-test for the small sample size and the Pearson correlation coefficient.

Results: Activity of GGT in patient's blood serum had averaged $76,82 \pm 12,98$ mIU/l, ALT – $82,5 \pm 15,8$ mIU/l. These indicators was significantly higher than in those of controls ($p < 0,05$). Content of A2M was no different from the controls ($2,56 \pm 0,11$ g/l from $2,19 \pm 0,1$, $p > 0,05$). Fibromax-test stage of activity A0 was identified in 7 patients (28%), A1 – in 5 (20%), A2 – in 4 (16%), A3 – in 9 (36%). Fibrosis stage F0 was diagnosed in 7 patients (28%), F1 – in 5 (20%), F2 – in 5 (20%), F3 – in 4 (16%). Has been detected strong correlation between the activity of GGT in patient's blood serum

and the activity of ALT ($r=0,81$; $p<0,001$), the severity of inflammatory and necrotic changes ($r=0,82$; $p<0,001$) and fibrosis stage ($r=0,81$; $p<0,001$), and also between the content of A2M and the activity of ALT ($r=0,41$; $p=0,05$), and the stage of inflammatory and necrotic changes ($r=0,63$; $p<0,01$), and the severity of fibrosis stage ($r=0,884$; $p<0,001$), and the activity of GGT ($r=0,53$; $p<0,01$). Conclusions: Activity of GGT and content of A2M in blood serum depends directly on the stage of inflammatory and necrotic changes and the fibrosis stage of patients with Chronic Hepatitis C and also on each other. This gives a ground of using GGT and A2M as additional tests for diagnosing morphological changes in liver.

Melenevych A.Y.

INFLAMMATORY ASPECT OF COPD

Kharkiv National Medical University

Department of internal and occupational diseases

Research advisor: Kapustnik Valery Andreevich, M. D., professor

Actuality. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major global epidemic that is increasing throughout the world as populations age and survive previous causes of death (Barnes P.J., Burney P.G., Silverman E.K. et al., 2015). COPD is now the fourth-ranked cause of death worldwide and predicted to become the fifth-ranked cause of disability, affecting approximately 10% of persons older than 45 years (Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al., 2012). COPD is a heterogeneous and complex disease with several pathogenetic pathways, such as inflammation, protease-antiprotease imbalance, response to oxidative stress and cell death.

Materials and methods. We have analyzed COPD guidelines in different countries and modern publications using the PubMed database on the impact of inflammation on COPD formation.

Results. COPD is associated with chronic inflammation of the airways and lung parenchyma, which increases further during acute exacerbations and is also associated with systemic inflammation. The systemic manifestations of COPD are widespread and can affect nearly every system in the body. Disease states that are commonly related to the systemic inflammation seen in COPD include: cardiovascular disease, lung cancer, weight loss, osteoporosis, and diabetes.

Historically, two classical phenotypes of COPD had been described: the chronic bronchitic and the emphysematous one. Recently, a number of distinct phenotypes had been described such as, the frequent exacerbator, the fast decliner (fast drop of forced expiratory volume in 1 sec (FEV1) over the years), the phenotype with systemic inflammation, the one with a number of severe co-morbidities such as cardiovascular or metabolic ones. Clinical phenotypes can overlap in the same patient. "Inflammatory" phenotypes include frequent exacerbator, chronic bronchitic, and those with a number of co-morbidities (Siafakas N., Corlateanu A., Fouka E. al., 2017).

Pyroptosis represents a form of cell death that is triggered by proinflammatory signals and associated with inflammation. The lung is continuously exposed to a variety of inhaled infectious agents and exogenous particulates, as well as to host-derived danger signals, and thus, the innate immune response plays a critical role in protecting the pulmonary system from disease. Inflammasomes are key signalling platforms that detect pathogenic microorganisms and sterile stressors, and that activate the highly pro-inflammatory cytokines interleukin-1 β (IL-1 β) and IL-18. Chronic activation of inflammasomes in tissue-resident immune cells or even stromal cells could contribute to pathology such as chronic inflammation or fibrotic responses (De Nardo D., De Nardo C.M., Latz E., 2014).

Conclusion. Future studies of the role and mechanism of participation of inflammasomes and activating the highly pro-inflammatory cytokines in the formation of COPD will open new opportunities for effective targeted methods of early prevention and phenotype-based management.

Mischenko M.M.¹, Ryzhenko M.V.²

HISTORICAL ASPECTS OF STUDYING POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

¹Kharkiv National Medical University, ²V.N. Karazin Kharkov National University

¹Department of Social Medicine, Organization and Health Economics

²Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology
Research advisor: Mischenko A.N.²

A lot of scientific work confirms the fact that a person's experience of life-threatening events and situations can ultimately lead to unfavorable medical and psychological consequences. The clinical picture of psychopathological disorders in persons subjected to intensive psychotraumatic effects is represented by various disorders in their structure - from psychological reactions to clinically expressed forms of psychopathology. Most often, with psychotrauma, so-called posttraumatic stress disorders (PTSD) develop.

Historically, the diagnosis of PTSD appeared relatively recently. In official sources of PTSD, a nosological unit is first encountered in the US in DSM III (since 1980). However, the disturbances caused by the impact of psychotrauma can not be considered young enough, since their appearance has been noted since the time when mankind began to experience the effect of psychotraumatic factors (wars, murders, cataclysms, etc.).

Among the first mentions of psychiatric disorders due to severe psychotrauma, the work of the English surgeon J.E. Erichsen "Railway and other injuries of the nervous system" (1867), describing the symptomatic complex of mental disorders after a railway accident. A little later (1888) the German neurologist H. Oppenheim introduces into practice the term "traumatic neurosis", which includes the symptom complex of modern PTSD.

A significant number of scientific works of this direction appear due to military conflicts. Thus, E. Kraepelin (1916) first noted that the impact of severe mental injuries can cause permanent disorders that increase with time. Later Myers in his work "Artillery shock in France 1914-1919" distinguished the disorders caused by "concussion from the rupture of the projectile" and "shell shock." Mental reactions due to participation in hostilities became the subject of close research after the Second World War. In this regard, there are such concepts as "military fatigue", "combat exhaustion", "military neurosis," "posttraumatic neurosis," "chronic military neurosis," and others.

A powerful stimulus for the research of this problem by American psychiatrists was the war in Vietnam, in connection with which the term "Vietnamese syndrome" appears, the consonant concept in domestic psychiatry was the term "Afghan syndrome" among servicemen who participated in military operations in Afghanistan. Thus, by the end of the 1970s, the world's scientists had accumulated considerable experience about psychopathological and personality disorders among participants in various wars and in persons affected by other psychogenic influences. Due to the fact that this symptom complex did not fit into any of the generally accepted nosological forms, in 1980 Horowitz proposed to separate it as an independent syndrome called "posttraumatic stress disorder" (PTSD). Later he and his colleagues developed and described the diagnostic criteria of PTSD, which were first reflected in the American classifications of mental illness (DSM-III and DSM-IV), and later in the world (ICD).

Podpriadova A.A., Pavlikova A.A.

ANDREAS VESALIUS AND HIS CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF MEDICINE

Kharkiv National Medical University

Department of Social Medicine, Organization and Economic of Public Health

Research advisor: Chumak L.I.

Introduction. In the history of the development of medicine as a science, there have been discoveries, thanks to which it has become a modern science capable of performing miracles and treating even the most serious diseases. The first significant discovery in the history of Western medicine belongs to Andreas Vesalius. He is the author of the treatise on the structure of the human body (*De humani corporis fabrica*, 1543) "Know thyself" (*Nosce te ipsum*), in which he revealed the whole essence of anatomy.

Materials and methods. The bibliographic method was used. Andreas Vesalius was born on 31 December 1514 in Brussels in a family of physicians. Not surprisingly, Andreas decided to become a doctor for himself. When Andreas was 16, he already had a classical education, which he received in Brussels. Further, he studied at the University of Louvain. In 1531 he decided to pursue a career in the military at the University of Paris. There he studied the theories of Galen

under the auspices of Jacques Dubois and Jean Fernel. It was during this time that he developed an interest in anatomy, and he was often found examining excavated bones in the charnel houses at the Cemetery of the Innocents. After settling briefly in Venice in 1536, he moved to the University of Padua to study for his medical doctorate, which he received in 1537. He was officially appointed professor of the Department of Surgery after a public showdown in the Senate of the Republic of Venice. Thus, already at the age of 23, Andreas Vesalius became a famous professor and read fascinating lectures to students. In 1538 Vesalius created detailed illustrations of anatomy for students in the form of six large woodcut posters. In 1539 he also published his Venesection letter on bloodletting. In 1543 his most important book "On the Structure of the Human Body" was written. In 1551 Andreas became a professor at the University of Rome, where he worked until the end of his life. Andreas Vesalius died for unknown reasons on October 14, 1564 at the age of 50. Conclusions. The works written by Vesalius composed the first anatomy of the human body in which everything was based on scientific research work.

Ryzhenko M.V.², Mischenko M.M.¹
 IMMUNOLOGICAL MECHANISMS OF THE POSSIBILITY OF
 POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

¹Kharkiv National Medical University, ²V.N. Karazin Kharkov National University

¹Department of Social Medicine, Organization and Health Economics

²Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology
 Research advisor: Mischenko A.N.²

According to the majority of the world's scientific research, the prevalence of post-traumatic stress disorders (PTSD) among the entire population reaches 9.0% - 12.0% and varies depending on the frequency and traumatism of the situation. In accordance with the opinion of other specialists, the incidence of PTSD reaches up to 100.0% in persons exposed to significant psychotraumatic effects of personal violence (attempted murder, severe bodily harm, rape, etc.).

The results of the conducted scientific researches testify that from the pathophysiological position one of the most significant pathological processes in the development of PTSD is the dysfunction of the body's immune system. The compliment system works as a biochemical series of reactions that helps to destroy pathogens. It is an important part of innate immunity and consists of about 30 water-soluble proteins and an associated group of membrane receptors that perform inflammatory and immunoregulatory function. All of them are combined at the level of the C3 component and trigger the generation of the membrane-binding complex through a terminal path of complement activation common to all of them. A classical reaction requires the presence of antibodies for activation (a specific immune

response), activation of C3-convertase requires the formation of the complex C4b2a. This complex is formed upon the cleavage of C2, C4, and C1 complexes. The C1 complex, in turn, must be linked to immunoglobulins of class M or G for activation. High concentration of immune complexes in the blood in patients with PTSD can be one of the pathological mechanisms leading to a violation of the immune status of the organism in this disease. Immune complexes, accumulating in blood and other tissues, have the ability to interact with cellular and humoral components of immune recognition and have the ability to influence the immune response at many levels. They are activators of the classical complement pathway, which normally triggers the process of their phagocytosis and elimination from the body. Binding of C1q complement components to immune complexes (IR) activates the classical cascade of complement, resulting in the formation of its activation products - opsonins, anaphylotoxins, chemotaxins and membranolytics. It is assumed that the negative correlation between the levels of immune complexes and the activity of the classical cascade of complement in PTSD is due to the fact that the presence of high concentrations of IR in the body for a long time leads to permanent activation of the complement and, accordingly, the depletion of its components.

Samedja M.M., Singh Partap Komal, D.V. Katsapov
HAEMATOLOGIC INDEXES IN DIAGNOSTICS OF AFFECTION OF
CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH HIV - INFECTION
Kharkiv National Medical University
Department: Infectious Diseases
Research advisor: Associate Professor D.V. Katsapov

One of main causes of focal CNS affection in patients with AIDS is the toxoplasmosis of central nervous system (CNS), mostly as an opportunistic infection of the last stage of the disease. Lesions in the brain are often found and their effects stipulate the clinical symptoms. Some clinically silent lesions come to diagnosis only at MRI or autopsy. The possibility of toxoplasmosis development is as high as 30% among AIDS patients with a CD4 count <100 cells/ μ L who are Toxoplasma-seropositive and are not receiving specific prophylaxis or antiretroviral therapy.

Differential diagnosis of CNS toxoplasmosis in HIV - infected patients is usually made with tuberculous meningitis or meningoencephalitis (TME). The clinical presentation of TME in HIV-infected individuals usually includes an altered level of consciousness, cranial imaging is more likely to show cerebral infarctions, and the yield of culture of cerebrospinal fluid may also be greater. Clinicians must consider tuberculosis in the differential diagnosis of the HIV-infected individual with acute or chronic lymphocytic meningitis.

Aim of our research was to analyze and compare leucocytal indexes of intoxication of 33 patients with TME with the same of 32 patients with cerebral toxoplasmosis. We calculated leucocytal index of intoxication (LII), correlation index of neutrophils and

monocytes (CINM) and index of immune reactivity (IIR) All patients were admitted to Kharkiv Regional Infectious Hospital. *T. gondii* was found with PCR method in cerebrospinal fluid. *M. tuberculosis* was detected by PCR, culture and microscopy of biological materials.

Malaise, anorexia, fatigue, fever, myalgias, and headache, lasting 2–8 weeks prior to the development of meningeal symptoms in most patients with TME there were typical. Patients with TME were present with the symptoms fever (54%), headache (50%), altered mental status (42%), cough (33.3%), nausea/vomiting (21%), meningismus (17%), and seizures (4%). A history of tuberculosis is elicited in only approximately 10% of patients. MRI of the brain was significant for meningeal enhancement, communicating hydrocephalus, edema.

Cerebral toxoplasmosis in the patients started with constitutional symptoms and headache (81.8 %). Diagnosis was encephalitis in 21 (63.6 %) cases and meningoencephalitis in 12 (36.4 %) cases. Later, confusion and drowsiness, seizures, focal weakness (87.9 %). On physical examination, personality and mental status changes were observed (75.8 %). Seizures (15.2 %), hemiparesis (48.5 %), hemianopia, aphasia, ataxia (75.8 %), and cranial nerve palsies (80.5%) were diagnosed.

In clinical blood count (CBC) in HIV - infected patients with cerebral toxoplasmosis found decreasing of erythrocytes ($3.76 \pm 0.1 \times 12/l$) and hemoglobin amount ($117.5 \pm 4.0g/l$) ECR elevation (28.8 ± 3.3 mm/hr). In CBC of patients with TME decreasing of hemoglobin ($111.9 \pm 5.0g/l$) was found. Thus, there were no typical changes in CBC in patients from two groups. Analysis of integral intoxication indexes showed reliable differences in correlation CINM, which is reflecting correlation of phagocytic system components - 4.46 ± 0.8 in patients with TME against 7.56 ± 1.35 in patients with CT ($p < 0.05$). IIR also was significantly lower in patients with TME - 4.80 ± 0.86 then in patients with cerebral toxoplasmosis - 8.3 ± 1.47 ($p < 0.05$) as, probably, reflection of decreasing of immune reactivity in this group of patients. According to this data we can comment more expressed prevalence of efferent branch of immunological process and tension of functional condition of immune system with shift of balance to monokines synthesis.

Conclusions:

1. Integral intoxication indexes analysis suggests on more expressed decreasing of cellular branch of immune system of patients with TME.
2. In HIV - infected patients the indexes of neutrophils, monocytes and of immune reactivity can be used as additional method in differential diagnostics of cerebral toxoplasmosis and TME.

Shvets A.N., Shvets Y.N.
UNDERSTANDING THE ESSENCE OF HEALTH AND THE ROLE OF A
HEALTHY LIFESTYLE BY PUPILS OF KHARKIV

V.N. Karazin Kharkov National University
Department of Hygiene and Social Medicine
Research advisor: Danylenko H.N.

Introduction. Health of every person is important as for himself as for others. A person who complains about health problems brings discomfort to other people. Everyone should understand that human health and a healthy lifestyle (HLS) are inseparably related categories. People who do not lead a correct lifestyle can not feel great, and their bodies give warning signals about future serious problems. Therefore, the problem of forming a right attitude of the younger generation to the health as one of life values remains relevant.

Materials and methods: the study was conducted in the spring and autumn of 2016 among 58 pupils of 10-11 grades of secondary schools in Kharkov using an anonymous questionnaire based on the questionnaires of the quality of life sf-36 and the questionnaire "Your health". The average age of the respondents was 16+/-1 year. Differences were considered statistically significant in determining the probability of 95% ($p < 0.05$). Statistical processing of data was carried out using the application package MS Excel 2010.

Results of the research: according to the questionnaire survey, high school students classified the category "health" as the most important value of life. More than half of them considered their health as average (63.5%), one third (33%) - as good and 3.5% - as bad. It was found that 26% of students understood the HLS as a lack of bad habits, a third of surveyed - as sport activities and less than half believed that HLS - is a complex of actions aimed at maintaining and strengthening of health, as well as preventing diseases. As methods of strengthening of their health, children referred to "walks in the street with friends" (53%), physical education (28%), hardening (10%). Insufficient attention was paid to nutrition: less than 30% of students took hot food in the school school dining room, 55% of students "dined" with sweets, 50% of children ate 2-3 times a day. About 25% of adolescents occasionally consumed alcohol drinks, the same number tried smoking. Repeated questioning established an increase in the percentage of children with a deeper understanding of HLS (from 42% to 63%). At the same time, many students did not have the proper motivation to implement HLS.

Conclusions: the results obtained indicate that 50% of the adolescent's health is determined by the extent to which he leads a HLS. To form the necessary motivation for conducting a healthy lifestyle, the Department of Hygiene has developed a program for teaching the skills of HLS for pupils. Human health and HLS are a combination of moderate physical activity, active mental activity, sufficient time for rest and proper nutrition. This way of life will allow you to live a long and active life.

Shvets Y.N., Shvets A.N.
PHYSICAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS OF PROFESSIONAL
SCHOOLS

V.N. Karazin Kharkov National University
Department of Hygiene and Social Medicine
Research advisor: Danylenko H.N.

Introduction. Adolescence is one of the most difficult stages in a child's life. In this period, the peak of physical development (PD) occurs, as the final phase is the achievement of the definitive length and body weight. The level and harmony of the PD are an integral indicator of the health status of the adolescent population. The more significant violations in the PD, the greater is the probability of disease. The dynamics of PD in adolescents indicates a significant deterioration in the last decade. The purpose of this study was to analyze the PD of students of vocational schools (VTS) in Kharkiv. **Materials and methods.** A screening examination of 326 adolescents (boys and girls) of the VTS in Kharkiv was carried out. The average age of the examined was 16 \pm 1 year. PD was studied by a unified anthropometric technique using standard instruments. The study involved analysis of somatometric (length and body weight, chest circumference), physiometric (muscle strength of hands, vital capacity of lungs) and somatoscopic (degrees of puberty) parameters to identify the main trends. The adolescent's somatotypologically have affiliation to the three types: mesosomal (MeS), macrosomal (MaS), and microsomal (MiS). Differences were considered statistically significant in determining the probability of 95% ($p < 0.05$). Statistical processing of data was carried out using the application package MS Excel 2010.

Results of the study. An important index characterizing health is the PD, the deviations in which are established practically in every second (44%) student of vocational school. So, the MaS type was met at 11.4%, while the MiS was three times more often (33%). Sex differences are established. Despite the fact that MeS development was equally common among boys and girls, the boys were 1.7 times more often MaS than girls (14.6% and 8.8% respectively, $p < 0.05$). Among the girls, the development of MiS occurs 2.8 times more often than the MaS ($p < 0.001$). Harmonious PD was noted only in 70% of adolescents. Disharmonious PD, as well as sharply disharmonious, was more often observed in girls.

Conclusions. The peculiarities of the PD of the students of the VTS, which we have established, are characterized by a significant proportion of adolescents (44%) who have deviations in the PD, which is a predictor of the low level of adolescents' fitness for military service, the labor and reproductive potential of adolescents, and the formation of chronic pathology. Modern teenagers are characterized by a discrepancy between already almost "adult" body sizes and sufficiently low power and speed indicators. Today, the high growth and body weight of a teenager does not yet mean their good adaptability and performance in the future.

Veretelnky O.A., Prokopenko Kostiantyn
DYNAMICS OF IMMUNIZATION RATE FROM HIGHLY DANGEROUS
INFECTIOUS DISEASES IN UKRAINE
Kharkiv National Medical University
Department of Social Medicine, Organization and Economic of Public Health
Research advisor: Chumak Lubov

Introduction: The effectiveness of vaccination around the world is universally recognized, there is no other health program that would have produced such impressive results. Practically during the life of one generation, more than a dozen serious infections that previously caused heavy damage were eliminated or minimized. Over the past 10 years, significant progress has been made in developing and implementing new vaccines and expanding the coverage of the population with immunization programs. Due to immunization, the number of deaths of children under 5 years from controlled infections (diphtheria, measles, neonatal tetanus, pertussis, poliomyelitis) decreases annually. However, in Ukraine many parents and some part of the population have a negative opinion about the necessity in vaccination, which is the main reason of descent of the number of vaccinated children and increasing the likelihood of different epidemic.

Materials and methods: the study of this issue were provided with bibliography, mathematical, statistical and analytical methods. Basic data for the analysis of immunization in Ukraine is WHO's and UNICEF's health statistics.

The main indicators which were chosen for analysis are next:

- child immunization rate for BCG (% of one-year-old children);
- child immunization rate against DPT (diphtheria, pertussis and tetanus), % of children

ages 12-23 months;

- child immunization rate against hepatitis B (% of one-year-old children);
- child immunization rate against measles (% of children ages 12-23 months);
- child immunization rate against poliomyelitis (% of one-year-old children).

Results: Analysis of indicators specified earlier shows that:

- the worst situation we can see in child immunization data against hepatitis B. Immunization

was started in 2000. Top-rate was achieved in 2004 (98%) and then began to reduce. In

2014-2015 it was 22%;

- child immunization rate against DPT had become below 90% in 2009 (71%) and it fluctuated within 50-76% during 2009-2013, but in 2014-2015 it was the lowest (23%);
- Prevalence of tuberculosis in Ukraine is incredibly high compared with Europe (91 cases

per 100 000 population in Ukraine / 36 cases per 100 000 population in Europe), however,

child immunization rate for BCG from 89-99% during 1992-2013 years had decreased and

in 2014-2015 this rate was 39% only;

- better situation with child immunization rate against poliomyelitis and measles, but also

we can see a decrease of immunization rate from 2009 to the present day (for polio it decreased from 74% in 2009 till 45% in 2014-2015 and for measles: from 75% in 2009 till

56% in 2014-2015);

- child immunization rate against

Conclusions: Negative trends in the field of child immunization in Ukrainian society can

lead to the following consequences:

- a decrease in the immune layer of society;

- outbreaks of infectious diseases;

- an increase in government spending to fight the consequences of the epidemic;

- recession of the country's economy, etc.

That is why the state should take care of the proper level of immunization of the population and allocate funds for the support of immunization programs in order to prevent the return to the region of highly dangerous infectious diseases that lead to disability and death.

Авидзба Ю.Н., Зленко В.В.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ КАРАГИНЕНОВОМ ВОСПАЛЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической лабораторной диагностики

Научный руководитель: проф. Залюбовская О.И.

Проведено определение основных механизмов хронизации воспаления, сравнительное изучение морфологических изменений в семенных железах (СЖ) экспериментальных животных на разработанных каф. патофизиологии и клинической лабораторной диагностики адекватных моделях хронизации воспалительного процесса. В качестве модели хронического воспаления был выбран карагинен – высокосульфатированный гликозаминогликан. Целью исследования явилось изучение морфологических изменений в СЖ при карагиненовом воспалении в сроках 7, 14 и 28 суток после введения указанного агента. Ранее были опубликованы данные о происходящих в СЖ изменениях на 7 и 14 сутки.

Материалы и методы исследования. Для гистологического исследования образцы ткани СЖ фиксировали в 10% растворе забуференного (нейтрального) формалина, затем подвергали стандартной проводке через спирты увеличивающейся концентрации, жидкости Никифорова (96% спирт и

диэтиловый эфир в соотношении 1:1), хлороформ, после чего заливали парафином. Из приготовленных таким образом блоков делали серийные срезы толщиной 4-5×10-6м. Во всех случаях использовали традиционные гистологические методы окраски гематоксилином с эозином, а также пикрофуксином по ван Гизон.

Микропрепараты изучали на микроскопе “Olympus BX-41” с последующей обработкой с использованием программы “Olympus DP-soft version 3.1” и Microsoft Excel [Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.:МОРИОН, 2001. – 408с., с.144–155.], с помощью которых проводили морфометрическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. При макроскопическом исследовании гонад на 28 сутки, обнаруживается что оболочки кое-где склерозированы, на разрезе имеются плотноватые мелкие серовато-белесоватые очаги среди мозговидного вида ткани семенника.

Микроскопическое исследование гонад выявляет, что каналцы гонад также как во всех случаях располагаются беспорядочно, в большей части тесно прилежат друг к другу, округлой иногда несколько вытянутой формы. Во всех каналцах имеются просветы, в некоторых каналцах встречаются немногочисленные сперматозоиды. Базальная мембрана, на которой располагаются клетки сперматогенного эпителия слегка утолщена. Эпителий каналцев представлен сперматогониями в лептотене и небольшое количество в пахитене. Наряду с этим встречаются в некоторых каналцах сперматиды и сперматоциты, причем имеются немногочисленные делящиеся сперматоциты и светлые сперматогонии типа А. Первичные половые клетки или гоноциты округлой формы, их не много. Они имеют крупное эухроматин содержащее ядро, которое располагается в центре клеток. Цитоплазма многих гоноцитов просветлена, вакуолизирована. В некоторых гоноцитах ядра эксцентрично смещены. В отдельных случаях обнаруживаются опустошенные каналцы, представленные преимущественно клетками сперматогенного эпителия в виде темных сперматогоний типа А и немногочисленных гоноцитов, а также индифферентными половыми клетками.

Выводы. На 28 сутки воспаления выявляется уменьшение количества каналцев с изменением их размеров и формы, в сочетании с опустошением каналцевого эпителия и преобладанием клон клеток характерных для ранних стадий сперматогенеза.

Агамирьян Л.В.

ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ КАК АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС СОВРЕМЕННОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения

Научный руководитель: Усенко Светлана Георгиевна

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья учащейся молодежи является актуальной медико-социальной проблемой, связанной с ростом заболеваемости в процессе профессиональной подготовки специалистов, выпускаемых высшими учебными заведениями, с последующим снижением их работоспособности, а также с отсутствием социальных и экономических методик влияния на причины неблагоприятных сдвигов здоровья каждого человека и всей нации в целом, приводящих к существенным социально-экономическим потерям. Цель. Выявить наличие возможных проблем со здоровьем, оценить распространённость вредных привычек среди студентов университета; узнать, каким образом студенты оценивают состояние своего здоровья. Материалы и методы. Анкетирование о состоянии здоровья проводилось с 20 по 24 марта 2017 года среди студентов Харьковского национального медицинского университета с помощью онлайн-приложения для создания опросов GoogleForms. Анкета состояла из 5 блоков вопросов: социально-демографический, содержащий информацию о присутствующих заболеваниях, распространённости употребления алкоголя, курения, ведении половой жизни и распространялась среди студентов университета посредством рассылки в социальных сетях. При составлении опроса использовались методические рекомендации Европейского регионального бюро ВОЗ «EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья». Статистическая обработка производилась с помощью онлайн-приложения GoogleSpreadsheet. В анкетировании приняло участие 272 студента ХНМУ: 115 юношей и 157 девушек возрастом от 16 до 28 лет (средний возраст: $19,33 \pm 5,72$). Результаты. Среди общих жалоб на состояние здоровья студенты чаще всего обращают внимание на переутомление, стрессы, перепады настроения, а также состояние зрения. Относительно хронических заболеваний наибольшие жалобы студенты предъявляли на наличие хронической тревоги или депрессии, мигрень и частые головные боли, а также на наличие аллергии. По результатам опроса около 18% опрошенных студентов курят сигареты, ещё 14% бросили курение. Среди респондентов, около 37% связывают курение с тем, что у них сформировалась привычка. На втором месте среди причин курения (около 24%) – успокаивающее действие сигарет, снятие с помощью них напряжения. Около 15% опрошенных не смогли объяснить причину курения. Полученные данные показывают, что около 46% опрошенных пытались бросить курение на короткий промежуток времени, 26% - на долгий промежуток времени. Среди опрошенных, около 60% употребляют алкоголь. Среди причин употребления алкоголя лидирующим является употребление за компанию (около 60%), на втором месте

– мнение, что употребление алкоголя успокаивает, снимает напряжение (20%). Проведенный анализ полученных данных показал, что среди опрошенных, около 59% студентов ведут половую жизнь. Около 43% опрошенных студентов всегда используют методы контрацепции. У 6% опрошенных наблюдались заболевания, передающиеся половым путём. Среди всех опрошенных, большинство оценили своё состояние здоровья на 4 по 5-бальной шкале. Выводы: Полученные результаты анкетирования позволяют сделать вывод о необходимости уделения большего внимания неврологическому, психологическому и психическому состоянию здоровья студентов при прохождении ежегодного медицинского осмотра. Также необходимо проводить общеобразовательные лекции и социальные акции о вреде табакокурения, приёма алкогольных напитков, о важности контрацепции при ведении половой жизни, а также необходимости следить за своим половым здоровьем.

Азаров А.А.

МАРКЕРНЫЕ ЦИТОКИНЫ TH1- И TH2-ЛИМФОЦИТОВ В ПРОЦЕССЕ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет

Кафедра физиологии и патологической физиологии

Научный руководитель: Татарко Сергей Викторович

Введение. Цитокины являются основными межклеточными медиаторами иммунной системы. Некоторые цитокины определяют дифференцировку субпопуляций Т-хелперов. При этом образуются две основные разновидности Т-хелперов – Т-хелперы 1-го (Th1) и 2-го (Th2) типов. Развитию Т-лимфоцитов по пути Th1-клеток способствует интерлейкин (ИЛ)-12, а ключевыми цитокинами, продуцируемыми Th1, являются ИЛ-2 и интерферон-гамма (ИФН-гамма). В то же время ИЛ-4 способствует развитию Th2 и выработке ими ИЛ-4, -5 и -6. Между Th1 и Th2 существуют отношения антагонизма, реализуемые с участием их продуктов – соответственно ИФН-гамма и ИЛ-4 (или ИЛ-10). По биологическому действию цитокины разделяют на провоспалительные (ИЛ-1, -2, -6, -12, ИФН-гамма, ФНО-альфа, ГМ-КСФ) и противовоспалительные (ИЛ-4, -10, -13). Таким образом, Th1-клетки опосредуют реакции клеточного иммунитета, в то время как Th2 – реакции гуморального иммунного ответа. Как известно, первые выражаются хроническим воспалением, а вторые – острым. Материалы и методы. Опыты поставлены на крысах-самцах линии Вистар. На различных по течению и этиологии моделях воспаления – острого инфекционного, первично и вторично хронического, хронического иммунного – у крыс, начиная с 6-го ч и по 28-е сут после введения флогогена, определяли содержание цитокинов в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью соответствующих тест-систем – для ИЛ-12, ИЛ-4 и ИФН-гамма. Результаты исследования. При остром инфекционном воспалении в

периферической крови значительно возрастает содержание ИЛ-4 и в меньшей степени – ИФН-гамма и ИЛ-12, свидетельствуя о соответствующей активации Th2- и Th1-клеток и, таким образом, о преимущественном вовлечении гуморального звена иммунитета в патогенез острого неиммунного воспаления. При вторично хроническом воспалении активация Т-хелперов 2-го типа происходит в более ранние сроки и является выраженнее, чем при остром инфекционном воспалении, что, видимо, связано с более бурным началом воспаления, напряжением гуморального звена иммунитета для предотвращения перехода в хроническое воспаление. Также наблюдалась более ранняя и гораздо более выраженная и продолжительная активация Т-хелперов 1-го типа, что, по-видимому, обусловлено более ранней и выраженной активацией макрофагов, нарастанием роли Т-клеточного звена иммунитета в связи с хронизацией воспаления. При первично хроническом воспалении активация Th2-клеток, т.е. гуморального иммунитета, выражена меньше, чем при вторично хроническом, а Th1-клеток, т.е. клеточного иммунитета, – намного больше. Таким образом, по мере дальнейшей хронизации воспаления сдвиг от преобладания активации гуморального иммунитета при остром воспалении в сторону преобладания активации клеточного иммунитета при хроническом воспалении нарастает. При хроническом иммунном воспалении, по сравнению с неиммунным, в периферической крови в меньшей степени возрастает содержание ИЛ-4 и в большей – ИФН-гамма и ИЛ-12, свидетельствуя о более ранней, выраженной и продолжительной активации Th1-клеток, чем Th2-клеток, и, таким образом, о преимущественном вовлечении клеточных механизмов иммунитета, по сравнению с гуморальными, в патогенез хронического иммунного воспаления. Выводы. По данным содержания в периферической крови маркерных цитокинов Th1-лимфоцитов (ИЛ-12, ИФН-гамма) и Th2-лимфоцитов (ИЛ-4), по мере хронизации воспаления наблюдается сдвиг от преобладания активации гуморального иммунитета при остром воспалении, через его еще более значительное вовлечение во вторично хроническое воспаление, в сторону превалирования активации клеточного иммунитета при первично хроническом воспалении.

Александрова К.В., Джамсєв В.Ю.

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА РІВНЯ ПРОДУКЦІЇ МОЛОЧНОЇ КИСЛОТИ
СЕБУМАЛЬНИМИ ЗАЛОЗАМИ ЯК ПОКАЗНИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ

АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ШКІРИ ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра медичної біології

Науковий керівник: Джамсєв В.Ю.

Вступ. Захворювання шкіри, зокрема шкіри обличчя, належать до розповсюджених медичних проблем. Симптоми хвороби проявляються у вигляді

запалення, висипань, почервонінь та подразнень шкіри, які можуть супроводжуватися неприємними хворобливими відчуттями. Шкіра функціонально пов'язана зі всіма органами та системами в людському організмі, тому для діагностування шкірного захворювання потрібно урахувати всі можливі внутрішні фактори, що можуть впливати на перебіг захворювання. Зазвичай у програму щоденного догляду за хворою шкірою обличчя входить використання захисних засобів, які містять молочну кислоту — хімічний компонент, що створює захисну «кислотну мантію» шкіри. Регулярне застосування для догляду за обличчям молочної кислоти допомагає запобігати запальні процеси і ліквідувати сліди папул. Відомо, що саме ця речовина використовується організмом людини у механізмах, що спрямовані на стримування розвитку патогенних мікроорганізмів. Тому метою нашої роботи було провести інтегральну оцінку рівня продукції молочної кислоти себумальними залозами як показника особливостей адаптаційних реакцій шкіри людини. Матеріали і методи. Об'єктом досліджень були мазки зі шкіри обличчя. Було обстежено 44 учня (22 хлопчиків, 20 дівчаток) віком від 8, 14 і 17 років. Вміст молочної кислоти визначали за методом Уффельмана–Зейферта. Видовий склад мікроорганізмів визначали стандартними мікробіологічними методами. Результати досліджень показали, що в учнів 2 класу, які мають різні захворювання сально-залозистого апарату, спостерігається позитивна динаміка підвищення концентрації молочної кислоти (490–600 мг/л). Це пояснюється тим, що у даної вікової групи відбувається фізіологічне підвищення концентрації молочної кислоти, яка регулює процеси диференціювання кератиноцитів та посилює експресію трансглютамінази. У хворих учнів 8 класу спостерігаються високі та низькі показники концентрації молочної кислоти (400–460 мг/л та 490–550 мг/л). Це пояснює, що для даної групи учнів медіаторами запалення у шкірі є різні чинники. Частина учнів 11 класу мали нормальний рівень концентрації молочної кислоти (300–460 мг/л), а решта — несуттєво підвищений (485–490 мг/л). Тобто у даній віковій групі рівень екскреції молочної кислоти залишається фізіологічно сталою, що пов'язано із порушенням або активізацією рівня гормонального статусу (статеві гормони можуть зумовлювати гіпертрофію сальних залоз та посилювати продукцію шкірного сала). Аналіз видового складу мікрофлори шкіри обличчя у учнів 2 і 8 класів, які мають захворювання сально-залозистого апарату, показав, що за частотою виявлення найбільш поширеними видами були *Staphylococcus aureus*, *S. haemolyticus* та *S. epidermidis*. У учнів 11 класу бактеріальний фон шкіри обличчя був в межах норми. Але в тих, що страждають на вугровий висип виявили наявність кліщів роду *Demodex*. Висновки.

1. Значна кількість стафілококової мікрофлори шкіри обличчя у учнів 2 і 8 класів може спричиняти запалення протоків сально-залозистого апарату.
2. Високий рівень синтезу молочної кислоти у учнів 2 класу пов'язаний із більш

низьким рівнем вразливості шкіри, ніж у учнів 8 класу.
3. Гіпертрофія сальних залоз, що спричинена нестабільним фоном статевих гормональним у учнів 11 класу, є причиною високого ризику виникнення демодекозу.

4. Результати вивчення бар'єрної ролі молочної кислоти можуть бути використані у розробці методів, які спрямовані на запобігання розвитку та можливого усунення запальних уражень шкіри обличчя.

Аль-Травнех О.В.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ С ДИСБАЛАНСОМ АДИПОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Научный руководитель: Беловол Александр Николаевич

Актуальность. Коморбидность гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета (СД) 2 типа является одной из актуальнейших проблем клинической медицины, так как сочетанное течение данной нозологии характеризуется ранним развитием микро- и макрососудистых осложнений.

Цель: Оценить взаимосвязь кардиоваскулярного ремоделирования с дисбалансом оментина и ретинол-связывающего протеина-4 (РСР-4) в сыворотке крови у пациентов с АГ и СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 пациентов с АГ II стадии и 2-й степени. Средний возраст пациентов составил $48,2 \pm 5,4$ года. Пациенты разделены на группы: 1-я группа ($n=36$) с сочетанным течением АГ и СД 2 типа; 2-я группа ($n=39$) пациенты с АГ без СД 2 типа. Контрольная группа ($n=20$) была сопоставима по возрасту и полу.

Определяли уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы крови натощак (ГКН), показатели инсулина и индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR). Исследование липидного обмена: содержание общего холестерина (ОХ) в сыворотке крови, липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ) проводили иммуноферментным методом. Уровень оментина и РСР-4 определяли методом иммуноферментного анализа.

Эхокардиографию проводили по стандартным методикам. Ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА).

Результаты. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 69,2 % пациентов 1-й группы и у 35,3% пациентов 2-й группы ($p<0,05$). ТИМ ОСА у пациентов 1-й группы была достоверно больше, чем в группе сравнения ($p<0,001$) и коррелировала с уровнем ОХС ($r = 0,48$; $p<0,01$), НОМА-IR ($r = 0,46$;

$p < 0,01$). Уровень оментина в 1-й группе был достоверно снижен ($p < 0,001$), а также был в 1,5 раза ниже, чем у пациентов с изолированным течением АГ. Отмечена обратная корреляционная взаимосвязь между содержанием оментина в плазме крови и показателями САД ($r = -0,46$; $p < 0,05$) и ДАД ($r = -0,52$; $p < 0,001$), ГЛЖ ($r = -0,54$; $p < 0,05$), ИМТ ($r = -0,44$; $p < 0,05$), уровнем ТГ ($r = -0,46$; $p < 0,001$) и степенью выраженности ТИМ ОСА ($r = -0,46$; $p < 0,05$), а положительная связь между уровнем оментина и содержанием ЛПВП ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Также установлена обратная взаимосвязь между уровнем оментина и глюкозы ($r = -0,44$; $p < 0,05$), НОМА-IR ($r = -0,48$; $p < 0,001$). Уровень РСП-4 был 1,4 раза выше у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа в сравнении с пациентами 2-й группы ($p < 0,001$). Отмечена положительная корреляционная взаимосвязь РСП-4 с ИМТ ($r = 0,5$; $p < 0,001$), уровнем глюкозы в крови ($r = 0,42$; $p < 0,001$), уровнем инсулина ($r = 0,44$; $p < 0,001$), НОМА-IR ($r = 0,62$; $p < 0,001$), уровнем ОХ ($r = 0,46$; $p < 0,001$) и ЛПНП ($r = 0,52$; $p < 0,001$), также отмечена положительная корреляция с ТИМ ОСА ($r = 0,48$; $p < 0,001$) и ГЛЖ ($r = 0,46$; $p < 0,001$). Выводы. Установлено, что у пациентов с АГ и СД 2 типа прогрессирует сердечно-сосудистое ремоделирование, которое тесно взаимосвязано не только с метаболическими нарушениями, но и с дисбалансом уровней оментина и РСП-4 в сыворотке крови. Таким образом, снижение показателей оментина и повышение - РСП-4, необходимо рассматривать как неблагоприятный фактор течения АГ и СД 2 типа.

Андреева А.О., Плужникова О.В.

ДИНАМІКА РІВНЯ ВІСФАТІНА ТА ІНТЕРЛЕЙКІНА-6 У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З І БЕЗ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТОВЩИНИ ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Науковий керівник: проф. Бабак О.Я.

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є одним з найбільш поширених захворювань в світі і займає перше місце в структурі патології серцево-судинної системи. Останнім часом зростає кількість хворих з поєднаним перебігом ГХ і абдомінального ожиріння (АО). Слід зазначити, що поширеність АО становить близько 12% від усього населення нашої планети, а це близько мільярда людей. В даний час відомо, що жирова тканина грає роль не тільки у запасі енергії, а також представляє собою складний гормонально активний орган, продукуючи біологічно активні пептиди - адипокіни. В останніх дослідженнях відзначається взаємозв'язок між рівнями адипокінів і такими хворобами як ГХ і АО, що вказує на їх безпосередню роль у патогенезі розвитку метаболічних порушень, однак фізіологічні і патофізіологічні властивості гормону вісфатину вивчені не в повній мірі.

Метою дослідження є вивчення зміни рівнів вісфатіна і інтерлейкіна-6 (ІЛ-6) в сироватці крові у хворих на ГХ з і без АО в залежності від товщини загальної сонної артерії (ЗСА).

Матеріали і методи: Проведено комплексне обстеження 95 хворих методом випадкової вибірки чоловічої і жіночої статі, середній вік яких склав $(58 \pm 5,5)$ років. Пацієнти розподілені на 2 групи: 1 група - основна, що складається з 65 хворих ГХ в поєднанні з АО, з яких - 33 чоловіки (50,8%) і 32 жінки (49,2%). 2 групу порівняння склали 30 пацієнтів, які мали виключно ГХ- 17 чоловіків (56,7%) і 13 жінок (43,3%) відповідно. Рівні вісфатіна і ІЛ-6 визначали імуноферментним методом. Рівень тригліцеридів - ферментативно-фотометричним методом. Визначення товщини комплексу інтима-медіа (КІМ) ЗСА проведено за допомогою доплерівського ультразвукового дослідження. Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою програм MS® Excel®2013™ і STATISTICA версія 6.1. Результати: При порівнянні рівня вісфатіна з нормальною товщиною КІМ ЗСА, було виявлено достовірне його збільшення лише у хворих ГХ з АО. Аналізуючи рівень вісфатіна з різною товщиною КІМ ЗСА, достовірне збільшення даного адипокіна було виявлено тільки при патологічному потовщенні судинної стінки - $(39,49 \pm 1,55)$ нг/мл при ГХ з АО і $(24,46 \pm 1,51)$ нг/мл при ГХ без АО ($p < 0,05$). Також був виявлений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем вісфатіна і товщиною КІМ при ГХ з АО ($r = 0,49$, $p < 0,05$) і без нього ($r = 0,41$, $p < 0,05$). При порівнянні рівня ІЛ-6 з товщиною КІМ ЗСА, був встановлений позитивний кореляційний зв'язок між останніми у хворих ГХ з АО ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Одним з атерогенних показників, який викликає істотне збільшення вісфатіна в крові, є гіпертригліцеридемія, що підтверджується виявленням позитивним кореляційним зв'язком між рівнем вісфатіна і тригліцеридів у хворих на ГХ з АО при потовщенні КІМ ЗСА ($r = 0,43$, $p < 0,05$).

Висновки: За даними проведеного аналізу відзначається достовірне підвищення рівня вісфатіна і ІЛ-6 при збільшенні товщини КІМ ЗСА у хворих з ГХ в незалежності від наявності АО.

Апазиди Э.В.

ОПУХОЛЕВЫЕ СТЕЛОВЫЕ КЛЕТКИ КАК ФАКТОР РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: Абрамчук Алина Борисовна

Согласно современным представлениям стволовые клетки являются не только основной составляющей на этапах эмбрионального и постэмбрионального онтогенеза, но и источником развития опухолевых процессов. Известно, что на развитие опухоли влияют множество факторов: от генетической

предрасположенности до образа жизни. Однако всем известные причины возникновения карцином до конца не объясняют почему в разных тканях злокачественные опухоли появляются с разной вероятностью. Исследователи из Университета Джонса Хопкинса обнаружили, по их мнению, главный фактор, определяющий вероятность рака, коим является число делений стволовых клеток. 65% отличий между разными тканями относительно вероятности рака связаны как раз с тем, что в одних тканях стволовые клетки делятся энергичнее, чем в других. Опухолевые стволовые клетки (ОСК) способны к самообновлению и поддержанию колоний. За счет того, что ОСК, как и непатогенные стволовые клетки, находятся в состоянии физиологического покоя, для них характерна резистентность к действию ионизирующего излучения и цитостатических препаратов. Оставшиеся после нехирургического лечения ОСК могут вызывать рецидивы и метастазы, снижая эффективность лечения онкозаболеваний.

Американский учёный в области молекулярной и клеточной биологии Майкл Льюис (2008) обнаружил, что у больных раком молочной железы выявлено увеличение количества опухолевых стволовых клеток (с 4,7 до 5,9%) после химиотерапии. Аналогичные результаты у больных хронически миелоидным лейкозом. Часть опухолевых стволовых клеток сопротивлялась иматинибу, который является противолейкозным цитостатическим препаратом. После прекращения лечения рецидив наблюдается у большинства пациенток. Устойчивость ОСК к действию ионизирующего излучения обусловлена следующими явлениями: под действием излучения в клетке увеличивается концентрация активных форм кислорода, что приводит к повреждению ДНК и гибели клетки.

Несмотря на то, что опухолевые стволовые клетки во многих случаях проявляют резистентность к терапии, шансы на благоприятное лечение без рецидивов есть. В таких случаях нужно учитывать биологические свойства, механизмы клеточного репрограммирования, выделить препаративным путем стволовые клетки опухолей и идентифицировать их новые маркеры для разработки новых методов терапии.

Арутюнян А.Ю., Гниденко В.С.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДИССОМНИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №2

Научный руководитель: асс., к. мед. н., Соловьева Евгения Тарасовна

Вступление. Сон — это важнейший процесс, обеспечивающий работу головного мозга. Здоровый сон физиологически необходим человеку и является важным условием физического и душевного здоровья. Нарушение сна любого генеза в

медицинской практике называется диссомния. Согласно международной ассоциации сна выделяют четыре группы диссомнических нарушений: нарушение стадии засыпания сна и изменение его продолжительности, иначе – инсомния; изменение цикла сна/бодрствования с появлением длительных эпизодов дневного сна и т.п.; увеличение длительности сна или гиперсомния; другие проблемы, связанные со сном или пробуждением иначе – парасомния. По времени продолжительности эпизодов нарушения сна следует выделить эпизодическую (продолжительность не более недели), кратковременную (1-3 недели), хроническую (более месяца) диссомнию. Таким образом диссомния может быть как причиной развития различных патологических состояний, так и проявлением их. Многие исследования показывают, что недосып ухудшает метаболизм глюкозы, что является причиной развития сахарного диабета второго типа. Также многократные исследования доказали о наличии связи с недосыпанием и высоким кровяным давлением и сердечно-сосудистыми заболеваниями. То есть недосып может привести к хронической сердечной недостаточности и ишемической болезни сердца, а в будущем и к инфаркту миокарда. При недосыпе снижается иммунитет организма, что вскоре может привести к частым инфекционным и вирусным заболеваниям. Самый большой вред недостаток сна оказывает на нервную систему. Так как хроническое недосыпание является стрессом, то, как и любой стресс, может быть причиной различных неврозов, в том числе невроза навязчивых состояний и неврастений. При недостаточном количестве сна (менее 6 часов) повышается риск инсульта в 4 раза. Причин, которые лишают человека полноценного сна очень много, одной из таких причин есть принадлежность человека к определенной профессии. Так, например, медики в связи с ночными дежурствами, длительными операциями, ночными поездками по вызовам катастрофически не получают необходимую норму сна для поддержания нормальной работы организма.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование среди студентов ХНМУ, целью которого было изучить регулярность и продолжительность сна будущих медиков в течение последних 3 месяцев. Для этого был составлен опрос для описания сна, который содержал такие варианты ответов: регулярный, 8-10 ч/сут; регулярный, 6-8 ч/сут; регулярный, менее 6 ч/сут; регулярный, более 10 ч/сут; нерегулярный, бывает больше 10 и меньше 6 ч/сут.

Результаты. Общее число проголосовавших составило 813 человек. Наибольшее число респондентов охарактеризовали свой сон как регулярный, с продолжительностью от 6 до 8 ч/сут - 328 (40,3%); второй по распространенности режим сна оказался нерегулярный, с колебаниями сна более 10 и менее 6 ч/сут - 320 (39,4%); 119 человек (14,6%) отметили, что их сон является регулярным, но продолжительностью менее 6 ч/сут; регулярно, 8-10 ч/сут спят всего 39 проголосовавших (4,8%); и на последнем месте оказался вариант регулярного сна с продолжительностью более 10 ч/сут - всего 7 человек (0,9%).

Выводы. Исследование показало, что 54% студентов-медиков имеют хроническую форму диссомнии. Из этого можно сделать вывод, что больше

половини будущих представителів медичних професій знаходяться в зоні підвищеного ризику в розвитку, перше все, неврологічних і психічних розладів, діабета. Також з великою ймовірністю можуть з'явитися порушення зі сторони серцево-судинної системи, такі як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, кардіо-васкулярні катастрофи в досить молодому віці. Як говорили давні, "сгорає сам, світи другим" – до сих пор є дуже актуальною в медичній сфері.

Бабаєва А.Р.

ВПЛИВ СТЕРОЇДНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЕРЕКТИЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ ЧОЛОВІКІВ

Харківський Національний Медичний Університет

Кафедра урології, нефрології та андрології

Науковий керівник: к.м.н., доц. Книгавко А.В.

В наш час не втихають суперечки про вплив стероїдних лікарських препаратів на еректильну дисфункцію у чоловіків. У більшості випадків, до застосування подібних препаратів вдаються професійні спортсмени або чоловіки, які люблять відвідувати різні види спортивних секцій. Мета – дізнатися, чи є вплив стероїдів на потенцію. Матеріали і методи. 52 картки у чоловіків віком від 25-х до 37-х років з еректильною дисфункцією, які отримували лікування в андрологічному відділенні обласного клінічного центру урології і нефрології ім. В. І. Шаповала ?17 м. Харкова. З цих пацієнтів 25– приймали «Тамоксифен», «Віагру», «Альфупрост Мр», і припинили застосування стероїдів, а 27 – приймали препарати, що і перша група, але не відмовилися від стероїдів. Спостереження проводилося після 5 місяців застосування стероїдів і тривало протягом 2 місяців.. Висновок. В групі чоловіків, які припинили прийом стероїдів, спостерігалася більш позитивна динаміка, ніж у чоловіків, які продовжували прийом стероїдних препаратів. Таким чином, стероїди є одним з негативних факторів, які впливають на еректильну дисфункцію у чоловіків. Висновок. В групі чоловіків, які припинили прийом стероїдів, спостерігалася більш позитивна динаміка, ніж у чоловіків, які продовжували прийом стероїдних препаратів. Таким чином, стероїди є одним з негативних факторів, які впливають на еректильну дисфункцію у чоловіків. Висновок. В групі чоловіків, які припинили прийом стероїдів, спостерігалася більш позитивна динаміка, ніж у чоловіків, які продовжували прийом стероїдних препаратів. Таким чином, стероїди є одним з негативних факторів, які впливають на еректильну дисфункцію у чоловіків. Результати. В групі чоловіків, які припинили прийом стероїдів, було відзначено в ранковій порції крові підвищення рівня загального тестостерону, стала спостерігатися ригідність пеніса на рівні не менше 50% і збереження такого стану протягом 10 і більше хвилин. У чоловіків, які продовжили застосування

стероїдів, не було поліпшення стану, рівень загального тестостерону був знижений, і діагностичний тест показував ригідність пеніса менше 30% і збереження такого стану не більше 5 хвилин. Висновок. В групі чоловіків, які припинили прийом стероїдів, спостерігалася більш позитивна динаміка, ніж у чоловіків, які продовжували прийом стероїдних препаратів. Таким чином, стероїди є одним з негативних факторів, які впливають на еректильну дисфункцію у чоловіків.

Баранова М.С.
КОЛЛАГЕН І ТИПА В ДЕНТИНЕ КРЫС–ПОТОМКОВ САМОК,
СОДЕРЖАВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ РАЗНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ
АКТИВНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: Губина-Вакулик Г.И.

Проблема гипокинезии относится к одной из наиболее актуальных проблем современного общества, т.к. малоподвижный образ жизни очень распространен в настоящее время, можно сказать, что он обусловлен особенностями современных работы и отдыха. Малоподвижный образ жизни часто присущ современным женщинам в период беременности, что приводит к развитию гипоплазии миокарда, легких, надпочечников новорожденных (Яковцова А. Ф. с соавт., 2005).

Коллаген является главным нерастворимым белком в тканях зуба. Коллагеновые волокна в наружном (плащевом) дентине идут радиально (волокна Корфа). Именно фосфатные участки в молекулах коллагена являются центрами кристаллизации гидроксиапатита.

При исследовании стоматологического аспекта проблемы гипокинезии беременных было предположено, что целесообразно оценить присутствие коллагена I типа в дентине зубов потомков самок, находившихся в условиях разной двигательной активности, что и явилось целью данного фрагмента работы.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах линии Вистар. Самки контрольной группы (гр.К) были помещены в клетку с размером 40х60см. У самок гр.ГК площадь для передвижения была уменьшена в 3 раза. У животных гр.ГК+Т площадь для передвижения также была уменьшена в 3 раза, но они ежедневно в течение 15 мин бегали в “беличьем” колесе. Потомки содержались в одинаковых условиях, выведены из эксперимента в возрасте 3мес путем декапитации. После декальцинации и спиртовой проводки на парафиновых срезах верхней и нижней челюсти потомков поставлена иммуногистохимическая реакция на коллаген I типа с ФИТЦ-визуализацией («Имтек», Москва).

Результаты исследования. При микроскопировании на люминесцентном микроскопе полученных микропрепаратов отмечено, что у крыс-потомков контрольной группы коллаген I типа в большом количестве обнаруживается в плащевом дентине, а во внутреннем слое дентина его присутствие выражено гораздо слабее. Яркое специфическое свечение дает эмаль, хотя кое-где свечение эмали –слабо выражено. В гр.ГК плащевой дентин имеет неравномерное и более слабое присутствие коллагена. Свечение эмали также ослаблено. В гр. ГК+Т постановка иммуногистохимической реакции на коллаген I типа позволила обнаружить значительное усиление присутствия этого важнейшего для формирования прочного дентина белка, причем не только в плащевом дентине, но и во внутреннем слое дентина и в эмали. При определении яркости свечения плащевого дентина при постановке иммуногистохимической реакции с ФИТЦ визуализацией оказалось, что в гр.ГК яркость свечения достоверно меньше чем в гр.К (гр.К – $0,768 \pm 0,039$ усл. ед.ярк.св, гр.ГК – $0,482 \pm 0,024$ усл.ед.ярк.св., $p < 0,001$), а в гр.ГК+Т яркость свечения восстанавливается и становится даже больше, чем в гр.К (гр.ГК+Т – $0,858 \pm 0,043$ усл.ед.ярк.св., $p > 0,05$). Вывод. Гипокинезия беременной самки приводит к гипоплазии коллагенового аппарата дентина зубов у взрослых потомков, а ежедневные непродолжительные двигательные тренировки на фоне гипокинетического образа жизни самок-матерей способствуют значительному улучшению состояния дентинового коллагена.

Баранюк М.О., Баусов Є.О., Харун І.О.

ПРИНЦИПИ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: Дубівська С.С.

Вступ: Ведення пацієнта з опіковою травмою є однією з найскладніших проблем у медицині. Це, перш за все, обумовлено високою летальністю, понад 75%, у пацієнтів з масивними опіками більш ніж 40% загальної поверхні тіла, що пов'язана з сепсисом від раневої інфекції опіку та інших ускладнень опікової хвороби, такі як пневмонія, уроінфекція, що патогенетично завжди пов'язані з попередньою контамінацією опікової рани. Агресивність опікової рани залежить від ступеня, глибини опіку, факторів з боку організму пацієнта, кількості та патогенності мікроорганізмів.

Мета: дослідження мікробного пейзажу опікових ран та розробка найбільш ефективних схем антибактеріальної терапії з метою попередження опікового сепсису.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на базі опікового відділення міської

клінічної лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім.проф. А.І. Мещанінова. Бактеріальний посів вмісту опікової рани з визначенням чутливості до антибіотиків проводився в перші 48 годин та через 5-6 діб. Антибактеріальна терапія стартувала в перші 24-48 годин з комбінації цефалоспоринів, аміноглікозидів та препаратів з анаеробною активністю. Результати : Аналіз якісного складу мікрофлори опікової рани виявив 14 видів мікроорганізмів. Найбільш часто зустрічався *Staph.aureus* (39%), стійкий до метициліну, але чутливий до меропенему, що колонізував опікову рану в перші 48 годин. Серед інших збудників превалує *Ps.aerogenosa* (30,5%), який проявляв високу чутливість до місцевих сульфаніламідів, а саме сульфодіазину та мафеніду. Ендогенна флора з кишківника пацієнта колонізує рану в перші 5 діб. Серед них *Enterococcus spp.*, стійкий до ванкоміцину та *E.coli*. Також зустрічалися й інші види - *Staph.haemoliticus* (6,5%), *Staph.Epidermidis* (5,8%), *Staph.anhaemoliticus* (1.3%). Впродовж дослідження було з'ясовано, що у 70% випадків вказані мікроорганізми виявлялися в монокультурі, у 30% - в асоціаціях. Натомість, при госпіталізації пацієнтів у термін пізніше 5-6 діб, виділення асоціацій мікроорганізмів перевищувало 80%. Висновки : У процесі дослідження виявлено високий рівень контамінації опікових ран, в першу чергу за рахунок *Staph.aureus* та *Ps.aerogenosa*, що є стійкими до більшості антимікробних препаратів. Контамінація рани власною нормальною флорою шкіри, кишківника, дихальних шляхів пацієнта у поєднанні з іншими збудниками є додатковим фактором агресії, що ускладнює лікування. Тому задля попередження стафілококкової септицемії до комбінації антибіотиків необхідно обов'язково включати карбапенеми, а для боротьби з *Ps.aerogenosa* - використання місцевих сульфаніламідів. Проте профілактика опікового сепсису - це завжди комплексний підхід, що включає в себе, окрім своєчасного призначення етіотропних антимікробних препаратів, санацію шкіри, кишківника пацієнта, достатній рівень інфузійної терапії, парентерального харчування, хірургічні методи очищення опікових ран.

Безродна А.І.

БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ NO-СИНТАЗНОЇ ОКИСЛЮВАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В РІЗНИХ ОРГАНАХ БІЛИХ ЩУРІВ У ПІДГОСТРОМУ ЕКСПЕРИМЕНТІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра біологічної хімії

Науковий керівник: професор О.А. Наконечна

Вступ. У зв'язку з активним проникненням поверхнево-активних речовин (ПАР) в усі сфери життєдіяльності людини, зростає небезпека їх шкідливого впливу на організм. Необхідність вивчення механізмів біохімічної дії ПАР є актуальним завданням медичної біохімії на сьогодні в Україні. Одним із важливих аспектів

цієї проблеми є визначення ролі та метаболізму NO-синтазної системи в умовах токсифікації ПАР. Тому що газоподібний хімічний медіатор NO відіграє універсальну роль у регуляції фізіологічних та патофізіологічних функцій систем організму. В організмі NO синтезується із амінокислоти L-аргініну. Метою роботи є вивчення активності NO-синтазної окислювальної системи у різних органах білих щурів при токсичному впливі – поліетиленгліколю – 400 (ПЕГ-400) та етиленгліколю (ЕГ) в умовах підгострого токсикологічного експерименту.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проведено на 30 самцях білих щурів лінії WAG тривалістю 45 діб. Тварини знаходилися в стандартних умовах віварію. Утримання та спостереження за тваринами проводились у відповідності з положеннями «Загальноетичних принципів експериментів на тваринах», які узгоджені Першим Національним конгресом з біоетики (Київ, 2001), "Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються з експериментальною та науковою метою" (Страсбург, 1986). Дослід проведений на трьох групах тварин: контрольній та двох дослідних в кількості по 10 тварин у кожній. Водні розчини ПАР щоденно натщесерце внутрішньошлунково вводилися в дозі 1/10 ДЛ50 за допомогою металевого зонду. Контрольна група щурів отримувала відповідні об'єми питної води. Оцінка активності NO-синтазної системи включала контроль вмісту в гомогенатах органів (тонкому кишківнику, печінці, нирках, наднирниках) оксиду азоту (NO) після закінчення підгострої токсифікації щурів. Дослідження виконано за допомогою біохімічного аналізатора Lab Line – 80 (Австрія) та наборів реагентів фірми «Філісіт-Діагностика» (Україна). Результати дослідження і їх обговорення. Аналіз засвідчив, що по завершенню підгострого експерименту досліджувані речовини значно підвищували активність NO-синтазної метаболічної системи порівняно з контрольною групою тварин в усіх досліджуваних органах. Так, у тонкому кишківнику тварин, які отримували ЕГ та ПЕГ-400 рівень оксиду азоту складав 40,79 мкмоль/г та 22,92 мкмоль/г відповідно у дослідних груп та 19,49 мкмоль/г - у тварин контрольної групи. У печінці тварин, які отримували ЕГ та ПЕГ-400 рівень оксиду азоту складав 28,07 мкмоль/г та 21,15 мкмоль/г відповідно (16,35 мкмоль/г - у тварин контрольної групи). У нирках тварин, які отримували ЕГ та ПЕГ-400 рівень оксиду азоту складав 49,70 мкмоль/г та 30,86 мкмоль/г відповідно (25,18 мкмоль/г - у тварин контрольної групи). У наднирниках тварин, які отримували ЕГ та ПЕГ-400 рівень оксиду азоту складав 37,30 мкмоль/г та 22,01 мкмоль/г відповідно (20,01 мкмоль/г - у тварин контрольної групи). В усіх органах групи тварин після токсифікації ЕГ спостерігається виражена тенденція підвищення рівню оксиду азоту в порівнянні з тваринами, токсифікованими ПЕГ-400.

Висновок. Встановлено, що в процесі підгострого токсикологічного експерименту на щурах ПАР ЕГ та ПЕГ-400 у дозі 1/10 ДЛ50 підвищують активність NO-синтазної окислювальної системи, а саме рівень оксиду азоту у тонкому кишківнику, печінці, нирках, наднирниках порівняно з контрольною

групою тварин, що свідчить про істотну активацію вільнорадикального окислення в організмі дослідної групи тварин.

Белоконь А.В.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение: Образование в медицинских учебных заведениях, характеризуется огромной информационной нагрузкой, особенно на протяжении первых трех курсов. Недостаток резервов самообладания и саморегуляции может привести к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ).

Цель: выявить наличие признаков синдрома эмоционального выгорания у студентов Харьковского национального медицинского университета.

Материалы и методы: было обследовано 62 студента обоего пола 1-3 курсов Харьковского национального медицинского университета. Для своего исследования мы использовали опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» разработанный на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптированный Н. Водопьяновой, Е. Старченковой.

Результаты: согласно интегральному показателю опросника «Профессиональное выгорание» у 13% студентов наблюдается тяжелая степень эмоционального выгорания, у 28% средняя степень, 37% - легкая степень, 22% студентов не испытывают никаких эмоциональных нарушений. По субшкалам опросника превалировала субшкала эмоциональное истощение, изменения по которой наблюдалась у 70% опрошенных, изменения по субшкале деперсонализация (цинизм) наблюдались у 9%, в субшкале профессиональная успешность – у 12% респондентов.

Выводы: На развитие синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков влияют личностная тревожность, личностный гнев и степень развития хронического утомления, которые могут приводить к формированию устойчивых аффективных комплексов. В связи с этим необходимо проводить психокоррекционные тренинги, целью которых будет восстановление эмоционального состояния и коррекция уже существующих нарушений.

Бердикова Ю.О., Губин Н.В.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра судебной медицины и медицинского правоведения

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ольховский В.А.

Актуальность. Диагностика причин смерти при переохлаждении является одной из самых актуальных проблем судебно-медицинской науки и практики, а также

медицины и биологии в целом. Код внешней причины смерти при несчастном случае по МКБ-10: воздействие чрезмерно низкой природной температуры- X31.

Смерть от действия низких температур в судебно-медицинской практике составляет 2,6% от всех случаев насильственной смерти, преимущественно среди лиц мужского пола трудоспособного возраста 21-46 лет (84%), что является достаточным основанием для рассмотрения данного типа смерти как явной социальной проблемы.

Тем не менее, существование большого числа диагностических признаков, использование современных методик не обеспечивает в достаточной степени возможность обоснования выводов эксперта о причине смерти, что обуславливает их субъективность. Данное исследование так же ценно в связи с зимним периодом, в течение которого происходит большинство случаев данного вида смерти.

Цель исследования- улучшение диагностики причин смерти при переохлаждении организма путём математического обоснования степени достоверности выводов эксперта о причине смерти.

Материалы и методы.

Статистический метод – вся полученная информация была занесена в регистрационные карты;

Математический метод с использованием постулата Байеса.

Математическая формула именно этого постулата отвечает требованиям суд-мед практики, так как разрешает принимать априорные гипотезы к испытанию за единицу.

Результаты. В период с 2015 по 2016год были исследованы 167 трупов лиц мужского и женского пола. Данные обследования заключений судебно-медицинских экспертов по поводу смертей от переохлаждения, которые встречались в практике Харьковской судебно-медицинской экспертизы, показали следующее:

- 1) анализ случаев смертельного переохлаждения среди мужчин и женщин показал некоторую неравномерность, так как значительное большинство смертей приходится на лиц мужского пола в возрасте от 21 до 46 лет (84%);
- 2) Определение частоты встречаемости диагностических признаков смерти от переохлаждения показало что наиболее часто встречающиеся признаки следующие: пятна Вишневого, отек мозга и мозговых оболочек, пятна

Фабрикантова, признак Пупарева, сгустки крови в полостях сердца и аорты, красный цвет трупных пятен.

Выводы:

1. Судебно-медицинская диагностика о причинах смерти от переохлаждения может быть выполнена с использованием предложенного метода диагностики, суть которого заключается в математическом вычислении суммирования диагностических макро- и микроскопических особенностей.
2. Для установления выводов о достоверности причин смерти от переохлаждения эксперту необходимо, используя предложенную таблицу, суммировать коэффициенты достоверности диагностических признаков.
3. Использование предложенного метода для определения достоверности выводов эксперта даст возможность повысить объективность и точность судебно-медицинской диагностики смерти от переохлаждения.

Бережной Г.Г., Гадирова Т.Р.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ СОННОМ ПАРАЛИЧЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение. Сонный паралич (СП) – состояние, при котором паралич мышц возникает до засыпания. Это состояние характеризуется невозможностью управлять своим телом и возникновением звуковых и зрительных галлюцинаций пугающего содержания и чувством панического страха. По различным литературным данным до 7 % населения хотя бы один раз испытывали данное состояние.

Цель. Изучение психопатологических симптомов, сопровождающих состояние сонного паралича.

Материалы и методы: было проведено клинико-анамнестическое и катamnестическое обследование 7 пациентов с эпизодами сонного паралича в возрасте 18-23 лет.

Результаты: средний возраст возникновения первого эпизода СП – 17 ± 1 лет. Из причин, которые предшествовали данному состоянию все опрошенные выделили усталость и недостаток сна накануне, 5 опрошенных также указали стрессовые ситуации; 6 – что приступ возникал во время сна в положении на спине. Галлюцинации при данном состоянии имеют полусознанный характер. Даже при осознании того, что человек вошел в состояние паралича, его не может покинуть чувство панического страха. Ощущения при параличе резко отличаются от ощущений при сновидениях. Описание галлюцинаций и эмоциональных переживаний имело схожий характер: чувство приближения жизненно опасной угрозы, реальной или фантастической, без возможности

закричати або пошевелити кінцями, почуття тиску на груди, неможливість кричати, слухові та зорові галюцинації різного змісту.

Висновки. Стан сніжного паралічу недостатньо вивчений феномен. Однак, людям, які страждають від даного стану, рекомендується дотримуватися правильного режиму сну, уникати положення лежачи на спині в час сну, максимально виключити фізичне напруження та різні стреси. При важких випадках, які супроводжуються тривалим зниженням настрою, внаслідок частих приступів, можливо призначення антидепресантів.

Білик Г.А.

ПОКАЗНИКИ ГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МОКРОТИННИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД РИЗИКУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: Колоскова О.К.

Вступ. Бронхіальна астма на сьогодні залишається однією з актуальних проблем дитячої алергології. Кількість дітей, хворих на бронхіальну астму, щороку зростає, а сучасні методи лікування не завжди дозволяють досягти її контрольованості. Однією з причин неконтрольованості бронхіальної асми є формування у дітей ремоделювання дихальних шляхів. Матеріали та методи. На базі пульмонологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці обстежено 116 дітей, хворих на персистуючу бронхіальну астму. Сформовано три клінічні групи спостереження залежно від вмісту у мокротинні факторів ризику ремоделювання дихальних шляхів VEGF (васкулярний ендотеліальний фактор росту) та MMP-9 (матриксна металопротеїназа - 9). До I групи (високого ризику) увійшло 37 хворих, вміст VEGF у мокротинні яких становив більше 80 нг/мл, а MMP-9 – більше 5,2 нг/мл, у II групу (середнього ризику) включено 41 хворий із вмістом VEGF більше 80 нг/мл, а MMP-9 – менше 5,2 нг/мл та навпаки, III групу (низького ризику) склали 38 хворих, в яких показники VEGF та MMP-9 не перевищували 80 нг/мл та 5,2 нг/мл відповідно. Для оцінки характеру запалення бронхів проведений аналіз клітинного складу індукованого мокротиння у дітей груп порівняння. Результати дослідження. При дослідженні встановлено, що частка хворих, що мали еозинофільний характер запалення (відсотковий вміст еозинофілів більше 3%) у I групі становила 48,7%, у II групі – 58,5%, а у III групі – 47,4% спостережень. Фагоцитарна активність нейтрофілів у мокротинні у дітей I групи становила $71,5 \pm 2,44\%$, фагоцитарне число – $4,3 \pm 0,42$ у.о., у хворих II клінічної групи – $68,4 \pm 2,56\%$ та $4,13 \pm 1,05$ у.о., а у пацієнтів III групи – $69,3 \pm 3,31\%$ та

4,1±0,45 у.о. ($P>0,05$). Фагоцитарна активність еозинофілів у дітей I клінічної групи сягала 61,3±6,32%, фагоцитарне число – 3,1±0,63 у.о., у II клінічній групі відповідно: 57,9±7,19% та 2,8±0,46 у.о., а у представників III групи – 54,7±7,67% та 3,0±0,63 у.о. ($P>0,05$).

У дітей I клінічної групи відмічено суттєве зниження вмісту катіонних білків в еозинофільних лейкоцитах мокротиння відносно хворих III клінічної групи при більшій активності мієлопероксидази.

Висновки. Отже, у дітей, хворих на бронхіальну астму, групи високого ризику ремоделювання дихальних шляхів відносно дітей групи низького ризику вірогідно частіше визначався нижчий вміст у еозинофілах мокротиння катіонних білків при більшій активності мієлопероксидази, а також спостерігалось виснаження киснезалежного метаболізму еозинофільних та нейтрофільних лейкоцитів мокротиння у процесі хронічного запалення.

Більченко С.О., Баусов Є.О., Ірина Олександрівна Харун
ВИЗНАЧЕННЯ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ ЗМІН ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: доц. Світлана Станіславівна Дубівська

Метою даного дослідження є визначення ступеня та структури впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції хворих різних вікових груп з подальшою розробкою методів її корекції у пацієнтів з гострою хірургічною патологією. Нами було проведено дослідження когнітивної сфери у пацієнтів молодого, середнього, похилого та старчого віку з гострою хірургічною патологією до операції та на 1, 7, 30 добу після оперативного втручання в порівнянні з передопераційним періодом.

Матеріали та методи: шкала MMSE, тест малювання годиннику, метод Шульте. Результати дослідження: у хворих молодого та середнього віку в передопераційний період за даними MMSE показник нижче норми на 9,0 %, хворих похилого віку на 23,3 %. Показники тесту малювання годиннику у пацієнтів молодого та середнього віку зберігалися у межах норми, у пацієнтів похилого віку нижче норми на 10,0 %. Дослідження за методикою Шульте вказує, що у пацієнтів молодого та середнього віку були в межах норми, а у хворих похилого віку – на 16,6 % нижче норми. Під час дослідження нами були отримані дані, що вказують на зниження в післяопераційному періоді когнітивної функції у пацієнтів з ургентною хірургічною патологією в умовах проведення загальної анестезії, в усіх вікових групах, що може зберігатися впродовж тривалого часу. Зважаючи на літературні дані патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної сфери, результати нашого дослідження, було сформульована схема використання до комплексу лікувальних заходів цитіколіку та цитофлавіну. В ході проведеного дослідження з використанням відповідних схем корекції

когнітивних змін нами отримано наступні результати. На 1 добу в післяопераційному періоді при дослідженні когнітивної сфери за шкалою MMSE у пацієнтів молодого та середнього віку показники були знижені на 6,5 % в порівнянні з передопераційним періодом та нормалізувалися на 7 добу дослідження. У хворих похилого віку на 1 добу після операції показники MMSE стали нижче ще на 16,7 % , що спостерігалось на сьому добу, та майже відновились на до операційний рівень на 30 добу. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого та середнього віку на 1 добу дослідження були знижені на 10,0 % та нормалізувалися на 7 добу після операції. У хворих похилого віку дані тесту малювання годинника знизилися ще на 20,0 % на 1 добу після операції та 7 добу зниження було у межах 10,0 % , з подальшою нормалізацією на 30 добу. У пацієнтів на різних етапах дослідження спостерігалось збільшення кількості помилок та зміна середнього значення ступеня спроможності до праці по результатам таблиць Шульте. У пацієнтів молодого віку показники відновлювались після 7 доби, у хворих похилого віку через 30 діб відрізнялись від доопераційних значень на 11,2 %.

Висновки: отримані в ході дослідження результати дозволили сформулювати спосіб корекції когнітивних порушень. Він включає в себе призначення нейропротекторних препаратів за відповідною схемою. Пацієнтам похилого віку за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин після операції та щоденно протягом 5 діб внутрішньовенно крапельно, вводиться цитофлавін. Пацієнтам молодого та середнього віку за тією ж схемою вводиться цитіколін. Проведене лікування поліпшує стан когнітивної функції та відновлює до доопераційного рівня у найкоротший час.

Бобронникова Л.Р.

АДИПОКИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Научный руководитель: Бобронникова Леся Романовна

Актуальность. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) 2 типа остается одной из актуальнейших проблем медицины, так как коморбидность данной нозологии характеризуется ранним поражением органов мишеней. В последнее время, представляет интерес влияние гормонов жировой ткани, в частности, цинк- α 2-гликопротеина (ЦА2Г) на прогрессирование метаболических нарушений у пациентов с АГ и СД 2 типа. Цель: Изучить влияние ЦА2Г на прогрессирование метаболических нарушений у пациентов с АГ и СД 2 типа.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 95 пацієнтів з АГ II стадії, 2-й ступеня. Середній вік пацієнтів склав $49,5 \pm 5,4$ років. Пацієнти розділені на групи: 1-я група ($n=45$) з поєднаним перебігом АГ і субкомпенсованим СД 2 типу; 2-я група ($n=50$) пацієнти з АГ без СД 2 типу. Контрольна група ($n=20$) була порівнювана за віком і статтю. Рівень ЦА2Г визначали методом імуноферментного аналізу. Визначали рівень глікозильованого гемоглобіна (HbA1c), глюкози крові натощак (ГКН), показники інсуліну і індекс інсулінорезистентності (НОМА-IR). Дослідження ліпидного обміну: вміст загального холестерину (ОХ) в сироватці крові, ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНП), ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВП), тригліцеридів (ТГ) проводили імуноферментним методом. Статистичну обробку отриманих результатів проведено з використанням програми Statistica. Результати. Встановлено, що збільшення маси тіла спостерігалося у 75,2 % пацієнтів 1-ї групи і у 44,5 % пацієнтів 2-ї групи. Концентрація ЦА2Г була статистично значимо нижче у пацієнтів з поєднаним перебігом захворювання в порівнянні з пацієнтами 2-ї групи і групою контролю ($52,4 \pm 17,4$ мг/мл, $64,6 \pm 27,8$ мг/мл і $79,4 \pm 32,6$ мг/мл, відповідно $p < 0,05$). Рівень ЦА2Г знижувався в лінійній регресії в залежності від збільшення ІМТ у пацієнтів з поєднаним перебігом захворювання. Встановлено негативну кореляційну залежність ЦА2Г з ІМТ ($r = -0,52$; $p < 0,05$), НОМА-IR ($r = -0,48$; $p < 0,05$), рівнем глюкози ($r = -0,44$; $p < 0,05$), HbA1c ($r = -0,46$; $p < 0,01$) і вмістом ОХ ($r = -0,52$; $p < 0,05$). Висновки. Доведено, що зниження показників ЦА2Г у пацієнтів з АГ і СД 2 типу тісно взаємопов'язано з прогресуванням інсулінорезистентності і проатерогенної дисліпідемії. Дисбаланс рівня ЦА2Г в сироватці крові, можна розглядати як прогностично несприятливий фактор прогресування метаболічних порушень у даній категорії пацієнтів.

Богущка Н.К.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДО ТА ПІСЛЯ СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: професор Безруков Леонід Олексійович

Вступ. Статеві відмінності поширеності бронхіальної астми (БА) в дитячому віці асоціюють із різними тяжкістю захворювання та ризиком госпіталізації. Подальші дослідження необхідні для вивчення гендерних відмінностей щодо поширеності різних фенотипів БА до і після пубертату. Метою дослідження було оцінити відмінності за статтвюю ознакою клінічних і епідеміологічних

характеристик БА в дітей до і після статевого дозрівання. Матеріали і методи. Обстежено 120 дітей 6-18 років обох статей, хворих на персистувальну БА. До першої групи ввійшли 49 пацієнтів до статевого дозрівання, друга група була сформована зі 71 пацієнта після початку статевого дозрівання (принаймні II стадія за шкалою Танера). Референтні групи були зіставлюваними за статтю, віком та місцем проживання. Були використані клініко-анамнестичні, алергологічні, спірометричні і статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. У розглянутих когортах фенотип БА пізнього початку з дебютом після 6 років дещо переважав незалежно від статі і пубертатного статусу, в першу чергу у дівчаток після статевого дозрівання (ВР (відносний ризик)=1,3; 95% ДІ: 0,6-3,0). Ранній початок БА до 3-х років переважно асоціював із чоловічою статтю до статевого дозрівання. Фенотип нетяжкої БА переважав до пубертату незалежно від статі, а період після статевого дозрівання асоціював із деяким зростанням ризику тяжкого фенотипу БА як у дівчаток, так і у хлопчиків (ВР=1,6; 95%ДІ:0,5-5,1 і ВР=1,4; 95% ДІ:0,8-2,5 відповідно). Атопічний фенотип БА переважав у хлопчиків, а неатопічний – асоціював із жіночою статтю незалежно від пубертату. БА із бронхоконстрикцією фізичного зусилля з однаковою частотою була поширена серед обох статей незалежно від статусу статевого дозрівання. Істотних відмінностей спірометричних показників у дітей груп порівняння не відмічено. Після статевого дозрівання ризик госпіталізації до відділення невідкладної допомоги в зв'язку із загостренням БА у хлопчиків був істотно нижчим у зіставленні з допубертатним періодом (ВР=0,6; 95% ДІ:0,4-0,8), а у дівчаток після пубертату такий ризик дещо збільшився (ВР=1,4; 95% ДІ:0,7-2,7).

Висновки. У хлопчиків відмічено переважання БА раннього дебюту, атопічного фенотипу нетяжкої БА зі зниженням ризику госпіталізації після пубертату, а з жіночою статтю асоціював неатопічний фенотип БА зі зростанням ризику після пубертату тяжкого перебігу хвороби та госпіталізації до відділення невідкладної допомоги через загострення.

Буринюк-Глов'як Х.П.

ГЛІКЕМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ І РЕГУЛЯЦІЯ ГЛІКЕМІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: Колоскова О.К.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) залишається одним з найбільш поширених хронічних та складних щодо лікування запальних захворювань, що вирізняється багатьма різноманітними клінічними фенотипами у дітей та характеризується оборотною обструкцією бронхів, бронхіальною гіперчутливістю і запаленням

дихальних шляхів. Основою базисного лікування БА у дітей, згідно сучасних стандартів лікування та профілактики являється використання інгаляційних глюкокортикостероїдів (іГКС). Разом із тим, наразі актуальним залишається питання про безпеку їх використання, адже відомим є стимулювальний вплив системних глюкокортикостероїдів (сГКС) на процеси глюконеогенезу, а також їх здатність викликати від'ємний баланс кальцію шляхом зменшення його всмоктування у шлунково-кишковому тракті та підвищення екскреції з сечею. Оскільки високі дози препаратів і тривале їх застосування у схильних осіб можуть асоціювати з різними побічними ефектами, аналогічними тим, які спостерігаються при терапії сГКС, на даний час все більше занепокоєння виникає з приводу потенційних системних ефектів іГКС.

Матеріали і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 63 хворих на бронхіальну астму школярів. Середній вік становив - $11,43 \pm 0,39$ років (від 4 до 17 років) та з середньою тривалістю захворювання – $6,91 \pm 0,45$ років (від 1 до 14 років). При цьому важка БА траплялася у третини пацієнтів і власне саме ця когорта хворих отримувала високі дози іГКС. Виходячи з цього, було створено дві групи порівняння, в яких порівнювали показники утилізації глюкози у дітей, I групу склали пацієнти, які отримували низькі та середні дози іГКС, а до II групи увійшли діти, яким було призначено високі дози іГКС. За допомогою імуноферментного аналізу, проведеного імунологічною лабораторією ОДКЛ м. Чернівці, визначали: стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну.

Результати дослідження. Статистично значимими виявилися розбіжності у створених групах за показниками регуляції вуглеводного обміну в представників груп порівняння. Так, середні показники вмісту антитіл до інсуліну виявилися в концентраціях – $25,36 \pm 2,83$ Од/мл (min – 0, max – 125,3 Од/мл). Слід зазначити, що високі титри антитіл класу IgG до інсуліну у сироватці крові асоціювали з підвищеним ризиком порушення регуляції глікемії. Відношення шансів показало, що за використання високих доз іГКС, порівняно з низькими та середніми, шанси підвищеної глікемії становили - 2,2 (95%ДІ 0,67-6,92) а стосовно утилізації глюкози (OR) = 1,64 (95%ДІ 0,54-5,0).

Висновки. Високі дози іГКС незначно підвищують ризик гіперглікемії натще (OR=2,2), через 2 години після прийому їжі (OR=1,64), а також супроводжуються підвищенням ризику зростання вмісту антитіл до інсуліну (OR=1,6), що проявляється порушенням утилізації глюкози у дітей хворих на БА.

Великий О. П., Кузьміна І.Ю.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ t-КРИТЕРІЯ СТЬЮДЕНТА ДЛЯ АНАЛІЗУ ДАНИХ МЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім. О.Е. Альперна

Вступ. В даний час у багатьох наукових публікаціях досліджуються підходи «за» і «проти» що до використання критерію Стюдента для статистичної обробки результатів медичних експериментів. Виявлення закономірностей і взаємозв'язків між різними показниками у медицині вимагає вивчення способів обробки даних, основ біометрії і математичної статистики.

Метою роботи став аналіз застосування зазначеного критерію до обробки даних медичних досліджень.

Матеріали та методи. Проведений нами аналіз показав, що в більшості експериментальних робіт з медицини математична обробка даних полягає у визначенні середнього арифметичного, стандартної помилки середньої арифметичної, дисперсії, критеріїв суттєвості відмінностей. Найчастіше t-критерій Стюдента використовують для перевірки рівності середніх значень у двох вибірках, щоб визначити статистичну значимість різних величин. Для порівняння середніх величин t-критерій Стюдента розраховується за такою формулою: $t = (M1 - M2) / (m1^2 + m2^2)$, де M1 - середнє арифметичне першої, що порівнюється сукупності (ряду даних); M2 - середнє арифметичне другої, що порівнюється сукупності; m1 і m2 - значення середніх помилок середніх арифметичних відповідних рядів даних.

Велике значення має використання t-критерію Стюдента для обробки експериментальних результатів медичних досліджень.

Результати дослідження. Проведений нами аналіз наукових статей з медицини дозволив зробити висновок про найбільшу актуальність застосування t-критерію Стюдента при проведенні порівняння ефективності проведених досліджень. Як правило, в процесі експерименту виділяють контрольну і дослідну групи пацієнтів. При цьому схожість і відмінність кількісних ознак (наприклад, таких, як рівень гемоглобіну, еритроцитів, лейкоцитів, показники бактеріальної або вірусної флори і інші) в основній і контрольній групах визначають по їх середнім значенням. Для цього може використовуватися двовибірчий t-тест з різними дисперсіями по ряду даних. Зазначений критерій застосовують при порівнянні середніх двох вибірок, при парних порівняннях, при оцінці ефективності методики «до і після впливу». Наприклад, для вивчення ефективності нового препарату для терапії цукрового діабету II типу - одна група пацієнтів (дослідна група) приймала його протягом заданого терміну лікування, в той час, як інша (контрольна) група пацієнтів з цукровим діабетом II типу, однакова за чисельністю, застосовує традиційний засіб, що знижує рівень цукру. За результатами проведених розрахунків, на основі порівняння рядів даних за t-критерієм Стюдента робиться висновок про ефективність або неефективність застосування нового лікувального засобу.

Висновки. Подібних робіт в наукових журналах з медицини у даний час досить багато, тому можна зробити висновок про те, що t-критерій Стюдента відіграє велику роль в сучасній медицині. За допомогою даного критерію можливо складання найбільш придатної тактики лікування хворих, підвищення якості та ефективності медичної допомоги населенню. Використання біометричних показників і методів математичної статистики є важливою основою обробки

медико-біологічних даних, вибору варіанта терапії з урахуванням прогнозу розвитку захворювання і поліпшення одержаних результатів лікування.

Вовк А.А., Сокол К.М.

ПРО УМОВИ ПРАЦІ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я

Харківський національний медичний університет

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Серед численних лікарських спеціальностей робота лікаря-анестезіолога займає особливе місце. Вона потребує напруги, уваги, швидкої реакції. Лікар-анестезіолог зазнає дії хімічних, біологічних, фізичних, психофізіологічних та інших факторів, що спонукало нас до вивчення умов праці та захворюваності.

Нами проведені санітарні обстеження робочих місць лікарів-анестезіологів з проведенням лабораторних методів дослідження та складанням карт умов праці. Оцінюючи умови праці за ступенем шкідливості та небезпечності ми ведучими факторами за класами шкідливості виявили хімічний, 3.4 клас шкідливості та небезпечності. На другому місті був психофізіологічний – 3.2 клас шкідливості та небезпечності. Всього ж нами було встановлено ще два шкідливі та небезпечні фактори: біологічний та фізичний (3.1 та 3.2).

Таким чином, роботу лікаря-анестезіолога можна рахувати особливо шкідливою і особливо небезпечно 4 ступінь (3.4) – це такі умови праці що характеризуються такими рівнями факторів виробничого середовища, які здатні призводити до розвитку виражених форм професійних захворювань, значного зростання хронічної патології та рівнів захворюваності з тимчасовою втратою працездатності.

В результаті дії вказаних факторів у лікарів-анестезіологів виявлені такі порушення стану здоров'я: народження дітей з вродженими аномаліями, ускладнення вагітності, ризик злоякісних новоутворень, захворювання печінки, неврологічні захворювання в наслідок контакту із закисом азоту, герпетичний панарицій та ін.

Наші рекомендації включили покращення умов праці, удосконалення виробничого процесу, скорочення часу перебування в сфері анестетика (не більше 2 годин), не допускати до добових чергувань жінок старше 50 років та чоловіків старше 55 років, організацію кімнати психологічного розвантаження, масаж кінцівок, своєчасне проведення попередніх профілактичних оглядів.

Вознюк А.В.
ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ
ВАГІТНОСТІ

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
Кафедра акушерства та гінекології №2
Науковий керівник: проф.Булавенко О.В.

Вступ. Актуальність проблеми багатоплодової вагітності полягає в значному числі ускладнень під час вагітності та пологів, підвищенні питомої ваги кесаревого розтину, ускладнень післяпологового періоду, підвищеному рівні антенатальних втрат в різні гестаційні терміни, високій частоті неврологічних порушень у дітей, що вижили (Жук С.І., 2014, Радзинский В.Є., 2015). Навіть при сучасному розвитку медицини випадки передчасних пологів при вагітності двійнями в 3,5 разів вище, ніж при одноплодовій вагітності, внутрішньоутробна загибель плода вище в 4 рази, неонатальна смертність - в 6 разів, перинатальна - в 10 разів (Коньков Д.Г., 2012, Давидова Ю.В., 2014). Матеріали і методи. Дослідження було проведене на базі відділення патології вагітних ОПЦ Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова, МЛ «Цетру матері та дитини» міста Вінниці та Вінницького міського клінічного пологового будинку №2. Обстежено 40 вагітних з багатоплідною вагітністю, які склали дві групи: 1 група(основна) – 20 жінок з трьома і більше факторами ризику розвитку спонтанних передчасних пологів, 2 група(порівняння) – 20 жінок без факторів ризику по виникненню передчасних пологів. Факторами ризику були: передчасні пологи в анамнезі, «коротка» шийка матки, істміко-цервікальна недостатність, короткий інтервал між пологами(менше 2 років), вагінальні інфекції, загроза переривання даної вагітності, ЕКЗ, куріння, мала маса тіла вагітної. Вагітним було визначено рівень інтерлейкінів 6 і 8(ІЛ-6, ІЛ-8) в цервікальному слизі у терміні з 16+0-24+0. Результати дослідження. У першій групі рівні ІЛ-6 коливався в межах 224.62 - 381.28 pg/ml, ІЛ-8 - 694.84 - 1191.45 pg/ml. У другій групі ІЛ-6 -81.32- 86.72 pg/ml, ІЛ-8 224.45 – 281.11 pg/ml. В основній групі – пологи відбулися у терміні 28-34 тижні: 3 жінки(15%) – в терміні 28 тижнів, 11 жінок(55%) – в 29-33 тижні, 6 жінок(30%) – в терміні 34 тижні. В групі контролю – 35-38 тижнів вагітності: 7 жінок(35%) – в терміні 35-36 тижнів, 13 жінок(65%) – в 37-38 тижнів. Висновки. Діагностичне значення інтерлейкінів 6 і 8 в цервікальному секреті можна вважати прогностичним маркером по виникненню ранніх спонтанних передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю. Отримані результати свідчать про те, що рівень інтерлейкіну 6 і 8, визначений між 16+0-24+0 тижнів були значно вище у пацієнтів, у яких розпочалася передчасна пологова діяльність у терміні від 28-34 тижнів.

Вознюк І.С.

КЛІНІКО – ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ.

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології и медичної психології
Науковий керівник: доц., к.мед.н. Черкасова А.О.

Вступ. Психічне здоров'я дітей визначає здоров'я нації в майбутньому та займає одне з провідних місць у профілактиці психічного здоров'я в усьому світі. У нашій країні з тенденцією до зниження народжуваності, зростання соціальних проблем, до загального ослаблення фізичного здоров'я населення - ця проблема є однією з пріоритетних.

Особливу актуальність представляє вивчення клінічних аспектів діагностики психічних проявів екзогенно-органічного генезу при ВІЛ-інфекції. На підставі оцінки психопатологічної симптоматики була встановлена наявність чотирьох синдромів: астенічного, тривожно-фобічного, гіпердинамічного та олігофреноподібного у дітей з ВІЛ-інфекцією.

Ціллю дослідження є психопатологічні симптоми при ВІЛ – інфекції у дітей
Об'єктом дослідження: клініко-психопатологічні симптоми ВІЛ – інфікованих дітей.

Предметом дослідження є астенічний синдром при ВІЛ – інфекції у дітей.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, методи математичної обробки даних.

Матеріали дослідження. В дослідження були включені 20 дітей, віком від 5 до 12 літ с діагнозом ВІЛ - інфекція.

Результати. Клінічними проявами астенічного синдрому, діагностованому у 23,1% випадків, була нездатність хворих до тривалої емоційної, розумової, фізичної напруги; погіршення самопочуття після хвилювання, навіть приємного, при великій кількості зовнішніх вражень. У 50,0% пацієнтів у цій групі спостерігалось погіршення стану у зв'язку з перепадами атмосферного тиску: з'являвся головний біль, порушення сну, збільшувалася слабкість, погіршувався апетит, посилювалася дратівливість. У всіх хворих виявлялася нестійкість настрою, у 60,0% пацієнтів пониження настрою мало відтінок примхливості, тривожності й супроводжувалося плаксивістю. Загострювалася вразливість, хворі були дратівливі, запальні, проте спалахи афекту відрізнялися поверховістю й нетривалістю. Здатність до концентрації уваги у досліджених дітей була знижена. Увага відзначалася виснажуваністю, швидко зростало відволікання. Пам'ять була знижена. З порушень мислення була встановлена виснажуваність здібності до абстрагування й переходу до конкретизації.

Висновки. Таким чином, зробивши аналіз отриманих даних можливо зробити висновки, що астенічний синдром у ВІЛ – інфікованих дітей, має всі клініко-психопатологічні ознаки класичного астенічного синдрому, що характерний для органічного ураження головного мозку.

Гайчук Л.М.
ДЕСТРУКТИВНИЙ ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИМ МЕРЕЖ НА ФОРМУВАННЯ
ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКА

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології и медичної психології

Вступ. Сьогодні важко знайти людину, яка б не знала що таке Інтернет та які можливості він надає. Серед всіх інтернет-ресурсів, особливе значення в суспільстві мають соціальні мережі. Вони з'явилися відносно нещодавно та викликали величезну зацікавленість серед користувачів всесвітньої павутини. Особлива зацікавленість поширена серед дітей та підлітків. Найпоширеніші соціальні мережі почали свою роботу з 2004 року, це Facebook., Twitter та ВКонтакте - рік заснування 2006, Instagram - рік заснування 2010. Місячна кількість користувачів коливається від 80 млн. до 900 млн. Дійсно, соціальні мережі надають нові можливості до спілкування, але постає питання, наскільки ці можливості корисні для користувача, а саме для дітей та підлітків.

Результати. Згідно результатів проведеного дослідження у якому прийняли участь підлітки 9-11 класів: 97% зареєстровані хоч в одній мережі та є постійним користувачем, більш ніж 70% одночасно знаходяться в 2,3 мережах. Середня тривалість щоденного знаходження в соціальних мережах коливається від 6 годин на добу та більш, у 34% підлітків відмічається зменшення часу нічного сну, на користь спілкування в мережах, 50% підлітків не бачать в цьому проблему.

Американська психіатрична асоціація внесла до реєстру залежностей термін «фейсбук-залежність». На превеликий жаль, зацікавленість до віртуального світу впливає на реальний світ в якому є свої обов'язки і закони та негативно сприяє на культуру толерантної комунікації у підлітковому середовищі. Дуже своєчасно з цього приводу висловився Євген Касперський: «сучасні підлітки без розуму від соціальних мереж, однак рідко розуміють ті наслідки які супроводжуються надмірною відкритістю та гіперкомунікативністю. Гонка за кількістю друзів, нерозбірливість в контактах, безвідповідальність і сумлінна усвідомленість о приват-налаштуваннях профілів, як і благі наміри, ведуть в ад». Наслідки такого користування впливають на формування особистості підлітка та мають деструктивний характер. Одна з небезпек, це зниження емпатії. Підліток не відчуває відповідальності, завдяки такому віртуальному спілкуванню, знищуються більш важливі емоційні складові. Кількість віртуальних «друзів», для сучасного підлітка є важливіші ніж кількість друзів у реальному світі. Вони легко приймають всіх у своє коло «друзів» й так же легко видаляють з цього «коло», не пояснюючи свої дії, тому що байдуже як це буде прийнято.

Висновки. Таким чином, соціальні мережі постають у ролі керуючого механізму, який маніпулює користувачами на свій розсуд, іноді провокуючи на жорстокість та приниження. Відсутність критичного мислення може провокувати на подальший розвиток агресивної поведінки як по відношенню до друзів, сім'ї та

оточуючих і бути небезпечним на сам перед для самого підлітка. Бажання до привселюдної уваги й самовиразу є ведучим мотивом підлітка у соціальній мережі.

Галашко К.Ю., Коршунова М.С.
МАНІФЕСТАЦІЯ ШИЗОФРЕНІЇ, ОСНОВНІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ
СИНДРОМИ НА ПОЧАТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ
Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.

Вступ. Шизофренія - важкий психічний розлад, який зазвичай маніфестує у пізньому підлітковому або молодому віці. Початок, перебіг і результат захворювання значно відрізняються у різних осіб. Ризик розвитку шизофренії становить 1%, а захворюваність - 1 випадок на 1000 населення в рік. Всього у світі на шизофренію страждає більше ніж 21 мільйон чоловік.

Мета. Вивчити основні варіанти психопатологічних синдромів при маніфестації шизофренії.

Матеріали і методи: нами було проведено катамнестичних дослідження, в якому ми вивчили клінічну картину, що передує первинному вступу в стаціонар. Було обстежено 40 пацієнток у віці 18-26 років, які перебували на лікуванні в ХОКПБ №3, з встановленим діагнозом Шизофренія (F 20). Були використані клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний і статистичний методи.

Результати. Було встановлено, що сімейна обтяженість зустрічалася в 25% випадків (по лінії батька - 11%, по лінії матері - 14%). Прояв провідних психопатологічних симптомів на момент надходження у обстежених в 62% випадків тривало від півроку до року, а в 38% тривали від 1 до 3 років. В ході роботи в клінічній картині, що передує первинному вступу, переважала афективна симптоматика (40% випадків), найбільш часто зустрічалися депресивні прояви з соматизованими включеннями, також зустрічалися зворотні стани, але частіше переважали гипоманії. В інших випадках зустрічалася тривожно-фобічна симптоматика (20%), негативна симптоматика у вигляді соціальної дезадаптації (17,5%), психопатоподібні порушення (10%) у вигляді бродяжництва, алкоголізації, відходів з будинку, поліморфна симптоматика (12,5%) .

Висновки. Отримані результати говорять про багатогранність проявів психопатологічних синдромів при маніфестації шизофренії, а також були виявлені закономірності ініціальних симптомів з наступним ведучим психопатологічним синдромом.

Гарас М.Н., Іванова Л.А., Климюк Х.І.
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ КЛІНІЧНИХ ТА ЛАБОРАТОРНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У
ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Научний керівник: Іванова Лорина Алімівна

На сьогодні зросла зацікавленість до проблеми герпесвірусних інфекцій, в тому числі до захворювань, викликаних Епштейна-Барр вірусом, що обумовлено повсюдною поширеністю збудника, потенційною онкогенністю, постійно дедалі ширшим спектром патологічних проявів, можливістю атипового перебігу із переважанням затяжних та рецидивувальних форм, які реєструються у 1/3 хворих, відсутністю засобів специфічної терапії і профілактики. Сьогодні в усьому світі, в тому числі й в Україні, відзначається збільшення кількості хворих на Епштейна-Барр вірусну інфекцію, що пов'язано не лише з поліпшенням діагностики, але й зростанням їх числа. Значний поліморфізм клінічних проявів інфекційного мононуклеозу, поліорганність враження, часто відсутність чітких клініко-параклінічних критеріїв та відтермінованість у часі результатів доступних лабораторних тестів, а іноді і неможливість їх проведення, утруднюють діагностику захворювання на догоспітальному етапі та при надходженні до стаціонару. Тому вважалось доцільним вивчити сучасні особливості перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей та діагностичне значення клініко-параклінічних показників у верифікації захворювання для оптимізації діагностики та лікування даної патології. Метою роботи було вивчення сучасних особливостей перебігу та аналіз діагностичної цінності клінічних, інструментальних та лабораторних показників у верифікації захворювання.

З дотриманням принципів біоетики на базі інфекційного боксованого відділення крапельних інфекцій КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» (м. Чернівці) обстежено 65 дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз, які знаходилися на стаціонарному лікуванні за період 2014-15 рр. Обстеження та лікування хворих дітей проводилося відповідно з протоколом, затвердженим наказом МОЗ України № 354 від 09.07.2004 р.

На підставі варіантів встановлення заключного клінічного діагнозу сформовано 2 клінічні групи спостереження. Першу клінічну групу (I) сформували 42 дитини, заключний клінічний діагноз захворювання у яких верифіковано на підставі комплексу клінічно-гематологічних критеріїв, до другої (II) клінічної групи порівняння увійшли 23 дитини, хворих на серологічно підтверджений інфекційний мононуклеоз. За основними клінічними ознаками групи спостереження вірогідно не відрізнялися.

Установлено, що для хворих на інфекційний мононуклеоз дітей характерними клінічними особливостями виявилися раптовий початок захворювання (у 93,8%) з лихоманки вищої за 37,5°C (у 80%), наявність ексудативного тонзиліту (у

81,6%), підщелепної та шийної лімфаденопатії (у 90,7%), утрудненого носового дихання (у 78,4%) та гугнявості голосу (у 73,8%). Типовими лабораторними критеріями інфекційного мононуклеозу Епштейна-Барр вірусної етіології верифіковано лейкоцитоз (у 82,6%) та відносний вміст атипових мононуклеарів у периферійній крові більше 10% (у 78,3%). Водночас у підтвердженні інфекційного мононуклеозу Епштейна-Барр вірусної етіології явища ексудативного тонзиліту, лімфаденопатії та наявності атипових мононуклеарів в периферійній крові виявилися високоспецифічними (90%, 95% та 78% відповідно), проте із значною часткою хибнонегативних результатів. Таким чином, враховуючи недостатню діагностичну цінність клінічно-анамнестичних та лабораторних показників у виявленні інфекційного мононуклеозу у дітей, використання їх доцільне лише у комплексі між собою.

Гаргін В.В.,
ФОРМУВАННЯ КУГЕЛЬ-ФЕНОМЕНУ В ЕЛЕМЕНТАХ ВЕГЕТАТИВНОЇ
ІННЕРВАЦІЇ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ ІХС
Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної анатомії
Науковий керівник: Яковцова А.Ф.

Аналіз клінічного і секційного матеріалу хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) показує, що критичний стеноз (50-75%) коронарних артерій не завжди спостерігається навіть у випадках смерті хворих, й, одночасно, локалізація некротичних змін міокарда не завжди збігається з басейном найбільш ураженої гілки коронарних артерій, що змушує вести пошук факторів порушення коронарного гомеостазу в таких випадках, однією з ланок якого є стан вегетативної іннервації серця. Серед морфологічних ознак нервових волокон, що розцінюються як патологічні, досить часто зустрічається кугель-феномен. Метою нашого дослідження виявилось виявлення особливостей формування кугель-феномену елементів вегетативної іннервації серця за наявності ІХС. Матеріалом нашого дослідження були серця загинувших від гострої та хронічної форм ІХС.

В ході дослідження встановлено, що у загинувших у перші години після розвитку гострого інфаркту міокарду наявні ознаки розростання дендритів нейронів у формі збільшення їх числа з формуванням клубочків і корзинкових сплетень, появою булавоподібних стовщень, кулястих чи грибоподібних виростів ("кугель"-феномен). Появу варикозних стовщень, натікань нейроплазми, кулястих чи грибоподібних виростів прийнято вважають дистрофічними реактивними змінами в результаті підвищення проникності прилеглих мембран, наступного порушення електролітного балансу і як результат – набрякання, розрідження й ущільнення колоїдів. Синтез нейроплазми здійснюється самим нейроном, відкіля вона поширюється по відростках аж до кінцевих відділів із

формуванням “кугель”-феномена. Просуванню нейроплазми на периферію сприяє виникнення дефіциту нейроплазми в кінцевих відділах дендритів. Нейроплазма, постійно стискаючи мембрани аксонів і дендритів, регулює тонус мембрани, який може як підвищуватися, так і знижуватися. Зниження тонусу веде до того, що волокна можуть подовжуватися, товщати, здобувати звиту форму. Різний тонус мембран по ходу провідника веде до перерозподілу цитоплазми нервових волокон і появи ділянок чергування стовщень і стоншень нервового волокна. Це, у свою чергу, сприяє посиленню дистонії нервового волокна. Поява каплеподібних випинань на нервових волокнах при імпрегнації сріблом пояснюється виходом нейроплазми за межі аксона чи дендрита й поширенням у періаксональному просторі. Вважається, що раніш усього варикозні стовщення виникають на провідних волокнах у ділянці синапсів. Проксимальні варикозні стовщення з'являються пізніше. Можна припустити, що формування варикозних стовщень сприяє зниженню функціональної активності відповідного відділу рефлекторного ланцюга й сповільнює проведення імпульсів, тим самим сприяючи запобіганню загибелі нервової клітини і робочих тканин від виснаження та трофічних порушень, що особливо актуально в умовах гіперстимуляції неадекватним подразником. Посилення патологічного процесу реалізується деструкцією ураженого нервового елемента. Роздуті осьові циліндри поступово вакуолізуються й фрагментуються з розпадом на окремі аргірофільні глибки і зерна. У загиблих у пізніший термін разом із дистрофічними й деструктивними змінами спостерігається поява колб росту на кінчиках аксонів. Таким чином, слід зазначити, що формування кугель-феномену елементів вегетативної іннервації серця сприяє порушенню функціональної активності відповідного відділу рефлекторного ланцюга, сповільнює проведення імпульсів, та є ознакою перенесеного функціонального перенавантаження серцевого м'язу.

Гасанова А.Р., Абдуллаева С.И.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СТИГМАТИЗАЦИИ К ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ
СТУДЕНТОВ ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных заболеваний
Научный руководитель: Ткаченко В.Г.

По результатам МОЗ, в Украине с ВИЧ-инфекцией насчитывается свыше 300 тысяч человек, и лишь каждый второй знает о своем диагнозе. На сегодняшний день, несмотря на проводимые мероприятия, способствующие просвещению

населения о ВИЧ, в Украине остается определенный уровень дискриминации и стигматизации людей, имеющих положительный ВИЧ-статус. Это отрицательно сказывается на распространении данного заболевания. В связи с этим явлением проблема толерантного и адекватного отношения к людям с положительным ВИЧ-статусом остается актуальной.

Целью нашего исследования является определить среди студентов медицинского университета отношение и уровень толерантности к людям с положительным ВИЧ-статусом.

Нами было создано и проведено анкетирование среди 57 студентов (женского пола -46 студентов, мужского пола-11 студентов) 5 курса.

В ходе проведения исследования были получены такие результаты: 66,7% респондентов считают, что можно полноценно жить с ВИЧ-инфекцией, а 33,3% считают, что нельзя. 96,5% ответили, что продолжают общение с другом или соседом, если тот окажется ВИЧ-инфицированным, а 3,5 % общение прекратили бы. Всего лишь 38,6 % считают, что врач, имеющий положительный ВИЧ-статус имеет право продолжать принимать больных и производить медицинские манипуляции, 61,4% считают обратное. 40,4% разрешили бы своему ребенку играть с ребенком, имеющим положительный ВИЧ-статус, а 59,6% запретили бы. Респондентам было предложено условие, в котором предлагалось представить себя в роли стоматолога, к которому пришел пациент с положительным ВИЧ-статусом за медицинской помощью. 87,7% ответили, что продолжают лечение больного, 8,8% предпочли бы придумать какую-либо отговорку, и 3,5% прямо отказали бы больному в медицинской помощи. 15,8% считают, что ВИЧ-положительных людей следует изолировать от общества, а 84,2% выбрали обратное.

По итогам анкетирования было выяснено, что, несмотря на осведомленность студентов медицинского университета о ВИЧ-инфекции, уровень стигматизации и нетолерантного отношения остается высоким.

Гладких Ф.В.¹, Студент В.О.², Степанюк Н.Г.³

**ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ ВІНБОРОНУ НА ПРОТИЗАПАЛЬНУ
АКТИВНІСТЬ ІБУПРОФЕНУ ЗА ДАНИМИ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ
КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ЗАДНІХ КІНЦІВОК ЩУРІВ З
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

¹Комунальне підприємство «Козятинська центральна районна лікарня
Козятинської районної ради»

^{2,3}Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Кафедра нормальної фізіології

³Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації

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

На сьогоднішній день нестероїдні протизапальні засоби належать до препаратів «першої лінії» в лікуванні ревматологічних захворювань. Проте їх використання суттєво обмежується притаманними їм побічними реакціями, зокрема їх гастротоксичністю. Для нівелювання ульцерогенної дії останніх нами було запропоновано превентивне застосування нового українського лікарського засобу з політропними фармакологічними властивостями вінборону. Попередні дослідження показали, що вінборон здатен не тільки послаблювати гастротоксичність широкоживаного нестероїдного антифлогістика ібупрофену, а й потенціювати його фармакологічні ефекти. Мета: охарактеризувати вплив вінборону на протизапальну активність ібупрофену при їх комбінованому застосуванні за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії задніх кінцівок щурів з ад'ювантним артритом (АА). Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на базі Центру медичної 3D діагностики, (м. Львів, Україна) за допомогою цифрового панорамного конусно-променевого томографа «Point 3D Combi 500» (PointNix, Південна Корея). Вимірювання проводили, використовуючи програмне забезпечення «RealScan – CD Viewer» (PointNix, Південна Корея), Результати та їх обговорення. Проведене дослідження показало, що на 28 добу експерименту у щурів з АА відмічалось статистично вірогідне ($p < 0,001$) збільшення ширини проксимального кісткового ряду заплесни на 31,8% відносно показників інтактних тварин (4,4 [4,3; 4,7] мм) та становила відповідно 5,8 [5,70; 5,85] мм. Висота проксимального кісткового ряду заплесни збільшилась ($p < 0,001$) на 27,8% щодо показників інтактних тварин ($3,19 \pm 0,14$ мм) та становила відповідно $4,07 \pm 0,08$ мм. Ширина плеснової ділянки задніх кінцівок у щурів на тлі АА на в аналогічні строки дослідження статистично вірогідно ($p < 0,05$) зросла на 23,7% ($6,64 \pm 0,17$ мм), а висота на 69,4% (4,0 [3,45; 4,05] мм). На нашу думку біль виразне збільшення висоти плеснової ділянки обумовлено сублантарним введенням повного ад'юванту Фрейнда. Монотерапія ібупрофеном призвела до статистично вірогідного зменшення проявів запальної реакції. На це вказувало зменшення ширини проксимального кісткового ряду заплесни на 6,9%, а висоти – на 9,8% щодо показників тварин контрольної групи (АА без лікування). Ширина плесни на тлі монотерапії зменшилась на 6,5% ($6,21 \pm 0,11$ мм), а висота плесни – на 35,5% ($2,70 [2,60; 2,75]$ мм) щодо показників нелікованих тварин. На тлі комбінованого застосування ібупрофену та вінборону нами було відмічено статистично вірогідне ($p < 0,05$) біль виразна протизапальна дія, яка проявлялась зменшенням лінійних розмірів задніх кінцівок щурів. Так, ширина проксимального кісткового ряду заплесни на 28 добу експерименту зменшилась на 17,2% ($4,8 [4,6; 5,1]$ мм), а висота – на 19,7% відносно показників нелікованих тварин. В такі самі строки ширина плесни зменшилась на 15,7% ($5,60 \pm 0,14$ мм), а висота плесни – на 41,0% ($2,60 [2,40; 2,80]$) відносно показників тварин з АА без лікування.

Висновки. Комбіноване застосування ібупрофену та вінборону супроводжується більшою протизапальною активністю порівняно з монотерапією ібупрофеном. На це вказує більш виразна інволюція змін з боку кістково-суглобової системи,

викликанях введенням повного ад'юванту Фрейнда на тлі комбінованого застосування ібупрофену та вінборону.

Голованова А.Ю., Писаренко Г.Н.
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ СТРЕССПРОТЕКТОРОВ В
ВОЗРАСТНОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель: д.м.н., проф. Киричек Л.Т.

Учитывая эмоционально-стрессовую реакцию детей на внешние незнакомые факторы, а тем более в условиях болезни, применение стресспротекторов должно быть обязательным компонентом любой фармакотерапии в педиатрической практике. Возникает ли при этом какие-либо фармакодинамические особенности, кроме возрастных, которые следует учитывать в условиях антистрессового лечения? Опыты выполнены на 60 белых беспородных крысах-самцах, из которых 30 было 2-х месячного возраста (масса 90-100 г), а 30- взрослых (масса 200-250 г). Каждая возрастная группа состояла из 5 серий: 1- интактные, 2 - стрессированные, 3,4 - получавшие стресспротекторы, 5 - фармакологический контроль. Стресс воспроизводили путем фиксации крысят на спине в течение 3 часов, взрослых крыс – в клетках-пеналах 20 часов. Стресспротекторы – пираретам и тиоцетам – вводили однократно внутривентрально за 60 минут до окончания иммобилизации в изотерапевтических дозах, рассчитанных с учетом видовой чувствительности животных и возраста (200 и 20 мг/кг; 250 и 25 мг/кг соответственно). Препараты сравнения служил выпаренный от спирта жидкий экстракт элеутерококка (100 и 10 мг/кг), применяемый в аналогичных условиях опытов. В результате установлено, что физиологической особенностью животных младшего возраста является выраженная защитная реакция в виде увеличения весового коэффициента тимуса и количества кортикостерона в крови, выраженность которых при стрессе повышалась и сочеталась с гипергликемией, эозинопенией и некоторым нарушением трофики в желудке в виде небольшой гиперемии слизистой, растяжения сухожильной части и единичных кровоизлияний.

При введении пираретама и тиоцетама все показатели нейрогормональной регуляции восстанавливались, за исключением врожденной защиты: весовой коэффициент тимуса и уровень кортикостерона в крови остаются высокими, в то время как у взрослых крыс они нормализуются. Аналогичный эффект наблюдается в опытах с элеутерококком. Таким образом, известные стресспротекторы у крысят с эмоционально-стрессовым напряжением проявляют свое антистрессовое действие, сохраняя свойственный им уровень генетической защиты. На этом основании их

включение в комплексную терапию любого заболевания у детей можно считать целесообразным и безопасным.

Голованова А.Ю.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАК-ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ВИЧ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: асс. А.А. Кузнецова

Актуальность. Микобактерии — неподвижные аэробные Гр⁺ палочки. Принято разделять все микобактерии на типичные и нетуберкулезные микобактерии — наибольшее клиническое значение из которых имеет *Micobacterium avium-intracellulare complex*. МАК-инфекция относится к числу наиболее распространенных ВИЧ-ассоциированных суперинфекций. Цель. Изучить клинические особенности МАК-инфекции на фоне ВИЧ у больного, госпитализированного в ОКИБ г. Харькова с 24.02.17 по 2.03.17. Материалы и методы. Проанализирована история болезни ВИЧ- позитивного пациента, данные литературы. Результаты. Пациентка, 37 лет, поступила с жалобами на острую лихорадку, выраженную общую слабость, периодический малопродуктивный кашель, болезненность в верхних отделах живота, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита, снижение МТ на 20 кг за последние 4 месяца. Из анамнеза жизни известно: ВИЧ-инфекция (a/t) впервые выявлена в 2006 г при беременности. Состоит на «Д» учете в ОЦПБС с 2006 года, получает ВААРТ: TDF/FTC+NVP. Уровень CD4 от 7.02.17- 4 кл/мкл. Вирусная нагрузка составляет более 10млн РНК копий вируса/мл. Пальпаторно определяются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы, диаметром 0,5 см, не спаяны между собой. Аускультативно: жесткое дыхание, ослабленное в нижне-боковых отделах, тоны сердца приглушены, ритмичны. При лабораторной диагностике выявлена вторичная гипохромная анемия II ст. (Hb=84 г/л, эр-2,8*10⁹/л), лейкопения (4,0*10⁹/л), повышение СОЭ- 48 мм/ч, ЩФ- 1660 нмоль/с*л. На УЗИ выявлено лимфоденопатию ворот печени и селезенки. Ro сердца и легких в пределах нормы. Из мокроты методом бактериоскопии выделен МБТ 5 кл/100 пз. При ПЦР мокроты (метод Gen Expert) микобактерии не обнаружены. Выводы. Таким образом, на основании данных анамнеза жизни, клинической картины, объективных данных и результатов лабораторной диагностики (несоответствие между отрицательным результатом ПЦР и низким титром колоний МБ), можно заподозрить наличие именно МАК-инфекции.

Гольєва Н.В.
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У МАТЕРІ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ У
ФОРМУВАННІ ПОРУШЕНЬ ЗБУДЛИВОСТІ СЕРЦЯ У ПЛОДІВ
Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної анатомії

Відповідно до сучасного погляду на формування багатьох хронічних захворювань, патологічний стан серця в дорослих часто має своїм джерелом структурні ушкодження міокарда, що сформувалися в період внутрішньоутробного розвитку. В рамках цієї теми нами були проведені цілий ряд досліджень по вивченню патології сіноатріального вузла плодів та новонароджених від матерів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Є відомості, що артеріальна гіпертензія у матері може зумовлювати виникнення гіпоплазії, дисплазії, гіперплазії, дистрофічних змін, склерозу, масивного апоптозу в різних органах плода.

Метою дослідження стало визначення патогенного впливу артеріальної гіпертензії у вагітної на структуру сіноатріального вузла плодів та новонароджених.

Секційний матеріал представлений 47 випадками перинатальної смерті, з яких 12 випадків - при виношуванні в умовах фізіологічного перебігу вагітності (К гр.); 25 випадків - при наявності у матері під час вагітності АГ.

Патоморфологічні дослідження дозволили виявити, що артеріоли виявилися звитими, петелькуватими, зі стовщеною м'язовою оболонкою, що є патогномонічним для АГ і свідчить про наявність артеріальної гіпертензії в плода при АГ у вагітної. У більш тяжких випадках АГ осередкове з'являється стовщення базальних мембран центральних артерій сіноатріального (САВ) а також артеріол у цій зоні- мукоїдне набрякання і фібриноїдний некроз стінки. Як елемент мікроскопічної картини САВ плодів і новонароджених при материнській АГ відзначене збільшення ступеня склерозу, стовщення сполучнотканинного "футляра" елементів усієї проводячої системи, що трактується як результат нарощування строми при внутрішньоутробному ушкодженні паренхіматозних елементів фактором гіпоксії в зв'язку з наявністю АГ. Морфометрично показане збільшення відносного об'єму сполучної тканини. У стромі була збільшена кількість високоактивних фібробластів, еластичних і колагенових волокон. Набряк і дистрофічні зміни строми нагромадження є процесами, що супроводжують загибель плода чи новонароджених в стані наростаючої гіпоксії, і присутні і в групі порівняння в подібних обсягах.

Виношування плода при наявності у вагітної зумовлює ушкодження елементів САВ, що виражається в процесах міоцитолізу і контрактурних змін, які завершуються загибеллю спеціалізованих кардіоміоцитів при крайньому ступені ушкодження. Результати проведеного дослідження дозволяють твердити, що даний вид материнської патології знаходиться на початку патогенетичного ланцюга порушень збудливості серця.

Гольник Я.В.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НА УРОВЕНЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение. Достаточно известен факт, что молодые незамужние женщины являются группой с высоким уровнем классических аутоагрессивных паттернов, в то же время они составляют фонд для формирования разных типов семей. Брак рассматривается как некая надежная структура человеческих отношений, к которой стремится каждый индивид. При этом существует мнение, что при создании семьи происходит своеобразное распределение молодых незамужних женщин относительно добрачного уровня аутоагрессивности, как минимум, на две полярные группы - с высокой внутрисемейной аутоагрессивностью и с более низкой, или отсутствием ее.

Цель исследования. Выяснить, влияние «раннего» вступления в брак среди девушек-студенток на их суицидологический профиль.

Материалы и методы. В качестве диагностического инструмента был использован опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Для осуществления поставленных задач было обследовано 100 студенток (10 - замужних и 90 - незамужних) методом Анкетирования. Все девушки были студентками старших курсов вуза.

Результаты. Анализируя полученные данные, можно сказать, что среди незамужних студенток, которые сообщили о суицидальных мыслях за последние два года - 16%, а в группе замужних - 4%. Количество замужних девушек, в анамнезе которых есть несчастные случаи, более чем в два раза превышает показатель в группе незамужних студенток (47% и 21% соответственно). В группе замужних девушек выше следующие показатели: наличие комплекса неполноценности - 53%, стремление к компенсации которого может являться одним из факторов, влияющих на вступление в «ранний» брак, и уверенность, что их будут помнить после смерти - 27%, что можно объяснить смыслообразующей ролью брака и семьи, возможностью появиться в скором будущем детей. По другим предикторам аутоагрессивного поведения: частоту чувства стыда, периодам очередной депрессии, моментам безвыходности, наличием затяжного стыда и вины, - количество незамужних девушек в процентном соотношении достоверно более, чем замужних.

Выводы. Как видим, вступление в «ранний» брак, или, по сути, в своевременный брак является своеобразным буфером, защищающим девушку от, вероятно, сначала высокого уровня аутоагрессивности, что будет являться предметом нашего дальнейшего изучения. Раннее замужество выполняет смыслообразующую, фиксирующую функцию, что связано с созданием семьи, новой социальной ролью, рождением ребенка и заботой о нём. Можно утверждать, что замужество на «раннем» этапе существенно снижает

аутоагрессивную активность личности, приводя к ее стабилизации, атак же улучшает социальную адаптацию.

Гончарова Н.М.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ
ЗАЛОЗИ ТРЕТЬОГО ТИПУ, УСКЛАДНЕНИХ ВТОРИННОЮ ПОРТАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Криворучко І.А.

Вступ. Вторинна портальна гіпертензія (ВПГ) зустрічається при псевдокістах (ПК) підшлункової залози (ПЗ) у 12% випадків, є підпечінковою та, як правило, носить сегментарний характер. Вона може бути спричинена як тромбозом, так і здавленням мезентеріко-портального та селезінкового венозного стовбура ПК та прилягаючою ПЗ.

Матеріали і методи досліджень. Проаналізовано результати оперативних втручань 43 хворих на ПК ПЗ III типу за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.), ускладнених ВПГ. Усі пацієнти були обстежені клініко-лабораторно та інструментально. При виборі способу оперативного втручання звертали увагу на вік пацієнта, локалізацію ПК ПЗ, вид ускладнення, а також ступінь дисфункції органу SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Результати та їх обговорення. Найбільш доцільним при вирішенні проблеми, що розглядається є напрямок, що полягає в етапності здійснення лікувальних заходів. Так, пункції ПК ПЗ III типу, ускладнені ВПГ під контролем УЗД, у якості I етапу, були використані у 5 хворих, з подальшим накладенням цистоентероанастомозів (ЦЕА) за Ру у 4-х та зовнішнім дрениванням ПК ПЗ у 1 пацієнта. Цистоентеростомії за Ру були виконані 15 хворим з метою декомпресії ПК ПЗ та поліпшення гемодинаміки у ГПДД. У 1-го хворого з хронічним калькульозним панкреатитом з ПК ПЗ третього типу, ускладненою кровотечею у її порожнину, дуоденостазом та ВПГ виконана I етапом рентгенендоваскулярна оклюзія (РЕО) гастродуоденальної артерії (ГДА) з подальшою лапаротомією, тромбектомією з загальної та правої печінкової артерії, зовнішнє дренивання холедоху. При ПК ПЗ, які супроводжувалися калькульозом ПЗ, порушенням прохідності травного каналу, регіонарним портальним блоком, механічною жовтяницею (МЖ), норицями, для декомпресії протокової системи найбільш розповсюдженим дренирующим втручанням були повздожні панкреатикоєюностомії (ППЄС). Так, у 2-х хворих з хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом (ХФДП), ПК голівки ПЗ III типу, деформацією бульби ДПК, вірсунгектазією та ВПГ виконано ППЄС за Ру. У 1-го пацієнта з ХФДП, ПК ПЗ III типу, вірсунголітіазом, тубулярним стенозом холедоху, компресією шлунка, бульби ДПК ззовні, МЖ, ВПГ виконано ППЄС,

гепатикоєюностомію. У 1-го хворого з ХФДП, ПК ПЗ III типу, ускладненою кровотечею в її порожнину, вірсунгоррагією, МЖ, стенозом v. portae, субкомпенсованим стенозом ДПК, ВПГ виконано РЕО ГДА з подальшою лапаротомією та зовнішнім дренажуванням ПК ПЗ. Операція за методикою Frey виконана 7 хворим з ХФДП, ПК ПЗ III типу, компресією ДПК та/або шлунку, ВПГ; у тому числі – у 1-го пацієнта з ХФДП, ПК ПЗ, гострою МЖ, ВПГ операція за Frey була доповнена гепатикохолецисто- та холецистоєюностомією. У 1-го хворого з хронічним калькульозним панкреатитом, вірсунголітіазом, ВПГ, ПК тіла-хвоста ПЗ виконана корпокаудальна резекція ПЗ. У 2-х хворих з ХФДП, ПК голівки ПЗ III типу, вірсунгоррагією, здавленням v. portae, спленомегалією, деформацією ДПК за рахунок компресії ззовні та ВПГ з метою декомпресії ПК виконано її зовнішнє дренажування. У 1-го пацієнта виконана ендосонографічна пункція ПК з подальшою ендоскопічною цистогастростомією та стентуванням. Ускладнення виникли у 5 (11,6 %) хворих. Висновки. При вирішенні проблеми комплексного лікування хворих з приводу ПК ПЗ III типу, ускладнених ВПГ слід використовувати напрямок, що полягає в етапності здійснення лікувальних заходів з використанням I етапом пункційних або пункційно-дренажувальних втручань – для поліпшення умов гемодинаміки у гепатопанкреатодуоденальній ділянці, та II етапом при прогресуванні захворювання – виконання відкритих оперативних втручань.

Горбач Т.В., Мартынова С.Н.
СОДЕРЖАНИЕ ИНОЗИТОЛФОСФАТОВ В КРОВИ И МОЧЕ ПРИ
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель: Жуков В.И.

Из литературных данных известно, что мембранодеструктивные процессы при развитии гломерулонефрита (ГН) связаны со снижением уровня фосфолипидов в них. Показано, что первичным звеном в изменении фосфолипидного спектра мембран является уменьшение содержания фосфоинозитидов, сопровождающееся увеличением внутриклеточной концентрации инозитолфосфатов (ИФ). Повреждение базальной мембраны, а также мембран эпителия канальцевого аппарата при ГН сопровождается появлением ИФ в крови и, возможно, в моче. Однако, динамика этого процесса не изучена. Цель работы – изучение динамики содержания инозитолфосфатов в крови и моче при экспериментальном гломерулонефрите. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Эксперименты проведены на 3-х месячных крысах-самцах популяции WAG весом 150 – 180 г, содержавшихся в стандартных условиях вивария. Моделирование ГН осуществлялось путем однократного введения нефротоксической сыворотки в дозе 1,5 мл / 100 г. Титр антипочечных

антител сыворотки в реакции пассивной гемагглютинации –1:2560, в реакции связывания комплемента – 1:1280. Животных выводили из эксперимента на 4-е (латентный период), 8-е (разгар заболевания) и 20-е сутки (период ремиссии) после введения сыворотки путем декапитации (под тиопенталовым наркозом). В гомогенатах почек, сыворотке крови и моче определяли содержание инозитолфосфатов методом колоночной хроматографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Полученные результаты показали, что развитие экспериментального гломерулонефрита сопровождается увеличением внутриклеточного содержания инозитол-3-фосфата (ИФ-3) и инозитол-1-фосфата (ИФ-1) при снижении уровня инозитол-2-фосфата. Значительное увеличение ИФ-3, очевидно, связано с активацией гидролиза фосфоинозитидов. Снижение же ИФ-2 в клетках почек при одновременном увеличении ИФ-1 можно расценивать как показатель активации катаболизма инозитолфосфатов. Максимальные изменения в содержании ИФ имеют место в разгар заболевания, в этот период соотношение ИФ-3 / сумма ИФ увеличивается в 2 раза. Изучение содержания ИФ в сыворотке крови и моче показало, что характер изменения в их фракционном составе такой же как в почках: соотношение ИФ-3/сумма ИФ увеличивается уже в латентной фазе заболевания, на 8-е сутки отмечается дальнейшее его увеличение, а на 20-е сутки коэффициент остается высоким. Установлена корреляционная связь между соотношением ИФ-3/ сумма ИФ в сыворотке крови и в почках ($r=0,87$, $p=0,01$), а также в моче и в почках ($r=0,82$, $p=0,01$). Выявлена также положительная корреляционная зависимость между коэффициентом ИФ-3/сумма ИФ в сыворотке крови и моче и массой почек ($r=0,74$ и $r=0,9$ при $p=0,01$).

ВЫВОДЫ 1. Величина соотношения ИФ-3 / сумма ИФ в крови и моче отражает степень деструкции мембран и уровень воспалительного процесса в почках. 2. Определение соотношения ИФ-3 / сумма ИФ в моче может быть использовано в диагностике гломерулонефрита и при оценке эффективности терапии.

Горбач Т.В., Мартынова С.Н., Кукушкина М.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЛИГОПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ХНМУ

Кафедра биологической химии
Научный руководитель: Жуков В.И.

Одним из перспективных направлений фармакотерапии ишемии миокарда может оказаться использование цитомаксов.

Цель работы – определить наличие антиишемического и энергосберегающего эффектов у олигопептидного комплекса «Эндолутен» на модели ишемией миокарда у крыс.

Материалы и методы. Исследование проведено на 4-месячных крысах-самцах линии Вистар. Выделены группы животных: 1) интактные (n=10); 2) крысы с экспериментальной ишемией миокарда (n=10); 3) крысы с ишемией миокарда, которым интраназально ежедневно (с 8 дня эксперимента) вводили эндолутен (n=10). Моделирование ишемии миокарда проводили путем ежедневного (в течение 7 дней) подкожного введения крысам 0,1 мл 0,1% раствора адреналина. Животных выводили из эксперимента через 4 дня после окончания введения эндолутена путем декапитации. Готовили гомогенат миокарда в 0,25М трис – HCl-буфере. В эритроцитах определяли содержание 2,3-дифосфоглицерата (2,3ДФГ) спектрофотометрически. В сыворотке крови определяли содержание изопростана-8 иммуноферментным методом, активность КФК-МВ в сыворотке крови и содержание АТФ в гомогенате миокарда определяли спектрофотометрически.

Результаты исследования. При моделировании ишемии миокарда у крыс обнаружено достоверное повышение уровня 2,3ДФГ в эритроцитах (у контрольных крыс $4,82 \pm 0,28$ мкМ/ л, при ишемии - $7,81 \pm 0,32$, $p < 0,01$), снижение концентрации АТФ в гомогенате миокарда ($1,18 \pm 0,09$ мкМ/ л против $3,08 \pm 0,17$, $p < 0,001$), увеличение активности КФК-МВ (у контрольных крыс не определяется, при ишемии - $0,39 \pm 0,01$) и изопростана-8 в сыворотке (у крыс контрольной группы $5,42 \pm 0,22$ нг/ мл, при ишемии - $23,42 \pm 1,02$, $p < 0,001$), что свидетельствует о тканевой гипоксии и наличии окислительного стресса с активацией перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты клеток, дестабилизацией мембран кардиомиоцитов. Введение эндолутена крысам с модельной ишемией миокарда приводило к достоверному снижению уровня оксидативного стресса, активности КФК-МВ в сыворотке крови (в 3 раза), что отражает процесс стабилизации мембран кардиомиоцитов. Установлено, что эндолутен уменьшает степень тканевой гипоксии (судя по динамике показателя 2,3ДФГ - при ишемии $7,81 \pm 0,32$ мкМ/л, при использовании «Эндолутена» - $5,09 \pm 0,27$, $p < 0,01$) и снижает уровень энергодифицита в миокарде в виде повышения содержания АТФ (при ишемии $1,18 \pm 0,09$ мкМ , при введении «эндолутена» - $2,64 \pm 0,15$, $p < 0,001$).

Выводы

1. Моделирование ишемии миокарда у 5-месячных крыс приводит к развитию тканевой гипоксии, энергодифицита, оксидативного стресса, дестабилизацией мембран кардиомиоцитов.
2. Введение «эндолутена» крысам с ишемией миокарда сопровождается уменьшением выраженности оксидативного стресса, с появлением признаков стабилизации мембран кардиомиоцитов, уменьшением степени тканевой гипоксии и накоплением АТФ в гомогенате сердца.

Григоров С.М., Григорова А.О., Тихонова Л.В., Григорова І.А., Копітько М.С.,
Тихонова О.О.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНОЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра неврології №1

Кафедра щелепно-лицевої хірургії

Науковий керівник: Григоров С.М.

Сьогодні на Україні і за її межами 67-87% в клініці хірургічної стоматології займають пошкодження лицевого черепа (ЩЛТ), яка в більшості випадків поєднується з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) у наслідок впливу травматичного фактору та біомеханічних особливостей пошкодження лицевого скелету. Частіше це є струс головного мозку та забій головного мозку легкого ступеня.

Метою даної роботи було вивчення особливості патогенетичних, клінічних, когнітивних функцій, ступеня виразності порушень регуляції судинного тону, та нейропластичних функцій мозку у 100 хворих на поєднану ЩЛТ та ЧМТ. Для дослідження даної мети нами використовувалась Монреальська шкала по дослідженню когнітивних функцій (МОСА), доплерографічне обстеження судин ший та головного мозку, аналіз вмісту в сироватці крові нейротрофічного фактору головного мозку (BDNF) та нейрогілального білку S100B, а також Рографія черепа та ЯМРКТ головного мозку. Аналіз результатів комплексного обстеження хворих виявив: 1 Поєднання ЩЛТ та ЧМТ призводить до системних порушень на рівні судинно-рефлекторних, когнітивних та нейропластичних порушень, що визначає загальний стан пацієнта і перебіг захворювання. 2 Прогноз поєднаної травми погіршується при тютюновій, алкогольній залежності, зміщенні фрагментів кісток лицевого черепа, а також патології пародонту, аномалії розташування зубів, наявності в анамнезі ЧМТ чи церебро-васкулярної патології. 3. При поєднаній ЩЛТ та ЧМТ в ранньому післяопераційному періоді відмічається асиметрія кровонаповнення судинної мережі, зростає тонус артерій і артеріол, має місце підвищений тонус вен, що свідчить про порушення мозкового кровообігу. В ранньому післяопераційному періоді у 67% хворих з ускладненим періодом виявлений гіперактивний тип ауторегуляції, що, на нашу думку, є негативною ознакою, оскільки у подальшому саме у цих пацієнтів розвивається посттравматична дисциркуляторна енцефалопатія. 4. У обстежених хворих виявлено порушення когнітивної функції на 2,3 бали за шкалою МОСА (перш за все були порушення концентрації уваги, короткочасної пам'яті, мислення, міркування, орієнтації). 5. Порушення нейропластичної функції виявлялося в зменшенні вмісту в сироватці крові BDNF і збільшення вмісту білку S100B. Поряд з традиційною терапією всі хворі отримували комплексний, нейротрофічний препарат церебралізін 10,0 мл в/венно протягом 10 днів. Навіть після короткотривалого терміну у наших пацієнтів було виявлено покращення

когнітивних функцій на 2,0 бали за шкалою МОСА та спостерігалось поліпшення репаративних процесів. Висновки: 1. Враховуючи отримані дані, вважаємо перспективним і доцільним в комплекс обстеження поєднаної ЦЛТ та ЧМТ включати дані, що отримані при застосуванні когнітивної шкали МОСА. 2. Також доцільно мати уяву про вміст BDNF і нейрогліального білку S100B в крові для виявлення стану нейропластичних функцій мозку. 3. Хворим на поєднану ЦЛТ та ЧМТ необхідно своєчасно застосовувати комплексні ноотропні, судинні, нейротрофічні препарати (церебролізін), які позитивно впливають на когнітивні, репаративні та нейропластичні процеси.

Григорова І.А., Тесленко О.О., Григоров М.М.
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ
Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Науковий керівник: Григорова І.А.

Як відомо, за даними ВОЗ більше 17,5 мільйонів людей щорічно помирають від інфаркту міокарду та інсульту (І). Одним із головних чинників, що призводить до розвитку І є артеріальна гіпертензія (АГ). Останні три роки в Харківській області і в м.Харкові має місце збільшення хворих на АГ. Серед мешканців Харківської області у 2014 році було зареєстровано 8166 інсультів, які виникли вперше як ускладнення АГ. В наступні роки цей показник зростає. При цьому виявляється тенденція до «омолодження» І, серед яких лише 50% людей знають, що у них є підвищений артеріальний тиск. Основними чинниками, що є факторами ризику І в нашому регіоні є АГ, її поєднання з церебральним атеросклерозом, ендокринні, інфекційні захворювання, хвороби серця, особливо миготлива аритмія. Серед молоді вагомими чинниками розвитку І є паління, зловживання алкоголем, абдомінальне ожиріння (особливо у юнаків та чоловіків), стреси, малорухливий спосіб життя, цукровий діабет, вади серця, колагенові хвороби, зловживання сіллю, а також тривалий термін роботи за комп'ютером.

Метою даної роботи є виявлення факторів ризику І в Харківському регіоні з пошуком основних маркерів ендотеліальної дисфункції. Методи та результати. Нами проведено, крім вищезазначених статистичних даних і факторів ризику І в Харківському регіоні, комплексне обстеження 150 хворих на ішемічний інсульт (ІІ) із застосуванням додаткового методу, що виявляє дисфункцію ендотелію судин, оскільки вона відіграє велику роль в розвитку церебральних катастроф. Для цього ми підраховували кількість циркулюючих десквамованих ендотеліоцитів (ЦДЕ) за удосконаленням нами методом J.Hladovec з визначенням їх морфологічних характеристик (площа, максимальний розмір) у хворих в ранньому відновлювальному періоді

каротидного ішемічного інсульту (патент на корисну модель «Спосіб визначення циркулюючих ендотеліоцитів крові» – Григорова І.А., Степаненко О.Ю., Гелетка О.О.).

Висновки: 1. Нами виявлені вагомі фактори ризику ІІ в Харківському районі, так як: АГ, цукровий діабет, ендокринні захворювання, інфекції, миготлива аритмія, довготривале перебування за комп'ютером. 2. Нами виявлені більш глибокі порушення ендотеліальної функції із структурно-метаболічними порушеннями судинної стінки у хворих на ІІ, які тривалий час займались тютюнопалінням. 3. Також нами виявлені значні зміни ендотелію судин у хворих на ІІ, які регулярно не приймали антигіпертензивні препарати і статини. 4. Вважаємо доцільним для виявлення ендотеліальної дисфункції у хворих на ІІ застосовувати удосконалений спосіб визначення кількості, площі і розміру десквамованих ендотеліоцитів венозної крові – як додатковий критерій діагностики та динаміки перебігу ІІ і індивідуалізації його терапії, а саме застосування таких препаратів, як: тівортін, тівомакс, каптоприл.

Гринюк О.Є., Мандрик О.Є.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ
СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»**

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Науковий керівник: Хухліна О.С

Останнім часом у медичній практиці особливо складною проблемою стають синтропії захворювань, які мають спільні чи близькі етіологічні і/чи патогенетичні чинники. Актуальними та мало вивченими є інтерферуючі синтропії, при яких захворювання, що виникло на фоні попереднього, обтяжує його перебіг. Прикладом такої є асоціація неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з включенням окремих ланок метаболічного синдрому (МС). Зростаюча поширеність ХОЗЛ та необхідність його тривалого базисного лікування, погіршення стану навколишнього середовища зумовлюють поєднання ХОЗЛ із хворобами органів травлення, зокрема з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ).

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 70 осіб віком від 35 до 55 років (середній вік — 43 роки), з них 45 % чоловіків та 55 % жінок. З них у 40 хворих з ожирінням І ст. (ІМТ понад 30 кг/м²) було встановлено НАСГ – І група, а у 30 хворих НАСГ поєднувався з ожирінням І ступеня та хронічним обструктивним захворюванням легень GOLD 2В (спірометрична класифікація, 2017р.) – ІІ група. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років. Група контролю складалась

із 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Виконано повний обсяг загальноклінічних досліджень: загальний клінічний аналіз крові та сечі, прискорену реакцію на сифіліс, глікемічний профіль крові, флюорографію органів грудної клітки, ЕКГ, копрологічне дослідження, біохімічні тести з функціональними пробами печінки, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерну спірометрію з визначенням функцій зовнішнього дихання (ФЗД). Результати. У хворих 2 групи виявлено вірогідне зниження коефіцієнта де Рітиса (АсАТ/АлАТ) на 30,2% ($p<0,05$), у 1 групі - на 23,4% ($p<0,05$) та вірогідне підвищення вмісту загального білірубіну у 2,5 рази ($p<0,05$) проти 1,5 рази у хворих 1-ї групи ($p<0,05$) у порівнянні з групою ПЗО. Максимально вірогідні показники тимолової проби були також у 2 групі порівняння ($p<0,05$). Встановлено підвищення активності лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутаматтранспептидази (γ -ГТ) на 37,0% та 32,5% відповідно ($p<0,05$) у хворих на НАСГ та ХОЗЛ з ожирінням І ст. проти 20,2% та 19,8 % ($p<0,05$) у хворих 1-ї групи та вмісту у крові жовчних кислот, які перевищували показники у ПЗО відповідно у 2,5 та 1,9 рази ($p<0,05$), що свідчить про наявність холестазу, який також у хворих 2 групи був виражений інтенсивніше. Висновки. У хворих на неалкогольний стеатогепатит та коморбідного ХОЗЛ на тлі розвитку метаболічного синдрому вірогідно зростає вміст у крові маркерів активності цитолізу гепатоцитів, холестазу та мезенхімального запалення, що свідчить про обтяжуючий вплив ХОЗЛ на перебіг НАСГ.

Гужва Н.Ю., Крайз І.Г.

ТРОМБОЗ СТЕНТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковская клиническая больница железнодорожного транспорта №1
Кафедра терапии, нефрологии и общей практики – семейной медицины
Научный руководитель: Ромаданова О.И., проф., д.мед.н.

Цель исследования - на клиническом примере изучить осложнение, возникшее после проведенного КС целью профилактики возникновения подобных осложнений и правильной оценки возможного риска осложнений. Материалы и методы. Результаты оценивались на основании данных анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методах обследований больного, данных проведенных хирургических манипуляций (коронарографии с последующей установкой стента). Результаты. Больной М, 72 года, поступил 14.02.17г. в ОИТ ХКБ с диагнозом ИБС. Острый (12.02.2017г) передний распространенный с элевацией сегмента ST инфаркт миокарда (ИМ). Гипертоническая болезнь (ГБ) III стадии, 2 степени, СН I. Предварительно 2 дня находился на стац.лечении в ЦРБ, где получал консервативное лечение без эффекта. В анамнезе ГБ 10 лет, впервые выявленный

в стационаре СД 2 типа, средней тяжести, ст.субкомпенсации, ХБП II ст, Жалобы на давящие, боли за грудиной, иррадиирующие в шею. Отмечалось повышение маркеров миокардиального некроза. На ЭКГ – узловой ритм, признаки эволюции переднего распространенного инфаркта миокарда. На УЗИ сердца – склеротическое поражение аорты, акинезия передне-перегородочно-верхушечно-бокового сегмента левого желудочка(ЛЖ). Аневризма ЛЖ. Фракция выброса ЛЖ 47%. Проведена коронарография на которой выявлен правый тип коронарного кровоснабжения, левая коронарная артерия - ствол без особенностей, передняя нисходящая артерия – стеноз 70% с нестабильной бляшкой в проксимальном сегменте, критическая суббуклюзия с признаками внутрипросветного тромбообразования с переходом на диагональную артерию, атеросклероз дистального сегмента ПНА с 80% стенозом. ПКА – концентрический стеноз до 70% в среднем сегменте. Проведено стентирование покрытым стентом. Кровоток после стентирования TIMI - 3. На ЭКГ после коронарного стентирования – восстановление синусового ритма, эволюция переднего распространенного ИМ. Аневризма передне-перегородочной области ЛЖ. После КС нормализация клинико-биохим. показателей крови. После КС больной получал - клексан, плавикс, однако не получал аспирин, в связи с изжогой, болями в эпигастральной области. 17.02.17 переведен из ОИТ в общую палату, однако на фоне относительно удовлетворит. общего состояния 24.02.17 появилась одышка, боли за грудиной давящего характера. На ЭКГ-отрицательная динамика, инверсия зубца Т и элевация ST в V1-V5. Рецидив переднего распространенного ИМ. Отмечалось повышение маркеров миокардиального некроза. На коронарографии от 25.02.17 ЛКА - ствол без особенностей, окклюзия (тромб) стента в ПНА ЛКА, кровоток TIMI-0, постокклюзионный сегмент не контрастируется, атеросклероз дистального сегмента ПНА ЛКА 80%, артерия интермедия и ОА ЛКА с признаками атеросклеротического поражения. Выполнена тромбоаспирация, баллонная ангиопластика, получена диссекция по дистальному краю стента, стентирование stent-by-stent. Кровоток по ПНА TIMI-3. К терапии плавикс, АЦЦ. На ЭКГ(3.03.17) Полная блокада правой ножки п.Гиса. Аневризма передне-перегородочной области. 3.03.17 общее состояние больного улучшилось, больной переведен в общую палату, получает плановую терапию(бриланта, эплетор, лоспирин, кордарон, этсет, золопент), готовится в выписке с последующей реабилитацией.

Вывод. Выбор стента может быть различным с покрытием или без него, однако всегда имеется риск осложнений, таких как тромбоз (закрытие стента), который может привести к повторному ИМ, поэтому больные должны оставаться под наблюдением врача в течении недели после коронарного стентирования, особенно это касается пожилых пациентов, у которых имеется сопутствующая патология – СД, ХБП, ГБ, как в данном клиническом примере.

Гуйван И.В.
ВЫБОР ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №1
Научный руководитель: Замятин П. Н., д.м.н., профессор

Частота торакоабдоминальных ранений составляет 16,7% от всех проникающих ранений грудной клетки и живота и являются одними из самых тяжелых ранений брюшной и грудной полости. Диагностика таких ранений достаточно сложная, так как клиническая картина ранений сложна и многообразна из-за сочетания повреждений двух полостей организма одновременно. Абсолютным признаком торакоабдоминального ранения может служить пролабирование органов брюшной полости из раны грудной клетки, истечение из неё мочи, желчи, кишечного содержимого, а также наличие гемоторакса и пневмоторакса при ранении живота и гемопневмоперитонеума при торакальном ранении.

Одним из диагностических методов при торакоабдоминальных ранениях является рентгенологическое исследование пострадавших. Оно позволяет за короткий срок обнаружить пневмоторакс, гемоторакс, смещение органов средостения, расширение тени сердца, наличие в плевральной полости желудка, петель кишечника, в ряде случаев — серп свободного газа в брюшной полости, а при рентгеноскопии — ограничение подвижности диафрагмы. Ультразвуковое сканирование грудной и брюшной полостей и перикарда эффективно для выявления наличия жидкости, неинвазивное, не требует больших затрат времени, может выполняться многократно в пред- и послеоперационном периоде. При подозрении на гемоперитонеум полезно проведение лапароцентеза с применением методики «шарящего катетера», позволяющего с большой достоверностью подтвердить или опровергнуть наличие крови в брюшной полости. Высокие диагностические возможности торакоскопии и лапароскопии, исчерпывающая информативность, малая травматичность методов, возможность использования современных технических средств (ультразвук, лазер, плазма), соблюдение принципов сберегательной и восстановительной хирургии, направленных на максимальное сохранение функции оперированного органа — вот далеко не полный перечень преимуществ указанных эндоскопических методик. Торакоскопия, как при торакоабдоминальных ранениях, так и при проникающих ранениях груди — один из важных методов диагностики, не только способствующий определению точных показаний к торакотомии, но и позволяющий определить локализацию, форму и протяженность торакотомного разреза, для лучшего доступа к внутригрудным повреждениям. Доказано, что торакоскопия эффективна в выявлении ранения диафрагмы в 98% наблюдений, в эвакуации гемоторакса в 90%, при остановке внутриплеврального кровотечения в 82%, при этом у 62% больных удаётся избежать напрасной

торакотомии или лапаротомии. Осложнения при торакоскопии отмечены в 2% наблюдений, летальность — 0,8% . Развитие современных технологий привело к появлению комбинированной лечебно-диагностической торакоскопии, позволяющей выполнять эндоскопические операции на органах грудной клетки и, в ряде случаев, являющейся полноценной альтернативой торакотомии . На данный момент выполняются видеоторакоскопические операции при проникающих ранениях груди, во время которых производится остановка кровотечения электрокоагуляцией, клипирование сосудов, обработка ран лёгкого высокоэнергетическим лазером с гибким световодом, прошивание ран нитью или эндоскопическими сшивающими аппаратами.

Гуйван И.В.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: Крапивко С.А.

Актуальность. Неконтролируемый СД 2-го типа способствует прогрессированию и обострению течения хронической сердечной недостаточности (ХСН). Исследования демонстрируют, что в среднем у пациентов со сахарным диабетом (СД) 2 типа результаты теста 6-минутной ходьбы, уровни переносимой нагрузки значительно ниже по сравнению с лицами, не имеющими СД .

Цель и задачи. Целью данной работы является сравнение течения ХСН у больных с СД 2 типа и без его наличия.

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 больных с ХСН I-III функциональными классами (ФК). Из которых 68 больных с СД 2 типа. Критерием включения пациентов в исследование являлось ХСН I, II или III ФК по классификации Нью-йоркской кардиологической ассоциации (NYHA). Функциональный класс ХСН определялся с помощью теста 6 минутной ходьбы. Контрольную группу составили 20 практически здоровых человек.

Результаты и обсуждения. При разделении пациентов с ХСН и СД 2 типа на группы, в зависимости от стадии АГ, было выявлено, что в первой группе (n=59) АГ I-II ст., и во второй (n=25) АГ III ст. Было отмечено, что при САД < 200 – уровень ИМТ составлял $28,18 \pm 0,39$, а при повышении САД > 200, ИМТ равнялся $30,57 \pm 1,09$, т.е. увеличивался на 8,48%; при увеличении САД больше 160 мм.рт.ст., уровень глюкозы возрастал на 27,35% (с $6,47 \pm 0,51$ до $8,24 \pm 0,40$). У больных с ХСН и СД 2 типа на 10,5% выше уровень САД и на 8% выше уровень диастолическое артериальное давление (ДАД), в сравнении с больными с ХСН без СД 2 типа. При повышении уровня глюкозы в крови выше 5,6 ммоль/л, ДАД увеличивается на 8,08% (с $90,56 \pm 2,49$ до $97,88 \pm 1,27$ мм.рт.ст.). Отмечена чем

выше ИМТ, тем выше уровень ДАД. В тоже время отмечена корреляционная связь САД и ИМТ и глюкозы, при повышении САД увеличивается ИМТ и уровень глюкозы крови.

Выводы. Можно сделать выводы, что наличие СД 2 типа существенно уменьшает функциональные резервы сердечно-сосудистой системы и способствует более тяжелому течению ХСН.

Гулько Г.В.
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТЕРАПІЇ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У
ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1

Науковий керівник: к.мед. н., асс. Ситник К.О.

Вступ: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найбільш важливих коморбідних патологій у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Загальні фактори ризику, такі як куріння, зрілий вік, гіподинамія, генетична схильність визначають взаємозв'язок кардіоваскулярної патології та ХОЗЛ. В даний час однією з актуальних і не до кінця вирішених завдань медицини є вибір лікувальної тактики при поєднаному перебігу ХОЗЛ і ССЗ.

Мета: огляд літературних даних, присвячених вивченню коморбідності і тактиці ведення пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ і ССЗ.

Результати: Доведено, що серед пацієнтів з ХОЗЛ ризик розвитку ССЗ у 2-3 рази вище, в порівнянні з особами без даної патології легень, відповідними за віком і наявністю нікотинової залежності. Найбільш часто в європейській популяції зустрічається асоціація ХОЗЛ і хронічної серцевої недостатності (ХСН). Схожа клінічна симптоматика захворювань ускладнює проведення діагностичного пошуку і диференціального діагнозу між нозологіями. Асоційоване протікання ХОЗЛ і ХСН в ряді випадків значно ускладнює вибір тактики лікування (зокрема застосування бета-блокаторів і бета2-агоністів). Слід зазначити, що інгалаційні бронходилататори тривалої дії (бета 2 агоністи і антихолінергічні засоби) входять в стандартну терапію ХОЗЛ і не погіршують перебіг ХСН. З іншого боку, при лікуванні ХСН, яка супроводжує ХОЗЛ перевагу віддають діуретикам та інгібіторам ангіотензинперетворюючого ферменту, котрі можуть сприяти зменшенню бронхообструкції. Згідно з останніми європейськими рекомендаціями, використання кардіоселективних бета-блокаторів у клінічно стабільних пацієнтів з ХСН на тлі ХОЗЛ є обґрунтованим. Застосування препаратів цієї групи здійснюється під контролем показників системи зовнішнього дихання з поступовим титруванням дози від низької до максимально переносимої.

Висновки: Висока поширеність ХОЗЛ в популяції, а також часта асоціація з ССЗ

вимагає від лікаря високої настороженості. Особливо гостро стоїть проблема розробки терапевтичної стратегії у пацієнтів даної категорії. Відповідно до недавніх досліджень, обґрунтованим є використання кардіоселективних бета-блокаторів у клінічно стабільних пацієнтів з ХСН на фоні ХОЗЛ. Використання даної групи препаратів сприяє збільшенню тривалості і поліпшенню якості життя у хворих з коморбідною патологією.

Дедунов С.В.

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ З ТИМЧАСОВОЮ ВТРАТОЮ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ
ПРАЦІВНИКІВ, ЩО ЗАЙНЯТІ ВИВЕЗЕННЯМ ГІРНИЧОЇ МАСИ.
ДУ «Український науко-дослідний інститут промислової медицини»**

Одним з показників впливу умов праці на здоров'я працюючих є показники захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Тому аналіз показників захворюваності, встановлення об'єктивного зв'язку захворюваності працівників з санітарно-гігієнічними умовами праці та розуміння причин, що впливають на захворюваність необхідне для розробки та впровадження профілактичних заходів, які спрямовані на поліпшення здоров'я працівників та підвищення продуктивності праці.

Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) вивчалась у працівників гірничо-збагачувальних комбінатів м. Кривого Рогу

За 5 років було обстежено 4679 працівників основних професій (машиніст та помічник машиніста екскаватора, машиніст та помічник машиніста електровоза, водій великовантажного автомобіля БілаЗ) та 936 працівників контрольної групи, які безперервно (цілий рік) працюють у визначених виробничих умовах. Захворюваність з тимчасовою втратою працездатності аналізувалась за всіма основними нозологіями.

За стажевим складом як в основній, так і в контрольній групі превалюють працівники зі стажем роботи більше 15 років становлять від майже 50 %, тобто можна казати про превалювання високостажованих працівників в основній та контрольній групах.

Під час проведення аналізу ЗТВП встановлено, що у працівників, які зайняті вивезенням залізної руди рівень ЗТВП становить $118,54 \pm 2,72$ випадків ($p < 0,05$), $1324,37 \pm 64,51$ днів непрацездатності ($p < 0,05$), середня тривалість одного випадку становила $11,19 \pm 0,32$, що у 1,94 рази вище за випадками та у 2,01 рази за днями непрацездатності, ніж у працівників контрольної групи та згідно зі шкалою оцінки показників захворюваності за Л. Е. Ноткіним характеризується за днями, як середній, за випадками, як високий.

Під час аналізу структури ЗТВП працівників, що зайняті відкритим видобутком залізної руди захворюваність з тимчасовою втратою працездатністю має наступну картину: перше місце займають хвороби дихальної системи (57,63 %)

68,32±1,12 випадків ($p<0,05$), на другому місці знаходяться хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (12,20 %) 14,47±0,98 випадків, на третьому місці травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (8,05 %) 9,54±0,11 випадків ($p<0,05$), четверте місце посідають хвороби органів травлення (4,88 %) 5,55±0,21 випадків ($p<0,05$), п'яте місце займають хвороби системи кровообігу (4,68 %) 4,20±0,22 випадків ($p<0,05$)

Показник днів непрацездатності характеризує трудові втрати колективу у зв'язку з захворюванням дозволяє судити про економічні збитки, що нанесені виробництву у зв'язку з втратою працездатності, що обумовлена захворюваністю і травмами.

Таким чином результати, які можна отримати під час проведення періодичних медичних оглядів, поглиблених медичних оглядів та аналізу захворюваності з тимчасовою втратою працездатності працівників зазначених професій можуть розглядатись як вихідні дані та дозволять встановити динамічний нагляд, моніторинг за станом здоров'я кожного конкретного працівника з метою своєчасного виявлення початкових проявів професійного захворювання та обов'язкового проведення відновлювального лікування з метою збереження працездатності працівника у своїй професії.

Денисенко С.А., Васильєва І.М., Буц А.В.
ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ У ТВАРИН, ЯКІ
ВНУТРІШНЬОУТРОБНО ЗАЗНАЛИ ВПЛИВ СЛАБКИХ
ЕЛЕКТРОМАГНІТНИХ ПОЛІВ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра біологічної хімії

Науковий керівник: Денисенко С.А.

Електромагнітне випромінювання (ЕМВ) - фактор цивілізації, вплив якого на організм набуває істотне значення в сучасному суспільстві. Людина піддається впливу слабких електромагнітних полів на виробництві та в побуті. Відомо, що електромагнітні поля оказують дію на клітинному і субклітинному рівнях, впливають на біорезонансні процеси регуляції клітин і цілого організму. З літературних даних відомо, що найбільш чутливими до впливу слабких електромагнітних полів є нервова, ендокринна та імунна системи організму. Метою дослідження було вивчити гормональний профіль у щурів-нащадків молодого статевозрілого віку, які внутрішньоутробно зазнали вплив слабого ЕМВ

сантиметрового

діапазону.

В експериментальному дослідженні тримісячні тварини піддавалися впливу низькоінтенсивного ЕМВ сантиметрового діапазону (1-10см) протягом 1 місяця до вагітності і під час виношування потомства щодня по 4 години у спеціально обладнаному боксі. Випромінювання енергії, яке виражається в щільності потоку потужності, в зоні де знаходилися експериментальні тварини, становило менше

3мВт/см², тобто не вище рівня, що дає тепловий ефект (Пресман, 1967). Метаболічні, функціональні та морфологічні зміни внутрішніх органів у нащадків вивчалися у віці 3-х місяців (О група). Порівняльна група – К група. Рівень гормонів у сироватці крові досліджували імуноферментними методами. Постановка експерименту проведена відповідно до вимог, що пред'являються до експериментів на тваринах (Страсбург, 1985, Україна, 2001). Тварини знаходились в стандартних умовах на збалансованому раціоні віварію. Особливий інтерес представляло вивчення рівню кортикостерону і тироксину, гормонів, які забезпечують основну адаптаційну відповідь організму та впливають на обмін білків, ліпідів, вуглеводів і регулюють енергетичний обмін. При вивченні вмісту кортикостерону і тироксину в сироватці крові тримісячних нащадків було виявлено достовірне підвищення рівня кортикостерону як у самців, так і у самок основної групи (самці: Кгр. $617,9 \pm 32,5$ нМ/л, Огр. $1522,5 \pm 38,4$ * нМ/л ($p < 0,05$); самки: Кгр. $658,9 \pm 28,6$ нМ/л, Огр. $862,0 \pm 30,2$ нМ/л* ($p < 0,05$). Рівень тироксину вірогідно підвищений в основній групі самок у порівнянні з групою контролю (самці: Кгр. $46,7 \pm 0,5$ нМ/л, Огр. $48,9 \pm 0,9$ нМ/л, самки: Кгр. $45,0 \pm 0,6$ нМ/л, Огр. $51,4 \pm 0,7$ * нМ/л ($p < 0,05$). Відомо, що кортикостерон синтезується в пучковій зоні кори надниркових залоз, його синтез і секреція регулюються центральними гіпоталамічними механізмами за принципом негативного зворотного зв'язку. В раніше отриманих дослідженнях були виявлені морфологічні ознаки підвищення функціональної активності надниркових залоз (збільшення кількості клітинної популяції в пучковій зоні), а також підвищення морфофункціональної активності гіпоталамуса. Таким чином вплив низькоінтенсивного ЕМВ на самок щурів в період виношування, відбивається на синтез та секрецію кортикостерону і тироксину у потомства. Можна припустити, що внутрішньоутробний вплив слабого ЕМВ призводить до формування гіперкортицизму, при якому вірогідні зміни у білковому, ліпідному і вуглеводному обміні.

Дроздова А.Г.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ РЕЦИДИВНИМ ВУЗЛОВИМ ЗОБОМ

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: доц., к. мед. н. Гончарова Н.М.

Вступ. За даними ВООЗ у світі щорічно зростає кількість хворих на патології щитоподібної залози (ЩЗ), приріст складає 5 % на рік. Також збільшується і число оперативних втручань з приводу різноманітних захворювань ЩЗ, а отже зростає і кількість хворих із післяопераційним рецидивним вузловим зобом (ПРВЗ). Кажучи про ПРВЗ, приймалися до уваги усі вогнищеві утворення у раніш оперованій ЩЗ, що мали різну морфологічну структуру.

Матеріали та методи. Були проаналізовані результати лікування 56 хворих на ПРВЗ що знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» з 2004 по 2016 р.р, з них – жінок – 49 (87,5%), чоловіків – 7 (12,5%), віком від 29 до 78 років. Діагностика була основана на клініко-лабораторних (загально клінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, визначення рівнів ТТГ, Т3, Т4, антитіл до тиропероксидази та тироглобуліну) та інструментальних (рентгенографія органів ший та грудної клітки, ультразвукове дослідження ЩЗ, виконання тонкогільної аспіраційної біопсії з морфологічним дослідженням пунктату за необхідності) даних. Результати дослідження. У 24 (43%) хворих рецидив був розцінений як «істинний», у 32 (57%) – як «хибний». Під хибним рецидивом мався на увазі випадок захворювання у долі, яка не піддавалася оперативному втручанню, під істинним – рецидив захворювання у раніш оперованій долі. Період від першого втручання до появи скарг складав 7-10 р.р. Виникнення ПРВЗ на фоні еутиреоїдного стану спостерігалось у 35 (62,5%) хворих, на фоні тиреотоксикозу – у 19 (34%) хворих, на фоні гіпотиреозу – у 2 (3,5%) хворих. Усі хворі були прооперовані. У 19 (34%) випадках виконано гемітиреоїдектомію справа, у 16 (28%) – гемітиреоїдектомію зліва, у 11 (20%) – гранично-субтотальну резекцію ЩЗ із видаленням пірамідного відростка, у 6 (11%) – субтотальну резекцію ЩЗ, у 2 (3,5%) хворих – видалення пірамідного відростка, у 2 (3,5%) хворих – тиреоїдектомію. При патоморфологічному дослідженні у 56% (31) хворих спостерігались ізольовані вузлові зміни (причому у 6 хворих були представлені аденомою ЩЗ). У 19% (11) хворих вузлів було більше одного. У 25% (14) відмічались дифузні зміни тканини ЩЗ. У 12 хворих (21%) спостерігався рецидив дифузного токсичного зобу, у 19 (34%) – аутоімунного тиреоїдиту. Парезу гортані, постійного гіпопаратиреозу, нагноєння рани, кровотечі та інших ускладнень у даної групи пацієнтів зафіксовано не було. Висновки. Вірогідність розвитку рецидиву у хворих, оперованих з приводу захворювань ЩЗ залежить як від методики оперативного лікування, так і від проведення в наступному замісної терапії з індивідуальним підбором дози препаратів.

Дуб М.І., Воронцова Л.Л., Коваленко В.А.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ НА СПЕЦИФІЧНУ ЛАНКУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ІНФЕРТИЛЬНИХ ЧОЛОВІКІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра клінічної лабораторної діагностики

Останнім часом зниження фертильності у чоловіків пов'язують з поширенням негативного впливу різних факторів, спектр яких є дуже широким, але такому фактору, як зараження глистяними інвазіями, а саме токсакарозу, не надають достатнього значення, він залишається недооціненим, тоді як секреторно-

екскреторно-соматичні продукти або метаболіти гельмінтів призводять до мутації в статевих клітинах, що представляє найбільшу небезпеку для чоловіків, загрожуючи здоров'ю майбутніх поколінь. Токсокароз, як довготривала інвазія, безумовно впливає також і на імунну систему хазяїна, викликаючи імунологічні та імунопатологічні реакції, тим не менш і досі невідомо яка саме ланка зазнає найбільших змін, та, що саме служить основою порушення імунологічної реактивності. Виходячи з вищевикладеного, метою нашої роботи є встановлення впливу токсокарозної інвазії на клітинну ланку імунної системи у інфертильних чоловіків.

Для чого було обстежено 50 чоловіків у віці від 20 до 45 років, які були розділені на 4 групи. Першу (контрольну) групу склали 12 умовно здорових фертильних чоловіків; другу групу – 12 інфертильних чоловіків з високим рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів і наявністю антитіл до токсокар; третю групу – 14 інфертильних пацієнтів з високим рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів та відсутністю антитіл до токсокар та четверту групу – 12 інфертильних чоловіків з нормальним рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів та наявністю антитіл до токсокар. Всім чоловікам було проведено комплексне дослідження, яке включало визначення рівня фрагментації ДНК сперматозоїдів, наявності токсокарозної інвазії, а також оцінку специфічної ланки імунної системи.

Отримані результати у чоловіків 2 групи свідчать про наявність скритого імунодефіцитного стану, на що вказують глибокі порушення співвідношень субпопуляцій Т-лімфоцитів, який протікає на тлі нормальної загальної кількості Т-лімфоцитів, що на пряму пов'язано з наявністю та дією токсокарозної інвазії, яка впливає на імунну систему хазяїна саме через збільшення загальної кількості Т-лімфоцитів. Стан Т-клітинної ланки у чоловіків 3 групи характеризувався наявністю імунодефіцитного стану, що підтверджено різким зниженням показників Т- та В-клітин імунітету. Зовсім інша картина була визначена в 4 групі – рівні практично всіх показників були підвищеними. Отримані результати свідчать про наявність бурної, але не специфічної імунної відповіді, спровокованої суперантигеном, але яка є неефективною по відношенню до ліквідації патогену, що в підсумку, можливо, призведе до розвитку імуносупресії.

Таким чином, можна припустити, що на зміни в клітинній ланці імунної системи у чоловіків з порушенням фертильності основний вплив здійснює наявність токсокарозної інвазії, а саме, метаболіти гельмінтів, що володіють властивостями суперантигенів, які знаходяться на поверхні личинок з подальшою солубілізацією в кровоток, і тим самим надають непряму генотоксичну дію на клітини господаря через активацію системи імунітету.

Дубівська С.С.
ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КОГНІТИВНОЇ
ДИСФУНКЦІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії
Науковий керівник: Хижняк А.А.

У ранньому післяопераційному періоді когнітивна дисфункція визначається приблизно у 30 % хірургічних втручань, виконаних за допомогою загальної анестезії та продовжує спостерігатися впродовж трьох місяців у 10 % пацієнтів. В патогенезі виникнення когнітивної дисфункції у післяопераційному періоді виділяються головні фактори загальної анестезії: метаболічні, гемореологічні, гіпоксичні, токсичні. Тому вивчення етіопатогенетичних механізмів когнітивної дисфункції, які виникають при проведенні загальної анестезії, що в подальшому допоможе у розробити адекватні методи профілактики даної патології, є актуальним завданням сучасної анестезіології та неврології. Метою даного дослідження є підбір адекватної терапії пацієнтам з післяопераційними когнітивними дисфункціями на підставі вирахування показника загального когнітивного дефіциту. Дослідження було проведено у хірургічних відділеннях різного профілю на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова. Оперативне втручання проводили в умовах загальної багатокomпонентної анестезії з штучною вентиляцією легенів з використанням пропофолу та фентанілу, тіопенталу –натрію та фентанілу. Для досягнення даної мети нами було проведено дослідження когнітивної сфери у пацієнтів кожної вікової групи з гострою хірургічною патологією до операції та на 1, 7, 30 добу після оперативного втручання в порівнянні з передопераційним періодом. Методи дослідження. Стандартні клінічні та лабораторні. Дослідження когнітивної сфери: шкала MMSE, тест малювання годиннику, тест «10 слів», батарея тестів на лобну дисфункцію, метод Шульте. Пацієнти були ознайомлені з даними про своє захворювання, обсяг оперативного втручання, що планується, можливими ускладненнями. Всім хворим було проведено повний комплекс передопераційного обстеження відповідного клінічному протоколу. Вирахування показника загального когнітивного дефіциту. У кожній віковій групі на сьому добу дослідження були пацієнти з відновленим станом когнітивної функції, частка пацієнтів мала незначні зміни, а у частки пацієнтів спостерігалось погіршення когнітивної функції. На підставі отриманих нами результатів дослідження була розроблена та запропонована до використання формула підрахунку загального когнітивного дефіциту, яку ми використали для підрахунку результатів на сьому добу після операції. Нами було отримано Патент України на винахід № 113265 «Спосіб нейропротекторної терапії післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2016) . Суть способу є призначення схеми лікування на основі діагностики ступеня та

структури когнітивної дисфункції за аналізом результатів на 7 добу після операції. Визначають величини процентних відхилень кожного результату дослідження від норми та показник загального когнітивного дефіциту за сумою значень процентного відхилення від норми результатів дослідження когнітивних порушень.

Висновки. Отримані нами дані дослідження когнітивної функції у пацієнтів хірургічного профілю після оперативного втручання в умовах загальної анестезії дозволили сформулювати формулу підрахунку показника загального когнітивного дефіциту. Отримані результати підрахунку загального когнітивного дефіциту дозволяють сформулювати тактику подальшого корегування наявного когнітивного дефіциту.

Дудник О.С., Петрук Б.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ БИСФОСФОНАТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С КОСТНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель: Истомин Д.А.

Актуальность: рак молочной железы (РМЖ) часто сопровождается костными метастазами (КМ), что приводит к таким явлениям, как выраженный болевой синдром, гиперкальциемия, патологические переломы, синдром компрессии спинного мозга. Имеются данные об эффективности бисфосфонатов (БФ) при комплексном лечении больных с КМ, но недостаточная доказательная база ограничивает их применение.

Цель: провести анализ данных об эффективности БФ при РМЖ с КМ.

Материалы и методы: зарубежные статьи по данной теме.

Результаты: КМ встречаются в 47-85% случаев, особенно, на последних стадиях РМЖ: 59% случаев поражается поясничный отдел позвоночника, в 57% - грудной, в 49% - тазовые кости и в 30% - ребра. При этом переломы возникают более чем у 60%: у 25% - в длинных трубчатых костях, в 46% случаев возникают компрессионные переломы позвонков. Гиперкальциемия возникает у 30-40% больных. Синдром компрессии спинного мозга развивается у 1- 5% больных.

Изучение БФ, имеет два основных направления: в качестве адъювантной терапии и как лекарственные вещества, предотвращающие костные осложнения при уже выявленных КМ. Наиболее изученными БФ, применяемыми при РМЖ, являются: клодронат, памидронат, зомета. Проведено три исследования с применением клодроната в роли адъювантной терапии. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа принимала клодронат в дозе 1600 мг в день, вторая – плацебо. В первом эксперименте, проведенном I.J. Diel и соавт (1998)., воздействие препарата изучалось на протяжении 2 лет у 302 больных. На

промежуточном этапе частота появления КМ в группе с применением клондроната составила 8%, а в контрольной группе - 17%, в дальнейшем эти показатели соответствовали 14% и 24%. Т. Powles и соавт. (2002) изучили влияние данного препарата на частоту появления КМ у 1069 пациентов. В течение 2 лет она была несколько ниже у пациентов, принимающих клондронат, чем в группе плацебо - 2,3% и 5,2%, при продолжении наблюдения, различия в частоте развития КМ в группах сравнения остались на прежнем уровне - 12% и 15%. Т. Saarto и соавт. 5 лет наблюдали 299 больных РМЖ. Достоверных различий в частоте возникновения новых КМ в группах не было выявлено. Имеется ряд работ, в которых изучалась эффективность БФ в терапии осложнений уже имеющих КМ. Немецкими исследователями I. J. DieI и соавт (2000). было проведено сравнение клондроната и памидроната. Различие препаратов состоит в том, что боль лучше купируется памидронатом (25% и 30% пациентов), однако частота патологических переломов несколько ниже при постоянном применении клондроната (в 18,4% и 15,6% случаев). Сравнительный анализ зометы и памидроната был проведен I. Rosen и соавт. Результаты применения препаратов оказались практически одинаковыми: частота возникновения костных осложнений составила 44% и 46%, промежуток времени до первого костного осложнения – 363 и 373 дня. Продление наблюдения до 2 лет показало, что зомета снижает риск осложнений КМ на 20% больше, чем памидронат. Применение БФ при проявлениях гиперкальциемии эффективно в 85–95% случаев. Нормализация уровня кальция в крови на 4 и 10-й день наблюдается у 33,3% и 69,7% больных, получавших в качестве лечения памидронат, и соответственно у 45,3% и 88,4% - зомету. Выводы: эффективность применения БФ в роли адъювантной терапии до появления КМ находится под сомнением, поскольку полученные данные неоднозначны и требуют дальнейшего изучения. Для предотвращения осложнений уже имеющих КМ препараты показали свою эффективность, особенно при гиперкальциемии. При этом наилучшие результаты были достигнуты при применении зометы.

Евтушенко В.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: доц., к.мед.н. Стрельникова И.Н.

Введение. Заболевания эндокринной системы и, в частности, нарушение функции щитовидной железы, нередко патогенетически ассоциировано с развитием психических расстройств разной глубины и степени выраженности. В

клинической практике доминируют непсихотические психические расстройства у больных с нарушением функции щитовидной железы.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений непсихотических психических расстройств у пациентов, страдающих нарушением функции щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 10 больных с психическими нарушениями вследствие заболевания щитовидной железы. Диагноз выставлялся согласно критериям МКБ-10. Из них мужчин – 4, женщин – 6. Средний возраст пациентов $39,62 \pm 12,85$ лет. Больные, которым выставлен диагноз гипотиреоз составили 4 пациента (40%), субклинический гипотиреоз 3 пациента (30%), гипертиреоз – 2 (20%), болезнь Хашимото - 1 пациент (10%). Также были проведены клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностический, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты исследования. У пациентов с заболеваниями щитовидной железы выделены различные непсихотические психические нарушения. Доминирующее место занимали психоэндокринный, депрессивный, психопатоподобный синдромы. У больных с гипотиреозом доминировали быстронаступающее психическое истощение, снижение памяти, внимания и сообразительности. Ипохондрические переживания сочетались с ворчливостью и стереотипным поведением. В периоды обострения основного заболевания на фоне астении усиливались депрессивные и ипохондрические переживания. В отличие больных с гипотиреозом, у пациентов с субклиническим гипотиреозом нарушения в эмоциональной сфере характеризовались подавленным настроением и необъяснимой тоской. У пациентов с гипертиреозом наблюдалась повышенная аффективная возбудимость, суетливость, лабильность настроения, больные легко переходили от смеха к плачу, критика к собственному состоянию у этой группы больных была снижена. Клинически чаще регистрировались дисфория, расстройства сна (сон поверхностный, укороченный с тревожными сновидениями), нарушения мышления в виде ускорение темпа течения ассоциаций, затруднении концентрации внимания и, в обусловленной этими особенностями, сниженной продуктивности психической деятельности. Депрессивный синдром был выявлен у пациента с болезнью Хашимото.

Выводы. У больных с заболеваниями щитовидной железы наблюдаются разнообразные психические нарушения, преимущественно непсихотического уровня. Ведущим является психоэндокринный, депрессивный, психопатоподобный синдромы. В исследования отмечено, что у женщин на фоне нарушения метаболизма гормонов щитовидной железы психические нарушения более разнообразны и дольше подвергаются редукции в процессе гормональной и психофармакотерапии.

Ергард Н.М.
РЕАКЦІЯ ОРГАНІЗМУ НА ДІЮ ЗОВНІШНІХ ЧИННИКІВ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра судової медицини та медичного права
Науковий керівник: Ергард Н.М.

Вступ. У судово-медичній експертизі травматизм займає провідне місце серед усіх смертельних випадків. Фактори, що викликають травму поділяються на механічні, хімічні, термічні і специфічні (електричний струм, рентгенпромені). Механізм травми полягає в тому, що відбувається процес взаємодії декількох факторів: величини (енергії), напрямку травмуючої сили і стан відділу скелет, на який діє сила (положення тіла, еластичність тканин, особливості анатомічної будови тіла тощо). Питання визначення механізму травми завжди цікавить слідчі органи та суд, проте питання саме зажиттєвості заподіяння травми постійно викликають суперечності і тому є актуальними при дослідженні організму на дію зовнішніх чинників.

Матеріали і методи дослідження. Розглядаючи випадки смертельних травм від дії механічних чинників задачею судово-медичних експертів є визначення зажиттєвості заподіяння ушкоджень за різними як місцевими, так і загальними реакціями організму на дію цих чинників. Так, наприклад, досліджуючи загальні зміни в органах (дистрофічні зміни, некрози, порушення мікроциркуляції) при дії зовнішніх чинників прийшли до висновку, що вони всі мають загальні ознаки і не характерні для кожного виду реакції на певний зовнішній чинник, а можуть спостерігатися і при інших причинах смерті (механічна асфіксія, травма, електротравма тощо). Тому головним питання залишається виявити саме такі зажиттєві реакції організму, які були б специфічні лише для певної види травми внаслідок дії певного механічного чинника.

Результати дослідження. Треба розуміти, що внаслідок травмування людини незалежно від травмуючого фактору викликає стресову реакцію організму на дію того чинника, який викликав травму. Саме «стрес» викликає реактивні зміни в організмі і по їх проявам можна визначити ту чи іншу причину смерті. При виникненні ушкодження в організмі починається активація локальної та системної відповіді організму на травму. Активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової та симпато-адреналової систем є проявами системної відповіді на травму, а локальна відповідь буде проявлятися у розвитку запальної реакції, як в місці травмування, так і в розташованих навколо тканинах. При підвищеннях значну увагу приділяли дослідженню странгуляційної борозни та ознакам зажиттєвості, які там зустрічались: крововиливи в ділянці борозни, ураження артерій; повнокрів'я судин шкіри краєвих і проміжних валиків; набряк дерми, переломи хрящів і кісток тощо. Проте, ці зажиттєві ознаки зустрічаються дуже часто. Іноді спостерігались нечіткі ознаки зажиттєвості реакцій організму на підвищення, тому виникла потреба у застосуванні гістохімічних та біохімічних методах дослідження. Так, при визначенні зажиттєвих реакцій організму на механічну асфіксію через підвищення однією із ранніх зажиттєвих реакцій тканин

на ушкодження буде збільшення кількісного вмісту біогенних амінів в странгуляційній борозні, виявлення якого буде можливим впродовж 5 діб після настання смерті, що знайшло своє застосування в судово-медичній практиці. Враховуючи те, що регуляторами обмінних процесів в організмі є хімічні елементи, то наприклад, зменшення вмісту калію і натрію із збільшенням заліза, фосфору і міді в странгуляційній борозні за допомогою емісійно-спектрального аналізу дозволяє диференціювати посмертну та зажиттєву борозни. Висновок. Результат дослідження показав, що на дію різних зовнішніх чинників (травма та повішення) будуть проявлятися індивідуальні ознаки зажиттєвих реакцій, характерних саме при певних видах дії зовнішнього чинника. Тому для судово-медичної експертизи при вирішенні питання щодо зажиттєвих реакцій організму важливим є знайти та виділити саме ті реакції, які безпосередньо будуть вказувати саме на той вид травми, від якого настала смерть людини.

Ескин.А.Р., Тихонова Л.В., Швадченко-Соловьева Ю.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У
БОЛЬНЫХ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИМИ
СУДОРОГАМИ НА ФОНЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛА МАКРО- И
МИКРОЭЛЕМЕНТОВ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра неврологии №1

В современной эпилептологии выявление состояния нейрохимизма мозга и биохимических сдвигов регуляторных систем, в частности оксидантно-антиоксидантная система (ОАС), является чрезвычайно актуальным.

Цель работы: изучение состояния оксидантно-антиоксидантной системы у больных с эпилепсией протекающей в виде тонико-клонических судорог (ТКС) в зависимости от этиологического фактора и тяжести течения заболевания.

Материалы и методы.

Было проведено комплексное обследование 100 больных (70 мужчин и 30 женщин в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст 40-42) с ТКС различного генеза, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в неврологическом отделении, нейрохирургическом и поликлиническом отделениях ОКБ г.Харькова. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц (16 мужчин и 9 женщин) идентичной возрастной группы (30-50 лет).

Клинический диагноз (эпилепсия) устанавливался на основании наличия двух и более генерализованных ТКС, клиника – параклинических показателей, с использованием стандартных схем исследования: электроэнцефалографии, реоэнцефалографии и эхо-энцефалоскопии. При обследовании больных применялись нейровизуализационные методы: магнито-резонансная

томография, компьютерная томография головного мозга, исследование мозговой гемодинамики методом ультразвуковой доплерографии.

По этиологическому фактору все больные (100 человек) с эпилептическими ТКС были разделены на:

1. больные с идиопатическим фактором – 42 человека.
2. больные с эпилепсией в виде ТКС сосудистого генеза – 18 человек.
3. больные эпилепсией с ТКС инфекционно-токсической этиологии – 16 человек.
4. больные с ТКС травматического генеза – 24 человека.

Выводы.

1. У больных с эпилептическими ТКС наблюдались изменения показателей оксидантной системы проявляющиеся в ее активизации.
2. Показатели уровня МДА отличались от нормы менее существенно и носили разнонаправленный характер. Каких-либо закономерностей между уровнем МДА и степенью тяжести течения эпилепсии нами выявлено не было.
3. Адаптация на мембраноповреждающий эффект и компенсаторная реакция больных с эпилептическими ТКС наблюдается преимущественно за счет ферментативной антиоксидантной пероксидазной и каталазной активации. Отмечена обратнопропорциональная зависимость между уровнем глутатиона и активности пероксидазы в зависимости от степени тяжести заболевания.
4. Выявленные изменения ОАС у больных с ТКС и их определенная зависимость от этиологического фактора и степени тяжести течения эпилепсии, дает основания рекомендовать применение препаратов, обладающих как мембраностабилизирующим антирадикальным действием, так и учитывающих этиологический фактор эпилепсии.

Ескин.А.Р., Швадченко-Соловьева Ю.В., Яковцова Т.А.

БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №1

Исследования биоэнергетики и метаболизма при цереброваскулярной патологии является актуальным и имеет важное значение для улучшения диагностики острых нарушений мозгового кровообращения и лечебно-реабилитационных мероприятий, включая нейрометаболическую терапию.

Целью данного исследования являлось определение особенностей метаболических и биоэнергетических нарушений при атеротромботических транзиторных ишемических атаках (ТИА) в разных сосудистых бассейнах и

разной частоты, их влияние на течение цереброваскулярной патологии и коррекция лечебных мероприятий, включая нейрометаболическую терапию.

Материал и методы.

Нами было обследовано 146 больных с атеротромботическими ТИА, находящихся на лечении в неврологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» г. Харькова, в динамике заболевания на 1,7 и 20-й день. Среди обследованных было 79 мужчин и 67 женщин, в возрасте 33-85 лет. Клинический диагноз «ТИА атеротромботического генеза» устанавливался на основании клинико-параклинических данных, используя стандартные схемы неврологического обследования, ЭКГ, данные нейрофизиологических методов исследования: ЭЭГ, РЭГ, эхо-ЭС, нейровизуализационных методов исследования: магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии головного мозга, исследования мозговой гемодинамики - ультразвуковая доплерография и биохимические методы исследования.

Все больные на основании тяжести течения и исхода заболевания были разделены на 4 клинические группы.

Результаты и их обсуждение.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что на всем протяжении исследования у всех больных в разной степени отмечалось нарушение плазменно-клеточных показателей липидного обмена.

При оценке биологического возраста (БВ), определяемого по показателю электроотрицательных ядер (ЭОЯ) буккального эпителия, было отмечено его увеличение по отношению к паспортному по всем группам обследуемых больных. При этом нами определено, что увеличение БВ было прямо пропорционально частоте ТИА. Выявленные нами функциональные нарушения клеток буккального эпителия свидетельствуют о стойкой мембранной патологии, приведшей к изменению трансмембранного ядерного потенциала у больных с атеротромботическими ТИА.

Выводы.

1. У больных с атеротромботическими ТИА выявлено стойкое нарушение плазменных показателей липидного обмена. Наибольшее диагностически – прогностическое значение имеет снижение ХСЛПВП и увеличение коэффициента атерогенности, которые зависят от локализации и частоты проявления заболевания.
2. Выявлено стойкое повышение клеточных показателей липидного обмена – липидсодержащих лейкоцитов. При этом у больных с 2 и более ТИА липидсодержащие лейкоциты были ниже, чем у лиц, перенесших одну транзиторную ишемическую атаку.
3. У больных с атеротромботическими ТИА наблюдается нарушение биоэнергетических процессов, ухудшение физического состояния больных и стойкое нарушение гомеостаза.

Єрмак О.С.

**ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ MRPROADM ТА КОПЕПТИНУ У
ВІДНОШЕННІ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У
ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології

Науковий керівник: професор Кравчун П.Г.

Вступ. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є провідною нозологічною формою в структурі ішемічної хвороби серця. Найбільш зустрічаємою коморбидною патологією є ожиріння (ОЖ). Перспективним щодо прогнозування розвитку ускладнень у вигляді гострої серцевої недостатності (ГСН) є вивчення маркерів дисбалансу роботи нейро-гуморальних систем - копептину і MRproADM. Матеріали і методи дослідження. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ і ОЖ, серед яких у 38 хворих розвилася ГСН. 2 клас за Killip виявили у 44,8%, 3 клас за Killip - у 55,2% пацієнтів. Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai), MRproADM - «Human mid-regional pro-adrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлені у вигляді середніх величин і помилки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F - Фішера. Результати дослідження. У пацієнтів з ГСН на тлі ГІМ та ОЖ виявлено достовірно вищий рівень MRproADM на 15,9 % ($p < 0,01$) в порівнянні з хворими з ГІМ і ОЖ без ускладнень. Що стосується рівня копептину, то він показав лише тенденцію ($p = 0,05$) до зростання при наявності ГСН у хворих ГІМ і ОЖ. При проведенні ранжирування (за F-критерієм) перше рангове місце займав MRproADM ($F = 10,19$), друге - копептин ($F = 1,37$). Висновки. Наявність ускладнення у вигляді гострої серцевої недостатності у хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням асоціювалося з підвищеною активністю MRproADM, що дає можливість використовувати його в якості маркера прогнозу.

Журавльова М.І., Риндіна Н.Г.

**ПОРУШЕННЯ КЛУБОЧКОВОЇ ТА КАНАЛЬЦЕВОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У
ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ
ПІСЛОНЕФРИТОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології

Науковий керівник: Риндіна Н.Г.

Мета. Встановити залежність рівнів цистатину С і β 2-МГ та стану систолічної функції міокарда у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) у поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП) та цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2 типу).

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (1) - 18 хворих з ХСН без супутнього ХП та ЦД 2 типу, друга (2) - 22 пацієнтів з ХСН та ХП у поєднанні з ЦД 2 типу. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня цистатину С (ЦсС) сироватки крові, β 2-МГ сечі. Рівень креатиніну (Кр) визначали методом Яфе.

Результати. В 1 групі порівнянні з 2 групою рівень креатиніну невірогідно перевищував норму на 6,2 % ($p>0,05$) і 12,4 % ($p>0,05$), спостерігалось зниження ШКФ на 22,1 % ($p<0,05$) і 38,4 % ($p<0,01$), збільшення рівнів цистатину С на 42,3 % ($p<0,05$) і 69,05 % ($p<0,01$), β 2-МГ на 32,9 % ($p<0,05$) і 93,2 % ($p<0,01$) відповідно. Визначена позитивна кореляція між ФК ХСН і рівнями цистатину С, β 2-МГ, і негативна – з показником ШКФ.

Висновки. Представлені результати демонструють прогресування порушення клубочкової та канальцевої функцій нирок у міру обтяження ХСН. Порівняння маркерів дисфункції нирок та імунозапалення при ІХС із ХСН у поєднанні з ХП та ЦД 2 типу та ІХС із ХСН без ХП та ЦД 2 типу у залежності від ФК ХСН підтверджує, що навіть субклінічна нефропатія посилює порушення функції нирок, а цукровий діабет 2 типу являє собою обтяжуючий фактор.

Журба Е.П., Луценко М.Ю.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ НА ОСНОВЕ ДИОКСИДА КРЕМНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: Терешин Вадим Александрович

Пищевые токсикоинфекции (ПТИ) – обширная группа острых кишечных инфекций, развивающихся после употребления в пищу продуктов, инфицированных возбудителями и их токсинами. Заболеваемость ПТИ регистрируется чаще в виде вспышек, принося значительный экономический ущерб, лишая трудоспособности большой группы людей. Основным симптомом заболевания является диарея, которая при тяжелом течении ПТИ может привести к резкому обезвоживанию и значительным нарушениям водно-солевого обмена. Применение кишечных адсорбентов на ранних стадиях позволяют предотвратить потери жидкости и облегчить симптомы заболевания, способствуя более быстрому выздоровлению. На данный момент одним из

наиболее перспективных лекарственных средств является энтеросорбент на основе оксида кремния, так как он имеет большую сорбционную степень, менее токсичен и обеспечивает более быстрый терапевтический эффект по сравнению с угольными сорбентами первого поколения.

Цель исследования: сравнить и оценить антидиарейную эффективность кремниевых высокодисперсных сорбентов по сравнению с угольными сорбентами первого поколения у пациентов с ПТИ.

Ретроспективно проанализировано 136 историй болезни больных с ПТИ средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в Харьковской областной клинической инфекционной больнице. Из них 63 женщины и 73 мужчины, возрастом от 19 до 59 лет. Критерии включения: увеличения температуры до 38,5 °С, обезвоживание II степени, диарея до 10 раз в сутки, а также отсутствие другой тяжелой хронической патологии. Все пациенты были разделены на две равные группы по 68 человек, которые были сопоставимы по полу и возрасту. В I группе исследования помимо базисной терапии назначались сорбенты на основе диоксида кремния, во II группе контроля угольные сорбенты первого поколения. Основным показателем, по которому оценивалась эффективность лекарственного препарата являлся количество пациентов, у которых удалось достичь уменьшения количества актов дефекации до 3 раз в сутки, отсутствие жидкого стула.

После первых суток лечения желаемого эффекта удалось добиться у 32 человек в I группе, и лишь у 15 больных во II группе. После двух суток терапии эффект был достигнут ещё у 25 больных (общее число 57 пациентов) получавших энтеросорбенты на основе диоксида кремния, тогда как в группе контроля лечение завершили ещё 14 человек (общее число 29 пациентов). У оставшихся 11 пациентов в группе исследования диарея прекратилась на третьи сутки, в группе контроля полная нормализация регулярности стула у всех пациентов настала только на шестые сутки. В ходе исследования, как в группе контроля так и в группе исследования не было выявлено нежелательных явлений связанных с приемом лекарственного средства.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение энтеросорбентов на основе диоксида кремния позволяют достичь нормализации стула в более ранние сроки по сравнению с угольными сорбентами. Также данные препараты хорошо переносятся больными и не вызывают побочных явлений, что обосновывает более частое их использование в клинической практике.

Завгородній А.С.
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОМПРЕСІЙНИМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ОСТЕОПОРОЗУ

Харківський національний медичний університет
ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН
України"

Кафедра травматології та ортопедії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Голка Г.Г., к. мед. наук Попов А.І.,
асс. Істомін Д.А.

Вступ. Остеопороз - поширене по всьому світу метаболічне захворювання скелету. В даний час в Україні остеопорозом страждає 2,5 млн. жінок і 900 тис. чоловіків, 50% внаслідок захворювання стають інвалідами, 20% помирають від ускладнень цієї хвороби.

Мета роботи: Визначити варіанти лікування пацієнтів з остеопоротичними переломами хребта.

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз власних клінічних спостережень з діагностики та комплексного лікування 91 хворого. Результати. Діагноз ставили на підставі клінічних проявів. Пацієнтам проводили рентгенографію хребта в двох проекціях, комп'ютерну томографію хребта, денситометричне дослідження кісток, біохімічні дослідження. Патогенетичну терапію спрямовували на інгібування резорбції кісткової тканини і на стимуляцію кісткоутворення. Застосовували бісфосфонати - золедронову кислоту (ЗК) в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік, препарати кальцію і вітамін D. Хірургічне лікування - пункційна вертебропластика (ПВ), метод спрямований на відновлення висоти тіл хребців, підвищення їх міцності, забезпечення стабілізації і запобігання збільшенню деформації. Принцип втручання полягає у введенні композиту (кісткового цементу і біоактивної кераміки) в тіло ураженого хребця. При цьому композит поширюється по губчастій тканині хребця і, в міру полімеризації, забезпечує зміцнення ураженого хребця.

В ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проводилося лікування 91 хворого. Всім була проведена ПВ. 51 пацієнту додатково призначали золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік. Повторний огляд був проведений у 64 хворих, з них 42 (перша група) після введення ЗК і 22 (друга група) після застосування препаратів симптоматичної терапії. Результати у 40 пацієнтів першої групи - хороші і у 2 – задовільні, а у 19 хворих другої групи - хороші і у 3 – як задовільні. З них у 2 хворих спостерігалось погіршення показників, з'явилися нові деформації тіл хребців.

Висновки: Основу комплексного лікування пацієнтів з переломами тіл хребців внаслідок системного остеопорозу становить своєчасна діагностика, коректне консервативне і хірургічне лікування. Метод ПВ в поєднанні з додатковим введенням ЗК дозволяє скоротити час перебування пацієнта в стаціонарі (до 2

днів) і домогтися забезпечення стабілізації хребця і запобігання збільшенню деформації у більшій частині випадків, ніж при виконанні пункційної вертебропластики в комбінації з використанням препаратів симптоматичної терапії.

Заикина Т.С., Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г.

**ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОГО МЕДИАТОРА sVE-КАДГЕРИНА
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОВТОРНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: Бабаджан В.Д.

Вступление: установить значение уровня эндотелий-зависимого медиатора sVE-кадгерина в прогнозировании повторных сердечно-сосудистых событий у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа в течение года наблюдения. Материалы и методы: контингент исследования составил 70 больных: I группа – 11 больных с ПИКС и СД 2-го типа, у которых развился повторный инфаркт миокарда в течение года наблюдения, II группа – 59 больных с ПИКС и СД 2-го типа, у которых не развился повторный инфаркт миокарда в течение года наблюдения.

Результаты исследования: по результатам проведенного сравнительного анализа выявлено, что больные с ПИКС и СД 2-го типа, у которых в течение года наблюдения развился повторный инфаркт миокарда, имели достоверно более высокие уровни эндотелий-зависимого медиатора sVE-кадгерина по сравнению с больными с ПИКС и СД 2-го типа без повторного инфаркта миокарда ($1,61 \pm 0,07$ нг/мл и $1,45 \pm 0,03$ нг/мл соответственно; $p < 0,01$). Выводы. Полученные данные свидетельствуют о значительном негативном влиянии дезинтеграции эндотелиального монослоя, маркером чего является sVE-кадгерин, в возникновении повторной окклюзии венечной артерии.

Запорожченко Є.С.

**ОЦІНКА РІВНЯ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ І КУРСУ МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська Е.А.

Вступ. Першим і головним педагогічним завданням будь-якого ВНЗ є робота зі студентами першого курсу, яка повинна бути спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до нової системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі - студентів. Власне перші роки навчання вважаються особливо напруженими і складними, процес навчання відбувається в умовах як інформаційного і емоційного стресу, так і значного психічного і фізичного напруження. Юнаки та дівчата, випустивши зі школи, переходять на новий життєвий етап. Цей етап включає в себе зміну не тільки місця навчання, місць проживання, а й зміну вже усталеного колективу.

Мета. Оцінити рівень адаптації студентів I курсу Харківського національного медичного університету (ХНМУ).

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети нами було обстежено 73 студента обох статей, віком 17-22 роки, I курсу ХНМУ усіх факультетів. З метою оцінки адаптації студентів до навчальної діяльності нами був використаний опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» (Родіна О.Н., 1995, адаптація Дмитрієвої М.А., 1997).

Результати. Як показали результати дослідження, іноземні студенти виявляють більш високий рівень розладів адаптації до навчальної діяльності в порівнянні з вітчизняними студентами. Так високий рівень дезадаптації, потребує проведення невідкладних заходів (психологічних і медичних), такі порушення виявляють у себе 0,3% вітчизняних студентів і 0,5% іноземних студентів, які навчаються на англійській мові; виражений рівень дезадаптації, вимагає неминучого втручання психологів, проведення програми по реадаптації - 1,3% вітчизняних студентів, 4,0% і 10,1% іноземних студентів, які навчаються російською та англійською мовами відповідно; помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців - 26,2% вітчизняних студентів, 48,0% російськомовних іноземців та 50,2% англомовних іноземців.

Висновки. Отримані дані говорять, про необхідність розробки програм прогнозування виникнення дезадаптаційних реакцій і станів у студентів перших років навчання у ВНЗ і визначення основних напрямків психопрофілактичних і психокорекційних заходів.

Зеленская Е.А., Красковская Т.Ю.

РОЛЬ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Кожина А.М.

Введение. Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом,

суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный, психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты. Цель: изучение гендерных особенностей формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы: На базе ХОКПБ №3 с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное обследование 147 больных депрессивным расстройством молодого возраста. В работе были использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы Монтгомери – Айсберга, больничной шкалы тревоги и депрессии, Способ определения суицидального риска, Способ самосознания смерти, «Теста самооценки аутоагрессивных предикторов».

Результаты: анализ полученных данных позволил определить основные психотравмирующие ситуации, приводящие к развитию суицидального поведения при депрессивных расстройствах у лиц молодого возраста: одиночество, потеря близкого человека, развод (39,2% женщин и 34,3% мужчин), серьезные финансовые затруднения, неожиданный имущественный крах, потеря работы (49,2% женщин и 64,3% мужчин), вынужденное резкое изменение жизненного стереотипа (16,9% и 11,2% соответственно), конфликты семейных (58,3% и 64,2%) и служебных (5,9% и 5,6%) отношений, жестокое отношение к суицидентам (52,8% и 46,1% соответственно), ситуации длительной психического напряжения (12,3% женщин и 7,9% мужчин), плохое состояние соматического здоровья, наличие инвалидизирующего заболевания (11,3% женщин и 6,3% мужчин). Согласно данным психодиагностического исследования для обследованных нами больных с депрессивными расстройствами и наиболее типичны следующие личностные черты. Низкая коммуникативность, замкнутость, скрытность в основной группе составила 37,4 % обследованных женщин и 42,3% мужчин, а в контрольной – 10,4% женщин и 16,2% мужчин. Тревожная мстительность в основной группе составила 43,6% и 39,5% соответственно и в контрольной группе – 31,2% и 29,4%. Склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов в основно группе представлена у 52,6% женщин и 31,2 % мужчин, а в контрольной – 28,9% И 18,6% соответственно. Ипохондрический фон настроения - 37,4% и 45,6% в основной группе и 25,1% и 20,3% соответственно. Предвзятое, настороженное отношение к окружающим в основной группе составило 49,1% женщин и 42,3% мужчин и в контрольной группе – 40,2% и 39,8 соответственно. Снижение требований к самому себе - 39,3% женщин и 40,1% мужчин в основной группе и 21,2% и 24,3% в контрольной группе соответственно. Неуверенность в себе в основной группе составила 43,4% и 43,6% и в контрольной группе – 26,8% и 22,7% соответственно. Эгоцентризм – 39,4% и 51,6% в основной группе и 29,9% и 40,2% в контрольной группе соответственно. Неуравновешенность, раздражительность в основной группе составила 52,4% и 35,9%, а в контрольной группе – 39,2% и 30,1% соответственно. Повышенная чувствительность, впечатлительность 62,3% женщин и 39,1% мужчин в основной группе и 41,3% и

16,8% в контрольной группе. Обидчивость и злопамятность в основной группе составила - 55,6% и 33,4% и в контрольной группе 35,3% и 29,1% соответственно.

Выводы: Модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами представлена комплексом патогенных факторов. Профилактика суицидального поведения должна быть комплексной с учетом анамнестических, гендерных, личностных особенностей пациента и включать фармакотерапию, психотерапию и психообразование.

Илюха С.Э., М.А.Визир, Е.В.Порадюк
ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ПРЕПАРАТОВ НА СЕРДЕЧНОСОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины №1
Научный руководитель: М.А. Визир

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) являются одними из наиболее часто используемых безрецептурных препаратов в мире. Несмотря на относительно низкую токсичность, при приеме НПВС возможно возникновение большого спектра побочных эффектов. Сердечно-сосудистая патология является ведущей в структуре заболеваемости и смертности среди населения Украины. Таким образом, актуальным является изучение негативного влияния данной группы препаратов на сердечно-сосудистую систему. Цель: определить взаимосвязь приема селективных и неселективных НПВС с частотой возникновения сердечно-сосудистых событий (ССС). Материалы и методы: был проведен обзор литературы по влиянию НПВС на сердечно-сосудистую систему с использованием информационного ресурса PubMed. Проанализированы результаты клинических исследований: The Coxib and Traditional NSAID Trialists' (CNT), the Prospective Randomized Evaluation of Celecoxib Integrated Safety versus Ibuprofen Or Naproxen (PRECISION), the Standard care versus Celecoxib Outcome Trial (SCOT), а также данные датского реестра остановок сердца за 2001-2010 гг. В исследованиях сравнивались неселективные, или традиционные (тНПВС), и селективные НПВС – коксибы. Результаты и их обсуждение: По данным датского реестра остановок сердца, использование диклофенака (отношение шансов [ОШ] 1,50 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,23-1,70]) и ибупрофена [ОШ 1,31 (95% ДИ 1,14–1,51)] было ассоциировано со значительным повышением частоты внегоспитальной остановки сердца. Применение напроксена [ОШ 1,29 (95% ДИ 0,77–2,16)], целекоксиба [ОШ 1,13 (95% ДИ 0,74–1,70)] и рофекоксиба [ОШ 1,28 (95% ДИ 0,74–1,70)] не было связано со значимым повышением частоты внегоспитальной остановки сердца. В исследовании CNT наиболее высокая частота СССР была отмечена, в сравнении

с плацебо, у диклофенака (отношение рисков (ОР), 1.41; 95% ДИ, 1.12-1.78) и ибупрофена (ОР, 1.44; 95% CI, 0.89-2.33), и наиболее низкая у напроксена (ОР, 0.93; 95% ДИ, 0.69-1.27). Для рофекоксиба и целекоксиба данные показатели были схожими (ОР, 1.17; 95% ДИ, 1.08-1.27). По данным исследования PRECISION, достоверной разницы между целекоксибом (частота ССС 2,3%) в сравнении с ибупрофеном и напроксеном (2,7% и 2,5% соответственно) не установлено. В исследовании SCOT также не установлено достоверной разницы в частоте возникновения ССС при применении тНПВС и коксибов. Вывод: Учитывая данные проведенных ранее исследований о более высокой частоте возникновения ССС при приеме тНПВС, наиболее безопасным выбором для пациента является использование селективных НПВС – коксибов.

Кадикова О.И.

**МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ
ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА (GLU298ASP)**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: Кравчун П.Г.

Цель – оценить морфо-функциональные параметры сердца у больных ишемической болезнью сердца и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота (Glu298Asp). Материалы и методы. Обследовано 222 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с ожирением. В зависимости от генотипов полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS) (Glu298Asp) больные были распределены следующим образом: в первую подгруппу вошли носители G/G генотипа (n=109), во вторую – G/A генотипа (n=91), в третью – A/A генотипа (n=22). В контрольную группу вошло 35 практически здоровых лиц. Исследование аллельного полиморфизма Glu298Asp гена eNOS проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ). Всем больным проводили общие клинические и инструментальные обследования. Эхокардиографические исследования проводили по стандартной методике Фейгенбаум Х. на ультразвуковом аппарате RADMIR (Ultima PRO 30) (Харьков, Украина). В М-режиме определяли следующие параметры левого желудочка (ЛЖ): конечный диастолический размер (КДР) (см), конечный систолический размер (КСР) (см), толщину задней стенки (ТЗСЛЖ) (см), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) (см). Конечные диастолический объем (КДО) и систолический объем

(КСО) (мл) ЛЖ рассчитывали по методу Simpson (1991), после чего вычисляли фракцию выброса (ФВ) ЛЖ (%). Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) вычисляли по формуле R. Devereux и соавт.: $1,04 \times [(ТМЖП + ТЗСЛЖ + КДР)^3] - [КДР]^3 - 13,6$. Расчет относительной толщины стенки миокарда ЛЖ (ОТСМЛЖ) проводили по формуле: $ОТСМЛЖ = (ТЗСМЛЖд + ТМЖПд) / КДР$. Также определяли размер левого предсердия (ЛП) (см) и аорты (см). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета Statistica, версия 6,0. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$. Результаты. Сравнение показателей кардиогемодинамики у носителей различных генотипов гена eNOS (Glu298Asp) показало, что достоверных различий не было найдено относительно размеров аорты, ЛП, правого предсердия, ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ и ОТС ($p > 0,05$). КДР был на 21,05% и 23,43% больше у больных с генотипом G/G по сравнению с больными с генотипами G/A и A/A, что соответствовало значениям $5,89 \pm 0,44$ см, $4,65 \pm 0,39$ см и $4,51 \pm 0,46$ см ($p < 0,05$). У больных с генотипом G/G КСР на 22,53% и 25,06% превышал значение такого у больных с генотипами G/A и A/A ($4,35 \pm 0,39$ см против $3,37 \pm 0,41$ см и $3,26 \pm 0,35$ см) ($p < 0,05$). КДО и КСО были на 4,74% и 5,94%, на 12,61% и 12,83% больше, а ФВ – на 16,56% и 16,27% меньше у больных с генотипом G/G, чем эти показатели у больных с генотипами G/A и A/A ($p < 0,05$). Выводы. Таким образом, генотип G/G гена eNOS (Glu298Asp) у больных ИБС и ожирением был связан с нарушением структуры и функции миокарда в виде дилатации полостей сердца и снижения способности миокарда к сокращению.

Калюжка А.А., Роздільська О.М., Катаржнова І.В.

МОЖЛИВОСТІ ПІДВИЩЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЕФЕКТУ У ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ.

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра фізіотерапії, курортології та відновлювальної медицини

Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) є результатом повільної недостатності мозкового кровопостачання в результаті стенозу, облітерації та атеросклеротичних уражень дрібних мозкових артерій. Формування ДЕ у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС характеризується наростанням симптомів та процесом церебральної декомпенсації, що інтенсивно прогресує з раннім розвитком вегетативної дисфункції, психоорганічного синдрому. Під нашим спостереженням знаходились хворі, постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС, які були направлені на стаціонарне лікування в неврологічне відділення Харківського клінічного обласного диспансеру радіологічного захисту населення з діагнозом ДЕ та лікворно – гіпертензійним синдромом. Основні скарги - головний біль, запаморочення, погіршення пам'яті, періодична втрата

свідомості. Хворим проводились клінічні, біохімічні дослідження, РЕГ, РВГ, ЕЕГ, ЕКГ, КТ головного мозку. За даними РЕГ та КТ у пацієнтів відзначалось зниження венозного відтоку в усіх відділах мозку, явища зовнішньої гідроцефалії з кортикальною гіпотрофією. Лікування включало призначення вазоактивних препаратів, засобів, які зменшують набряки та методи фізіотерапії. З фізіотерапевтичних методів лікування застосовували дарсонвалізацію шийно – комірцевої зони, масаж тієї ж зони та призначали ванни (йодобромні, хвойно – перлинні, бішофітові), залежно від стану ВНС, циркулярний душ. Після проведеного курсу (14 днів) лікування у 84% пацієнтів відзначались покращення якісних показників РЕГ у вигляді нормалізації систоло-діастолічного співвідношення, покращення мікроциркуляції, венозного відтоку та реологічних властивостей крові. Зменшення частоти головних болей відзначали 87% хворих, також у 72% пацієнтів зменшувались явища запаморочення. Таким чином, застосований комплекс підвищує реабілітаційний ефект у хворих з ДЕ та лікворно – гіпертензійним синдромом, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, покращуючи загальне самопочуття та показники інструментальних методів дослідження.

Калюжка В.Ю.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ФАНТОМНОГО
МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ
БИОПСИЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НЕЙРОХИРУРГИИ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра нейрохирургии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Пятикоп В.А., к.мед.н., доцент Кутовой И.А.

Цель: Анализ и оценка результатов стереотаксической биопсии (СТБ) внутримозговых новообразований головного мозга с помощью компьютерной навигации и использовании трёхмерного моделирования.

Материалы и методы: На базе КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» в период с 2000 по 2016 год было проведено 102 СТБ внутримозговых новообразований головного мозга. СТБ проводилась с помощью безрамочного стереотаксического аппарата конструкции Канделя Э.И. под интраоперационной КТ-навигацией, с внутривенным контрастированием для выявления зоны максимального накопления вещества и корреляции положения биоптера. Для процедуры выбирались пациенты с тяжестью состояния не менее 40 баллов по шкале Карновского.

Биопсия была проведена 102 пациентам: 43 мужчин и 59 женщин, средний возраст которых составлял 41 год. По локализации новообразования встречались в лобной доле – 19, в теменной доле – 18, в височной доле – 26, затылочной доле

– 18 новообразования подкорковой локализации – 15, множественное поражение (от 2 до 4 очагов) — 6. Размеры пунктируемых образований от 20 мм до 60 см. Результаты: Всем больным, через 2-4 часа после СТБ, производилась контрольная СКТ. Всегда отмечалось точное попадание в заданный участок образования головного мозга. Интраоперационные осложнения отмечались лишь в 7 (6,8%) случаях в виде внутримозгового кровоизлияния. При этом удалось немедленно аспирировать кровь и установить трубочный дренаж для контроля кровотечения. Случаев нарастания неврологического дефицита не отмечено. Гистологически верифицированы: глиома – 61 (59,8%) случай; злокачественная лимфома – 21 (20,5%); менингиома – 9 (8,8%); воспалительный процесс – 7 (6,9%); участки некроза вещества головного мозга – 4 (3,9%). Выводы: Данный метод инвазивной диагностики является достаточно информативным, основное преимущество которого заключается в том, что все этапы операции проводятся под контролем КТ. Это позволяет принять нейрохирургу экстренные меры по устранению возникших осложнений. Построение различных проекций, а также применение технологий быстрого прототипирования во время предоперационного планирования позволяют оптимально выбрать траекторию движения инструмента. СТБ под КТ-навигацией является малотравматичным и безопасным методом, который позволяет с высокой точностью производить забор биоптата новообразований головного мозга для гистологической верификации диагноза и определения оптимальной лечебной тактики.

Карамян А.А.

УСКЛАДНЕННЯ БРОНХОБЛОКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПІОПНЕВМОТОРАКСУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: к.м.н., асс. Лопатенко Д.Є.

Вступ. Піопневмоторакс зустрічається у 33,3% пацієнтів з неспецифічними інфекційними деструкціями легень. Одним з патогенетичних чинників виникнення і хронізації піопневмотораксу є негерметичність легеневої тканини, інконгруентність ураженої легені по відношенню до плевральної порожнини, що призводить до розвитку бронхіальної фістули, а в подальшому - до формування бронхоплевральної нориці. Успішне закриття бронхоплевральної нориці робить більш надійним і менш тривалим хірургічне лікування цих хворих. Мета. Дослідити можливі ускладнення при використанні бронхіальних оклюдерів у хворих на піопневмоторакс. Матеріали та методи. До дослідження було залучено 77 пацієнтів, яким виконували торакоскопічну санацію плевральної порожнини й бронхоблокацію. Клапанна бронхоблокація норицевого бронха виконувалася через 1 - 2 доби після торакоскопії. Використовували зворотній ендобронхіальний клапан, зроблений

з гумової суміші медичного призначення, індиферентний для організму людини. Клапан дозволяє відходити з осередку ураження повітря, мокротинню, бронхіальному вмісту при видиху і кашлі, перешкоджаючи їх зворотньому руху. Оклюзія норицевого бронха у пацієнтів виконувалася після його візуалізації методом фарбування: при проведенні бронхоскопії в плевральну порожнину через дренажі вводилося 20 мл 3% розчину перекису водню з барвником (діамантова зелень або метиленова синь), в співвідношенні 10:1. Клапан встановлювали під місцевою анестезією, вводили через рот в трахеобронхіальне дерево.

Результати. У 23 (29,9%) пацієнтів після використання бронхоблокатора було встановлено наступні ускладнення. У 15 (19,5%) пацієнтів виявлено гнійний бронхіт. Це ускладнення було пов'язано з особливостями роботи клапана: гнійний вміст з плевральної порожнини по нориці проникав в трахеобронхіальне дерево вільно, але назад не виходив, що при великих розмірах нориці, призводило до скупчення гною в бронхах на стороні ураження. Наступним за частотою ускладненням у 5 (6,5%) пацієнтів було розростання грануляційної тканини в області знаходження оклюдера, яке було виявлено безпосередньо під час видалення бронхоблокатора, клінічно себе не проявляло. При гістологічному дослідженні була картина хронічного продуктивного запалення з формуванням грануляцій. У 3 (3,9%) хворих була виявлена міграція оклюдера в бронхіальне дерево. Підозра на це ускладнення з'явилася при відновленні скидання повітря по дренажу, після чого на оглядовій рентгенограмі грудної клітки в прямій проекції виявлявся оклюдер. Причиною цього явища була невідповідність розміру бронхоблокатора діаметру бронха після зникнення явищ бронхіту і зменшення набряку бронхіальної стінки.

Висновки. Таким чином, клапанна бронхоблокація є ефективною і безпечною методикою в комплексному лікуванні пацієнтів з піопневмотораксом. Можливі ускладнення при її застосуванні легко діагностуються і купуються, однак, даний метод застосовується недостатньо широко і вимагає подальшого вивчення.

Квасневська Н.Ф.

БІОТЕСТУВАННЯ – ОЦІНКА ЯКОСТІ ПИТНИХ ВОД

Державне підприємство "Український науково-дослідний інститут медицини транспорту Міністерства охорони здоров'я України"

Науково-організаційний відділ

Науковий керівник: Гоженко Анатолій Іванович - д.мед.н., проф., Засл. діяч науки і техніки

Вступ. Сучасне розуміння того, що наш спосіб життя є складовою нашого здоров'я, є потужним мотиватором. До чинників, які впливають на стан здоров'я можна віднести багато факторів ризику, одним з яких являється якість питної

води, що вживає населення України. У фізико-хімічному відношенні людський організм являє собою водно-колоїдну систему, нормальне функціонування якої можливо тільки при наявності достатньої кількості повноцінної високоякісної води. Будучи універсальним розчинником, вона необхідна для процесів травлення, синтезу різних органічних сполук, для регенерації тканин і органів, для фізіологічних процесів. Наявність або відсутність в питній воді деяких хімічних речовин, а також ксенобіотиків може несприятливо впливати на здоров'я людини, викликати різні захворювання. Перспективними методами оцінки якості питних вод, останнім часом, є методи біотестування. Матеріали і методи. Нами було проаналізовано 42 методики. На 14 з них є ДСТУ та нормативні документи, затверджені наказом Мінприроди і Мінекобезпеки України, що дало можливість їх ранжувати. Результати дослідження. Так як, на даний час, не існує єдиної методології підбору біооб'єктів і методик для біотестування питних вод, на наш погляд, усі методики можливо віднести до 2-х груп:

- методики термінової оцінки якості води;
- методики аналітичної оцінки механізму токсичних ефектів.

Перші, до яких можна віднести ракоподібних, молюсків, дозволяють терміново визначити якість питної води on line за лічені хвилини – до години. Такі методики особливо необхідні для запобігання екологічної безпеки водозаборів водопровідних станцій від впливу техногенних аварій, надзвичайних ситуацій та їх наслідків. Друга група методик може використовуватися як для встановлення механізму токсичних ефектів речовин, які знаходяться в питній воді (вплив на енергетичний обмін і т.п.), а також віддалених ефектів, особливо генотоксичність.

Висновки. Оцінка якості питних вод за допомогою біотестування є одним з перспективних методів в галузі контролю якості води на станціях питного водопостачання, завдяки високій чутливості організмів до хімічних токсикантів та можливості їх ідентифікації.

Набір тест-об'єктів (батарея тестів), який використовується при біотестуванні повинен підбиратися з урахуванням завдань і терміновості виконання досліджень.

Кірієнко Д.О.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КРИТИЧНУ ІШЕМІЮ НИЖНІХ
КІНЦІВОК З БАГАТОПОВЕРХНЕВИМ УРАЖЕННЯМ СУДИН

ДУ "ІОНХ ім.В.Т. Зайцева НАМНУ"

Кафедра хірургії №1

Науковий керівник: Бойко В.В.

Вступ. Ендоваскулярні методи лікування продовжують свою переможну ходу по планеті, постійно розширюючи свій вплив на корекцію судинної патології. Тим не менш, деякі проблеми досі залишаються. Наприклад, при важких багатоповерхових ураженнях артерій нижніх кінцівок не завжди вдається виконати їх повноцінну корекцію тільки ендоваскулярним або відкритим способом. Тривалі відкриті судинні втручання супроводжуються збільшенням частоти ускладнень і летальних випадків. Для вирішення цієї проблеми в сучасних умовах активно розвивається концепція гібридної хірургії, яка полягає в одночасному використанні як ендоваскулярних, так і відкритих хірургічних методів лікування складних уражень судин. Мета нашого дослідження полягає у визначенні найближчих та віддалених результатів гібридних втручань у хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок з багаторівневим ураженням судин. Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі відділення гострих захворювань судин ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМНУ». У дослідженні брали участь за 2016р. 20 хворих з критичну ішемію нижніх кінцівок та багаторівневим ураженням судин. Середній вік хворих склав $65,5 \pm 7,3$ років. У (19,5%) пацієнтів мала місце III стадія хронічної ішемії нижніх кінцівок, у (80,5%) - IV стадія. Хворим було виконано наступні «гібридні» операції: I тип – усунення ураження артерій аорто-здухвинного сегменту (АЗС) за допомогою ендоваскулярних втручань (ЕВ) в поєднанні з стегново-підколінним шунтуванням (СПШ) – 7 пацієнтів (35%). II тип - СПШ в поєднанні з усуненням ураження шляхів відтоку за допомогою ЕВ в інфрапоплітеальних артеріях – 9 пацієнтів (45%), III- тип ендартеректомія (ЕАЕ) з ЗСА та її біфуркації в поєднанні з усуненням ураження шляхів відтоку або притоку за допомогою ЕВ – 4 (20%). Результати дослідження. Технічний успіх – 90%. Тромбоз шунта – 5%. Збереження кінцівки через 30 днів, та через 12 місяців – 95% та 89%; виживання – 97% та 86%; виживання без ампутації – 94% та 83%. Висновки. Виконання гібридних операцій пов'язано з незначною кількістю ускладнень та добрим клінічним ефектом. Гібридні операції можуть використовуватися у більшості хворих з критичною ішемією на тлі багатоповерхневого ураження артерій нижніх кінцівок.

Коваленко С.А.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №1

Научный руководитель: Лях С.И.

Как известно, протезирование клапанов в большинстве случаев является незаменимой процедурой у пациентов с пороками сердца. У взрослых пациентов наиболее часто встречаются врожденные и приобретенные пороки аортального клапана. Причем, обнаружение врождённого порока аортального клапана во взрослом возрасте связано с тем, что симптоматика может не проявляться до тех пор, пока кровь не начнет забрасываться обратно в левый желудочек через закрытый клапан. Причинами приобретенного стеноза аортального клапана могут быть кальцинирующая болезнь сердца, острая ревматическая лихорадка, атеросклеротическое поражение и др. Длительное бессимптомное течение и склонность к прогрессированию являются неблагоприятными прогностическими факторами. Лечение аортального стеноза, особенно, тяжелой степени должно быть оперативным и проводиться в наиболее короткие сроки. Самым безопасным и наиболее результативным методом является проведение транскатетерной имплантации аортального клапана (TAVI). Это малоинвазивная операция, которая включает в себя замену пораженного клапана на искусственный. Оперативный доступ осуществляется через введенный катетер в бедренную, подключичную артерию, аорту или в саму полость сердца через грудную клетку. Все манипуляции проходят под контролем рентгеноскопии. Искусственный клапан имплантируется и раскрывается с помощью баллонного катетера, доставляющую систему извлекают. Таким образом, после операции происходит восстановление насосной функции сердца. Преимуществами TAVI являются: возможность выполнения пожилым пациентам с высоким хирургическим риском, проводится под местной анестезией, небольшая продолжительность операции, быстрое восстановление и недлительные сроки пребывания в стационаре, проводится без остановки сердечной деятельности. Однако, поскольку проведение TAVI используется относительно недавно, то отдаленные результаты операции и срок службы установленных клапанов данным способом неизвестен. Таким образом, при выборе методики лечения стеноза аортального клапана необходимо соотносить пользу и риск для каждого пациента индивидуально, чтобы свести к минимуму всевозможные неблагоприятные последствия.

Кожина Г.М., Духовський О.Е.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМ'Ї ДИТИНИ З ТЯЖКИМ СОМАТИЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології і медичної психології

Вступ. Тяжке соматичне захворювання дитини має психотравмуючий вплив на батьків, що проявляється різноманітною психопатологічною симптоматикою. Дані прояви повністю не зникають навіть у періоді ремісії, а у разі рецидиву чи

продовження хвороби у дитини гостро маніфестують. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно, психологічне самопочуття дитини залежить від психічного стану її батьків, в особливості, того з них, хто є емоційно ближчим. Таким чином, тяжка соматична хвороба хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування. Варто окремо підкреслити, що гармонійний розвиток дитини нерозривно пов'язаний з благополуччям у сім'ї, відчуттям безпеки, підтримки та захищеності.

Матеріали та методи. Основою розробки стали результати комплексного обстеження на базі дитячого онкологічного відділення КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня №1» (м. Харків). Були обстежені 339 родин (мати, батько, дитина), діти в яких проходили лікування з приводу онкологічного новоутворення. Психодіагностичний інструментарій відповідав завданням дослідження і включав вивчення психоемоційного стану батьків, їх особистісних та поведінкових патернів, способів опанування стресу, дослідження сімейних відносин.

Результати. Для батьків наслідками діагностування та перебігу тяжкого соматичного захворювання у дитини були: виникнення інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію (82%); трансформація психологічних реакцій у виражені розлади психоемоційної сфери (79%); дезадаптивна поведінка під час етапів лікувального процесу (61%); психосоціальна дезадаптація (49%); порушення міжособистісних стосунків (87%); деформація сімейної взаємодії (72%); вживання алкоголю та психоактивних речовин (29%); горювання та переживання ускладненого горя (49%).

Серед проблем, які виникали у батьків були: психопатологічні порушення невротичного та афективного регістру; неадаптивна поведінка під час госпіталізації та лікування дитини; дефіцит інформації про хворобу; труднощі у спілкуванні з дитиною на тему хвороби; симптоми дисфункціонування родини; порушення подружньої взаємодії; дисгармонійні дитячо-батьківські відносини; не адаптивні інтрапсихічні патерни; неадекватні ситуації стратегії стрес-долаючої поведінки; порушення психосоціальної адаптації.

Висновки. Отримані результати дозволили виділити основні негативні психологічні наслідки та проблеми для батьків під час лікування соматично тяжкої дитини та обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини. На основі цього була розроблена система медико-психологічного супроводу сім'ї дитини з тяжким соматичним захворюванням. Робота з родиною включала ряд послідовних етапів: аналіз сімейної взаємодії, оцінка реабілітаційних можливостей родини та їх підвищення, редукція психопатологічних проявів порушень психоемоційної сфери, ліквідація сімейного конфлікту, асоційованого з захворюванням у дитини, гармонізація подружніх і дитяче-батьківських відносин.

Константиновська О.С., Потейко П.І., Рогожин А.В., Зеленська О.А.
ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РЕЗУЛЬТАТИ
ЛІКУВАННЯ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ
ГРУП

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра фтизіатрії, пульмонології та сімейної медицини
Науковий керівник: Потейко П.І

Епідеміологічна ситуація з туберкульозу в Україні залишається складною - Україна входить в п'ятірку країн з найвищим тягарем хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ). ХРТБ виявляється в 22% нових випадків туберкульозу і в 56% випадків рецидивів (ВООЗ, 2015). В Україні, з дуже високим рівнем ХРТБ, серед хворих на туберкульоз (ТБ), люди похилого віку складають близько 15% (Голубчиков, 2016). Мета дослідження полягала в тому, щоб вивчити результати легеневого ТБ в залежності від соціального статусу серед різних вікових груп пацієнтів. Матеріали та методи. У 2015-2016 було проспективно вивчено 126 клінічних випадків важкого вперше діагностованого ХРТБ легень (із ураженням п'яти та більше сегментів легень, при наявності позитивних бактеріоскопічних і культураних результатів): молоді дорослі - 58 випадків (група 1), похилого та старечого віку - 68 випадків (група 2). Соціальний статус пацієнта вважався негативним в разі наявності двох або більше наступних показників: погані умови життя, бездомність, відсутність сім'ї, епізоди позбавлення волі (в минулому), алкоголізм і наркоманія, низький рівень освіти (педагогічна запущеність). Результати ТБ аналізували після закінчення фази продовження основного курсу хіміотерапії.

Результати і обговорення. Серед молодих людей (група 1) негативний соціальний статус зустрічався статистично достовірно частіше в порівнянні із хворими старшого віку (група 2), 72,4% і 35,2% відповідно, $p < 0,05$. Успіх лікування був відзначений в 32,6% випадків в групі 1 і в 55,9% випадків в групі 2, $p < 0,05$, невдача лікування - 24,2% і 10,3% в групі 1 і групі 2 відповідно, $p < 0,05$, випадки перерваного лікування - 27,6% серед групи 1 і 14,7% серед групи 2, $p < 0,05$. Кількість хворих, що померли, статистично не відрізнялася, 15,6% і 19,1% в групі 1 і 2, $p > 0,05$.

Висновки. Існує необхідність розділяти пацієнтів в палатах і відділеннях в залежності від віку та соціальних маркерів для нормальної психологічної атмосфери. Серед молодих людей з негативними соціальними детермінантами, на відміну від осіб похилого та старечого віку, виявлено велику кількість (27,6%) відривів від лікування і невдалого лікування. Ця категорія пацієнтів - потенційне джерело туберкульозної інфекції. Для поліпшення прихильності хворих до лікування туберкульозу дуже важливо звертати увагу на соціальні фактори, забезпечувати профілактичні бесіди про важливість регулярного прийому ліків, залучати до співробітництва соціальні служби. Також необхідне включення психологів у штат протитуберкульозних закладів.

Коробчанський П.О., Завгородній І.В.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ
ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ
Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 2
Науковий керівник: д. мед. н., проф. І. В. Завгородній

Вступ: Окремою гострою проблемою здоров'я дітей та підлітків є поширення шкідливих звичок. На сьогодні виділена стійка тенденція до погіршення здоров'я молоді, і це є найгостріша проблема сьогодення. І серед найбільш серйозних проблем суспільства, які торкаються здоров'я, шкідливі звички і залежності займають помітне місце.

Матеріали і методи: Аналіз сучасної профільної наукової літератури з метою обґрунтування актуальності та важливості результатів, що очікуються при виконанні досліджень.

Результати дослідження: Часто молодь, перебуваючи під впливом виникаючих стресових ситуацій, не готова до їх подолання. Наслідком такої психоемоційної напруги є виникнення різних форм девіантної поведінки. І найпоширенішим типом такої поведінки є адитивна поведінка, яка полягає у формуванні прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою підтримки інтенсивних емоцій, що спричиняє шкідливий вплив на здоров'я.

За результатами дослідження 2016 року, ніколи не палили 50,8% молоді (64,5% жінок і 37,3 % чоловіків). Причому 40,8 % молодих чоловіків палять щодня, серед жінок таких 14,1 %. Переважно палить молодь, яка проживає у місті – 54,8 % (у сільській місцевості палять 37,4% молодих людей).

Щодо вживання алкогольних напоїв, то переважна більшість молоді (73 %) не вживали алкогольні напої взагалі або вживають їх рідше, ніж раз на тиждень (86 % молодих жінок та 60 % чоловіків). Загалом 27 % молодих людей (40 % чоловіків і 14 % жінок) протягом останнього тижня вживали алкогольні напої хоча б одного виду. 3 % молодих людей (5 % чоловіків і 1 % жінок) вживали алкогольні напої щодня.

Дані опитування 2016 року свідчать, що ніколи не вживали наркотики 96 % 14 – 19-річних молодих людей, 91 % – 20 – 24-річних, 87,1 % – 25–29-річних і 83,9 % – 30 – 34-річних. Серед молоді, яка проживає у місті, 13,3% вживають наркотики, 6,1 % такої молоді проживають у сільській місцевості (з них 16,3% чоловіків, 6,6% – жінок). Спроби вживати наркотичні засоби мали переважно молоді люди віком 30 – 35 років (10,9 %), декілька разів вживала переважно 25 – 29-річна молодь – 3,2 %. Щодо видів наркотиків, то такі види, як канабіс, «план», «драп», «молочко» вживали найбільше молоді люди 30–34 років (3%).

Подібні тенденції підтверджують дослідження Українського Науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи серед старшокласників. Так 39,6 % заперечили вживання: цигарок (60,4 % – зазначили

вживання від «інколи» до «щоденно»), міцних алкогольних напоїв – 51 % (проти 49 %), пива або інших слабоалкогольних напоїв – 32 % (проти 68 %), наркотиків – 93 % (проти 7 %). Вражає кількість дітей, які спробували міцний алкоголь і цигарки (49 % і 60,4 % відповідно). За таких даних питання впровадження просвітницьких протиалкогольних програм набуває надзвичайної актуальності. (Ціннісні орієнтації сучасної української молоді. Щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України про становище молоді в Україні (за підсумками 2015 року) / Держ. ін-т сімейної та молодіжної політики; [редкол.: Жданов І. О., гол. ред. коллег., Ярема О. Й., Беляєва І. І. та ін.]. – К., 2016. – 200 с.). Висновки: Вивчення факторів ризику розвитку шкідливих звичок серед учнівської молоді психогігієнічними, натурними гігієнічними, статистичними методами дає змогу розробити системні профілактичні заходи гігієнічного спрямування для попередження виникнення шкідливих звичок у учнівської молоді, що приведе до поліпшення умов навчання та збереження здоров'я учнів.

Коровіна Л.Д., Бережний Г.Г.

ДЕПРЕСІЯ В РАМКАХ ВІДОБРАЖЕННЯ РІЗНИХ ПРОФІЛІВ ЛІКУВАННЯ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ЖІНОК.

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сінайко В.М.

Вступ. За останні 20-30 років, в описанні та дослідженні параноїдноїшизофренії, ми пішли від розуміння цього захворювання суто, як єдності позитивної та негативної симптоматики. Не останню роль у цьому відіграли атипові антипсихотики. Їх достатній досвід використання дозволив не тільки коректувати позитивні психопатологічні симптоми (що доволі вдало робили і роблять й зараз типові нейролептики), а й вплинути на негативний симптомокомплекс. Проте, значний успіх в лікуванні основних (можна сказати класичних симптомів шизофренії) показав, що це захворювання багатостороннє. На сьогодні неможливо не розуміти важливість когнітивного дефіциту, емоційних порушень, рівнів суїцидальності та соматичної стурбованості.

Зміни в класичному перебігу будь якої психічного захворювання, в тому числі шизофренії, зв'язують із патоморфозом. При цьому, погляд вчених поділився на тих, хто вважає це відображенням впливу сучасного лікування, та тих хто дотримується теорії власно природної динаміки хвороби.

Матеріали та методи. В нашій роботі, ми зробили дослідження основних непсихотичних порушень у жінок хворих на параноїдну шизофренію, в залежності від їх лікування. Першу групу склали пацієнтки, що типово приймали традиційні антипсихотики першої генерації (виходячи з особливостей клініки, неприйнятності атипових препаратів тощо). Її склали 34 жінки, віком 22-45 років. Другу групу склали, 35 жінок, віком 22-45 років, що приймали тільки атипові

антипсихотики. В роботі ми використовували не тільки клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи дослідження, а й психодіагностичний та антропометричний (щодо дослідження соматичного статусу).

Результати дослідження. Загальні результати показали, що в першій групі дослідження, хворі мали досить великий рівень негативної психосимптоматики, когнитивних порушень, та дещо нижчий рівень депресій та соматичної (обґрунтованої) стурбованості (за сумарним аналізом результатів PANSS, дослідження соціального інтелекту та ре-атрибуції (складання альтернатив), оперативної пам'яті та методики Калгарі).

В другій групі рівень негативної психосимптоматики був значно нижчий, як і когнітивні порушення. Проте ми бачимо доволі високий рівень депресії та обґрунтованої (не в рамках іпохондричних ідей) соматичної стурбованості.

Висновки. Наявна інформація дозволяє зробити припущення, що не тільки природний патоморфоз має бути в наявності. Вплив лікування також якісно змінює картину параноїдної шизофренії.

Можна зробити припущення, що використовуючи сучасні антипсихотики, ми не тільки спиняємо позитивну симптоматику, значно знижуємо негативну, а й підвищуємо інсайд на розуміння свого хворобливого стану. Цей факт, безумовно (за даними нашого спостереження, опитування та вивчення архівних даних) призводить до доволі високого рівня постшизофренічної депресії.

Щодо обґрунтованої соматичної стурбованості (яка є в обох групах, та може бути викликаною, в тому числі, основною терапією), більш виразна в другій групі. Не остання роль в цьому більшої критичності хворих, що приймають атипові антипсихотики. Проте роль, клінічно виразного рівня депресії, також важлива у власному оцінюванні соматичного статусу.

Тобто, можна сказати, що лікування параноїдної шизофренії сучасними антипсихотиками значно краще традиційних. Цей погляд спирається на значний вплив не тільки на позитивну, а й на негативну психосимптоматику. Але треба пам'ятати, що наслідки активного психозу виявляються доволі часто депресивними розладами, що також обтяжують соматичний стан хворих.

Коровина Л.Д.

О ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В ОБОСТРЕНИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Синайко В.М.

Введение. Обострения параноидной шизофрении всегда являются яркими и вызывают много последствий. Галлюцинаторно-параноидный синдром (с его вариантами), психомоторное возбуждение, онейроидный синдром (в том числе его элементы) не только субъективно тягостны. Данные явления могут иметь в

себе характер агрессии (в том числе невербальной) и аутоагрессии. Несмотря на относительно непродолжительный период активной позитивной психотической симптоматики, он требует немедленных мер. В большинстве случаев мы прибегаем к госпитализации с более или менее интенсивной терапией, в зависимости от каждого конкретного случая. Традиционно первые дни, а иногда и недели терапии, включают в себя только фармакологическую терапию. Психотерапевтические и реабилитационные мероприятия подключаются к основному лечению на этапе стабилизации общего психического состояния или на амбулаторном этапе.

Цель. Опираясь на современные теории раннего вмешательства и раннего начала психореабилитационных мер, мы провели исследование о возможности начала психотерапии в период активного развития болезни.

Материалы и методы. В нашей работе приняли участие 2 группы больных параноидной шизофренией женщин. Их возраст составил 22-35 лет, все они принимали терапию атипичными антипсихотиками. Первую группу составили пациентки, которым с первых дней пребывания в стационаре была рекомендована арт-терапия. Критерием исключения явились больные, с которыми не было речевого контакта и которые имели четкие аутоагрессивные тенденции, и императивные обманы восприятия деструктивного и аутодеструктивного характера. Вторую группу составили пациентки, принимавшие фармакологическое лечение, без подключения на ранних этапах арт-терапии. Критерии исключения в данной группе были теми же. Что и в первой. Арт-терапия, была представлена индивидуальными занятиями с каждой из пациенток. Это были различные, несложные рисуночные техники. Тематическая направленность рисунка не детерминировалась.

Результаты исследования. По участию в арт-терапии, группа исследования не была однородной. Часть больных имели конкретные идеи. Их рисунки представляли более-менее законченный сюжет. Часть больных рисовали отдельные предметы, хаотично располагая их по листу. Они не объясняли выбор расположения композиции и технических материалов. 2 пациентки рисовали стереотипно повторяющиеся линии и штрихи. В сравнении со второй, группа исследования, показала более быстрое и стойкое развитие контакта между врачом и пациентом. Диагностическая функция рисунка оказала помощь в раскрытии особенностей психопродукции и глубины дефекта. Пациентки группы исследования показали более быструю стабилизацию общего состояния. Так же они быстрее вовлекались в другие реабилитационные мероприятия.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что рисуночные техники позволяют наладить контакт с пациентом даже в период активного развития психотической симптоматики. В большинстве случаев рисунки включали в себя содержание обманов восприятия и общие тенденции развития психоза. Динамика рисунков позволяла оценить изменения в психическом состоянии быстрее, чем с помощью вербального контакта.

Таким образом, можно рекомендовать рисуночные техники в рамках арт-терапии для лечения пациентов в активном периоде развития параноидной шизофрении

с первых дней их пребывания в стационаре. При этом необходимо помнить, что данных метод диагностики и лечения требует больших затрат со стороны персонала, а также имеет ряд противопоказаний, связанных с особенностями позитивной психопатологической симптоматики.

Косов Е.В., Арора С.К.

ОСОБЛИВОСТІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ ЗГОРНУТИМ ГЕМОТОРАКСОМ

Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

Кафедра хірургічних хвороб, оперативної хірургії та топографічної анатомії

Науковий керівник: І.В. Белозьоров

Вступ. Проблема травми грудної клітини залишається однією з найактуальніших в сучасній хірургії та травматології. Посттравматичний згорнутий гемоторакс (ПЗГ) є одним з найбільш частих ускладнень торакальної травми. Діагностика ПЗГ і досі залишається скрутною. Правильна інтерпретація клінічних даних обумовлює вірний вибір обсягу інструментального обстеження, що сприяє оптимізації лікування постраждалих.

Матеріали та методи. У період з 2011 по 2017 роки у клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т.Зайцева НАМН України» та Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова проведено лікування 78 пацієнтів з ПЗГ. За механізмом травми переважали водії та пасажери автомобілів, що потрапили у ДТП (32,05%), ножові поранення та випадки падіння з висоти (21,79% та 19,23% відповідно). Основними причинами розвитку ПЗГ були вторинна кровотеча в плевральну порожнину (41 спостережень або 52,56%), неефективне дренування плевральної порожнини (25 спостережень або 32,05%) і пізнє звернення за медичною допомогою (11 спостережень або 14,1%). В більшості спостережень ПЗГ був діагностований після дренування плевральної порожнини без торакотомії (49 спостережень або 62,82%). У 28 поранених (35,9%) ПЗГ розвинувся після екстреної торакотомії, виконаної, в тому числі, атипичним доступом (11 з 28), при цьому неадекватний гемостаз під час торакотомії був основною причиною розвитку цього ускладнення. Інструментальна діагностика включала в себе такі методи як рентгенографія, ультразвукове дослідження і спіральна комп'ютерна томографія. Результати та їх обговорення. Рентгенологічне дослідження в терміни до 10 днів у більшості пацієнтів дозволяло виявити нерівномірне затемнення, яке не зміщується при зміні положення тіла. А пізніше у хворих виникали множинні горизонтальні рівні рідини у верхній частині затемнення. Однак, за допомогою рентгенологічного дослідження, ПЗГ досить важко диференціювати від внутрішньолегової патології. Чутливість цього методу склала 20,5%.

Ультразвукове дослідження дозволило виявити наявність вмісту неоднорідної структури з включеннями різної ехогенності і визначити обсяг патологічного вмісту. Чутливість цього методу склала 69%. Спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) дозволила з високим ступенем достовірності виявити патологічний вміст в плевральній порожнині. Крім того, СКТ дозволила чітко диференціювати ПЗГ від внутрішньолегевених змін. Чутливість методу склала 100%. Висновки. Таким чином, спіральна комп'ютерна томографія є обов'язковим і найбільш точним методом діагностики посттравматичного згорнутого гемотораксу.

Кравченко В.В., Тесленко А.С.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛУОКСКОГО ПРОТОКОЛА ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ БЕШЕНСТВА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: Меркулова Нина Федоровна

Актуальность. Бешенство - особо опасное инфекционное заболевание, которое вызывает специфический энцефалит и приводит к смерти человека. Болезнь предотвратима с помощью вакцины. Без её своевременного введения развивается рабиес, летальность которого составляет 100%. Единственным на сегодняшний день методом лечения уже клинически выраженного бешенства является Милуокский протокол, разработанный и успешно примененный доктором Родни Уиллоби в 2004 году. Материалы и методы. Милуокский протокол - экспериментальный курс лечения острой инфекции бешенства у человека, которое включает в себя введение пациента в искусственную кому и применение противовирусных препаратов. Согласно 4-й версии данного протокола лечение включает в себя: 1) Введение в искусственную кому на 7 дней с соответствующей подготовкой (катетеризация центральных вен, установка мочевого катетера и назогастрального зонда, использование аппарата ИВЛ, профилактика пролежней); 2) Контроль за жизненно важными показателями (АД, температура тела, центральное венозное давление, сатурация O₂, РаСО₂, гемоглобин, уровень натрия и глюкозы, диурез); 3) Специфическую противовирусную терапию против бешенства (видарабин, кетамин и амантадин, α-интерферон) и иммуномодулирующую терапию. Результаты исследования. От данного метода лечения мы ожидаем, что иммунная система постепенно будет вырабатывать достаточное количество антител к вирусу бешенства. К 2009 году было произведено 35 попыток лечения по Милуокскому протоколу, из которых 4 оказались успешными. Таким образом,

летальность составляет 88,5% в сравнении со 100% без его использования. Выводы. На сегодняшний день лечение по Милуокскому протоколу является единственным в мире способом борьбы с клинически выраженным бешенством, что обуславливает необходимость дальнейшей его доработки и внедрения метода в повседневную клиническую практику.

Кравчун П.П.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ
КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2
ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: академик Беловол О.Н.

Введение. Исследование качества жизни (КЖ) пациентов с постинфарктным кардиосклерозом приобретает все большую актуальность, поскольку позволяет оценивать влияние болезни на физическое, психологическое и социальное функционирование больного, определять эффективность медикаментозной и немедикаментозной терапии, хирургических вмешательств, а также прогнозировать течение болезни.

Цель – оценить качество жизни у больных с постинфарктным кардиосклерозом с сопутствующими сахарным диабетом 2 типа и ожирением.

Материалы и методы исследования. Согласно цели и задач исследования проведено комплексное обследование 71 больного с постинфарктным кардиосклерозом, сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением. Средний возраст обследованных составил $(65,13 \pm 1,43)$ года, из них мужчин было 35 (49%), женщин – 36 (51%). В группу сравнения вошло 80 больных с постинфарктным кардиосклерозом, у которых были исключены диагноз диабета и ожирения. Средний возраст больных группы сравнения составил $(63,47 \pm 1,28)$ года, из них мужчин было 42 (52,5%), женщин – 38 (47,5%). Диагноз устанавливали согласно действующих критериев.

Оценка КЖ пациентов также проводилась с помощью Миннесотского опросника КЖ больных с хронической недостаточностью кровообращения («Living with Heart Failure Questionnaire» (MLHFQ)).

Полученные результаты представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение от среднего значения ($M \pm m$). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета Statistica, версия 6,0. Оценку различий между группами при распределении, близком к нормальному, проводили с помощью критерия Пирсона. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. У больных с постинфарктным кардиосклерозом, СД 2 типа и ожирением общее количество баллов по MLHFQ составило $79,16 \pm 1,69$ баллов, что на 51,24% выше, чем в группе сравнения, где этот показатель равен $38,6 \pm 0,78$

баллов

($p < 0,001$).

При сопоставлении параметров КЖ у больных основной группы и группы сравнения найдено достоверный рост количества баллов, характеризующих физическую и эмоциональную сферы по MLHFQ на 37,66% и 51,75% соответственно ($p < 0,001$), что отражает снижение КЖ у больных с постинфарктным кардиосклерозом, СД 2 типа и ожирением. Подтверждением тому является меньшая дистанция, которую способны пройти больные с полиморбидной патологией за 6 минут ($208,34 \pm 8,84$ м) по сравнению с $353,46 \pm 9,91$ м группы сопоставления. Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что опросник MLHFQ может вполне успешно использоваться при оценке КЖ у больных с постинфарктным кардиосклерозом, СД 2 типа и ожирением. Более того, он позволяет дать дифференцированную оценку КЖ в зависимости от патологии. Во всех группах восприятия физического компонента здоровья было существенно ниже, чем психического.

Кругляк В.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖЧИН С ЗАДЕРЖКОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра урологии

Научный руководитель: Книгавко А.В.

Вступление. Каждый человек в своей жизни сталкивается с интимными проблемами. Наиболее чувствительными являются эякуляторные проблемы. Много научных работ посвящено преждевременной эякуляции, в то время как проблематика задержанной эякуляции до сих пор не полностью изучена. Целью работы является определение оптимальной методики терапии в зависимости от показателей МИЭФ, HDRS, психопатологии и удовлетворенности половым актом на фоне применения различных схем лечения у пациентов с задержкой эякуляции (ЗЭ).

Материалы и методы. На базе КЗОЗ «ХОКЦУН им. В.И.Шаповала » было обследовано и пролечено в равных по показателям 90 пациентов с ЗЭ. У 37-ми больных (группа 1) органические причины ЗЭ (диабетическая нейропатия, инфекционные заболевания предстательной железы, алкоголизм, трансуретральная резекция простаты) и 53 пациента (группа 2) были с неорганическими причинами (психогенные нарушения, депрессии, пережитый стресс, «мужские» комплексы). У пациентов собирали сексуальный анамнез, продолжительность интравагинального латентного интервала, МИЭФ анкетирование, шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), УЗИ мочеполовой системы. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту, габитусу и степени выраженности симптомов ЗЭ. В группе органических причин развития ЗЭ все МИЭФ показатели оказались хуже ($17,6 \pm 3,1$ баллов). В

подгруппе 1а пациенты получали келтикан с Вит В6. Подгруппе 1б к келтикану с Вит В6 назначали трофостимулирующую терапию нервно-рефлекторных центров спинного мозга. Группа 2а получала буспирон. В группе 2б - сертралин. Результаты исследования. В группе 1а прием келтикана с препаратами витамина В6 повысил общий показатель индекса МИЭФ до $20,5 \pm 1,7$, однако добавление трофостимулирующих методов еще улучшил этот показатель до $22,1 \pm 2,0$. При приеме буспилона в группе 2а показатели выше ($14,4 \pm 2,3$) чем группы 2б сертралина ($12,8 \pm 1,5$) с начальных $9,3 \pm 1,8$. Согласно итогам анкетирования удовлетворенности половым актом - во всех группах есть достоверное увеличение на фоне проводимого лечения: лучшие результаты в группах 1б ($22,1 \pm 2,0$) и 2а ($14,4 \pm 2,3$). Анализ пациентов свидетельствует о снижении уровня невротических проявлений у больных неорганической природы ЗЭ из-за приема агониста 5-НТ 1А (буспилона) и ИОЗС (сертралина). Выводы. Наибольший эффект в группе 1б, который выражается в улучшении показателей индекса МИЭФ, удовлетворенности половым актом и общей удовлетворенности - это группа 1б с лучшим терапевтическим эффектом комбинированного лечения: келтикан, витамин В6 и физиотерапия ($22,1 \pm 2,0$ с начальных $17,6 \pm 3,1$ баллов против группы 1а с результатом в $20,5 \pm 1,7$). Во 2й группе буспирон ($14,4 \pm 2,3$) более эффективный чем сертралин ($12,8 \pm 1,5$) при лечении СЭ неорганических причин. Подводя итоги можно сказать – терапия дает свои результаты улучшения показателей у мужчин с задержкой эякуляции.

Крутько Е.Н.¹, Середенко В.Г.¹, Сазонова Т.М.², Жадан Ю.Г.²
ОСОБЕННОСТИ СЕДАЦИИ И АНАЛГЕЗИИ КЕТОФОЛОМ

¹ГУ «Институт медицинской радиологии имени С.П.Григорьева НАМН Украины», отделение анестезиологии с койками для интенсивной терапии

²Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина, медицинский факультет

Актуальность. В последнее время появились сообщения о применении смеси кетамина и пропофола в одном шприце под названием “кетофол”. Предполагается, что сочетание кетамина и пропофола позволит сохранить эффективность седации и аналгезии, минимизировав при этом нежелательные эффекты каждого из препаратов. Цель исследования. Изучить особенности опыта применения смеси кетамина и пропофола в одном шприце под названием “кетофол”. Материалы и методы. Кетофол применялся у 65 больных при лечебных или диагностических эндоскопических вмешательствах на пищеварительном тракте. Возраст больных от 22 до 79 лет, мужчин 44, женщин 21. Продолжительность вмешательств от 5 до 35 минут. Применяли смесь кетамина и пропофола в одном шприце в соотношении 1:2, т. е. 100 мг кетамина и 200 мг пропофола. Смесь препаратов вводилась дробно,

методом “титрования”, до достижения клинического эффекта. При необходимости пролонгировали анестезию (при появлении признаков двигательной активности) введением поддерживающих доз смеси по 4-5 мл. Адекватность анестезиологической защиты оценивалась на основании комплекса клинических критериев: двигательная активность, динамика артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Проводился мониторинг SpO₂. Регистрировали, продолжительность седации и аналгезии, временной интервал, когда больные обретали способность к полной ориентировке, могли правильно назвать фамилию, имя, место пребывания, способность к самообслуживанию. Результаты исследования. У всех больных отмечена адекватная седация и аналгезия. Продолжительность аналгоседации после однократного введения смеси составляла от 5 до 20 минут, в среднем $8,5 \pm 3,8$ минут. Состояние системной гемодинамики у всех больных было стабильным, близким к исходным значениям. Существенных изменений газообменной функции легких не отмечено, значения SpO₂ находились в пределах 96%-98%. Время реадaptации составляло от 18 до 25 минут, в среднем $22,5 \pm 9,8$ минут. 16 больных (36,4%) отмечали сновидения, но они не носили неприятного характера. Заключение. Применение смеси “кетофол” в соотношении 1:2 позволило обеспечить адекватную аналгоседацию при перевязках и непродолжительных неполосных операциях у ожоговых и гнойных хирургических больных.

Кузьмина И.Ю., Жуликова М.В., Божок Г.А.

РЕАКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС НА ПОСТОЯННОЕ ХОЛОДОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Харьковский национальный медицинский университет,
Институт проблем криобиологии и криомедицины АН Украины
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна

Вступление. Действие холодового фактора на организм приводит к морфологическим и функциональным сдвигам в эндокринных органах.

Целью исследования явилось определение реакции надпочечников крыс на постоянное холодовое воздействие (ПХВ) в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование проведено на 16 половозрелых крысах линии Vistar, из которых контрольную группу составили 8 интактных животных и основную - 8 крыс, которые были подвергнуты ПХВ путем выдерживания животных ежедневно, в течение 4 часов, на протяжении 20 дней в камере при $t+4^{\circ}\text{C}$. После выведения крыс из эксперимента, изготавливали криостатные срезы ткани надпочечников толщиной 5

□ 7 мкм,

эозином по стандартной методике. Подсчитывали общую площадь поперечного сечения надпочечника, площадь коркового и мозгового вещества.

Результаты исследования. ПХВ приводило к снижению температуры тела (T_t) у животных основной группы, особенно на 3–6 сутки. Изменение T_t у крыс представляет собой начальное снижение температуры с последующим постепенным его повышением и достижением нормального уровня (на 20 сутки) при завершении адаптации. После ПХВ наблюдается тенденция к увеличению массы надпочечников за счет повышения площади коры и изменения объема кортикального вещества. В основной группе крыс обнаружено значимое увеличение площади ядер клеток клубочковой зоны на 27% по сравнению с контрольной группой. При гистологическом исследовании выявлено, что в группе контроля надпочечник животного покрыт соединительнотканной капсулой, в корковом слое хорошо различимы 3 зоны: клубочковая, пучковая и сетчатая. Клубочковая зона, которая расположена непосредственно под капсулой органа, образована мелкими клетками с овальными и круглыми ядрами. Пучковая зона представлена крупными полигональными клетками с оксифильной мелко- и крупнозернистой цитоплазмой и крупным округлым ядром. Клетки образуют эпителиальные тяжи, ориентированные перпендикулярно поверхности надпочечника. Наличие оптически пустых вакуолей в клетках свидетельствует об умеренной липидизации ткани. Клетки сетчатой зоны близки, по морфологической структуре, к клеткам пучковой зоны, однако они не образуют радиально направленных тяжей, липидизация в них выражена слабее. Наблюдается хорошо развитая капиллярная сеть, анастомозирующая с капиллярами мозгового вещества.

В надпочечниках животных основной группы (ПХВ) наблюдается утолщение соединительнотканной капсулы. Клетки клубочковой зоны увеличены. Они имеют полигональную форму, крупные овальные и круглые ядра, оксифильная цитоплазма хорошо выражена. Увеличено количество рядов клубочков. Выявлено большое количество расширенных капилляров, наполненных кровью. Благодаря таким изменениям визуально клубочковая зона выглядит шире, чем в надпочечниках животных контрольной группы. В пучковой зоне надпочечников преобладают крупные клетки со светлой цитоплазмой и большим нормохромным ядром. Они имеют высокую степень липидизации и гиперплазии в виде двухядерных элементов. Клетки сетчатой зоны коры надпочечников призматической и полигональной формы, более мелкие по сравнению с клетками пучковой зоны. Оксифильная цитоплазма менее вакуолизирована. Клеточные ядра овальные и круглые, нормо- и гиперхромные. Клетки тесно контактируют между собой, капиллярная сеть слабо выражена, однако диаметр капилляров увеличен.

Выводы. При ПХВ происходит увеличение площади коры надпочечников за счет гипертрофии и гиперплазии клубочковой и пучковой зон.

Куфтеріна Н.С.
**ПОРУШЕННЯ М'ЯЗОВОГО ТОНУСУ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЬОВИХ
СИНДРОМАХ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Кафедра неврології №1

Одним із найбільш розповсюджених порушень м'язового тону, з яким зустрічаються лікарі різних спеціальностей, - це м'язово-тонічні синдроми, що проявляються при тривалому та стійкому напруженні м'язів з формуванням у них хворобливих ущільнень, так званих «триггерних осередків». Найбільш частою причиною розвитку рефлекторних м'язово-тонічних синдромів є остеохондроз. Мета дослідження: вивчити порушення м'язового тону при вертеброгенних больових синдромах в осіб молодого віку.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 50 осіб обох статей у віці від 18 до 30 років з м'язово-тонічними синдромами на тлі остеохондрозу хребта, які перебували на амбулаторному лікуванні у Центрі медико-екологічних досліджень. Були використані загальноклінічні, клініко-неврологічні та нейропсихологічні дослідження з використанням шкал (проба Шобера, опитувальник Роланда Морріса, візуальна аналогова шкала, госпітальна шкала тривоги і депресії, Мак Гіллівський больовий опитувальник, опитувальник якості життя EuroQOL 5D). Отримані дані підлягали статистичній обробці.

Результати. Причинами больової імпульсації у більшості обстежених хворих були подразнення больових рецепторів фіброзного кільця міжхребтового диску, зв'язок хребта, капсули міжхребцевих суглобів. У відповідь на больову імпульсацію по механізму безумовного рефлексу розвивався м'язовий спазм. При цьому до патологічного процесу були залучені як паравертебральні м'язи, так і м'язи, що знаходилися на значному віддаленні від хребтового стовбура. Найбільш частою локалізацією м'язово-тонічних синдромів були трапецієподібні м'язи, сходові м'язи, ромбовидні м'язи, грушоподібні м'язи, середній сідничний м'яз, паравертебральні м'язи.

Висновок. Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок, що порушення м'язового тону при вертеброгенних больових синдромах є невід'ємним компонентом та підсилюють виразність больових синдромів.

Латогуз С.І.
**АНТИАРИТМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНГІБІТОРА АПФ РЕНІТЕК ТА
АНТАГОНІСТА РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНА-II КОЗААР ТА ЇЇ
ОБГРУНТУВАННЯ**

Харківський національний медичний університет
Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини

Вступ. Інгібітори АПФ (ренітек) і антагоністи рецепторів ангіотензину-II (козаар) в значній мірі революціонізували лікування серцево-судинних захворювань, в т.ч. артеріальна гіпертонія, застійна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця (ІХС), аритмії. Препарати виявилися корисними при лікуванні дисфункції лівого шлуночка у хворих з інфарктом міокарда, хронічними формами ішемічної хвороби серця. Метою нашого дослідження було вивчення антиаритмічної ефективності інгібітору АПФ ренітек і антагоніста рецепторів ангіотензину-II козаар. Матеріали і методи дослідження. Клінічне дослідження ренітек проведено у 42 хворий ХІХС (32 чоловіків, 10 жінок) у віці до 45 років - 4 людини (9,5%), від 45 до 59 років - 24 (57,1%), від 60 до 74 років - 11 (26,2%), старше 74 років - 3 хворих (7,1%). Клінічна ефективність козаар вивчена у 32 хворих (21 чоловік і 11 жінок) з порушеннями ритму серця при ХІХС у віці від 30 до 80 років. До 45 років було 3 людини (9,4%), від 45 до 59 років - 11 (34,4%), від 60 до 74 років - 12 (39,1%), 74 років від - 6 хворих (17,2 %). Ренітек для купірування порушень ритму застосовувався в залежності від ситуації по 10-20 мг 1-2 рази на добу. Козаар застосовували в дозі 50-100 мг на добу. Результати дослідження та їх обговорення. Позитивний терапевтичний ефект при призначенні ренітек спостерігається у хворих з синусовою тахікардією в 60,8% випадків (у 14 з 23 хворих), з частою надшлуночковою екстрасистолією - в 54,5% (у 6 з 11 осіб), з надшлуночковою пароксизмальною тахікардією - в 50% (у 2 з 4 обстежених), з пароксизмами миготливої аритмії - в 40% (у 2 з 5) хворих, з шлуночковою екстрасистолією - в 55,5% (у 5 з 9 чоловік). Найбільше число позитивних результатів зареєстровано при лікуванні козаар: шлуночкова екстрасистолія (60%), надшлуночкова екстрасистолія і мерехтіння передсердь (50%). З побічних явищ при лікуванні козаар у 4 хворих відзначена слабкість, у 2 - зниження системного артеріального тиску. Висновки:

1. Найбільш виражений протиаритмічний ефект ренітека у хворого ХІХС при надшлуночкових, шлуночкових екстрасистоліях і синусовій тахікардії.
2. Протиаритмічна дія ренітек, за нашими даними, обстежено позитивною його дією на ренін-ангіотензин-альдостеронову, калікреїн-кінінову, симпатoadреналову та простагландінову системи, зняття або зменшення аритмогенного ефекту, гіпокаліємія, катехоламіни, простагландини серія Е, вільні жирні кислоти, кортизол, посиленням вазорелаксуючою дією циклічних нуклеотидів, брадикініну, нормалізація метаболізму і співвідношення електролітів.
3. Протиаритмічна дія козаар більш виражена в порядку переваги при шлуночкової екстрасистолії, а також мерехтінні і тріпотінні передсердь, частою надшлуночковою екстрасистолією.
4. Козаар, за нашими даними, зменшує вплив ангіотензину-II на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, функцію надниркових залоз, нормалізує співвідношення натрію і калію внутрішньо- і поза клітиною, збільшуючи вміст циклічних нуклеїдов, зменшуючи вміст вільних жирних кислот, тим самим

викликаючи протиаритмічний ефект, є препаратом вибору при вищевказаних факторах.

Латогуз С.И.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ
НАРУШЕНИЯХ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХНЗЛ И СПОСОБЫ
ЕЕ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭТМОЗИНА И АУФОК

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины с курсом
физическом воспитании и здоровья

Введение. В настоящее время наблюдается значительный рост числа больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Они нередко развиваются у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), особенно при наличии у них такого фактора риска коронарного атеросклероза, как курение. Одним из новых методов лечения является применение аутотрансфузий облученной ультрафиолетовыми лучами крови (АУФОК). **Цель исследования.** Нами изучено влияние АУФОК на эндотелиальную дисфункцию и течение нарушений сердечного ритма у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ). **Материалы и методы исследования.** Для этого обследовано 39 больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом и аритмиями в динамике лечения этмозином 19 больных (1-я группа) и этмозином и АУФОК – 20 больных (2-я группа). У обследованных больных регистрировалась желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), соответствующая I-II градации по Jawn. Все больные находились на стационарном лечении. Для ультрафиолетового облучения крови использовали аппарат «Изоolda» МД-73М. Забор венозной крови и ее облучение проводили из расчета 1 мл на 1 кг массы тела. Скорость движения через кювету равнялась 12 мл/пн. Курс лечения состоял из 7 ежедневных сеансов, обеспечивающих стандартную дозу, рекомендуемой инструкцией по применению препарата. Этмозин больным 1-й и 2-й групп назначали по 100 мг х 3 раза в день. Продолжительность лечения составила 7 дней. **Результаты исследования и их обсуждение.** Как видно из приведенных данных при проведении лечения этмозином на фоне урежения ЖЭ с $796,5 \pm 13,4$ до $153,1 \pm 12,2$ за сутки отмечалось статистически достоверное снижение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) с $16,28 \pm 1,01$ нг/мл до $13,01 \pm 0,24$ нг/мл ($p < 0,05$), увеличение уровня цГМФ с $6,68 \pm 0,41$ нмоль/л до $8,96 \pm 0,21$ нмоль/л ($p < 0,05$). При проведении комбинированного лечения этмозином и АУФОК (2-я группа больных) наблюдалось существенное уменьшение числа ЖЭ с $802,9 \pm 11,8$ до $97,1 \pm 10,1$ за сутки. Кроме того, отмечалось снижение уровня ЭТ-1 с $16,57 \pm 0,63$ нг/мл до $12,97 \pm 0,41$ нг/мл ($p < 0,05$). Уровень цГМФ возрос с $6,54 \pm 0,34$ нмоль/л до

9,01±0,42 нмоль/л (p<0,05).

Обращало на себя внимание то, что число экстрасистол после лечения у больных, леченных этмозином и АУФОК было достоверно меньше, чем у больных, которым проводилось лечение только этмозином. Показатели соответственно равны 153,4±12,3 и 197,1±10,4 экстрасистол за сутки (p<0,05). При использовании этмозина и АУФОК у больных ХНЗЛ и ЖЭ были сходные изменения большинства кардиогемодинамических показателей. Периферическая вазодилатация оказывает положительное влияние на коронарное кровообращение, повышает коронарный резерв, создавая более благоприятные условия для эффективного лечения нарушений сердечного ритма.

Выводы:

1. Таким образом, можно отметить, что включение в комплексную антиаритмическую терапию АУФОК позволяет получить дополнительный положительный клинический эффект у больных ХНЗЛ и сопутствующими нарушениями сердечного ритма.
2. Дополнительное антиаритмическое действие обусловлено, в первую очередь, способностью АУФОК уменьшать активность перикисного окисления липидов.
3. Об улучшении функции эндотелия также косвенно свидетельствует снижение уровня ЭТ-1 на фоне проведения комбинированной терапии.

Лещенко К.А., Гелетка А.А.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПАТИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №1

Введение. Заболевания периферической нервной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний нервной системы. Среди которых мононейропатия малоберцового нерва является одним из наиболее часто встречаемых синдромов

Целью нашей работы было изучить состояние подошвенных сгибателей стопы, иннервируемых ветвями большеберцового нерва на пораженной и непораженной стороне в зависимости от степени нарушения функции дистальной порции малоберцового нерва.

Материалы и методы. на базе неврологического и поликлинического отделений Харьковской областной клинической больницы, Нами были исследованы 24 пациента с умеренным парезом тыльных разгибателей стопы как следствие нейропатии дистальных ветвей малоберцового нерва в возрасте от 38 до 51 года, средний возраст составил 41,4±5 лет из которых 17 мужчин и 7 женщин, контрольную группу составили 20 человек сопоставимых по полу и возрасту. Состояние мышц и нервов верифицировались с помощью метода поверхностной

ЭМГ. Были исследованы скорость проведения импульса по обоим малоберцовым и большеберцовым нервам, амплитуды моторных ответов сгибателей и разгибателей стопы на стороне поражения и на не пораженной стороне.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов при стимуляции малоберцового нерва амплитуда моторного ответа мышц-тыльных разгибателей стопы на стороне пареза составила $0,91 \pm 0,03$ мВ, что на 68% ниже контрольных значений. Амплитуды моторного ответа подошвенных сгибателей стопы иннервируемых большеберцовым нервом составила $14,3 \pm 0,9$ мВ на пораженной и $18,7 \pm 1,3$ мВ на противоположной стороне. Скорость проведения импульса по обоим большеберцовым нервам были в пределах нормативных значений у больных обеих групп и составили $43,7 \pm 2,6$ м/с без значимой разницы сторон.

Выводы. При нейропатии малоберцового нерва с умеренным парезом мышц-разгибателей стопы, формируется гиперфункция мышц-сгибателей стопы с двух сторон. Это вероятно происходит за счет компенсаторного перераспределения нагрузки на сгибатели подошвы во время акта ходьбы и при стоянии.

Литвиненко А.Н., Кидун К.А., Провалинский А.В.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ У САМЦОВ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

УО "Гомельский государственный медицинский университет"

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Угольник Т.С.

Введение. При стрессе происходит повреждение клеточных мембран, что сопровождается нарушением работы ионного транспорта с изменением внутри- и внеклеточного содержания различных микроэлементов.

Цель. Изучить изменения электролитного состава сыворотки крови у самцов крыс линии Вистар при хроническом стрессе по Ortiz.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 102 половозрелых самцах крыс линии. Крысы были разделены на 2 группы: интактные животные составили группу контроля ($n=31$) и опытная группа животных ($n=71$). Опытная группа животных была подвергнута 10-дневному хроническому стрессу по Ortiz. Экспериментальная работа проводилась в соответствии с Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации о гуманном отношении к животным.

Содержание калия, натрия, кальция, магния в сыворотки крови у животных опытной и контрольной групп определяли с помощью стандартных биохимических наборов Vital на полуавтоматическом анализаторе Klima-MC15(Барселона).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ "Statsoft (USA) Statistica 8".

Анализ различий в двух независимых группах по количественным показателям проводили с использованием критерия Манна-Уитни (U, Z). Данные приведены в виде Me(Q1;Q3), где Me - медиана, Q1;Q3 - верхний и нижний квартиль. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

У животных опытной группы наблюдалось статистически значимое повышение уровня магния в сыворотке крови – 1,2(1,0;1,1) ммоль/л по сравнению с контрольной группой животных – 1,0 (1,0;1,1) ммоль/л $p = 0,0018$.

У крыс опытной группы отмечалось увеличение уровня сывороточного калия по сравнению с интактными животными, соответственно: 5,1(4,3;5,8) ммоль/л и 4,2(3,9;4,8) ммоль/л, различия статистически значимы ($p < 0,001$). У крыс, перенесших хронический стресс, было выявлено снижение уровня натрия в сыворотке крови – 156 (135;181) ммоль/л по сравнению с контрольной группой – 222 (147;232) ммоль/л, различия статистически значимы ($p = 0,01$).

Известно, что дефицит внутриклеточного магния нарушает функционирование Na^+-K^+-ATP азного мембранного насоса. Как следствие, происходит перераспределение калия из внутриклеточного во внеклеточное пространство. Уровень сывороточного кальция не имел статистически значимых различий между животными опытной и контрольной групп.

Вывод

У самцов крыс линии Вистар, перенесших хронический стресс по Ortiz, наблюдается изменение электролитного состава сыворотки крови: повышение уровня магния ($p < 0,005$), калия ($p < 0,001$) и снижение уровня натрия ($p < 0,02$) по сравнению с животными контрольной группы.

Логвінов Д.І., Лисак М.В.

АКТУАЛЬНІСТЬ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра гігієни та екології №2

Науковий керівник к.мед.н., професор Завгородній І.В.

Синдром вигорання - це стан емоційної, психічної та фізичної виснаженості, викликаний станом сильного стресу протягом тривалого часу. У зарубіжній літературі використовується термін «burnout» (анг.), який вперше був запропонований Фроуденбергером (Freudenberger, 1974). Інтерес до дослідження даного синдрому виріс після того, як американські вчені Маслач і Джексон систематизували характеристики даного синдрому і розробили методику анкетування для кількісної оцінки (Maslach, Jackson, 1986). Найчастіше синдром вигорання в іноземній літературі розглядають як наслідок тривалого професійного стресу, і часто терміни «стрес» і «вигорання» використовуються як синоніми. Спочатку під синдром емоційного вигорання (СЕВ) малося на увазі стан

виснаження з відчуттям власної марності. Пізніше симптоматика даного синдрому істотно розширилася за рахунок психосоматичного компоненту. Дослідники все більше пов'язували синдром з психосоматичним самопочуттям, який відносять до стану передхвороби. Існуючі теоретичні спроби пояснення походження синдрому вигорання можна звести до двох основних підходів. Згідно з одним, змінні «вигорання» закладені в самій особистості, її цінностей, ідеалів, особливості реагування на стресові фактори, тоді як, згідно з іншим, основний акцент робиться на особливостях організації виробничої діяльності з такими її складовими, як адекватне керівництво, соціальна підтримка, система заохочень і т.д. В даний час існує безліч моделей СЕВ, що описують даний феномен. Найбільше визнання отримала трьохфакторна модель С. Maslach, в якій синдром психічного вигорання являє собою тривимірний конструкт, що включає в себе емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію особистих досягнень.

З кінця сімдесятих років у світі існує загальна стурбованість щодо того, що самі по собі професії, особливо сфери «людина-людина», сприяють розвитку хворобливих станів, що проявляються у вигляді розчарування в професії і деморалізації, зниження показників продуктивності та якості праці, наростаючої схильності до роздумів про те, щоб залишити професію, а також у вигляді погіршення стану психічного і соматичного здоров'я. Стан суб'єктів праці позначається не тільки на якості наданої професійної допомоги та продуктивності праці, але впливає і на соціальне здоров'я в цілому. Серед професій, в яких СЕВ зустрічається найбільш часто (від 30 до 90% працюючих), слід зазначити лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, а також працівників правоохоронних органів. На сьогодні велика кількість спостережень та ідей щодо вигорання дало можливість представникам професій, пов'язаних з роботою в сфері «людина-людина», розглянути приховані механізми своєї роботи, здатні призвести до того, що працівники перестають справлятися зі своїми обов'язками, втрачають творчий настрій щодо предмета та продукту своєї праці, деформують свої професійні відносини, ролі та комунікації. Таким чином, сьогодні професіонал у сфері «людина - людина» відчуває синдром вигорання у катастрофічних розмірах. Це серйозна проблема, за яку платять високу ціну як люди, так і організації. На даному етапі розвитку суспільства і зростаючого інформаційного навантаження, СЕВ одна з головних проблем людства сьогодні і в майбутньому.

Лола Н.В.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ЗА 2015-2016 ГОДЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: доц. Китаенко Зоя Анатольевна

Актуальность. Туберкулёз занимает немаловажное место в структуре легочных заболеваний. Несмотря на большие успехи в диагностике и лечении этого заболевания, ещё остаётся ряд нерешённых вопросов в проблеме подросткового туберкулёза. Необходимо совершенствовать мероприятия по реабилитации детей больных туберкулезом и детей из групп медицинского и социального риска.

Цель исследования – изучить динамику заболеваемости туберкулёзом детей подросткового возраста за 2015-2016 годы в Харьковской области.
Материалы и методы. Таблицы заболеваемости туберкулёзом детей подросткового возраста в Украине, в частности в Харьковской области, за 2015-2016 годы.

Материалы и их обсуждения. В 2016 году в Харьковской области наблюдается снижение заболеваемости туберкулезом среди детей подросткового возраста на 3,2% в сравнении с 2015 годом. Показатель заболеваемости составляет 15,6 на 100 тысяч подросткового населения, а в 2015 году – 16,1 на 100 тысяч подросткового населения. В 2016 году туберкулёз диагностирован у 10 человек, а в 2015 году – у 11 человек. При профосмотре туберкулёз выявлен в 2016 году у 6 человек (60%), в 2015 году – у 10 человек (90,9%), при обращении в 2016 году – у 4 человек (40%), в 2015 году – у 1 (9,1%). Из них в 2016 году подростки 15-16 лет – 7 человек (70%), в 2015 году – 6 человек (54,5%), в 2016 году подростки 17 лет – 3 человека (30%), в 2015 году – 5 человек (45,5%). Из них в 2016 году посещают учебные заведения 90%, а в 2015 году – 100%. У 21 подростка имел место туберкулёз органов дыхания. В 2016 году туберкулез легких выявлен у 10 человек (100%), из них инфильтративный туберкулез – 100%. В 2015 году туберкулез легких выявлен у 10 человек (90,9%), из них инфильтративный туберкулез – 9 человек (72,7%), очаговый – 1 человек (9,1%). В 2016 году деструктивные изменения в легочной ткани выявлены у 9 подростков (90%), а в 2015 году деструкции не наблюдалось. В 2016 году бактериовыделение выявлено у 7 человек (70%), а в 2015 году – у 4 (36,4%). Все подростки (21 человек), которые заболели туберкулезом в течение 2015 - 2016 годов, были привиты и имели поствакцинальные знаки. У 3 подростков (14,3%) туберкулинодиагностика проводилась не ежегодно. Инфицированы в детском возрасте 13 человек (62%). Не получали профилактики в период виража туберкулиновой реакции 6 человек (28,6%). Не были обследованы флюорографически в возрасте 15 лет 4 подростка (19%). Туберкулезный контакт отмечался у 4 человек (19%). Из социально дезадаптированных семей 15 подростков (71,4%).

Выводы. Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом детей подросткового возраста в сравнение с 2015 годом 2016 год отличается ухудшением структуры заболеваемости. Возросло количество деструктивных форм туберкулеза легких с наличием бактериовыделения. Кратко анализируя показатели заболеваемости данной патологией детей подросткового возраста необходимо отметить важность своевременной консультации фтизиатра с целью предотвращения заболевания. Необходимо соблюдать сроки прохождения профилактического флюорографического обследования. Особое внимание нужно уделить профилактике туберкулеза у подростков из социально дезадаптированных семей.

Лола Н.В., Васильченко Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель: проф., д. мед. наук Макеева Н.И.

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является актуальной проблемой здравоохранения, учитывая увеличение численности больных с тяжелыми и осложненными формами заболевания. Такая ситуация может объясняться слишком поздней диагностикой БА. Цель исследования: изучить особенности факторов риска формирования тяжелого течения БА у детей. Материалы и методы: проведен анализ 50 случаев детей с персистирующей БА различной степени тяжести. Для определения связи между качественными характеристиками применяли критерий χ^2 Пирсона. Проводили анализ формирования относительного риска (RR) возникновения события, определен 95% интервал надежности. Интерпретацию полученных значений статистических критериев проводили в соответствии с рекомендациями Rea & Parker.

Результаты и обсуждение. При анализе наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям отмечено, что наиболее частые случаи отягощенного семейного аллергоанамнеза встречаются у детей с тяжелым течением заболевания ($p < 0,05$). Определено наличие связи между тяжестью течения заболевания и отягощенным семейным аллергоанамнезом ($\chi^2 = 6,078$ ($p < 0,05$)). С помощью нормированного значения коэффициента Пирсона определена средняя сила связи между наличием наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям и тяжестью течения БА ($C' = 0,352$). То есть у детей с наличием этого обстоятельства риск формирования тяжелого течения заболевания в 7 раз выше ($RR = 7,111$ [ДИ 95% 1,991-51,025], $p < 0,05$). Отмечено, что с ростом тяжести БА увеличивается количество больных с

аллергическим ринитом ($p = 0,0131$), что может указывать на родство патогенетических механизмов формирования болезни. При проведении статистической обработки определена связь между тяжестью течения БА у детей и имеющейся аллергопатологией ($\chi^2 = 5,425$, $p < 0,05$). Определена связь средней силы между наличием сопутствующей аллергической патологии и тяжестью течения заболевания ($C' = 0,335$). Отмечено, что у детей с сопутствующей аллергической патологией имеет место высокий относительный риск ($RR = 3,500$ [ДИ 1,080-11,343] $p < 0,05$) формирования именно тяжелого течения БА. При дальнейшем анализе установлено, что у детей с тяжелым течением БА чаще имели случаи острого респираторного заболевания, чем у детей с легким и среднетяжелым течением. При проведении статистической обработки отмечено наличие связи между тяжестью течения БА и частыми острыми респираторными заболеваниями ($\chi^2 = 11,206$, $p < 0,01$). При дальнейшем анализе установлена относительно сильная связь между наличием частых ОРЗ и тяжестью заболевания ($C' = 0,468$). Это значит, что в формировании тяжелого течения БА могут принимать участие не только атопические механизмы. У детей с частыми острыми респираторными заболеваниями риск возникновения тяжелого течения БА в 8,9 раз выше ($RR = 8,9$ [ДИ 95% 2,249-35,555], $p < 0,01$). Выводы. Доказано, что значимое воздействие на формирование тяжелого течения БА оказывает как высокий уровень сенсибилизации организма, так и влияние респираторных инфекций, усиливающих преморбидный биологический дефект.

Лопина Н.А.

ВЛИЯНИЕ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА УРОВЕНЬ ФРАКТАЛКИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель: Журавлева Лариса Владимировна

Вступление. Цель исследования - оценить уровни факталкина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2-го типа и характера поражения коронарных артерий (КА) до терапии и в процессе проводимой стандартной и комбинированной терапии с добавлением альфа-липоевой кислоты (АЛК). Материалы и методы: обследован 131 пациент с ИБС (89 мужчин, 42 женщин), средний возраст которых составил $59,6 \pm 9,11$ лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. В зависимости от наличия СД 2-го типа больные ИБС были разделены на 2 группы: 1-ая группа ($n = 70$) - больные с сопутствующим СД 2-го типа, 2-ая группа ($n = 61$) - больные ИБС без сопутствующего СД 2-го типа. Всем пациентам проводилась коронарография.

Все пациенты в зависимости от характера проводимой терапии были разделены на 2 подгруппы – подгруппа IA (стандартной терапии) и подгруппа IB (комбинированной терапии). У всех больных оценивались уровни фракталикина до терапии и через 3 месяца лечения. Результаты. У пациентов с ИБС как с сопутствующим СД 2-го типа, так и без, повышены уровни фракталикина достоверно в сравнении с группой контроля ($p<0,05$). У лиц с диффузным поражением КА у как с сопутствующим СД 2-го типа, так и без уровни фракталикина были достоверно выше, чем у лиц без диффузного поражения КА ($p<0,05$). При оценке проводимой терапии у лиц в зависимости от наличия гемодинамически значимых стенозов и характера проводимой терапии выявлено достоверное снижение уровня фракталикина в 1а подгруппе ($562,53\pm66,24$ пг/мл vs $503,89\pm64,52$ пг/мл; $p=0,0045$), 1б подгруппе ($630,22\pm135,46$ пг/мл vs $551,33\pm114,48$ пг/мл; $p=0,001$), 2б подгруппе ($514,66\pm80,88$ пг/мл vs $466,13\pm73,10$ пг/мл; $p=0,002$) и недостоверное снижение уровня фракталикина через 3 месяца терапии в 2а подгруппе ($430,57\pm114,5$ пг/мл vs $400,87\pm107,1$ пг/мл; $p=0,23$). При оценке проводимой терапии у лиц в зависимости от наличия диффузного поражения КА и характера проводимой терапии выявлено достоверное снижение уровня фракталикина во всех подгруппах, а именно в 1в подгруппе ($657,57\pm131,53$ пг/мл vs $569,95\pm115,1$ пг/мл; $p=0,0008$), 1г подгруппе ($543,25\pm69,65$ пг/мл vs $491,21\pm64,89$ пг/мл; $p=0,003$), 2в подгруппе ($558,50\pm44,12$ пг/мл vs $500,25\pm31,79$ пг/мл; $p=0,005$) и достоверное снижение уровня фракталикина через 3 месяца терапии в 2г подгруппе ($485,83\pm97,81$ пг/мл vs $442,51\pm89,75$ пг/мл; $p=0,01$). При сравнении режимов терапии было выявлено, что в подгруппе стандартной терапии средний уровень фракталикина до начала лечения составил $485,07\pm106,55$ пг/мл, а через 3 месяца терапии - $444,08\pm99,86$ пг/мл, при этом разница между первоначальным значением и достигнутым через 3 месяца достоверной не была ($p=0,08$), хотя отмечалась тенденция к снижению уровня данного показателя. У пациентов подгруппы IB ($n=105$), у которых проводилась комбинированная терапия, была отмечена достоверная тенденция к уменьшению уровня фракталикина через 3 месяца в сравнении с первоначальным значением до терапии ($510,49\pm103,95$ пг/мл vs $575,56\pm123,86$ пг/мл; $p=0,00001$). При этом относительное снижение уровня фракталикина в подгруппе IA составило 8,45%, в подгруппе IB 11,3%. Выводы. Полученные результаты демонстрируют влияние на развитие и прогрессирование атеросклероза дисфункции эндотелия, особенно выраженной на фоне сопутствующего СД 2-го типа. Применение в схемах комбинированной терапии АЛК способствует достоверному снижению уровня фракталикина, а, следовательно, ведёт к уменьшению дисфункции эндотелия и как следствие, возможному улучшению прогноза в данной группе пациентов.

Мамасуева Л.В., Ахалая Е.А.
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ
ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ СОВМЕСТНО С
ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПГ 1,2

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа

Научный руководитель: Береговая Алла Анатольевна

Герпес — это плохо контролируемое, социально значимое вирусное заболевание, при котором наблюдаются характерные высыпания на коже, а также поражение слизистых оболочек, глаз, внутренних органов, нервной системы. На сегодняшний день, врачу предоставляется многообразие препаратов и способы лечения ВПГ 1,2.

Цель работы: сравнение эффективности наиболее популярных препаратов для лечения герпеса на основе продолжительности ремиссии, удобства в применении, доступности, а также выявление эффективности сочетанного применения наиболее эффективного препарата с иммуномодулятором (Новирином).

Первый лечебный синтетический нуклеозид – Ацикловир (ациклический аналог гуанозина) – стал «золотым стандартом» противогерпетической химиотерапии. Механизм действия препарата основан на нарушении репликации вируса посредством образования ацикловира трифосфата из тимидинкиназы ВПГ в инфицированных клетках. Однако, согласно ранним исследованиям, устойчивость вируса к Ацикловиру постепенно начинает расти, особенно у пациентов, которые регулярно, на протяжении более 5 лет, принимали данный препарат. Фамцикловир трансформируется в организме в активное противовирусное соединение – пенцикловир. После перорального приема его биодоступность составляет 77%. Фамцикловир обладает рядом существенных преимуществ в сравнении с ацикловиром – это прежде всего высокий аффинитет к тимидинкиназе, значительное блокирование синтеза ДНК. Время, необходимое для достижения максимальной концентрации препарата, почти в 2 раза меньше, чем у ацикловира, соотношение концентрации препарата в клетках, пораженных вирусом, и концентрации в здоровых клетках составляет 16,95:1. По профилю безопасности у взрослых фамцикловир близок к ацикловиру. Валацикловир представляет собой L-валиновый эфир ацикловира. Эфирная «надстройка» обеспечивает высокий уровень всасываемости перорально введенного препарата, повышая его биодоступность в 3,3–5,5 раза по сравнению с ацикловиром (15–30% и 50–70% соответственно, в зависимости от дозы). Механизмы действия валацикловира и ацикловира практически не отличаются. Достоинство валацикловира по сравнению с ацикловиром состоит в том, что его оральный прием создает концентрации ацикловира в сыворотке крови и других внутренних средах, эквивалентные тем, которые достигаются только при его внутривенном введении. Именно это позволяет пациенту уменьшить число приемов препарата при рецидиве до 2 раз/сут. (в отличие от

ацикловира, который принимают 5 раз/сут.). В настоящее время в клинической практике перспективным аналогом Валацикловира является Валвир.

Результаты исследования: По данным клинических исследований эффективность и безопасность Валвира эквивалентна оригинальному препарату – 55% - эффективное лечение 40% высокоэффективное лечение 5% без эффекта от лечения. Но является более доступным препаратом – экономия 51 %. По данным наших исследований, у 33 больных, при сочетанном применении Валавира с иммуномодулятором (Новирин) эффект лечения увеличивался на 21%, в отличие от ацикловира -18%.

Вывод: Проанализировав самые популярные препараты для лечения ВПГ1,2, можно сделать вывод, что Валвир является наиболее современным, качественным, доступным и эффективным препаратом для лечения герпеса, а при сочетанном применении с иммуномодулятором Новирин – его эффективность возрастает. Для возрастания положительного эффекта на 21% при противогерпетической терапии следует использовать иммуномодуляторы.

Маркевич Н.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бобронникова Л.Р.

Ингибиторы протонной помпы являются на данный момент одними из самых назначаемых лекарственных средств, широко используемых в схемах лечения пациентов с гастроэнтерологической кислотозависимой патологией такой, как гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь желудка и т.п. Однако в наши дни имеется тенденция увеличения продолжительности применения препаратов данной группы, а также бесконтрольного их использования больными без консультации с врачом. В основном, ИПП считаются хорошо переносимыми препаратами с редкими и незначительными побочными эффектами при кратковременном их использовании. Тем не менее, все чаще появляются данные о серьезных, потенциально угрожающих жизни пациента, осложнениях при длительном употреблении ИПП. Поэтому данная тема является актуальной в данный момент.

Целью исследования стало выявление побочных эффектов применения ингибиторов протонной помпы и описание основных механизмов развития этих состояний.

Материалы и методы. В ходе работы была рассмотрена и проанализирована имеющаяся литература, свидетельствующая о возможной связи длительной терапии ИПП и различных побочных эффектов, а также были предложены основные механизмы, которые могли привести к их развитию.

Результаты. В ходе проведенного анализа были обнаружены случаи развития осложнений разных степеней тяжести. Потенциальные побочные эффекты варьируют от взаимодействий с другими лекарствами, повышенного риск инфекций, снижения всасывания веществ в кишечнике до повреждений почек и развития деменции.

Выводы. Таким образом, в ходе анализа было выявлено наличие осложнений при длительном применении ИПП, однако преимущества терапии данной группы препаратов существенно превышали ущерб от развитых осложнений. Тем не менее, следует тщательнее контролировать назначение и употребление их больными, ведь риск развития осложнений стремительно возрастает со временем употребления ИПП.

Матвеев М.С., Косова А.О.

ОЦІНКА МОЖЛИВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПОЛІТРАВМОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ Й ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

ХНУ ім. В.Н.Каразіна

Кафедра хірургічних хвороб, оперативної хірургії та топографічної анатомії
Науковий керівник: Ю.В. Волкова

Вступ. Травма в наслідок ДТП та нещасних випадків характеризується значним ступенем ушкодження різних тканин та органів. Для травматичної хвороби характерні патологічні і адаптивні реакції, останні з яких спрямовані на збереження життя індивіда і відновлення порушених функцій. Також увагу потрібно спрямувати на хворих з тривалою гіпотензією, у яких супутня соматична патологія і тяжкість отриманих ушкоджень мають певний вплив на розвиток ускладнень.

Метою дослідження була оцінка ускладнень в ранньому періоді ТХ, їх взаємозв'язок з супутньою соматичною патологією у постраждалих з тяжкою поєднаною травмою й пошук найбільш раціонального вибору інфузійних препаратів у комплексі інтенсивної терапії періопераційного періоду ТХ направлений на поліпшення реологічних властивостей крові, стану мікроциркуляції і оксигенації тканин організму.

Матеріали і методи. Обстежено 32 постраждалих з поєднаними травмами, 18 (56,25%) чоловіків, 14 (43,75%) жінок, віком від 18 до 55 років. Механізм травм був наступним: ДТП – 18 (56,25%) пацієнтів, падіння з висоти – 10 (31,25%) й побутова травма у 4-х (12,5%) пацієнтів.

При надходженні тяжкість травми оцінювали за допомогою шкали Injury Severity Score (ISS), APACHE II. У всіх пацієнтів при лікування визначали середній об'єм, середній діаметр, середню поверхню еритроцитів, середню концентрацію гемоглобіну в 100 мл еритроцитів, активність ферментів гліколізу в еритроциті, показники газового складу і кислотно-основного стану крові. Інтенсивну терапію

було доповнено призначенням латрену або ГІК і латрену. Результати дослідження. При оцінці тяжкості за шкалою ISS у 20 (62,5%) постраждалих тяжкість травми становила до 25 балів й у 12 (37,5%) – більш ніж 25 балів; тяжкості хворих за шкалою APACHE II 13 пацієнтів увійшло в групу близько 10 б й 19 – з 10 до 20 балів.

Основними коморбідними станами були ІХС 5 (15,63%), бронхіальна астма 1 (3,13%), цукровий діабет 3 (9,38%). Більшість постраждалих також мали шкідливі звички: паління - 68,75% , 75% при надходженні були у стані алкогольного сп'яніння.

Найбільш поширеними госпітальними ускладненнями травматичної хвороби при поєднаній травмі в даній групі були: пневмонія (68,75%), анемія(65,6%), жирова емболія (1,2%), інфекції сечовидільних шляхів (6,25%) й місцеві інфекційні ускладнення (6,25%).

Сумісне призначення ГІК і латрену у комплексі інтенсивної терапії покращувало оксигенацію тканин організму, зменшувало прояви гіпоксії.

Висновки. Гострий період тяжкої поєднаної травми легеневою інфекцією, що пов'язана з ШВЛ, супутньою патологією легеневої системи й тяжкістю травми, анемією, яка виникає після масивної крововтрати, а також жирова емболією, інфекцією сечових шляхів й місцевими інфекціями.

Вірогідність розвитку ускладнень пов'язана з віком, запізнілою або неадекватною інтенсивною терапією, яка може привести до порушення доставки й споживання кисню, гіпоксії, наявністю супутньої патології й з більш тяжким ступенем травми ніж у пацієнтів без ускладнень.

Матяшок А.А.

ВПЛИВ ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ НА КИСЛОТНО-ОСНОВНИЙ СТАТУС ОРГАНІЗМУ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра медичної біології та генетики

Науковий керівник: к.б.н., асс. Лопушинська І.В.

Вступ. Визначити стан кислотно-основного статусу організму молодих людей, а також встановити вплив якості харчування на кислотно-основну рівновагу організму.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження являлися студенти молодших курсів Буковинського державного медичного університету (100 людей). Про стан кислотно-основного статусу організму обстежених судили за значеннями загальної і активної кислотності сечі. Крім того, визначався вміст кальцію в слині. Визначення коефіцієнтів кореляції поміж досліджуваних параметрів виконувалося за допомогою комп'ютерної програми Excel 2013. Результати дослідження . Щоб виявити особливості харчування студентів, було проведене анкетування. За результатами опитування студенти були розділені на

три когорти. До першої когорти були віднесені студенти, в раціоні харчування яких переважали кислотоутворюючі продукти. Дана група складала 86% від числа досліджуваних. До другої групи віднесені студенти, в раціоні харчування яких переважали лугоутворюючі продукти. Їх кількість складала 10% від числа досліджуваних. Найменш чисельною (тільки 4%) виявилася третя когорта, в раціоні яких переважали нейтральні продукти. Використовуючи літературні дані, ми врахували, що рН сечі від 5 до 6 відповідає явно вираженому ацидозу. Значення рН від 6 до 7 – початковій стадії ацидозу. Значення рН від 7 до 8 відповідає фізіологічній нормі, а рН від 8 до 9 свідчить про підвищення лужності організму. Дослідження показали, що в першій когорті активна кислотність змінилася від 5,14 до 8,22, а загальна – від 8 до 120 ммоль/л. Тільки в цій групі були виявлені студенти з сильно вираженим закисленням організму. Їхня кількість складала 27% від загального числа обстежених даної групи. Цікаво відмітити, що у 27% студентів даної когорти кислотність сечі знаходилася в межах рН 7-8, що свідчить про відсутність порушення КОС. Про незбалансоване харчування студентів даної групи свідчить і той факт, що найбільш чисельною (45%) виявилася група ризику. Закислення організму приводить до вимивання кальцію із кісткової тканини і зубної емалі. Якщо в нормі концентрація кальцію в слині складає 40-80 мг/м, то у студентів з високою кислотністю сечі (рН 5-6) вона знижена до 4,5- 19,7 мг/л. Нормальну кількість кальцію в слині виявлено тільки у досліджуваних з нейтральним значенням рН сечі. В даній когорті взагалі відсутні студенти, як з признаками ацидозу, так і признаками алкалозу. Всі студенти, що попали в групу ризику (рН сечі 5,98- 7), відрізняються низьким вмістом кальцію в слині, що свідчить про інтенсивне розрушення зубної емалі. Висновки. Збалансована дієта має вирішальне значення для здоров'я людини. Дослідження показало, що, на жаль, більшість молодих людей з обстежених груп показали ознаки збільшення кислотності, яке є наслідком переважання кислої харчової конкуренції.

Меженская Е.А., Корниец А.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2

Научный руководитель: Свирепю П.В.

Введение. Выпадение прямой кишки встречается у 3,5-5% пациентов, и частота рецидива заболевания достигает 30%. D. Hoore и соавт. (2004 г.) предложили метод прямокишечной фиксации – ректосакропексию с хорошими функциональными результатами.

Материалы и методы. В настоящее исследование включены 37 пациентов, оперированных по поводу ректального пролапса за период 2011-2016 гг.

Средний возраст пациентов – $43,6 \pm 7,8$ года. Среди них женщины – 28 (75,68%), мужчины – 9 (24,3 %). В исследование включены пациенты с наружным и внутренним ректальным пролапсом. Оценка функции анального держания проводилась по Кливлендской шкале НАС (Aitola P.T., и соавт., 1999). НАС определяли по принятой в клинике классификации слабости запирательного аппарата, изучали с помощью функциональных методов исследования: сфинктерометрии и профилометрии. Моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки оценивали с помощью применения рентгенологического контроля пассажа бариевой взвеси. Методом дефекографии оценивали функции мышц тазового дна, определяли смещаемость прямой кишки при волевом сокращении, остаточный объем и время эвакуации бариевой взвеси. Декомпенсацией функций мышц тазового дна считали смещаемость аноректальной зоны при волевом сокращении менее $1,2 \pm 0,4$ см (Zarodnyuk I.V. и соавт., 2005). Все пациенты оперированы в клинике с помощью метода ректосакропексии. Особенностью данной операции является мобилизация прямой кишки без пересечения боковых прямокишечных связок. Синтетический имплант «ULTRAPRO» – 6×11 см подшивали 3-4 швами нитью «PROLENE – 2-0» к передней стенке прямой кишки, затем свободный конец сетки подшивали к передней продольной связке крестца в области I крестцового позвонка. У женщин дополнительно к сетке фиксировали задний свод влагалища. Среднее время наблюдения после операций составило $36,2 \pm 9,5$ мес. Результаты исследования. У всех пациентов отмечено улучшение анального держания, подтвержденного объективными методами исследования. Оценка непосредственных результатов лечения проводилась в сроки 9-10 дней. Сфинктерометрия показала значительное повышение тонуса анального сфинктера ($140,0 \pm 85,6$ гр до операции, $230,0 \pm 98,3$ гр – после, $p=0,041$), а профилометрия – улучшение показателей давления в анальном канале ($25,5 \pm 24,9$ мм рт. ст. до операции, $35,3 \pm 21,2$ мм рт. ст. – после, $p=0,049$). Моторно-эвакуаторная функция толстой кишки улучшилась на $17,5 \pm 3,5$ с. С помощью дефекографии достоверно подтверждено улучшение показателей эвакуаторной функции прямой кишки. Время эвакуации составило $47,5 \pm 35,7$ с до операции и $21,2 \pm 12,7$ с после операции, $p=0,035$. Остаточный ректальный объем до операции составил $26,3 \pm 16,5\%$, после операции принял значение $16,0 \pm 9,4\%$, $p=0,046$. Рецидивов заболевания не отмечено. Осложнения в ближайший постоперационный период составили 2 (5,4%) пациента. Из них наблюдали тазовую гематому в 1 (2,7%) случае, серому передней брюшной стенки – 1 (2,7%). Данные осложнения ликвидированы консервативно. Отдаленные результаты оценивали методом анкетирования по Кливлендской шкале НАС. У всех пациентов доказано улучшение функции анального держания до $3,4 \pm 1,2$ баллов через 6-12 мес. после операции. При этом – у 15 (40,54%) пациентов отмечено улучшение анального держания, а у 11 (29,73%) – полное восстановление функции.

Выводы.

1.Ректосакропексия является эффективным методом лечения ректального

пролапса. Данная операция позволяет ликвидировать синдром опущения тазового дна, способствует улучшению моторно-эвакуаторной функции прямой кишки и восстановлению ее запирательного механизма.

2.Ректосакропексия не приводит к замедлению пассажа по толстой кишке.

Межибецька І.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ПРОБЛЕМ ЗІ
ЗДОРОВ'ЯМ УЧНІВ НА ЕТАПІ АДАПТАЦІЇ ДО ОСНОВНОЇ ШКОЛИ ПРИ
МЕРИТОКРАТИЧНІЙ СИСТЕМІ НАВЧАННЯ
ДУ "ІОЗДП НАМН"

Відділ гігієни дітей шкільного віку та підлітків

Актуальність. Впровадження меритократичної освітньої системи є новим випробуванням інтелектуальних, творчих і фізіологічних можливостей академічно обдарованих дітей. Більшість проблем під час навчання пов'язано з високими темпами засвоювання навчального матеріалу, перевантаженням візуальними засобами викладання, ненормованістю особистісно-орієнтованої діяльності учнів, що наприкінці збільшує навчальне навантаження дитини. Додатковим фактором, що підвищує напруження процесів адаптації є перехід з початкової до основної школи. Саме в означений критичний період збігається перехід від обладнаних для занять та відпочинку приміщень у окремій будівлі до кабінетної системи у загальній школі, зростає кількість навчальних предметів, виникає необхідність пристосування до чисельних вимог нового викладацького складу, збільшується кількість нових контактів, що відбуваються на тлі психологічних особливостей академічно обдарованих дітей. В процесі адаптації до нових умов навчання збільшується кількість донозологічних скарг, що потребує ретельного медичного спостереження та супроводу.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети було застосовано скринінг-дослідження здоров'я 42 учнів однієї з гімназій м. Харків, де застосовується меритократична система навчання, на завершальному етапі навчання у початковій школі та наприкінці першого року навчання в основній школі. Збір даних було виконано згідно вимог медичної біоетики. Аналіз отриманих даних скринінг-опитування батьків щодо здоров'я дітей проведено з використанням методів математичної статистики за допомогою MS Excel.

Результати дослідження. Під час адаптації до основної школи серед усіх досліджених учнів достовірно частіше спостерігались явища астенії ($(8,7 \pm 1,8) \%$ у 4-му класі проти $(33,3 \pm 4,0) \%$ у 5-му класі ($t = -5,58; p \leq 0,01$)), гіповітамінозу ($(7,1 \pm 1,1) \%$ проти $(17,6 \pm 2,1) \%$ відповідно ($t = -4,51; p \leq 0,01$)), загострилися хворобні прояви з боку шлунково-кишкового тракту ($(6,7 \pm 1,5) \%$ проти $(14,4 \pm 2,1) \%$ відповідно ($t = -2,96; p \leq 0,01$)), кардіореспіраторної ($(5,6 \pm 0,9) \%$ проти $(10,5 \pm 1,7) \%$ відповідно ($t = -2,89; p \leq 0,05$)) з боку серцево-судинної системи та $(6,8 \pm 1,4) \%$ проти $(14,3 \pm 2,7) \%$ відповідно ($t = -2,44; p \leq 0,05$) з боку

органів дихання), сечовидільної ($(2,6 \pm 0,8) \%$ проти $(6,9 \pm 1,7) \%$ відповідно ($t = -2,26$; $p \leq 0,05$)) та ендокринної систем ($(7,7 \pm 0,9) \%$ проти $(12,6 \pm 1,8) \%$ відповідно ($t = -2,39$; $p \leq 0,05$)), збільшилась частота проявів психоневрологічних розладів ($(9,1 \pm 1,1) \%$ проти $(15,1 \pm 2,2) \%$ відповідно до 4-го та 5-го класів ($t = -2,45$; $p \leq 0,05$)).

Гендерні відмінності адаптаційних можливостей дітей на етапі дослідження полягали у збільшенні числа гастроентерологічних скарг переважно серед дівчат ($(5,6 \pm 1,5) \%$ у 4-му класі проти $(15,5 \pm 3,1) \%$ у 5-му класі ($t = -2,88$; $p \leq 0,01$)) і зростанні кардіоревматологічних ($(5,3 \pm 1,3) \%$ проти $(11,7 \pm 2,3) \%$; ($t = -2,42$; $p \leq 0,05$)) та ендокринологічних скарг переважно серед хлопчиків ($(7,6 \pm 1,2) \%$ проти $(15,0 \pm 2,8) \%$ відповідно ($t = -2,45$; $p \leq 0,05$)). За означений період серед дівчат збільшились у 4 рази скарги астеничного характеру ($(9,4 \pm 2,3) \%$ у 4-му класі проти $(38,6 \pm 5,4) \%$ у 5-му класі ($t = -4,96$; $p \leq 0,01$)) та у 9 разів прояви гіповітамінозу ($(1,9 \pm 0,9) \%$ проти $(18,9 \pm 2,4) \%$ відповідно ($t = -3,95$; $p \leq 0,01$)). Для хлопців було характерним збільшення астеничних скарг у 3,5 рази ($(7,9 \pm 3,0) \%$ проти $(29,0 \pm 5,9) \%$ відповідно ($t = -3,20$; $p \leq 0,01$)) та у 2,5 рази проявів гіповітамінозу ($(6,7 \pm 1,3) \%$ проти $(16,6 \pm 3,3) \%$ відповідно у 4-му та 5-му класі ($t = -2,77$; $p \leq 0,05$)).

Висновки. Адаптація до основної школи при меритократичній системі навчання відбувалась на тлі змін у стані здоров'я учнів. Левову долю скарг складали скарги астеничного характеру, що спостерігалось серед третини учнів. Дівчата, на відміну від хлопців, частіше реєстрували у себе явища астенії та гіповітамінозу. Зміни у шкільному середовищі виявили найбільш уразливими шлунково-кишковий тракт у дівчат і кардіореспіраторну та ендокринну системи у хлопчиків.

Меленевич А.Я.

ФЕНОТИПУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Капустник Валерій Андрійович

Вступ. Сьогодні все більшу увагу приділяють персоніфікованому лікуванню та індивідуальному прогнозуванню перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), бо різні за фенотипом хворі демонструють відмінності у характері перебігу захворювання та відповіді на терапію. Під фенотипом розуміють характерну рису або комбінацію рис, які відрізняють хворих на ХОЗЛ та пов'язані з клінічно значущими наслідками. Матеріали і методи. Нами було обстежено 43 хворих на ХОЗЛ професійної етіології 2 ступеня тяжкості, що знаходилися на лікуванні у клініці НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. Вік хворих був у діапазоні від 39 до

68 років, середній вік склав 56,9 років. Серед них 30 (69,77%) чоловіків і 13 (30,23%) жінок. У 35 хворих мала місце гіпертонічна хвороба (ГХ) II стадії (81,4%), 8 хворих (18,6%) – без ознак ГХ. Оцінка тяжкості задишки проводилася за допомогою модифікованої шкали Медичної дослідницької ради (МДР), для аналізу якості життя використовували тест з оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)), за допомогою візуально-аналогових шкал оцінювали вираженість таких симптомів як, кашель, виділення мокротиння, втомлюваність. Результати дослідження. Переважно бронхітичний фенотип спостерігався у 26 хворих, а емфізематозний у 17 хворих. Найбільш значущим клінічним проявом при бронхітичному фенотипі був продуктивний кашель, а при емфізематозному – задишка та зниження толерантності до фізичних навантажень. Ступінь задишки за шкалою МДР у хворих з переважно емфізематозним фенотипом дорівнювала $2,65 \pm 0,49$ балів, а бронхітичним - $2,31 \pm 0,68$ балів. Практично усі хворі без ГХ (7 з 8 хворих) належали до фенотипу з переважанням емфіземи легень. Часті загострення (2 або більше середньоважких або важких загострень протягом року, які вимагають лікування системними кортикостероїдами та/або антибіотиками) були виявлені у 19 хворих, що склало 44,18 % від усіх обстежуваних хворих. Часті загострення спостерігалися у 13 хворих з бронхітичним фенотипом (68,42%) та у 6 хворих з емфізематозним фенотипом (31,58%). Супутня ГХ мала місце у 12 з 13 хворих на бронхітичний фенотип ХОЗЛ з частими загостреннями. Хворі з переважно емфізематозним фенотипом мали індекс маси тіла (ІМТ) у діапазоні від 20,23 до 30,48 кг/м², середнє значення ІМТ склало $26,04 \pm 2,96$ кг/м². ІМТ у хворих з переважно бронхітичним фенотипом знаходився у межах від 26,88 до 43,35 кг/м², середнє значення - $33,38 \pm 4,31$ кг/м². Середнє значення ІМТ у групі ХОЗЛ без ГХ склало 27,24 кг/м², а у групі ХОЗЛ у поєднанні з ГХ – 31,15 кг/м². Висновки: Таким чином у хворих з переважно бронхітичним фенотипом ХОЗЛ найбільш значущим клінічним симптомом був продуктивний кашель, на відміну від задишки та зниження толерантності до фізичних навантажень при емфізематозному фенотипі. Загострення частіше траплялися при бронхітичному фенотипі. Надлишкову вагу мали усі хворі з бронхітичним фенотипом, на відміну від емфізематозного. Поєднання ХОЗЛ з ГХ переважало у хворих з бронхітичним фенотипом.

Мельник К.А.

У ИСТОКОВ ЕЛИСАВЕТГРАДСКОЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения

Научный руководитель: Мякина А.В.

В начале XVIII ст. в интересах господствующих классов Петр I провел ряд крупных преобразований: были учреждены коллегии вместо приказов, созданы

регулярная армия и флот. В этот период стал остро ощущаться недостаток во врачебных кадрах, поэтому была произведена реорганизация медицинского дела. В 1707 г. состоялось торжественное открытие Первого постоянного военного госпиталя и госпитальной школы при нем. Были организованы и аналогичные учреждения: сухопутный и морской госпитали. Вместо Аптекарского приказа создается Медицинская канцелярия, а вскоре это учреждение преобразовано в Медицинскую коллегию с более широкими правами и полномочиями. Пятой госпитальной школой была Елисаветградская медико-хирургическая школа, открытая на юге Украины, взамен Екатеринославского университета, созданная для обеспечения врачами действующей армии и Черноморского флота во время русско-турецкой войны, успешно действовавшая около десяти лет. Открыта она на базе основанного ещё в 1770 г. крупного госпиталя. Поэтому клинической базой для обучения будущих врачей стал именно этот госпиталь. Здесь в период функционирования школы лечилось от 500 до 2000 раненых и больных. Школа изначально не соответствовала своему времени. В ней недоставало ни учителей, ни учеников, ни учебных пособий. Штатных преподавателей вовсе не было. Обязанности их исполняли дивизионный доктор и несколько госпитальных врачей. Среди учеников действующей школы было много таких, которые не учились латинскому языку и не имели общего образования, считавшегося в то время необходимым для современных медицинских училищ. В училище теоретические лекции сочетались с практическими занятиями в лазаретах. Подлекарскую практику учащиеся проходили на фронте. Спустя пять лет князь Потемкин приказал провести первый экзамен. Студентов было 40 человек и из них 12 признаны по экзамену звания подлекаря. За период своего существования Елисаветградская медико-хирургическая школа выпустила 255 врачей их помощников (подлекарей). Практически каждый восьмой отечественный врач второй половины XVIII в. обучался медицине в Елисаветграде (сегодня г. Кропивницкий). Среди наиболее её талантливых воспитанников прежде всего следует назвать профессора Московской медико-хирургической академии, автора первого оригинального учебника хирургии, одного из учителей преобразований Николая Ивановича Пирогова – Ефрема Мухина. Ефрем Иосифович был одним из русских врачей, основатель отечественной травматологии, хирург, анатом, физиолог, гигиенист и судебный медик, действительный статский советник. Среди первого набора учащихся был и Ефрем Мухин. В 1789 г. Мухин получил звание подлекаря и был назначен прозектором анатомии Елисаветградской хирургической школы. Он вел курс «О костях, вывихах, переломах и врачебные повязки». Руководителем же госпиталя и школы с 1788 г. был выпускник Черниговского коллегиума статский советник Павел Никифорович Шарой, на которого была возложена обязанность устройства и учреждения госпитальной хирургической школы. Хирургическая школа была частным учреждением князя Потемкина. После смерти Екатерины II в начале 1797г. медико-хирургическая школа перешла в ведение Медицинской коллегии. П.Шарой энергично отстаивал

интересы управляемого им заведения. Однако Государственная медицинская коллегия не пошла на уступки к удаленной от центра и претендующей на независимость школе. В результате 13 июня 1797 г. был подписан указ о ликвидации школы.

Мещерякова Н.В.
ПИГМЕНТНЫЕ НЕВУСЫ ЖИТЕЛЕЙ г. ХАРЬКОВА
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель: Губина-Вакулик Г.И.

Пигментные невусы, состоящие из пигментпродуцирующих клеток, изучены в недостаточной степени. Есть точки зрения о пигментных невусах как доброкачественных образованиях и как гамартомах, которые сначала находятся в латентном состоянии, а позже – проявляются. Невоциты похожи на меланоциты базального слоя эпидермиса, но при этом своеобразны (Садчиков В.Д. с соавт., 2012). Гистологически выделяют пограничные юкциональные (пограничные), внутридермальные и сложные невусы. В пограничных невусах «гнезда» из невоидных клеток располагаются в зоне эпидермально-дермальной границы. В разных случаях мелкодисперсный меланин обнаруживается в цитоплазме разного относительного количества невоидных клеток. В смешанных невусах вышеописанный пограничный компонент сочетается с внутридермальным компонентом. Последний имеет три зоны: в поверхностной зоне невоидные клетки, также как и в пограничном невусе, располагаются «гнездами», в промежуточной зоне невоидные клетки располагаются диффузно между волокнами соединительной ткани, в глубокой зоне количество невусных клеток уменьшается, они приобретают вытянутую форму и залегают цепочками между коллагеновыми волокнами дермы. Количество меланина во внутридермальном компоненте смешанного невуса, как правило, невелико, и оно уменьшается от поверхностных отделов к образованиям глубоким. При отсутствии «гнезд» невоидных клеток на эпидермально-дермальной границе, а наличии выше описанных скоплений невоидных клеток в дерме – диагностируется внутридермальный невус. Частота малигнизации невусов, особенно внутридермальных, невелика – менее 1%. Тем не менее, при некотором увеличении размера невуса, при регулярной его травматизации производят удаление невуса. При резекции невуса производится гистологическое исследование с диагностированием вида невуса. Цель исследования – проанализировать частоту различных видов невусов, удаленных у жителей г.Харькова и гистологически исследованных в патогистологическом отделе клинко-диагностической лаборатории клиники НИИ дерматологии и венерологии с марта 2014г. по март 2017г.

Материал и методы. За указанный период проведено 88 исследований невусных образований. Удаленные кусочки кожи после фиксации в 10% формалине подвергались спиртовой проводке и заливке в парафин. Срезы толщиной 5-6мкм окрашены гематоксилином и эозином и изучены с использованием микроскопа Axiostar-plus (Zeiss).

Результаты исследования. Из 88 случаев удаления невуса большинство были представлены женщинами, количество прооперированных женщин оказалось почти в 2 раза больше, чем мужчин (женщин – 57, мужчин – 31). Сложные невусы диагностированы наиболее часто по сравнению с другими видами невусов, почти в двух третях случаев (в 58 из 88) невоидные клетки в виде гнезд обнаружены не только в эпидермально-дермальной зоне, но и в дерме, причем по мере углубления в дерму невоидные клетки располагаются все более и более диссоциированно. Наиболее редко встречались пограничные невусы, - всего 3 случая.

Интересно распределение случаев со сложными невусами в возрастном аспекте. Оказывается, возрастной период 30-40 лет дает наибольшее количество удаленных сложных невусов (43%).

Вывод. При анализе удаленных пигментных невусов за 4 года в клинике г.Харькова установлено, что оперируемые - чаще женщины, чем мужчины, в двух третях случаев гистологически поставлен диагноз смешанный пигментный невус, чаще всего повод для удаления таких невусов возникает в возрасте 30-40 лет.

Мислицька Г.О.

ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВОСТІ У ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, НА ТЛІ МУТАЦІЇ ГЕНУ ENOS
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: Колоскова Олена Костянтинівна - доктор медичних наук,
професор, завідувач кафедри

Вступ. Бронхіальна астма (БА) є хронічним захворюванням дихальних шляхів, у реалізації якого беруть участь генетичний і епігенетичний чинники, що взаємодіють між собою. У результаті такої взаємодії розвивається хронічне алергічне запалення, яке супроводжується оксидативним стресом. Одним із його маркерів виступає оксид азоту (NO), тому дослідження поліморфізму гену ендотеліальної синтази оксида азоту (eNOS) є актуальним. Мета дослідження. Для покращення ефективності лікування бронхіальної астми у дітей дослідити особливості неспецифічної гіперсприйнятливості дихальних шляхів у бронхопровокаційній пробі з непрямим бронхоспазмогенним стимулом та інгаляцією сальбутамолу залежно від мутаційного поліморфізму гену eNOS. Матеріал і методи. Для досягнення мети роботи у пульмо-алергологічному

відділенні ОДКЛ м.Чернівці обстежено 102 дитини шкільного віку, які хворіють на БА. Діагноз верифікували згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» (наказ МОЗ України №868 (додаток 2) від 8 жовтня 2013 року). Усім пацієнтам за умови відміни препаратів, які могли змінити неспецифічну реактивність бронхів, проводили бронхопровокаційну пробу з дозованим бігом та наступною інгаляцією бета2-агоніста швидкої дії для визначення лабільності дихальних шляхів. Генетичні дослідження мутації гену eNOS проводились з використанням ПЛР на кафедрі молекулярної генетики та біотехнології Чернівецького національного університету ім. Ю. Федьковича.

Результати дослідження. Оскільки функціонально повноцінний генотип (GG) траплявся у 49,4% випадків, отже в кожній другій дитині, хворій на БА, реєстрували мутаційний поліморфізм гену eNOS (генотипи GT – у 37,9%, а TT – у 12,7% спостережень). Показники неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів до непрямого бронхоспазмогенного чинника (дозованого фізичного навантаження) свідчили про те, що вірогідних відмінностей за індексом бронхоспазму (ІБС) у дітей із різними генотипами eNOS не виявлено. Так, ІБС у пацієнтів із генотипом GG у середньому становив $20,3 \pm 2,57\%$, генотипом GT – $20,1 \pm 2,49\%$, а у хворих із генотипом TT – $21,5 \pm 5,5\%$ (в усіх випадках $P > 0,05$). Разом із тим, індекс бронходилатації (ІБД) в бронхомоторній пробі з сальбутамолом у даних пацієнтів становив відповідно $19,8 \pm 3,49\%$, $11,7 \pm 1,23\%$ ($P < 0,05$) та $12,0 \pm 1,3\%$ ($P < 0,05$), що свідчило про гіршу чутливість до швидкодопоміжних препаратів, які використовуються під час загострень БА, хворих із мутаціями гену eNOS. Виявлені зміни, на наш погляд, зумовлювалися інфільтрацією стінки бронхів ефекторними клітинами, тривалим і виразнішим запальним процесом із розвитком ремоделінгу бронхів.

Висновки. У пацієнтів із мутаціями гену eNOS відмічена вірогідно гірша відповідь на бронходилатаційну терапію бета2-агоністами швидкої дії, що необхідно враховувати при наданні допомоги хворим під час загострення бронхіальної астми.

Михайлов В.Б.

К ВОПРОСУ О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: проф., д.мед.н. Кожина А.М.

Введение. Формирование депрессивной симптоматики у лиц, перенесших мозговую инсульт (МИ), является актуальной медико-социальной проблемой, осложняет течение, приводит к неуклонному прогрессированию заболевания, негативно влияет на процесс реабилитации, снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования: разработать принципы реабилитации больных с постинсультной депрессией.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 60 больных, перенесших МИ. Из них - 34 мужчин, 26 женщин. Средний возраст больных составил 60,8 лет. Проводилось клинико-неврологическое, психодиагностическое (шкала Гамильтона, шкала Бека, шкала Mini-Mental (MMSE)) обследование, статистическая обработка, оценивалась также "Качество жизни" пациентов.

Результаты: у 24 человек очаг поражения локализовался в бассейне правой, в 22 - левой внутренней сонной артерии, в четырнадцатый позвонок - базилярном бассейне. Пациенты характеризовались умеренным неврологическим дефицитом. У большинства больных (80%) отмечались разной степени двигательные нарушения, гемипарез, спастичность, гемигипестезия. В 60,9% оказывался атактический синдром; в 50,4% - нарушение чувствительности и поражение отдельных черепно-мозговых нервов; у 30% были признаки сенсорной и моторной афазии. У большинства больных в клинической картине преобладали соматовегетативные нарушения: повышенная утомляемость у 100% пациентов, нарушения сна - в 100%, головокружение - в 90%, различные болевые феномены (головная боль напряжения, боль в эпигастрии, кардиалгии и др.) - в 90 %, нарушение аппетита (снижение или повышение) - в 70%.

При психодиагностическом исследовании общий показатель по шкале MMSE составлял ($25,2 \pm 0,2$) баллов из 30 возможных), отвечал умеренно выраженным когнитивным нарушением. У всех больных выявлялись депрессивные расстройства, различной степени выраженности. Уровень депрессии по шкале Бека составлял ($20,2 \pm 5,9$) баллов, по шкале Гамильтона - ($16,2 \pm 1,3$) баллов, что соответствовало умеренной и значительной депрессии. У всех больных отмечалось значительное снижение качества жизни - ($91,9 \pm 6,5$) баллов.

Предложены принципы реабилитации больных с постинсультной депрессией: на фоне проведения базисной терапии (антигипертензивные, вазоактивные препараты, антиагреганты, статины) раннее начало реабилитационных мероприятий (занятия кинезотерапией и логопедические занятия, расширяющие возможности самообслуживания, работа с родственниками больного по оптимизации климата в семье, организация свободного времени пациентов, терапия занятостью, при необходимости включения антидепрессантов). Важную роль в реабилитации больных играет гипносуггестивная, когнитивно - бихевиоральная психотерапия, когнитивный и аутотренинг. При назначении антидепрессантов предпочтение отдается группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), преимуществом которых является отсутствие кардиотоксичности и ортостатического действия, отсутствие седативного эффекта, наличие самостоятельной психостимулирующего действия.

Выводы. В результате проведенных реабилитационных мероприятий удалось значительно уменьшить симптомы депрессии у 90% больных, что позволило улучшить самочувствие, эмоциональное состояние, качество жизни больных.

Мозгова Т.П.¹, Лещина І.В.¹, Федорченко С.В.²
ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАПАМОРОЧЕННЯМ: НЕВРОЛОГІЧНИЙ
СЦЕНАРІЙ

¹Харківський національний медичний університет

²Харківська медична академія післядипломної освіти

¹Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

²Кафедра невропатології та нейрохірургії

Вступ. Депресивні стани виходять за межі психічної патології, відзначається підвищення їх питомої ваги серед неврологічних і соматогенних форм. Поширеність депресії в популяції становить від 5% до 14%; в загальномедичній практиці – до 20%. У той же час, багато неврологічних захворювань за допомогою різних механізмів можуть викликати депресивний стан у хворих. Цим обумовлено зростаюче число звернень з депресивними розладами до лікарів неврологів і лікарів загальної медичної практики. Депресія знижує ефективність їх лікування та реабілітації.

Мета дослідження. Вивчити поширеність депресивних проявів у хворих із запамороченням.

Матеріали та методи. За допомогою методики Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS було проведено скринінгове обстеження 159 хворих із запамороченням, що знаходилися на лікуванні в неврологічному відділенні внаслідок гострої ішемії головного мозку (1-а гр.), цервікальної патології (2-а гр.), ураження периферичного вестибулярного аналізатора (3-а гр.) і з психогенним запамороченням (4-а гр.).

Результати дослідження. Окремі симптоми депресії, котрі не отримують клінічного виразу, спостерігалися у $80,00 \pm 6,32\%$ хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора, у половини пацієнтів 2-ї ($53,39 \pm 9,11\%$) і 4-ї ($52,38 \pm 7,71\%$) груп. Значно менше таких хворих – $38,30 \pm 7,01\%$ зазначалося в 1-й групі.

Субклінічний рівень депресивних порушень переважав в групі хворих з гострою ішемією мозку – $34,05 \pm 6,91\%$ випадків, дещо менше – в групі пацієнтів з психогенним запамороченням – $26,19 \pm 6,78\%$, у $23,34 \pm 7,72\%$ хворих з цервікальної патологією і в $12,50 \pm 5,23\%$ випадків – з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора.

Клінічний варіант депресії спостерігався у $27,66 \pm 6,36\%$ пацієнтів 1-ї групи, $23,34 \pm 7,72\%$ – 2-ї і в $21,43 \pm 6,33\%$ випадків 4-ї групи. Найменша поширеність депресивних порушень відзначалася у хворих 3-ї групи – $7,50 \pm 4,16\%$.

Висновки. Таким чином, депресія у хворих із запамороченням має певну специфіку: поширеність депресивних проявів досить висока; найбільш схильні до виникнення депресивних порушень хворі з гострою ішемією мозку і з психогенним запамороченням; більш толерантні до формування клінічних форм депресії пацієнти з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора.

Молчанюк Д.А., Кривошапка В.С., Темнікова Г.В.
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР
Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: доц., к.мед.н. Гайчук Л.М.

Вступ. Актуальність дослідження зумовлена зростанням випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останнім часом на Україні та неоднозначністю критеріїв при постановці даного діагнозу. Діагностика ПТСР базується на наявності в анамнезі пацієнта травматичної події, учасником якої він був безпосередньо (у ролі постраждалого чи у ролі того, хто спричиняє травму) чи в якості свідка. У пацієнта мають бути вираженими симптоми вторгнення (нав'язливі чи повторювані спогади екстремальної події, кошмарні сновидіння, «флешбеки», тобто миттєві відродження травматичної події з патологічною достовірністю і повнотою почуттів; інтенсивні негативні переживання, вегетативна гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують травматичну подію); уникання думок, почуттів, розмов стосовно події; симптоми гіперактивації (часто зустрічаються у пацієнтів з ПТСР, проте не є обов'язковими при проведенні діагностики). Окрім того, з моменту травми має пройти більш ніж 1 місяць. Тобто задля постановки діагнозу ПТСР необхідно довести наявність вищевказаних симптомів, що може бути здійснено шляхом ретельного опитування та аналізу скарг, анамнезу пацієнта, підтвердженням чого будуть результати спеціальних діагностичних тестів.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 35 пацієнтів віком від 25 до 45 років, військовослужбовців, які перебували на обстеженні та лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону і у яких попередньо діагностували ПТСР чи розлади адаптації. Кожному пацієнту були видані психодіагностичні тести: цивільний варіант Місісіпської шкали посттравматичної стресової події та DSM-V.

Результати. Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій дозволяє оцінити ступінь виразності цих реакцій та провести диференційний діагноз з розладами адаптації. У 10% хворих результат тестування перевищував 100 б., що свідчить про високий рівень впливу травматичної події (результат вище 100 б. характерний для ПТСР). Шкала DSM-V дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Час вивчення проявів кожного симптому – 1 тиждень. Тобто дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами та динаміку стану пацієнта. За результатами у 50% хворих на момент огляду виражені симптоми вторгнення та когнітивні порушення; у 25% - симптоми уникнення виходять на перший план; у 15% - домінують симптоми гіперактивації; у 10% хворих присутні всі симптоми, окрім деперсоналізації та дереалізації, окрім того, у даних пацієнтів виражений дистрес: порушення у соціальному функціонуванні і професійній діяльності. Трьом пацієнтам, які зацікавили нас за результатами попередніх двох тестів, була

видана шкала SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, шкала Дерогатіса), яка дозволяє визначити симптоми, що є найвираженішими у хворого з ПТСР. Домінуючими симптомами в одного з хворих виявились соматизація, депресія та нав'язливість; у другого – тривожність та паранояльність; у третього – соматизація та міжособистісна сенситивність.

Висновки. Отже, дані психодіагностичні тести дозволяють не тільки підтвердити діагноз ПТСР, поставлений на основі скарг, анамнезу та об'єктивного дослідження, а й визначити провідні симптоми та оцінити динаміку після проведення лікування.

Мужановский В.Ю., Лисицкая Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии и неонатологии №1

Научный руководитель: Малич Татьяна Сергеевна

Вступление: Цитомегаловирусная инфекция(ЦМВ) широко распространённое среди населения заболевание. Хронические внутриутробные инфекции существенно влияют на состояние здоровья новорожденных и детей первого года жизни.

Материалы и методы нашего исследования являлось изучение состояния здоровья детей первого года жизни, рожденных от матерей инфицированных цитомегаловирусной инфекцией.

Результаты исследования: Под нашим наблюдением находились 24 ребенка, рожденных от матерей с ЦМВ инфекцией. При изучении анамнеза данных детей было выявлено, что беременность у 25% матерей протекала на фоне угрозы срыва в 3-м триместре, токсикоз беременных наблюдался у 37% женщин, преэклампсия легкой и средней степени тяжести у 18% беременных. Преждевременно родилось 37% новорожденных, в асфиксии умеренной степени 15% новорожденных, асфиксию тяжелой степени перенесли 10% новорожденных. 38% новорожденных родилось в удовлетворительном состоянии. Из всех рожденных детей у половины были выявлены признаки задержки темпов внутриутробного развития. При оценки общего состояния и наблюдения течения процесса адаптации у 46 % детей отмечался дезадаптационный синдром в виде гипогликемии, гипопроteinемии, дисэлектrolитных нарушений. Реализация внутриутробной ЦМВ инфекции имела место у двух новорожденных в виде развития острого эритроblastоза у одного новорожденного и ЦМВ энцефалита у второго ребенка. При наблюдении за данными детьми в течении одного года были выявлены различные патологические состояния. Дети, родившиеся с очень низкой и низкой массой тела при рождении в течении первого года жизни имели задержку темпов физического и нервно-психического развития, гипотрофия различной степени

наблюдалась у 56% новорожденных, с анемией различной степени обследовались и лечились 36% новорожденных. В течении первого года жизни треть детей перенесла острые респираторные вирусные инфекции различной степени тяжести, трое детей перенесли острые бронхопневмонии с обструктивным синдромом. С различной неврологической патологией обследовались и лечились 47% детей (гипоксически-ишемическая энцефалопатия с различными неврологическими синдромами, внутренняя гидроцефалия у одного ребенка). Выводы.

1. Внутриутробное инфицирование беременных оказывает неблагоприятное влияние на течение внутриутробного, неонатального и постнеонатального развития детей.
2. Реализация внутриутробной ЦМВ инфекции у новорожденных в большинстве случаев приводит к преждевременным родам, задержке темпов внутриутробного развития, рождению детей в асфиксии различной степени и нарушению процессов адаптации после рождения.
3. На протяжении первого года жизни у данного контингента пациентов формировалась различная соматическая и неврологическая симптоматика, изменяющая качество жизни данных детей.

Мясоедов К.В., Калюжка В.Ю.

СТЕПЕНЬ РЕСТЕНОЗА ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРИМЕНЕННОЙ ДЕЗОБЛИТЕРАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Методы дезоблитерации играют немаловажную роль в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. К методам дезоблитерации традиционно относится эндартерэктомия. В процессе дезоблитерации патологический субстрат (атеросклеротическая бляшка) удаляется с участком пораженного слоя артерии в зависимости от глубины поражения атеросклеротическим процессом сосудистой стенки.

Цель: исследовать степень рестеноза дезоблитерированной зоны общей бедренной артерии (ОБА) у больных с критической ишемией нижних конечностей в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Обследовано 107 больных с критической ишемией нижних конечностей. Основная группа (ОГ)- 53 больных, которым была выполнена гидравлическая дезоблитерация зоны общей бедренной артерии. Группа сравнения (ГС) - 54 больных - выполнена классическая открытая эндартерэктомия. В послеоперационном периоде (через 1, 3 и 5 лет) у больных оценивали степень стеноза оперированного сегмента путем ультразвукового

триплексногосканирования. В зависимости от полученных данных показатели были разделены на 3 группы: стенозы до 50%, 50-70%, 80-100%.

Результаты и обсуждение: на 1 году наблюдения степень рестеноза в основной группе составил $6,2 \pm 4,3\%$, в группе сравнения $-7,5 \pm 3,2\%$, на 3-м году - $36,4\%$ - 56% и $43,7\%$ - 83% соответственно. В долгосрочном наблюдении на 5 году показатели рестеноза в основной группе составили $41,7\%$ - 67% , а в группе сравнения $47 \pm 8,5\%$ - $69,2 \pm 4,2\%$.

Вывод: гидравлическая дезоблитерация обеспечивает меньшие темпы прогрессирования стеноза в отдаленном послеоперационном периоде, чем таковые после применения открытой классической эндартерэктомии.

Назаренко А.О.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НИЗЬКОЇ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н Зеленська К.О.

Вступ. У зв'язку з епідемією туберкульозу в Україні та світі було впроваджено безліч проектів по лікуванню, але все ж однією з проблем залишається низька прихильність хворих до лікування, яка залежить від преморбідних психологічних і соціальних особливостей особистості пацієнта.

Мета дослідження. Визначити можливість впливу загального психологічного стану хворих на туберкульоз.

Матеріали та методи. Для дослідження була сформована група з 30 пацієнтів, які перебували на лікуванні в Полтавському обласному протитуберкульозному диспансері, а також з 30 осіб, які склали контрольну групу, відносно здорових випробовуваних. Ступінь психологічного комфорту визначалася за допомогою тесту «Індекс життєвої задоволеності (ІЗЖ)», адаптація Н.В. Паніної, який є опитувальником загального психологічного стану.

Результати дослідження. Опитувальник ІЗЖ складається з 20 питань, результати відповідей яких зводяться до 5 шкалами, що характеризує різні аспекти загального психологічного стану людини і його задоволеності життям. Приблизний час тестування 5-10 хвилин. Група хворих на туберкульоз складається з осіб працездатного віку (35 ± 5 років): чоловіки ($60,3\%$), жінки ($39,7\%$); с відсутністю постійного місця роботи (80%), сім'ї ($59,7\%$); виявленими шкідливими звичками (88%); вищу освіту мають (10%), середнє (65%). У клінічних формах випробовуваних переважали поширені деструктивні процеси з бактеріовиділенням (85%). Згідно з проведеним дослідженням загальний ІЗЖ у пацієнтів з туберкульозом виявився низьким - $20,3$ (в контрольній групі - $27,3$ (задовільний)). Виходячи з результатів тесту чоловіки молодого віку проявляли інтерес до життя (ІЗЖ $27,5$), що може розцінюватися як достатній рівень, що

наближається до показника в групі здорових осіб (ІЗЖ 28,8). На стан психологічного комфорту незначно вплинула тяжкість і поширеність туберкульозного процесу, що свідчить про психологічну незадоволеність, незалежно від тяжкості фізичної симптоматики, а більше від наявності захворювання в цілому. Проводячи дослідження на 1 місяці госпіталізації, згідно з результатами (ІЗЖ 19), даний період є часом емоційної напруженості і підвищеної тривожності. Емоційна стійкість (ІЗЖ 22,3), настроїв (47%) дані показники збільшилися спільно з тривалістю перебування в стаціонарі, що свідчить про психологічну адаптацію пацієнтів. Недостатня ефективність та довготривалість протитуберкульозної терапії відбивалася на впевненості хворого, тому результат показника «послідовності в досягненні мети» знижувався на 18%.

Висновки. Згідно з проведенням дослідженням, психологічне анкетування в протитуберкульозних медичних закладах хворих на туберкульоз, дозволить виявити групи ризику пацієнтів з низькою прихильністю до лікування, що являється фактором для акцентування роботи лікаря, та ефективності лікування в групах ризику, шляхом формування мотивації до дотримання рекомендацій по тривалості лікувального періоду.

Назаров Д.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНО-РЕЗИСТЕНТНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра урологии, нефрологии и андрологии

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Хареба Геннадий Геннадиевич

Введение. Рак простаты является самым частым новообразованием у мужчин Северной Америки, Европы и некоторых регионов Африки. Ежегодно данная патология диагностируется у более чем полмиллиона людей, что соответствует примерно одной десятой части от всех онкологических заболеваний у мужчин. В Европе в структуре смертности мужчин от злокачественных новообразований РПЖ занимает второе место после рака легкого. На самом деле распространенность РПЖ значительно выше официально зарегистрированной. При аутопсиях у 60-70% умерших от других причин мужчин старше 80 лет выявляется РПЖ.

Материалы и методы. Анализ данных литературы Национальной медицинской библиотеки США и Европейской Ассоциации Урологов за последние пять лет.

Результаты. При метастатическом РПЖ традиционно используется гормональная терапия (ГТ), как наиболее эффективный метод паллиативного лечения. Несмотря на возможность ГТ увеличивать выживаемость и уменьшать симптомы заболевания, тем не менее, 5-летняя выживаемость мужчин с метастатическим РПЖ составляет только 28%, и резко контрастирует с почти

100% 5-летней выживаемостью для мужчин, у которых РПЖ диагностируется без метастазов.

Диагноз «гормонально-резистентный РПЖ» (ГР-РПЖ) устанавливается при наличии роста уровня ПСА крови и/или других признаков прогрессирования заболевания при адекватной андрогенной блокаде с подтвержденным достоверным кастрационным уровнем тестостерона. К сожалению, проблема эффективного лечения больных ГР-РПЖ до настоящего времени не решена и средняя продолжительность жизни таких пациентов исчисляется месяцами. Механизмы развития ГР-РПЖ сложны и недостаточно изучены. При гормональной резистентности в настоящее время рекомендуются к применению следующие препараты: доцетаксел, каказитаксел, энзалутамид, абиратерона ацетат, сипулеуецел-Т, альфарадин. Одним из наиболее широко используемых препаратов при развитии ГР-РПЖ является Доцетаксел. Лечение выше перечисленными препаратами позволяет достичь увеличения выживаемости на 3-4,4 месяца, и это несмотря на их высокую стоимость. При развитии же резистентности к энзалутамиду, абиратерону и цитостатикам, рекомендуется применение таргетной терапии. Выводы: На данный момент выделяют следующие основные проблемы в лечении ГР-РПЖ:

- не определена оптимальная последовательность применения препаратов;
- нет данных по их комбинированному применению;
- личные предпочтения врача и вопрос стоимости сильно влияют на решение о будущей терапии;
- как правило, не доступны индивидуальные маркеры прогноза заболевания;
- существуют проблемы с диагностикой вида резистентности (первичная, перекрестная или приобретенная).

Некрасова Ю.В., Винокурова О.М., Бондар О.Є.
ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С: НЕІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ ФІБРОЗУ
Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Науковий керівник: д.м.н., проф. Козько В.М.

Вступ. Біля 170 млн. осіб у світі й більш 1,2 млн. в Україні інфіковано вірусом гепатиту С (HVC). Трансформація гострого гепатиту С у хронічну форму спостерігається у 75-85% випадків, а впродовж 10-30 років приблизно у 25-35% хворих на хронічний гепатит С (ХГС) розвивається фіброз та цироз печінки (ЦП). До 2020 року очікується зріст HVC – інфікованості більш ніж у 2 рази, тобто підвищиться кількість хворих на стадіях ЦП й раку печінки. Визначальним фактором у патогенезі хронічної патології печінки різної етіології є прогресування запальних і фібротичних процесів із формуванням ЦП. Оцінка ступеню печінкового фіброзу важлива за декількох причин: прогнозу

хронічного ураження печінки, відбору пацієнтів для специфічного (етіотропного) лікування та можливої трансплантації печінки. Кількісні показники важкості і швидкості прогресування фіброзу – найважливіший клінічний параметр, визначення якого має вирішальне значення для вибору правильної терапії і для моніторингу її ефективності. «Золотим стандартом» в діагностиці фіброзу є біопсія печінки. Проте біопсія як метод оцінки фіброзу має серйозні обмеження. Останнім часом стали застосовуватися неінвазивні методи діагностики фіброзу. Ці методи оцінки ступеню фіброзу у пацієнтів з гепатитом С включені в рекомендації Європейської асоціації з вивчення печінки. Оцінку стадії фіброзу за допомогою непрямих сироваткових маркерів легко можна здійснити в умовах повсякденної клінічної практики.

Мета дослідження: проаналізувати основні біохімічні показники у сироватці крові хворих на ХГС в залежності від стадії фіброзу печінки (F) та некрозапальної активності печінки (A).

Матеріали та методи. Досліджувались 79 пацієнтів віком від 21 до 67 років з діагнозом ХГС. Серед них 44 жінки (55,7%), та 35 чоловіків (44,3%). Пацієнти були обстежені за допомогою системи GenoFibroTest, складовими якої є діагностика некрозапальної активності печінки (A) та стадії фіброзу (F), що включає визначення: α 2-макроглобуліну, гаптоглобіну, аполіпопротеїну AI, білірубину, γ -глутамілтранспептидази, АлАТ за шкалою METAVIR.

Результати дослідження. Виявлено, що рівень α 2-макроглобуліну вірогідно менший ($p < 0,05$) при F0 та F1 у зрівнянні з F4; також рівень АлАТ вірогідно менший при F0 у порівнянні з F1, F3 та F4. При пошуку кореляційних зв'язків між показниками, що досліджувалися, виявлено сильну залежність між F та рівнем α 2-макроглобуліну, що склала 0,74, та між A та АлАТ – 0,68. Згідно з графіків, побудованих з використанням методу апроксимації визначено: якщо значення α 2-макроглобуліну належить інтервалу від 0 до 3 г/л, то $F \leq 2$, якщо інтервал α 2-макроглобуліну від 3 до 5 г/л, то $2 \leq F \leq 4$ (з вірогідністю 100%). Якщо значення АлАТ належить інтервалу від 0 до 40 од/л, то $A \leq 1$, а якщо АлАТ належить інтервалу від 40 до 59 од/л, то $A \leq 2$ з вірогідністю 100%, якщо АлАТ належить інтервалу від 60 до 100 од/л, то буде визначатися переважно A2 з вірогідністю 59%, якщо АлАТ належить інтервалу від 100 до 650 од/л, то вірогідність A3 складає 91%.

Методом ROC-аналізу було підтверджено високу якість нашого дослідження, адже коефіцієнти AUC площі під кривими між значеннями F та α 2-макроглобуліну та між A та АлАТ відповідно склали 0,82 та 0,78.

Висновки. Рівень α 2-макроглобуліну можливо використовувати при оцінці стадії фіброзу, а АлАТ – при визначенні ступеню некрозапального процесу печінки.

Нечипорук И.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ММР-9 И ФНО-А НА
НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ ПРИ КАРРАГИНАНОВОМ
ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра биологической химии

Научный руководитель: к.мед.наук Ткаченко А.С.

Сегодня в Украине заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по распространенности среди всех заболеваний занимают 3-е место (9,3%). С каждым годом отмечается четкая тенденция к увеличению этих показателей. В связи с этим в настоящее время интенсивные усилия направлены на изучение влияния различных специфических компонентов питания. Особое внимание уделяется изучению роли различных пищевых добавок в развитие воспалительных заболеваний ЖКТ.

Наше внимание было сфокусировано на изучении процесса неоваскуляризации при каррагинановом гастроэнтероколите и факторах, которые влияют на него. Поэтому целью нашей работы явилось провести сравнительный анализ влияния матричной металлопротеиназы-9 (ММР-9) и ФНО- α на процессы неоангиогенеза при каррагинан-индуцированном гастроэнтероколите. Для проведения эксперимента были использованы 20 крыс линии WAG. По условиям эксперимента, лабораторные животные сформировали две группы: 1) интактные животные (контроль); 2) крысы с ГЭК. Заболевание моделировали 4-недельным ежедневным пероральным введением 1% раствора лямбда- каррагинана в питьевой воде. Наличие ГЭК подтвердили гистологическим методом.

Уровень фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), содержание ММР-9 и ФНО- α в сыворотке крови измеряли иммуноферментным методом. Для оценки степени зависимости между исследуемыми показателями вычисляли коэффициент Спирмена с помощью программы GraphPad Prism 5. Установлено, что у животных второй группы в 2 раза повышается концентрация маркера неоангиогенеза VEGF ($73,58 \pm 3,82$ мкг / мл по сравнению с $32,89 \pm 4,19$ мкг / мл в контроле, $p < 0,001$), что указывает на активацию процессов неоваскуляризации.

Известно, что индукторами экспрессии VEGF являются провоспалительный цитокин ФНО- α и фермент, принимающий участие в деградации внеклеточного матрикса — ММР-9. Уровень ФНО- α при ГЭК повышается в 5 раз. Для оценки влияния ФНО- α на VEGF нами был проведен корреляционный анализ. Установлено наличие средней положительной корреляционной связи ($r=0,57$) между уровнями ФНО- α и VEGF. что указывает на стимулирующую роль ФНО- α на синтез VEGF.

Активность же протеолитического фермента ММР-9 у крыс с ГЭК была большей, чем у здоровых в 4 раза ($8,01 \pm 0,15$ нг / мл по сравнению с $2,22 \pm 0,12$ нг / мл в контроле, $p < 0,0001$), что позволило сделать вывод об интенсивном

процессе ремоделирования соединительной ткани. Нами было Установлено наличие сильной положительной корреляционной связи($r=+0,72$) между VEGF и MMP-9, что указывает на более выраженное влияние MMP-9 на экспрессию VEGF по сравнению с ФНО- α при данной патологии.

На основании полученных результатов, мы сделали следующие выводы:

1. Развитие хронического каррагинан-индуцированного гастроэнтероколита сопровождается активацией неоангиогенеза
2. Существенную роль в активации неоангиогенеза принадлежит ФНО- α - опосредованному и MMP-9 — опосредованному синтезу VEGF

Овчинка Р.О., Гниденко А.С. Сытник Н.А.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦЕДИВОВ НОВООБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №1

Научный руководитель: Пономарева Е.В.

Новый перспективный метод комбинированного лечения новообразований, в плане профилактики и лечения диссеминации процесса, является гипертермическая интраоперационная интраперитонеальная химиотерапия (ГИИХ). Интраперитонеальный путь введения обуславливает высокую концентрацию химиопрепарата в полости брюшины. Также интраоперационное введение позволяет под визуальным контролем распределять химиопрепарат по брюшной полости. Другим преимуществом является возможность хирургического удаления всех макроскопических проявлений заболевания. Это означает, что после выполнения хирургического этапа, основной целью является воздействие химиопрепарата на микроскопические проявления заболевания, что вполне адекватно, так как в условиях гипертермии химиопрепарат может проникать на глубину больше 2 мм. Методика проведения ГИИХ: обязательным компонентом является быстрый лаваж брюшной полости после выполнения всех хирургических этапов вмешательства. Целью данной манипуляции является максимальное удаление всех сгустков крови и свертков фибрина из брюшной полости до начала гипертермической перфузии. После окончания лаважа в брюшную полость вводится катетер Tenckhoff и 3–4 дренажа для оттока жидкости. Дренажи и катетер герметизируются кисетными швами. Передняя брюшная стенка растягивается с формированием резервуара. На коже передней брюшной стенки фиксируется полиэтиленовая изоляция с целью предотвращения испарения химиопрепаратов из брюшной полости во время процедуры. В центре изоляции делается разрез для введения руки хирурга в полость. Это позволяет равномерно распределять раствор в брюшной полости в

процессе проведения процедуры. Гипертермический раствор подается в брюшную полость через катетер Tenckhoff, а эвакуируется через дренажные трубки. Термостат регулирует температуру инфузируемого раствора при температуре 44–46°C, для поддержания температуры внутрибрюшного раствора на уровне 42–43°C. В брюшную полость под полиэтиленовую пленку вводится отсос для эвакуации пара с поверхности раствора. Время воздействия химиопрепаратов и механизм их действия должны определяться свойствами самого действующего агента. Учитывая короткий период воздействия, необходимо использование циклонеспецифических цитотоксических агентов. В настоящее время, учитывая довольно жесткие требования к устойчивости препарата при повышенной температуре, а также механизм действия, основными агентами для проведения ГИИХ являются: цисплатина (CDDP), митомицинС. Гипертермическая интраоперационная интраперитонеальная химиотерапия, как один из методов комбинированного лечения, не является универсальным решением проблемы. Перечисленные аспекты указывают лишь на направление развития метода. Разумеется, при каждой нозологической форме злокачественной опухоли комбинированный метод имеет свои показания, особенности и эффективность.

Огнева Л.Г.

ВЕГЕТАРИАНСТВО И ВОПРОСЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна

Актуальность. Физическое здоровье, состояние иммунитета – всё это напрямую связано с проблемой здорового питания. По разным данным вегетарианцами являются около 17% жителей развитых стран. В чем преимущества отказа от мяса и какие подводные камни могут ждать тех, кто выбрал такую «диету»?

Цель. Исследовать распространение, положительное и отрицательное влияние вегетарианства на человека, с точки зрения обмена веществ и рационального питания.

Материалы и методы. Объектами наблюдения были 122 студента Харьковского национального медицинского университета 2 – 3 курсов: из них – 84 девушки. Опросники включали в себя данные тестирования и анкетирование.

Результаты. Доля вегетарианцев среди студентов незначительна и составляет 2%. Среди опрошенных вегетарианцев причиной выбора такого образа жизни является как личные убеждения (44%), так и по состоянию здоровья (56%). Основной причиной отказа от вегетарианского образа жизни является нежелание отказаться от мяса (72%), 28% студентов, считают такой образ жизни вредным. 38% студентов негативно относятся к вегетарианству, но 28% студентов в будущем могли бы принять вегетарианский образ жизни, 48% - вообще не задумывалась над этим, тогда как 24% - никогда бы не приняли

вегетарианство. 21% считают вегетарианские блюда невкусными, а 58% студентов считают, что союз с вегетарианской кухней нужен. При вегетарианстве организм оказывается лишен витаминов Д, В12 и В2, кальция, железа, цинка, незаменимых аминокислот – все эти ценные соединения есть только в животной пище. Особенно важны они для жителей северных широт и умеренного пояса. Долгие зимние морозы и резкие перепады температуры требуют рациона, богатого белком и витаминами. А веганство лишает организм шанса на их получение.

Выводы. Здоровое питание не предполагает крайностей. Неважно, есть ли в рационе мясо – если меню сбалансированно, оно будет полезным для здоровья. Животный белок необходим организму для синтеза гормонов. Его плюсы в том, что в меню входит большое количество клетчатки, витаминов и антиоксидантов из овощей и фруктов, а кишечник не перегружен перевариванием тяжелого животного белка. «Мягкое» вегетарианство рекомендовано для питания людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, почек.

Окунева А.А.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра экстренной и неотложной медицинской помощи, ортопедии и травматологии

Научный руководитель: к.мед.наук, асс. Горячий Е.В.

Начало проведения реанимационных мероприятий является трудной задачей, как для врача, так и для родственников пациента или пострадавшего. Факторов, влияющих на принятие такого решения, множество: национальные и местные традиции, юридические, этические, религиозные, общественные и экономические факторы, вплоть до личных аспектов. В случаях внебольничной остановки кровообращения, любой врач обязан проводить сердечно-легочную реанимацию в максимальном объеме, который позволяют осуществить конкретные условия. Как правило, в данном случае воля пациента остаётся неизвестной, и начало реанимации должно начаться немедленно. Если же необходимость проведения сердечно-легочной реанимации возникла в условиях стационара, и воля пациента не была сформулирована достаточно чётко, то выполняются обоснованные действия с целью его реанимации. А как быть доктору, если пациент сам отказывается от спасения своей жизни?

Очень часто решение о прекращении реанимации вызывает вопросы как нравственного, так и этического характера, а именно: какую ответственность несёт реаниматор в случае прекращения СЛР? что свидетельствует о

бесполезности мероприятий реанимации? кто компетентен при принятии такого решения?

Отвечая на последний вопрос, стоит отметить, что решение о прекращении выполнения реанимационных мероприятий принимает руководитель бригады после консультации с другими ее членами. Окончательный же вывод базируется на клинической оценке отсутствия эффективности специализированных реанимационных мероприятий, а также при наличии признаков биологической смерти.

Говоря о бесполезности проведения реанимации, неоспоримыми аргументами, свидетельствующими в пользу прекращения её проведения, являются достоверные признаки биологической смерти. К ним относятся высыхание и помутнение роговицы глаза, наличие посмертного гипостаза в отлогих частях тела, трупное окоченение и симптом «кошачьего зрачка». В завершение хочется отметить, что в деятельности практикующего врача принятия таких решений избежать не удастся, при этом сомнения всегда будут появляться в ситуациях, когда потребуются субъективный вывод, как например, в случае хронической недостаточности кровообращения, тяжелой дыхательной недостаточности, асфиксии, травмы головы и тому подобное.

Ольхова А.О.

КЛІНІЧНА КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИХ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.

Вступ: Данні світової статистика показують, що у кожного п'ятого учасника бойових дій після повернення додому діагностують психічні розлади, з них більше половини це розлади адаптації. При цьому щодня росте число українських бійців, що повернулися з зони антитерористичної операції на сході країни з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Клінічна картина цього захворювання може змінюватися під дією різних факторів, що неодмінно впливає на майбутній план лікування.

Мета: вивчити зв'язок особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу з алкогольною залежністю.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження були хворі психіатричного відділення Військово-Медичного клінічного центру Північного Регіону, у складі 12 чоловік з діагнозом Посттравматичний стресовий розлад F43.1. З них шість хворих страждали від алкогольної залежності, тож ми сформуливали дві вибірки: вибірка А з синдромом алкогольної залежності, вибірка Б без синдрому алкогольної залежності. Для даного дослідження ми використовували наступні методи: клініко-психопатологічний, який включав інтерв'ювання та

спостереження, клініко-анамнестичний та психодіагностичний, який включав методику діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонд, Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу, опитувальник оцінки якості життя SF-36.

Результати: У вибірці А психологічний дискомфорт за шкалою якості життя відмічався у 80%, а фізичний дискомфорт у 50%. При цьому найчастіше відхилення від норми зустрічалися в аспектах життєвої активності та рольового функціонування. Зниження внутрішнього контролю за шкалою соціально-психологічної адаптації відмічалось у 50% опитаних, емоційний дискомфорт у 100%, знижене прагнення до домінування у 83%, ескапізм у 17% та неприйняття себе у 17%.

У вибірці Б підвищена психологічний дискомфорт спостерігався у 60%, фізичний у 80%. Найвищим у цій виборці був індекс болю. зниження адаптації спостерігається в 40% випадків, неприйняття себе у 60%, підвищена відомість у 20%, , емоційний дискомфорт у 20%, знижене прагнення до домінування у 20%, неприйняття інших у 40%, ескапізм у 20%.

Висновки: За результатами нашого дослідження можна зрозуміти, що найчастіше хворі на ПТСР з низьким рівнем психологічного комфорту, зниженою життєвою активністю та рольовим функціонуванням страждають від алкогольної залежності. Також до цієї групи відноситься знижене прагнення до домінування, та знижений внутрішній контроль. Це вказує на необхідність проведення не лише стандартизованого лікування ПТСР, а й комплексний підхід та підбір індивідуальних методик в залежності від особливостей стану хворого.

Омельченко-Селюкова А.В.

ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ХАРАКТЕР УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ ТА ХРОНІЧНОЮ АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: Волкова Юлія Вікторівна, д.м.н., професор

Вступ. Травми є однією з провідних причин смерті та інвалідності у світі. Вони охоплюють усе населення, незалежно від віку, статі, статків або географічного регіону. Високі темпи науково-технічного прогресу на виробництві та у транспортній галузі в останні десятиліття призвели до формування більш складних травм, зміни їх структури в бік зростання питомої ваги множинних і поєднаних пошкоджень до 36% у структурі загального травматизму. За даними різних авторів, від 25% до 85% пацієнтів перебувають у стані алкогольної інтоксикації під час госпіталізації до відділення травматології та політравми, а 15-20% страждають на хронічний алкоголізм. Тяжкі симптоми стану відміни виникають у 36-67% пацієнтів з травмою. Поряд з тим, відомо, що ХАІ погіршує

регенеративні процеси при травмах, впливає на систему гемостазу (навіть без функціональних порушень функції печінки. Мета роботи. Визначити клінічні та епідеміологічні особливості перебігу травматичної хвороби у пацієнтів з політравмою(ПТ)та вживанням алкоголю в анамнезі та характер ускладнень. Матеріали та методи. Проаналізовано медичну документацію 39 постраждалих з ПТ та вживанням алкоголю в анамнезі віком 19-60 років, які лікувались у відділенні ПТ та анестезіології на 12 ліжок для інтенсивної терапії хворих зі сполученою травмою КЗОЗ «ХМКЛШНМД ім. проф. О. І. Мещанінова» у 2016 році. Результати. Середній вік пацієнтів склав $37,4 \pm 9,4$ роки, чоловіків було у 2,9 разів більше, ніж жінок. Серед інфекційних ускладнень ПТ у пацієнтів з хронічною алкогольною інтоксикацією ХАІ переважали пневмонії(59%), сепсис(7,6%). Неінфекційні ускладнення представлені делірієм - у 29 пацієнтів(74%), що збільшувало перебування хворих у відділенні інтенсивної терапії на $39,6 \pm 5,3$ годин. З меншою частотою у хворих виникали тромбози та тромбофлебіти, які спостерігались у 5(12,8%) пацієнтів, жирова емболія - 4(10,2%). Висновки. У пацієнтів з ХАІ спостерігається ускладнений перебіг травматичної хвороби. Найбільш поширеними ускладненнями ПТ на фоні ХАІ є: пневмонія, сепсис та перитоніт, делірій, тромбози та тромбофлебіти, жирова емболія. У пацієнтів з делірієм ризик розвитку летального кінця у 6,25 разів вище, ніж у пацієнтів без гострої енцефалопатії.

Оніщенко А.І.

АКТИВНІСТЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ – 9 У ХВОРИХ З ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО РИНОСИНУЇТА

Харківський національний медичний університет

Кафедра біологічної хімії

Науковий керівник: Наконечна О.А.

У розвитку та перебігу запальних захворювань велику роль відіграють різноманітні протеолітичні ферменти, зокрема матриксні металопротеїнази, серед яких слід окремо виділити матриксну металопротеїназу – 9 (ММР-9). Однією з важливих функцій ММР-9 є деградація компонентів позаклітинного матриксу, що визначає такі фізіологічні функції як резорбція кісткової тканини, загоєння ран та ін.. ММР-9 також бере участь в онкогенезі та рості пухлинних клітин при метастазуванні. Також є відомості про участь даного ферменту в патогенезі хронічних запальних захворюваннях біляносових синусів, але в доступній науковій літературі вона представлена недостатньо. Метою дослідження стало вивчення вмісту матриксної металопротеїнази – 9 у сироватці крові хворих з загостренням хронічного гнійного риносинуситу. Матеріали і методи. Для дослідження було проведено обстеження 20 хворих з

гнійною формою хронічного риносинуситу в період загострення, що знаходились на лікуванні в умовах стаціонару в отоларингологічному відділенні КЗОЗ «ЦЕМД та МК» м. Харкова. До групи контролю увійшли 20 відносно здорових людей з викривленням носової перегородки. Для постановки діагнозу гнійного риносинуситу використовувались клінічні та інструментальні методи дослідження. Для визначення рівня ММР-9 у хворих та групи контролю була взята сироватка крові. Робота проводилась з дотриманням положень по медичній етиці та біоетиці. Вміст матриксної металопротеїнази-9 в крові визначали за допомогою імуноферментного метода з використанням набору реактивів фірми «eBioscience» (Відень, Австрія) та імуноферментного аналізатора StatFax 303+. Статистичну обробку проводили за допомогою програми GraphPad Prism 5. Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що активність матриксної металопротеїнази-9 у хворих з хронічним гнійним риносинуситом складає $7,72 \pm 0,41$ пг/мл ($p < 0.01$), що майже в 2,4 рази перевищує цей показник у контрольній групі. Подібні зміни можуть вказувати на залученість ММР-9 у даний патологічний процес та активацію репаративних процесів у відповідь на запалення. Висновки. Підвищення активності матриксної металопротеїнази-9 у сироватці крові хворих з загостренням хронічного гнійного риносинуситу може призводити до протеолізу позаклітинного матриксу та ремоделювання тканин.

Онщенко А.І.

ВМІСТ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ РИНОСИНУЇТ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра біологічної хімії

Науковий керівник: Наконечна О.А.

Хронічний гнійний риносинусит є одним з найбільш поширених захворювань, що характеризується наявністю постійного або періодичного запального процесу в області носа та біляносових пазухах. Процес запалення може супроводжуватись змінами в гормональному спектрі, що може призводити до розвитку вторинних метаболічних порушень. Особливу увагу привертають гормони щитоподібної залози тироксин та трийодтиронін, що залучені в регуляцію різноманітних метаболічних процесів.

Тому метою нашого дослідження було вивчення вмісту йодовмісних гормонів щитоподібної залози у хворих на хронічний гнійний риносинусит у стадії загострення.

Матеріали і методи. Було проведено обстеження 15 хворих на хронічний гнійний риносинусит у період загострення, які перебували на стаціонарному лікуванні в оториноларингологічному відділенні КЗОЗ «ЦЕМД та МК» м. Харкова. Групу контролю склали 15 відносно здорових людей. Діагноз встановлювався на

основі клінічних та інструментальних методах обстеження. Для визначення рівня гормонів Т3 та Т4 у хворих та групи контролю була взята венозна кров, з якої в подальшому отримана сироватка. Робота проводилась з дотриманням нормативних документів по медичній етиці та біоетиці. Вміст Т3 та Т4 в крові хворих та здорових людей визначали за допомогою імуноферментного аналізу з використанням набору реактивів фірми «ХЕМА» (Москва, Росія) та з використанням імуноферментного аналізатора StatFax 303+. Статистичну обробку проводили за допомогою пакета прикладних програм GraphPad Prism 5. Результати дослідження. В результаті дослідження не знайдено достовірної різниці між вмістом Т3 та Т4 у хворих на хронічний гнійний риносинусит та групою контролю. Рівень Т3 у досліджуваних хворих становив $1,33 \pm 0,14$ нмоль/л, а у контрольної групи $1,59 \pm 0,21$ нмоль/л. Рівень Т4 в крові досліджуваної групи хворих склав $84,13 \pm 13,35$ нмоль/л, при цьому в групі контролю він становив $96,13 \pm 14,12$ нмоль/л. Висновки. Згідно отриманих результатів можливо зробити висновок, що у хворих на хронічний гнійний риносинусит у стадії загострення не змінюється вміст гормонів щитоподібної залози – тироксина та трийодтироніна.

Орехова О. В., Павленко О. І.

ОЦІНКА «БЕЗПЕЧНИХ» ТЕРМІНІВ РОБОТИ, ЯК ОСНОВА
ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАЦІВНИКІВ
ГІРНИЧО-МЕТАЛУРГІЙНОЇ ГАЛУЗІ

ДУ «Український науково-дослідний інститут промислової медицини»

Вступ. Оцінка і керування професійними ризиками має на меті проведення аналізу і оцінки стану здоров'я працівників та причинно-наслідкового зв'язку з умовами праці, інформування про ризик суб'єкта трудового права, а також проведення заходів з керування професійними ризиками за рахунок зниження експозиційних, дозових навантажень, а також «захист часом». Впровадження сучасної обґрунтованої системи «захисту часом» з розрахунком безпечних термінів роботи – є необхідним та ефективним методом профілактики професійної патології та покращення якості та тривалості життя працюючих.

Матеріали і методи. Для вирішення поставленої мети використовувались гігієнічні, епідеміологічні, та статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. Професійний ризик для здоров'я працюючих і гірничо-металургійній галузі обумовлений комплексним впливом шкідливих виробничих факторів які перевищують гранично допустимі нормативи від 40,4 % за рівнем шуму до 14 % за показниками вібрації на робочих місцях і відносяться до 3 класу 2 та 3 ступеня шкідливості. «Безпечні» терміни роботи при підземному видобутку залізної руди коливаються від 1,25–5 років при роботі в умовах пилу до 1,5 міс. при впливі шуму. Прихований збиток здоров'ю становить до 50,0 днів на рік за рахунок важкості та напруженості праці у

підземних умовах. «Безпечні» терміни роботи при відкритому видобутку залізної руди становлять від 12,6 років–5 днів при впливі шуму та під впливом пилу 2,5–1,25 років. Для основних технологічних процесів металургійного виробництва найбільший прихований збиток здоров'ю від шкідливих умов праці коливається від 8,75 до 50,0 діб на рік. «Безпечні» терміни роботи в умовах пилу коливаються від 1,25 до 5 років, в умовах шуму – 40–1,3 роки, в умовах нагріваючого мікроклімату від 17 до 3,4 років в залежності від параметрів та ступеню шкідливості мікроклімату.

Висновки. Проведені дослідження доводять необхідність удосконалення санітарно-гігієнічних та профілактичних заходів на робочих місцях для покращення умов праці та зниження рівнів шкідливих виробничих факторів. Впровадження нової системи керування професійним ризиком, однією зі складових якої є «захист часом» або «безпечні» терміни роботи у шкідливих умовах шляхом обмеження часу дії шкідливих виробничих факторів може стати ефективним заходом зниження рівня професійних захворювань.

Оситашвили К. Д., Седая О. И.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра медицинской биологии

Научный руководитель: асс. Адмакина А.В.

В наше время, ожирение – одно из наиболее распространённых хронических заболеваний, имеющее различную этиологию и нуждающееся в новых методах медицинского лечения и профилактики. Ожирение не что иное, как избыточное отложение жировой ткани. За последние 25 лет статистические исследования показали, что ожирением страдают около 30% всего населения планеты. В частности, в Украине избытка веса по данным Министерства здравоохранения имеют 26% женщин и 16% мужчин. В результате выделения жировой тканью ряда продуктов (метаболиты, цитокины, липиды, факторы коагуляции и т.д.) с течением времени вызывается ряд сопутствующих заболеваний, таких как, сердечно-сосудистые заболевания, хронические бронхиты, пневмонии, нарушения ЖКТ, нарушения мочевыделительной системы. Как следствие возможно повышение уровня циркулирующих жирных кислот, приводящее к диабету II типа. Причины возникновения ожирения могут быть различными:

- первичное (алиментарным): возникновение из-за генетической предрасположенности, а также нарушения пищевого поведения;
- вторичное, в составе которого выделяют церебральное (в следствие нарушения в пищевых центрах мозга), эндокринное и ожирение на фоне психических

заболеваний.

Поскольку ожирение приобретает масштабный характер Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для изучения данной проблемы была разработана классификация степени ожирения в соответствии с индексом массы тела (ИМТ):

- I степени ожирения – ИМТ 30-34,9;
- II степень ожирения – ИМТ 35-39,9;
- III степень ожирения – ИМТ более 40.

Говоря о генетическом факторе проблемы ожирения, на данный момент известно более 3 генов (FTO, MBO2, MC4R, TCF7L2), повышающих риск ожирения на 20-40%. Наличие только одного гена, названного CREBRF, связано с увеличением ИМТ в 1,5 раза. Для исследования действия этого гена ученые модифицировали жировые клетки и обнаружили, что ген заставляет клетки накапливать больше жира и выделять меньше энергии. Однако, люди, страдающие ожирением данного типа, не имеют повышенный риск развития сахарного диабета. Не менее важным фактором развития ожирения является нарушение секреторных функций организма. Выделяют несколько гормонов, которые в наибольшей степени влияют на вес человека:

1. Лептин (влияет на снижение или повышение аппетита)
2. Гормоны щитовидной железы (регулируют скорость обмена веществ)
3. Инсулин (влияет на скорость отложения и расщепления жира)
4. Кортизол (способствует образованию жиров из углеводов)
5. Половые гормоны (также оказывают влияние на обмен и отложение жиров)

Поскольку ожирение – не что иное, как отложение избыточной ткани, и в большинстве случаев является результатом стрессовых ситуаций, неправильного питания и воздействия экологических факторов, было бы целесообразно исследовать биологическую сторону данного заболевания. Контроль питания, количество получаемых организмом важных веществ и постоянные физические упражнения помогут контролировать и улучшать протекания метаболизма в организме.

Осокин А.Э.

ВЛИЯНИЕ ИППОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ИХ МАТЕРЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение. В настоящее время в детской психиатрии выделены два основных направления исследований "Нарушения поведения" и "Задержки психического развития". Поскольку при раннем детском аутизме формируются личностные аномалии, сочетающиеся с расстройствами поведения и повреждением

умственного развития, проблема аутизма в детстве сохраняет свою значимость и может быть отнесена к числу приоритетных научных направлений, имеющих не только медицинскую, но и социальную значимость. Ранний детский аутизм (РДА) или синдром Каннера – это аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира.

Цель. Определить влияние иппотерапии, как одного из видов анималотерапии, у детей страдающих РДА, а так же определить, как эта терапия так же помогает матерям таких детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 15 детей в возрасте 5 -12 лет с Ранним детским аутизмом (F84.0) и их матерей. Для данного исследования мы использовали следующие методы: клинико-психопатологичный, который включает интервью и наблюдения, клинико-анамнестический и психодиагностические, который включал проведение дифференсация эмоций по методике «Шкала дифференцированных эмоций» по К. Изароду до и после курса иппотерапии в центре «Росток Жизни».

Результаты. После курса иппотерапии у детей с РДА и их матерей наблюдались следующие изменения: отчетливый рост энергичности, уверенности, эстетической направленности эмоций, а также снижение чувства страха, стыдливости. Наибольших изменений у исследованных детей претерпели такие качества как: увеличение позитивной моральной направленности ($p<0,04$), контактность ($p<0,03$). У матерей исследованных детей так же наблюдалась позитивная динамика психологического состояния: уменьшение интернальности ($p<0,000009$), тревоги, нозогнозии, контроля активности ($p<0,01$), напряженности.

Выводы. Выше представленные результаты говорят о неизбежном положительном влиянии анималотерапии, а в частности иппотерапии в лечении детей с РДА, а также улучшают психологическое состояние матерей.

Панченко М.В., Гончарь Е.Н., Переяслова А.С., Приходько Д.О.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАФЛУПРОСТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ
ГЛАУКОМОЙ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра офтальмологии

Введение. В настоящее время глаукома занимает лидирующие места среди причин слепоты и слабовидения. Так, в 2006 г. в мире болели глаукомой более 100 млн. человек, из них слепые на оба глаза составляли 9 млн. человек, а в 2010 г. количество ослепших на оба глаза от глаукомы превысило 12 млн. (Quigley H. 2007, 2010). И на сегодняшний день лечение больных глаукомой остается актуальной задачей.

Целью настоящей работы было изучение эффективности применения тафлупроста для компенсации внутриглазного давления у больных с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой.

Материалы и методы. Было проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 36 пациентов (54 глаза) с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой I-III стадией, из них 17 мужчин и 25 женщин. Возраст больных колебался от 46 до 79 лет. Обследование пациентов включало наряду с общепринятыми офтальмологическими методами, статическую компьютерную периметрию (по программе 30-2) и оптическую когерентную томографию. Всем пациентам 0,0015% раствор тафлупроста (препарат «Тафлотан» компании Santen) назначался в качестве монотерапии по 1 капле 1 раз в день. В исследование не включались пациенты с перенесенными ранее хирургическими вмешательствами на глазном яблоке. Сроки наблюдения составляли не менее трех лет.

Результаты исследования. Установлено, что в результате применения тафлупроста в качестве монотерапии у пациентов с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой внутриглазное давление нормализовалось и удерживалось на этом уровне на протяжении первого года наблюдения в 48 глазах (88,9%). В среднем величина внутриглазного давления снизилась на 20,5% от исходного. В 6 глазах достигнуть компенсации внутриглазного давления удалось путем дополнительного назначения бета-блокаторов (раствор тимолола 0,5%, препарат «Офтан Тимолол» компании Santen). На протяжении второго года наблюдений у пациентов с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой компенсация внутриглазного давления монотерапией тафлупростом достигалась в 45 глазах (83,3%). В 4 глазах компенсация внутриглазного давления была достигнута на одновременном применении тафлупроста и тимолола. В 5 глазах у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой для нормализации внутриглазного давления потребовалось дополнительное назначение бета-блокаторов и ингибиторов карбоангидразы. В сроки наблюдения до трех лет благодаря применению тафлупроста в качестве монотерапии в 43 глазах (79,6%) у больных с первичной открытоугольной глаукомой отмечалась компенсация внутриглазного давления. В 5 глазах достигнуть компенсации внутриглазного давления удалось путем дополнительного назначения бета-блокаторов, еще в 3 глазах - дополнительного назначения бета-блокаторов и ингибиторов карбоангидразы. В 3 глазах (5,6%) с III стадией глаукомы не удалось достигнуть компенсации внутриглазного давления, и в дальнейшем этим пациентам было проведено хирургическое лечение. Ни у одного пациента аллергические реакции и проявления индивидуальной непереносимости препарата не наблюдались. Вывод. Применение тафлупроста в лечении пациентов с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой обеспечивает компенсацию внутриглазного давления в большинстве случаев и его максимальное приближение к давлению цели.

Пашков А.А.
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СОЧЕТАНИИ
ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ С АДЕКВАТНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: Чопорова А.И.

Актуальность темы: На фоне чрезвычайно сложной эпидемиологической ситуации наряду с проведением химиотерапии мультирезистентного туберкулеза легких возрастает роль хирургических способов лечения. По данным ВОЗ эффективность оперативных вмешательств при полирезистентных формах туберкулеза легких составляет 56-85%, летальность - 10-20%. Цель: оценить эффективность хирургических способов лечения при применении препаратов резервного ряда у больных с мультирезистентным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 68 больных ХОПТД №1 с мультирезистентным туберкулезом легких (МРТЛ). 1-ю группу составили 38 больных МРТЛ, которым химиотерапия в до- и послеоперационном периодах проводилась антибактериальными препаратами (АБП) по стандартным схемам ВООЗ. Во 2-ю группу вошло 30 больных МРТЛ, в лечении которых были использованы резервные АБП. Основными показаниями к оперативному лечению у всех больных являлись морфологически необратимые изменения в легких (фиброзно-кавернозный туберкулез), наличие МРТЛ. Резистентность к 4 АБП выявлена у 5 (13,2%) больных, к 3 у 9 (23,7%), к 2 у 24 (63,1%). К моменту операции у 20 (52,6%) больных отмечено прекращение бактериовыделения. Больным 2-й группы после выявления лекарственной устойчивости к основным АБП были назначены резервные АБП. В данной группе резистентность к 4 препаратам выявлена у 10 (33,3%) больных, к 3 у 13 (43,3%), к 2 у 7 (23,4%) пациентов. Использовались 4 АБП II ряда, а в качестве 5-го противотуберкулезного препарата назначался этамбутол (1,2 г) либо пиразинамид (2,0 г). Конверсия мазка мокроты в данной группе перед операцией отмечена у 18 (60%) больных. Среди оперативных вмешательств были использованы пульмонэктомия, лобэктомия и экономная резекция. В послеоперационном периоде основным осложнением у больных 1-й группы являлась эмпиема плевры, частота которой составила 30% после 10 пульмонэктомий и 5,5% после 18 сегментарных резекций. Результаты: Анализ этих осложнений показал, что химиотерапия, проведенная до оперативного вмешательства, была неадекватной. Активность специфического процесса в легком сохранялась, о чем свидетельствуют иммунологические исследования крови этих больных: снижение количества Т-лимфоцитов, высокий титр специфических антител, уменьшение числа Т-хелперов и Т-супрессоров. Сохранение активности специфического процесса подтверждено при микробиологическом и патоморфологическом исследованиях

резекционного материала. У 2 больных 2-й группы после операции возникла реканализация главных бронхов, причинами которой также явились наличие полирезистентности и недостаточной стабилизации специфического процесса при низких показателях иммунного статуса больных. Послеоперационные осложнения возникли в 1-й группе у 6 (15,7%) больных, а клиническая эффективность хирургического лечения составила 84,3%. Во 2-й группе осложнения развились у 2 (6,7%), клиническая эффективность достигнута у 28 (93,3%) больных.

Выводы: Таким образом, применение препаратов резервного ряда у больных с мультирезистентным туберкулезом легких позволяет повысить эффективность хирургических методов лечения и снизить риск послеоперационных осложнений.

Переяслова А.С., Гончарь Е.Н., Приходько Д.О., Иванова А.Н., Хоценко И.А.,
Арустамова Г.С.

ТОЛЩИНА СЛОЯ ПЕРИПАПИЛЛЯРНЫХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель: д. мед. н., профессор Панченко Н.В.

Вступление: Рассеянный склероз — хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы. Рассеянный склероз является наиболее распространенным демиелинизирующим заболеванием, которое поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста (16–45 лет) и быстро приводит к инвалидизации. Через 10 лет от начала заболевания 30–37 % больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50 % больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80 % больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50 % больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи. У значительного числа больных рассеянным склерозом развивается ретробульбарный неврит (по данным разных авторов, 24,2% -64% случаев), который является не только наиболее частым среди ранних симптомов рассеянного склероза, но нередко развивается на 5 и более лет ранее появления других симптомов этого заболевания.

Цель: изучение толщины слоя перипапиллярных нервных волокон у пациентов с рассеянным склерозом, перенесших ретробульбарный неврит. Материалы и методы: проведено обследование 32 пациентов (64 глаза) с рассеянным склерозом в возрасте от 9 до 62 лет. Среди них – 20 женщин и 12 мужчин. В 26 глазах в анамнезе был диагностирован ретробульбарный неврит. Соответственно 38 глаз не имели ретробульбарный неврит в анамнезе. Все

больные были обследованы общепринятыми офтальмологическими методами исследования. Определение толщины слоя перипапиллярных нервных волокон проводили с помощью оптической когерентной томографии (на аппарате 3D OCT – 1000, TOPCON). Контролем служили 20 здоровых пациентов (40 глаз). Результаты: В результате проведенных исследований установлено, что в целом по группе у пациентов с рассеянным склерозом отмечалось истончение слоя перипапиллярных нервных волокон в сравнение со здоровыми людьми (87,4µm и 110,3µm, соответственно). Среднее значение толщины слоя перипапиллярных нервных волокон у пациентов, перенесших ретробульбарный неврит составляет 79µm, что на 28,4% меньше в сравнение с контролем. У пациентов без ретробульбарного неврита в анамнезе – 95,9µm, что на 13,1% ниже, чем в контроле. Средняя толщина слоя перипапиллярных нервных волокон у пациентов, имеющих в анамнезе ретробульбарный неврит, снижена на 17,6% в сравнение с глазами, в которых не было ретробульбарного неврита. Выводы: У пациентов, страдающих рассеянным склерозом отмечается истончение толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, более выраженное в глазах, перенесших ретробульбарный неврит зрительного нерва. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения возможностей оптической когерентной томографии в динамике и мониторинге течения рассеянного склероза.

Петриченко И.И., Паймина И.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭПЛЕРЕНОНА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бобронникова Леся Романовна

Эплеренон является калийсберегающим диуретиком, обладающим относительной селективностью в отношении минералокортикоидных рецепторов у человека по сравнению с глюкокортикоидными, прогестероновыми и андрогенными рецепторами, и препятствующим их связыванию с альдостероном (ключевым гормоном ренин-ангиотензин-альдостероновая системы, участвующим в регуляции артериального давления (АД) и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний). Цель исследования: анализ результатов рандомизированных исследований по влиянию эплеренона на уровень АД в качестве монотерапии гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы исследования: Проведен анализ пяти рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, в которых участвовали взрослые пациенты с ГБ. Из исследования исключены люди с вторичной или гестационной гипертензией, а также пациенты, получавшие несколько антигипертензивных

препаратов. В общей сложности участвовало 1437 пациентов в пяти рандомизированных параллельных групповых исследованиях с продолжительностью лечения от 8 до 16 недель. Суточные дозы эплеренона составляли от 25 мг до 400 мг в день. Результаты: Мета-анализ этих исследований показал снижение систолического АД на 9,21 мм рт.ст. (от 11,08 до 7,34) и снижение диастолического АД на 4,18 мм рт.ст. (от 5,03 до 3,33) по сравнению с плацебо при отсутствии разницы между дозами от 50 мг/день до 200 мг/день. Дозы менее 50 мг не вызвали статистически значимого снижения систолического или диастолического АД. Выводы: эплеренон способен оказывать антигипертензивный эффект в лечении ГБ. Требуется дальнейших исследований сравнительная эффективность эплеренона с другими антигипертензивными препаратами.

Петрук Б.Ю., Рынчак П.И., Дудник О.С.

ВЛИЯНИЕ ДИАЦЕТИЛА НА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Кравчун П. Г.

Актуальность. С каждым днем растет популярность курения электронных сигарет (ЭС). Согласно статистическим данным, около 6 % взрослых жителей США пробовали ЭС, среди некурящих 1 %, среди бывших курильщиков 7%, и 21% среди активных курильщиков. По причине отсутствия ограничения продаж по возрасту курение ЭС набирает популярности и среди подростков. В то же время, главной причиной роста числа поклонников данной привычки является пропаганда отсутствия вредного влияния пара на легкие человека. Цель и задачи: Изучить влияние диацетила на бронхолегочную систему, установить безопасность ее применения в ЭС. Материалы и методы: Данные литературы, курильщики ЭС. Результаты: В состав жидкости для ЭС, помимо остальных компонентов, в 75% случаев входит диацетил. Доказано, что диацетил приносит вред легким в высоких дозах. Установлена прямая связь между диацетилом и облитерирующим бронхиолитом (ОБ). ОБ вызванный диацетилом плохо поддается лечению, быстро прогрессирует и приводит к дыхательной недостаточности.

Выводы: Стоит обратить внимания, что в малых дозах диацетил (как в ЭС) риск легочных заболеваний падает, но его нельзя исключать. Поскольку ЭС являются относительно новым продуктом (2003 год), отдаленные последствия от вдыхания пара еще неизвестны. Но ясным остается одно: утверждение о

безопасности данного продукта является лишь рекламным ходом производителя, поскольку в его состав входят опасные компоненты.

Пивовар А.В.
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии
Научный руководитель: Садовниченко Ю.А.

Проблема своевременной диагностики и лечения прионных заболеваний на данный момент является довольно актуальной, так как до сих пор установление диагноза этой нозологической группы проводится исключительно во время развертывания полной клинической картины, появления специфической симптоматики и необратимых изменений в центральной нервной системе. В связи с трудностями в обнаружении и ведении пациентов с соответствующей патологией ученые Центра науки и здоровья Техасского медицинского университета (UTHealth) разработали точный биохимический тест, который определяет прионы в крови пациентов с болезнью Якоба-Крейтцфельда. Прионные заболевания человека - включая спорадические и варианты формы болезни Крейтцфельда-Якоба (CJD и vCJD) - инфекционные и неизменно фатальные состояния, которые могут привести к прогрессирующей дегенерации или гибели нейронов.

Среднегодовая заболеваемость CJD во всем мире составляет около 1 нового случая на миллион населения.

Гораздо реже встречается vCJD – новая болезнь, которая впервые была описана в 1996 году в Соединенном Королевстве. Считается, что она возникает у людей, которые либо ели мясо крупного рогатого скота, зараженного коровьей губчатой энцефалопатии (BSE или коровье бешенство) или у тех, кто перенесли переливание крови от инфицированных доноров, которые не имели каких-либо симптомов.

В среднем, люди, зараженные vCJD умирают через 2 года после появления симптомов, включающих в себя галлюцинации и расстройства настроения, такие как депрессия и тревога. Позже симптомы могут прогрессировать до тяжелой деменции, мышечных спазмов и потери координации. Для нового исследования ученые проанализировали образцы крови у 14 пациентов с диагнозом vCJD и 153 случая контроля. Контроли включали пациентов со спорадическим CJD и другими заболеваниями мозга - такими как слабоумие, болезнь Паркинсона, черепно-мозговая травма, инсульт и эпилепсия - и 49 здоровых людей.

Для обнаружения vCJD прионов, команда использовала новую технологию под названием "a protein misfolding cyclic amplification assay" (PMCA). Разработанный учеными аппарат имитирует репликацию прионов, которая

непрерывно происходит при vCJD в головном мозге. Результаты исследования показывают, что аппарат РМСА обнаруживает прионы "со 100-процентной чувствительностью и специфичностью в пробах крови у больных vCJD."

Из этого следует вывод, что данный метод диагностики прионных заболеваний позволит выявлять больных на ранних стадиях патологического процесса, и, что немаловажно, позволит определять наличие заражения прионами донорской крови и предотвращать распространение заболевания.

Плетенецька А.О.

ОЦІНКА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ПАЦІЄНТАМ, ЩО ЗНАХОДИЛИСЬ У НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Кафедра судової медицини

Науковий керівник: В. Д. Мішалов

Проблема якості надання медичної допомоги є особливо актуальною у сучасному житті, що підтверджується неухильним зростанням втричі за останні 8 років кількості судово-медичних експертиз, у рамках кримінальних і цивільних справ по звинуваченню лікарів у неякісному лікуванні. При статистичному аналізі 258 медичних карток стаціонарних померлих хворих, що знаходились на лікуванні в багатoproфільних закладах м. Києва, та 1052 комісійних судово-медичних експертиз трупів, проведених у різних бюро СМЕ України, було виявлено, що при лікуванні пацієнтів у різних відділеннях, зокрема за наявності невідкладних станів, комплекс аналізів, додаткових досліджень та оглядів спеціалістів при однакових діагнозах був різним у всіх випадках, що підтверджує відсутність єдиного підходу до діагностики патологічних станів. За наявності кардіологічної патології у померлих пацієнтів додoboвo у 90,91% було проведено ЕКГ, у 37,26% не був виконаний внутрішньовенний доступ, у 23,52% не здійснювалася фармакотерапія, у 68,62% не проводилася інгаляція киснем. При розподіленні всіх встановлених діагнозів на три групи (захворювання, травма та отруєння) співпадіння клінічного та судово-медичного діагнозів (захворювання-захворювання, травма-травма, отруєння-отруєння) склало лише 21 (10,1%). Причому найбільш частими причинами розбіжності в діагнозах були: недостатність даних для постановки правильного діагнозу та недооцінка даних огляду. За наявності кардіологічної патології у померлих пацієнтів додoboвo у 90,91% було проведено ЕКГ, у 37,26% не був виконаний внутрішньовенний доступ, у 23,52% не здійснювалася фармакотерапія, у 68,62% не проводилася інгаляція киснем. Що стосується випадків безпосередньої причини смерті від гострої крововтрати (у тому числі і з шоком), у медичній документації дата та час приїзду «швидкої допомоги» були вказані тільки у 21,7±6,8% випадків, що суперечить основним положенням

світових стандартів надання допомоги при травмі (Advanced Trauma Life Support -CABC), де перше C - critical bleeding. Таким чином, незазначення часу початку кровотечі і надання допомоги є порушенням цих стандартів надання медичної допомоги, а з іншого боку - ускладнює правову класифікацію в разі кримінального характеру травми: вбивство або тілесні ушкодження, що спричинили смерть. Середній час до моменту доправки хворого у відділення склав 30 хв., до моменту проведення лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на стабілізацію стану, - 18 хв., до початку операції і при ЧМТ, і при крововтраті склав $5 \pm 0,7$ год, що свідчило про затримку у наданні допомоги. При вивченні допитів у матеріалах кримінальних проваджень з'ясувалося, що майже у всіх випадках медичні працівники не досить чітко орієнтувалися в основних положеннях стандартів та протоколів, а також своїх посадових інструкцій. Таким чином, наведені дані підтверджують, що в Україні відсутня злагожденість роботи медичних працівників при підході до пацієнта, що можливо було б забезпечити в умовах мультидисциплінарної команди. Дефекти допускалися досвідченими медичними працівниками і у більшості випадків зустрічаються в умовах міських лікарень (особливо великих міст України), де як раз і є відповідні умови для надання медичної допомоги, більше висококваліфікованих спеціалістів різних профілей, а також існують протоколи надання медичної допомоги. Враховуючи орієнтування медичних працівників суто на патологію свого напрямку, лікарі зазнають труднощів при призначенні лікувально-діагностичних заходів. Це підкреслює необхідність проходження підготовки із суміжних дисциплін, особливо з невідкладних станів, медичними працівниками, що забезпечуватиме розширення можливостей у наданні медичної допомоги та розширення клінічного мислення. Недостатня обізнаність медичних працівників у юридичних питаннях, зокрема і незнання своїх прав та обов'язків, юридичної відповідальності підкреслює необхідність проходження підготовки з «медичного права», «судової медицини» та «управління охороною здоров'я».

Плехова О.А.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое заболевание, которое возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие угрожающего или катастрофического характера. К типичным симптомам относятся: эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров, возникающих на фоне эмоциональной притупленности, ангедонии и уклонения от деятельности и

ситуаций, напоминающих о травме. Пациент боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Наблюдаются вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые неожиданными воспоминаниями о травме; бессонница. С вышеперечисленными симптомами часто сочетаются тревога, депрессия, суицидальное поведение.

Материалы и методы. Нами было обследовано 35 пациентов мужского пола в возрасте 20-50 лет, которые находились на лечении в Клинике психиатрии и наркологии Военно-Медицинского центра Северного региона с установленным диагнозом Посттравматическое стрессовое расстройство F 43.1. Диагноз выставлялся на основании клинико-психопатологического и психодиагностического методов. В работе были использованы следующие методы обследования: Миссисипская шкала ПТСР; Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий; Шкала оценки влияния травматического события.

Результаты. По данным Миссисипской шкалы ПТСР высокий уровень посттравматического стресса (119 ± 11) наблюдался у 22 (62,8%) пациентов (I группа); низкий уровень посттравматического стресса (87 ± 8) – у 13 (37,2%) пациентов (II группа). При этом по шкале оценки влияния травматического события были получены следующие результаты: в I группе - $68,33 \pm 8,02$: по субшкале «вторжение» - $24,33 \pm 9,07$, что свидетельствует о частых негативных последствиях вследствие переживаний психотравмирующей ситуации: по субшкале «избегание» - $20,67 \pm 5,03$ – свидетельствует о выраженных страхах от пережитого события; по субшкале «возбудимость» - $23,33 \pm 2,89$, что свидетельствует о выраженной раздражительности; гипертрофированной реакции испуга; трудности с концентрацией; психофизиологическом возбуждении, обусловленном воспоминаниями; бессонница. Во II группе: $42,39 \pm 24,94$; $14,68 \pm 8,96$; $14,38 \pm 9,30$; $13,33 \pm 8,81$ - соответственно, что свидетельствует о меньшей выраженности влияния травматического события. Согласно данным опросника травматического стресса у обследованных пациентов в значительной степени были выражены следующие психологические последствия: сверхбдительность – у 71,4% обследованных; преувеличенное реагирование – 31,4%; притупленность эмоций – 22,9%; агрессивность – 54,3%; нарушения памяти и концентрации внимания – 31,4%; депрессия – 48,8%; общая тревожность – 85,7%; приступы ярости – 48,8%; злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами – 82,8%; непрошенные воспоминания и галлюцинаторные переживания – 34,3%; проблемы со сном – 91,4%; «вина выжившего» – 57,1%; оптимизм – 20%.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: значительная часть пациентов с ПТСР имеет высокий уровень посттравматического стресса. В клинической картине на первый план выходят сверхбдительность, агрессивность, общая тревожность, злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами проблемы со сном. Помощь таким пациентам должна быть комплексной (включать психофармакологию, психотерапию и психообразование), своевременной, направленной на

скорейшую ресоциализацию пациентов и профилактику негативных последствий.

Попович О.О.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Научный руководитель: Гайворонська Світлана Іванівна

Большое значение в генезе невынашивания беременности имеет недостаточная секреторная трансформация эндометрия. Она создает неблагоприятные условия для адекватного развития и питания трофобласта, что приводит к прерыванию беременности в 1 триместре или к развитию плацентарной недостаточности при прогрессировании беременности.

Чаще всего к невынашиванию беременности приводит недостаточность лютеиновой фазы, которая может быть обусловлена неполноценным стероидогенезом, частыми абортами, хроническим эндометритом, пороками развития матки, инфантилизмом, внутриматочными синехиями. Цель исследования: выявить взаимосвязь ультразвуковых признаков невынашивания беременности и развития плацентарной недостаточности у беременных на основании оценки экстраэмбриональных структур и внутриматочной гемодинамики.

Материалы и методы: Проведено обследование 30 женщин с привычным невынашиванием, с нормальным биоценозом влагалища (1 группа); 30 беременных с нарушениями микробиоценоза (кольпит, дисбактериоз) влагалища (2 группа) и 30 женщин с неосложненным течением беременности в одинаковом гестационном сроке (3 группа). Всем женщинам проводилось ультразвуковое и доплерометрическое исследование в сроках 7-9 недель, 20-22 недели и 34-36 недель беременности.

Результаты исследования: При ультразвуковом исследовании в 7-9 недель гестации, объем полости плодного яйца, как и размер желточного мешка, были минимальными в 1-й группе. Размеры желтого тела беременности, как и длина шейки матки, не различались в группах обследованных женщин. Однако, индексы сосудистого сопротивления в спиральных артериях в 1-й и 2-й группах были достоверно выше, а скорости кровотока как в спиральных, так и в обеих маточных артериях – ниже по сравнению с группой контроля. Плацентарная недостаточность развилась у 32,19 % женщин 1 группы, у 34,61% - 2 и лишь у 5,89% беременных 3-й группы. Структура невынашивания беременности выглядела следующим образом: в 1 группе самопроизвольные выкидыши до 22 недель гестации произошли в 4%, во 2 – в 6% . В группе контроля случаев прерывания беременности не было. В целом, невынашивание

(до 36 недель беременности) отмечалось в 1-й группе в 11% случаев, во 2-й – в 6%, а в контрольной группе – в 7%. У женщин первой и второй групп в I триместре отмечались: изменение структуры желточного мешка (его гиперэхогенность, удвоение). Визуализация кровотока в желтом теле беременности наблюдалась в виде единичных сосудистых локусов (58% по сравнению с 9,34% у пациенток третьей группы); высокие индексы резистентности в маточной артерии на стороне расположения ворсинчатого хориона. Выводы: Такие ультразвуковые признаки невынашивания беременности в I триместре гестации, как уменьшение объема хориальной полости; предлежание ворсинчатого хориона, изменение структуры желточного мешка, частичная визуализация кровотока в желтом теле, повышение индексов сосудистой резистентности в маточной артерии на стороне локализации ворсинчатого хориона можно считать прогностическими критериями дальнейшего развития плацентарной недостаточности.

Поліков Г.О.

СИСТЕМА ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, РОЛЬ РОДИНИ В ЦІЙ СИСТЕМІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.

Вступ. Біопсихосоціальній модель є основною у сучасній концепції терапії і реабілітації осіб, які страждають на шизофренію, котра включає не тільки психофармакотерапію і психотерапію, а й комплекс психоосвітніх втручань. В рамках такого підходу одним з пріоритетних напрямків є робота з родиною пацієнта.

Мета. Вивчення ролі родини на етапі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію.

Матеріали та методи. Обстежено 35 хворих обох статей у віці 18-45 років з діагнозом Шизофренія. Були використані наступні методи: клініко-психопатологічний та психодіагностичний з використанням «Шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних синдромів» (PANSS), «Шкала сімейної сплоченості та адаптації» (FACES-3).

Результати. Хворі були поділені на 3 групи: контрольна (А) – не проводилася психоосвіта (11 хворих), основна у ході дослідження розділилась на дві групи В1(12 хворих) та В2(12 хворих) згідно результатів «Шкала сімейної сплоченості та адаптації»: В1 – сбалансовані за показниками адаптації та сплоченості сім'ї; В2 – середньо,- та незбалансовані сім'ї. До початку психоосвіти середній сумарний бал за позитивними Середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень PANSS до початку лікування складав в основній

групі – $52,1 \pm 9,1$; в контрольній – $52,3 \pm 9,0$ балів; після завершення терапії – $17,7 \pm 2,9$, $20, 9 \pm 3,4$ та $30,1 \pm 6,8$ балів, відповідно. Рівень виразності загального балу за шкалою PANSS в основній групі знизився на 67,1%, 63,8% в контрольній – на 46,9%

Висновки. Психосвітні програми не тільки збільшують обсяг знань, підсилюють впевненість в боротьбі з хворобою, але і вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого. А рівень згуртованості сім'ї пацієнта впливає на швидкість реінтеграції в суспільство.

Похваленная В.И., Степанов О.А.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ УСОВЕРШЕНСТВЕННАЯ МОДЕЛЬ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2

Научный руководитель: Антонова М.С.

Введение. По данным литературы частота возникновения анальной трещины составляет 11-15% среди заболеваний прямой кишки (3 место). Рецидивы заболевания после оперативного вмешательства составляют – 10-15%, сроки лечения затягиваются до - 30-60 дней. Выше изложенное делает актуальной проблему поиска эффективных методов лечения трещин заднего прохода и важной задачей клинической хирургии.

Цель: разработка и валидация нового подхода к экспериментальной модели ОАТ у крыс, скрининг новой ректальной мази комбинированного состава для лечения ОАТ на этапе доклинических исследования на животных.

Материалы и методы: для моделирования ОАТ была взята модель, предложенная Гайнутдиновым Ф.М. и соавторами, согласно которой животным под новокаиновой анестезией рассекали скальпелем слизистую оболочки по задней стенке анального канала (на 6:00 по циферблату), формируя дефект размерами $5 \times 2 \times 1$ мм. Нами была усовершенствована данная модель путем усиления провоспалительных реакций за счет введения флогогена. В качестве флогогена был использован 5% раствор формалина, который водили в подслизистую оболочку задней стенки анального канала в области перехода кожи в анодерму в количестве 0,1 мл. Эксперимент был проведен на 36 белых нелинейных крысах-самках, массой 200-220 г., которые были распределены на 6 опытных групп по 6 животных в каждой.

Результаты: Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что тест-образец способен уменьшать некротические изменения и подавлять выраженность гнойно-воспалительных процессов, ускорять репарацию и предотвращать формирование осложнений патологического процесса в условиях экспериментальной АТ.

Выводы. В ходе скрининговых исследований было установлено, что наиболее

выраженным лечебным эффектом обладает тест-образец крема комбинированного состава. Эти данные указывают на целесообразность дальнейшего углубленного изучения препарата.

Поясник К.С.

ОГЛЯД ПРОБЛЕМАТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології

Научный руководитель: Сергеева О.Ю.

Вступ. На сьогодні очевидно є необхідність широкого впровадження в повсякденну медичну практику методів, що поєднують у собі високу ефективність, безпеку і цінову доступність. Гомеопатія – це вид регулюючої терапії, який відповідає всім вказаним вимогам. Офіційне визнання методу відбулося практично у всьому світі, а ефективність гомеопатичної терапії є доведеним та визнаним фактом. Таким чином, актуальним питанням сьогодення є клінічний менеджмент застосування гомеопатичних лікарських засобів на первинному рівні надання медико-санітарної допомоги як системи, що спрямована на створення умов, необхідних для ефективної роботи і розвитку профілактичних та лікувальних процесів при раціональному використанні наявних ресурсів, можливостей ринку та потреб населення. Матеріали та методи досліджень. Матеріалом досліджень є дані анкетування та друковані результати досліджень останніх років за темою роботи. При виконанні роботи застосовано методи системного аналізу: логічного структурування, компонентної архітекτονіки явищ, функціонального підходу та опису. Використано наукові огляди і публікації перших двох рівнів доказовості. Результати досліджень. Дедалі більша кількість лікарів різних профілів в багатьох регіонах світу широко застосовують гомеопатичні лікарські засоби. Так, 45% лікарів Великобританії, 32% - Франції, 25% - Німеччини постійно використовують гомеопатію у своїй практичній діяльності. Темпи зростання попиту гомеопатичних препаратів в світовій практиці в 2,5 рази перевищують попит традиційних алопатичних засобів сучасної фармакології. Сучасна світова практика використовує найширший асортимент гомеопатичних лікарських засобів, що налічує тисячі найменувань препаратів, в основному відомих світових виробників: William Shwabe, DHU, Heel, Wala (Німеччина), Nelsons, Freeman's, Helios (Великобританія), Boiron (Франція), National Homoeopathic Laboratory (Індія), Boericke & Tafel (США) та інші. Офіційне визнання гомеопатичних ліків в Україні відбулось із прийняттям Закону України від 04.04.96 р № 123 «Про лікарські препарати» (у більшості європейських країн це відбулося на 60 років раніше). У 1994 р Україна була

прийнята в Міжнародну Медичну Гомеопатичну Лігу. На теперішній час в Україні плідно працюють кілька тисяч лікарів-гомеопатів та фахівців гомеопатичної фармації. Фармацевтичний ринок України активно пропонує широкий спектр гомеопатичних препаратів різної терапевтичної спрямованості, які позиціонує як засоби компліментарної медицини, профілактичні засоби або препарати для самолікування у домашніх умовах. Пацієнти, атаковані рекламою, не маючи змоги розібратися у суперечливих даних, звертаються за порадою до лікаря, у першу чергу до сімейного лікаря. Але лікарі загальної практики-сімейної медицини не отримують підготовки з гомеопатії у процесі навчання. В Україні вивчення гомеопатичної медицини відбувається лише у рамках двох спеціальностей – «Санологія» і «Народна та нетрадиційна медицина». Перешкодити спекуляції на здоров'ї, а також іншим соціально-медичним девіаціям в процесі надання гомеопатичної допомоги, може інституалізація даного медичного напрямку, заснована на серйозній науковій програмі. Висновки. Необхідно упровадження стандартів навчання лікарів-гомеопатів та урегулювання рекомендацій, стандартів гомеопатичного лікування. Необхідна спеціальна підготовка в області гомеопатії до загальновизнаного рівня для того, щоб стати кваліфікованим лікарем-гомеопатом. Ознайомчі лекційні заняття з гомеопатії та підготовка лікарів-гомеопатів повинні бути включені в програму навчання студентів-медиків на останньому курсі. Необхідно запровадити загальноєвропейський іспит з гомеопатії і єдиний диплом європейського зразка.

Рассоха И.В.¹, Гольцев А.Н.², Дубрава Т.Г.², Сафонов В.И.³, Зыкова А.В.³

МОДИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА КЛЕТОК МОНОЦИТАРНО-ФАГОЦИТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТАНТАЛОВЫХ ПОКРЫТИЙ

¹Харьковский национальный медицинский университет (кафедра медицинской биологии)

²Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины

³Национальный научный центр ННЦ ХФТИ НАН Украины

ВСТУПЛЕНИЕ. В настоящее время в литературе представлены работы, посвященные изучению влияния подложек культивирования на функциональный потенциал клеток разного генеза (Goltsev A., Rossokha I., 2011; Dalby M.J., 2004). Особый интерес представляют экспериментальные исследования, демонстрирующие зависимость ответной реакции клеток (изменение адгезии, фенотипических характеристик) от вида нанокompозитного покрытия, нанесенного на подложку культивирования. Результаты этих исследований приобретают особую актуальность, в решении вопросов, связанных с созданием имплантов-носителей (scaffold-технологии) применяющихся в ортопедии. Известно, что при использовании искусственных имплантов развивается воспалительная реакция, выраженность которой

контролируется клетками моноцитарно-фагоцитарной системы (МФС). В зависимости от микроокружения они могут индуцировать каскад воспалительных или противовоспалительных реакций и, соответственно, определять выраженность иммунного ответа при применении искусственных имплантов, несущих тот или иной вид нанопокрывтия. Несмотря на существенный вклад клеток иммунной системы в приживлении / отторжении имплантата в организме, надежных критериев, позволяющих прогнозировать результат данного медицинского вмешательства нет. Цель работы – провести сравнительный анализ влияния танталовых покрытий без обработки, а также после обработки ионами или электронами на функциональные свойства клеток МФС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Объектом исследования служили клетки МФС перитонеальной полости (ПП) мышей линии СВА / Н. Анализ адгезивного потенциала и определение фагоцитарной активности исследуемых клеток осуществляли согласно методическим рекомендациям (Меньшикова В.В., 1987). Пролиферативную активность клеток оценивали с помощью МТТ-теста (Mossman T., 1983). Детекцию результатов теста осуществляли путем измерения оптической плотности образцов с помощью спектрофотометра СФ-46 «ЛОМО» при длине волны 560 нм. Нанесение и обработка танталовых покрытий ионами или электронами осуществлялась по методике (Donkov N., Zyкова A., 2014).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Установлено, что адгезивный потенциал клеток ПП, которые культивировались на стекле, покрытом Ta_2O_5 , был на 29% ниже относительно контрольного показателя (стекло без покрытия). Обработка танталовой подложки ионами не изменяла адгезивную способность фагоцитов по сравнению с необработанной (стекло с покрытием Ta_2O_5). Напротив, обработка покрытия Ta_2O_5 электронами способствовала увеличению количества адгезивных клеток на 32,7%, стимулированию фагоцитарной активности, а именно увеличению фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа. При оценке пролиферативной активности клеток после их культивирования на разных покрытиях наблюдалась похожая тенденция с показателями адгезивного потенциала. В частности, самая высокая пролиферативная активность наблюдалась в клетках ПП после их культивирования на танталовом покрытии обработанном электронами, а наименьшая – на покрытии обработанном ионами.

ВЫВОДЫ. Таким образом, продемонстрирована зависимость адгезивного потенциала, показателей фагоцитарной и пролиферативной активности исследуемых клеток от свойств танталовых нанопокрывтий.

Резниченко Е.К., Хохлов М.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
БЕТАГЕСТИНА И ПРОХЛОРПЕРАЗИНА МАЛЕАТА В ЛЕЧЕНИИ
ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №1

Научный руководитель: проф. Григорова И.А.

Купирование и лечение вестибулярных нарушений (ВН) на фоне синдрома позвоночной артерии до сих пор остается актуальной проблемой в неврологии. Приступы головокружения значительно ухудшают качество жизни пациента и могут полностью лишить его трудоспособности, привести к серьезным психоэмоциональным нарушениям.

Целью исследования было сравнение эффективности двух наиболее часто назначаемых препаратов при ВН: бетагистина гидрохлорид «Бетасерк» и прохлорперазина малеат «Вертинекс».

Материалы и методы. Были обследованы 24 пациента (16 мужчин, 8 женщин) в стационарных условиях, средний возраст – 36,5 лет. У всех пациентов были жалобы на головокружения с вращением предметов при повороте головы, сопровождающееся тошнотой, рвотой чувством страха и другими вегетативными симптомами. У 9 пациентов такой приступ произошел впервые; у 15 пациентов уже были подобные приступы в анамнезе. У 18 пациентов рентгенологически были определены признаки нестабильности двигательных сегментов в шейном отделе позвоночника. У 14 пациентов были преходящие слуховые нарушения в виде шума в ушах. В качестве основного препарата 12 пациентам назначался бетагистин, остальным 12 - прохлорперазин.

Результаты: Пациенты, принимающие бетагистин отметили значительное снижение симптомов головокружение и шума в ушах на 3-5 сутки лечения. Но у шестерых пациентов сохранялось ощущение тошноты и неустойчивости, которое прошло только к концу первой недели лечения. В то время, пациенты принимающие прохлорперазин отметили очень быстрое прекращение головокружения, тошноты и рвоты уже на вторые сутки лечения, однако у восьмерых пациентов сохранялся шум в ушах в течение 3 суток. Также у пятерых пациентов были выражены симптомы заторможенности, сонливости, апатии. У двоих пациентов эти симптомы были выражены слабо. Аналогичных жалоб у пациентов принимающих бетагистин выявлено не было. Вывод: на основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что для быстрого купирования приступа головокружения предпочтительно назначение прохлорперазина, а для длительного приема, для поддерживающей терапии – бетагистин.

Рубан Л.А., Константиновская О.С.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
ХОЗЛ КАК ПУТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская государственная академия физической культуры
Кафедра спортивной медицины, биохимии и анатомии
Научный руководитель: М.Н.Кочуева

Хроническое обструктивное заболевание лёгких (ХОЗЛ), смертность при котором продолжает увеличиваться, остаётся серьёзной нерешённой медико-социальной проблемой.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных ХОЗЛ. Материалы и методы. В разработанные программы физической реабилитации (ФР), дифференцированные по типу течения ХОЗЛ, были включены 46 больных с эмфизематозным типом и 42 больных – с бронхитическим типом ХОЗЛ 1 и 2 степени тяжести. Пациентов с эмфизематозным типом течения ХОЗЛ на фоне массажа нижних и верхних конечностей включались упражнения с удлинённым выдохом, динамические дыхательные упражнения, выдох через сомкнутые губы уголками рта, задержка дыхания на выдохе. Для пациентов с бронхитическим типом течения ХОЗЛ на фоне классического массажа передней поверхности грудной клетки, точечного массажа и самомассажа в программу ФР включали поверхностное дыхание с элементами миорелаксации и аутотренинга (по методике О.В. Пешковой, 1996), звуковую гимнастику, делался акцент на диафрагмальное дыхание; при появлении гнойной мокроты - дренажная гимнастика. Оценивались показатели функции внешнего дыхания (ФВД), теста с 6-минутной ходьбой (Т6), качества жизни (КЖ). Результаты. В обеих группах наблюдалась статистически значимая позитивная динамика изучаемых параметров, а также уменьшение объёма и стоимости медикаментозной терапии. Выводы. Применение комплексной реабилитационной программы, дифференцированной в зависимости от типа течения ХОЗЛ, способствует оптимизации лечения этой категории больных.

Рубцов Р.В., Базовкін П.С.
ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОКОНІОЗУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ
ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ, ЯК ОСНОВА
ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧО-
МЕТАЛУРГІЙНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ

Державна установа "Український науково-дослідний інститут промислової
медицини"

Научный руководитель: Т.А.Ковальчук

Вступ. Перебіг пневмокониозу (ПК) тісно пов'язаний з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Поєднаний перебіг ПК та ХОЗЛ значною мірою

впливає на характер клінічних проявів, особливості лікування та профілактики цих захворювань. Відсутність чітких рекомендацій з профілактики та раннього виявлення ПК в поєднанні з ХОЗЛ серед працюючих обумовлює необхідність розробки заходів, спрямованих на своєчасне виявлення, усунення симптомів та попередження їх прогресування, зменшення частоти та важкості ускладнень, покращання якості життя хворих.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 98 працівників гірничо-металургійної промисловості хворих на ПК у поєднанні з ХОЗЛ. Середній вік працівників склав $58,6 \pm 2,4$ роки, стаж роботи в несприятливих умовах $18,9 \pm 0,8$ роки. Діагноз ПК встановлено відповідно до рентгенологічної класифікації Міжнародної Організації Праці (МОП) 1980 року. ХОЗЛ встановлено на підставі Наказу МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень». Вивчалось: кількість (рази) та тривалість (дні) загострень впродовж календарного року, кількість днів непрацездатності, тривалість ремісії (дні) та якість ремісії, процент втрати працездатності внаслідок поєданого перебігу ПК та ХОЗЛ. Визначалась група інвалідності внаслідок цих захворювань, наявність раціонального працевлаштування або непрацездатності хворого працівника.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що перебіг ПК у поєднанні з ХОЗЛ характеризується частими та тривалими загостреннями, які є причиною високих показників тимчасової непрацездатності, незначною тривалістю ремісії впродовж календарного року та значним відсотком стійкої втрати працездатності. У більшості випадків у цієї категорії хворих встановлювалась третя група інвалідності, раціонально працевлаштованими були 7,1-13,3% хворих, а непрацездатними було визнано 86,7-92,9% працівників. Незадовільна якість ремісії мала місце у 6,7-17,6% хворих, суттєво погіршуючи якість їх життя. Найбільш негативними показники перебігу ПК у поєднанні з ХОЗЛ були у працівників зайнятих на підземному та відкритому видобуванні залізної руди. Найвищі відсотки втрати працездатності та незадовільна ремісія у працівників цих груп, в порівнянні з особами, що працювали у металургійному виробництві, обумовлюють необхідність особливої уваги до цієї категорії хворих, розробки та впровадженні ефективних схем діагностики та лікування ПК у поєднанні з ХОЗЛ.

Висновки. У працівників гірничо-металургійної виробництва, що страждають на ПК у поєднанні з ХОЗЛ, перебіг захворювань характеризується значною та тривалою кількістю загострень, незадовільною якістю ремісії (6,7-17,6% випадків), що призведе до встановлення високих процентів втрати непрацездатності (26,7-29,2%), незначним відсотком випадків раціонального працевлаштування (7,1-13,3%) та призведе до визнання хворих працівників непрацездатними (86,7-92,9%). Найбільша кількість та тривалість загострень, найменша тривалість ремісії, незадовільна її якість та найвища втрата працездатності виявлялась у хворих, що працювали у підземних та відкритих умовах видобутку залізної руди, обумовлюючи негативний перебіг захворювань.

Отримані результати є предиктором більш частого встановлення I та II групи інвалідності (1,75-3,8%), визнанням непрацездатними (92,4-92,9%) хворих, що працювали в умовах підземного та відкритого видобування залізної руди, невеликого відсотку випадків раціонального працевлаштування (7,1-7,6%) після встановлення працівникам професійного захворювання. Отримані результати є основою для розробки та впровадження ефективних заходів з діагностики, лікування та профілактики захворювань у цієї категорії хворих.

Самбург Я.Ю., Самбург Я.Ю., Власенко О.М., Магдаліц Т.І.
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІПЕРАЦИЛІНА/ТАЗОБАКТАМА ПРИ
ЛІКУВАННІ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ СЕЧОВИВІДНОЇ
СИСТЕМИ У ДОРΟΣЛИХ

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра терапії, нефрології та загальної практики-сімейної медицини
Науковий керівник: проф. Більченко О.В.

Інфекційні ураження сечових шляхів у дорослих займають друге місце після інфекційної патології органів дихання. За даними Національного ниркового реєстру в структурі ниркової патології мікробно-запальні захворювання сечової системи складають 75,6%. Важливою є проблема розповсюдженості антибіотикорезистентності грамнегативної флори.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: встановлення клінічної ефективності піперациліна/тазобактама при лікуванні неускладненого гострого пієлонефриту (ПН) та загострення хронічного ПН із збереженою функцією нирок у дорослих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проводився аналіз результатів лікування 36 хворих на гострий неускладнений ПН та загострення хронічного ПН зі збереженою функцією нирок, протягом 6 ± 1 днів на базі терапевтичного відділення КУОЗ «ХМКЛШНМД на ім'я проф. О.І. Мещанінова». Пацієнти були рандомізовані на 3 групи за критерієм клінічного результату ПН: одужання або загасання загострення, поліпшення, клінічна невдача. Піперацилін/тазобактам використовували внутрішньовенно крапельно у дозі 4 г/0,5г протягом 30 хвилин три рази на добу. Оцінювання показників перебігу ПН (титр збудників, клініко-лабораторні показники) проводили до початку внутрішньовенного введення препарату, на третю добу від початку лікування та після останньої дози препарату впродовж наступної доби. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програмного пакету Statistica 6,0 for Windows. Статистичні відмінності визначали при рівні значущості $p < 0,05$. Для порівняння показників в двох групах застосовувалися критерій Вілкоксона для зв'язаних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. В результаті аналізу мікробного спектру сечі встановлені етіологічно значущі збудники ПН: E.coli була виявлена у 56% хворих, грампозитивний штам E.faecalis у 14%, Klebsiella pneumonia у 11% хворих з високою чутливістю до піпераціліну/тазобактаму та резистентністю до

ко-тримоксазолу та цефтриаксону. До лікування 99% пацієнтів мали гіпертермію з підвищенням до фебрильних цифр ($38,5 \pm 0,50$ С), значні дизурічні прояви та больові відчуття. У всіх пацієнтів спостерігались клінічно значущі лейкоцитоз, лейкоцитурія, та визначалась лейкоцитестераза сечі. На третю добу лікування піперациліном/тазобактамом у більшості пацієнтів було відмічено вірогідне зниження оральної t_0 тіла до субфебрильних цифр ($37,2 \pm 0,50$ С, $p < 0,05$), зниження вираженості дизурічних явищ ($p < 0,05$), зменшення інтенсивності болю ($p < 0,05$), що супроводжувалося позитивними змінами лабораторних показників. За аналізом сечового осаду виявлено достовірне зниження кількості лейкоцитурії ($p < 0,05$), яка була визначена у 100% хворих на ПН до лікування, а на шосту добу від початку лікування показники лейкоцитурії відповідали референтним значенням локальної лабораторії ($p < 0,01$). Під час лікування не було зафіксовано жодного небажаного явища, або ускладнення, пацієнти відмічали добру переносимість терапії, швидку позитивну динаміку з боку клінічної симптоматики запалення (дизурічні явища, больовий синдром), що підвищувало комплаєнс хворих та їх прихильність до лікування.

Висновки:

1. Встановлена висока клінічна ефективність застосування піперациліну/тазобактаму в дозі 12/1,5 грам на добу у пацієнтів з неускладненим перебігом гострого або загостренням хронічного пієлонефриту. Рекомендований термін лікування складає 6-7 діб.
2. Активний моніторинг показав високий профіль безпеки лікування піперациліном/тазобактамом у цільових терапевтичних дозах.

Сарахман Д.М., Сосна Г.П.

ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ОРГАНА ЗОРУ В УЧАСТНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра офтальмології

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Абашина Наталія Миколаївна

Вступ. Травматизм органа зору в сучасних умовах набуває дедалі більшої актуальності у зв'язку із проведенням на сході України антитерористичної операції (АТО). За даними різних авторів питома вага пошкоджень зорового аналізатора, внаслідок АТО, становить 2,4 %. Збереження зору військовослужбовців — надзвичайно важливе завдання. Відстрочені терміни надання специфічної медичної допомоги сприяють погіршенню прогнозу, щодо збереження функцій зорового аналізатора. Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих-учасників АТО, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру західного регіону (ВМКЦ ЗР) впродовж 2015-2016 років.

Результати дослідження. При опрацюванні даних було виявлено, що упродовж періоду спостережень на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ЗР перебувало 16 пацієнтів. Це були чоловіки, віком 18-47 років. У віковій структурі переважали пацієнти віком 30-40 років та 40-50 років, що становило 37,5% й 50% відповідно. Важкі травми органа зору виявлено у 45% пацієнтів, а дуже важкі – у 30% хворих. Контузії спостерігались у 90% випадків, з них – 12,5 % контузії із сторонніми тілами та 18,75% контузії парного ока. Проникаючі поранення виявлено лише у 12,5% пацієнтів. Комбіновані травми – у 75% пацієнтів. Виявлено, що первинну хірургічну обробку (ПХО) на місці поранення не було проведено жодному з обстежених. Факоемульсифікацію катаракти та екстракапсулярну екстракцію катаракти (ФЕК/ЕЕК) проведено у 12,5% пацієнтів.

Висновки. За даними ретроспективного обстеження учасників АТО, встановлено, що травми органу зору важкі (45%) або дуже важкі(30%) й здебільшого комбіновані (75%). Негативним фактором, що впливає на прогноз для пацієнта є несвоєчасна ПХО і , як наслідок , відстрочені втручання з приводу наслідків травматизму. Такі пацієнти після ПХО потребують корекції віддалених наслідків травми (пластичні операції, ФЕК/ЕЕК, евісцерації, енуклеації), що погіршує прогноз відносно органа зору та якості життя.

Свечкарь К.О.
СЕКВЕНИРОВАНИЕ ЭКЗОМА
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра медицинской биологии
Научный руководитель: Шмулич Олеся Вадимовна

Каждый день по всему миру ученые вносят свой вклад в развитие медицины и, пытаясь охватить максимальный спектр возможностей и знаний, уведомляют о процессах и планах разработки лекарственных препаратов, которые решат проблему всех известных человечеству заболеваний. Но на данный момент существует множество трудновыполнимых задач. Наследственные заболевания-одна из актуальных проблем современной медицины; это заболевания, связанные с нарушением в наследственном аппарате клетки, передаваемых через гаметы. Генные мутации – один из видов наследственных болезней, который ранее считался неизлечимым, но были найдены методы, способствующие удалению гена с дефектом. Так же отмечаются хромосомный тип заболеваний и заболевания, связанные с предрасположенностью организма. В наше время ускорилось развитие генетики, в связи с возрастающей смертностью. По статистике из 1000 новорожденных у 35-40 выявляются различные типы наследственных болезней. Для точного определения наличия генных мутаций или возможности их проявления существует метод секвенирования экзона.

Данный метод предназначен для исследования участка ДНК, содержащего гены, кодирующие белок. Экзом составляет менее 2% генома человека, однако содержит в себе 85% отклонений, вызываемых генные заболевания. Проведение секвенирования экзона назначается после консультации врача-генетика, сбора анамнеза лица и информации о семейной истории болезней. Для исследования требуется 10 мл венозной крови. В ходе работы выделяется ДНК, которую разделяют на фрагменты, подсоединяя к ним адаптеры, и вещество закладывается в секвенатор. В полученных результатах находятся повторения ДНК, описанные в медицинской литературе, как нормальные для здорового человека, которые изымаются из образца, как и те, что, основываясь на анамнезе, не проявятся. Оставшиеся участки перепроверяются от 30 до 100 раз, дабы исключить ошибку в конечном итоге. В результате, у большей части пациентов обнаруживается однозначный вариант ДНК, служащий причиной заболевания. В остальных случаях потенциально вызывающие болезни варианты ДНК сохраняются для возможных перепроверок в будущем, когда будут опубликованы результаты новых исследований. Плюсы метода заключаются в значительно меньшей стоимости, нежели изучение всего генома человека, быстром проведении – 1-3 месяца и высокой точности результата исследования. Минусы-не во всех случаях возможно выявить мутацию. Для хромосомных заболеваний метод секвенирования экзона не может быть проведен, как и для третьего типа наследственных болезней. Более того, большая часть из них являются неизлечимыми, но возможность знать об их проявлении дает человеку очень многое. На данный момент все же существуют и неопределенное время будут существовать проблемы, касающиеся не только наследственных заболеваний, но и в общем клинической и фундаментальной медицины. В это время, ученые познают и будут познавать новую информацию, расширяя круги этой сферы, что однажды принесет бесценные результаты. Медицина никогда не будет стоять на месте.

Северин Ю.В.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИГРЕНИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра клинической информатики и информационных технологий в
управлении охраной здоровья

В работе рассматривается проблема головной боли, а именно мигрени, и наличие изменений при электроэнцефалографическом исследовании. Мигрень – это неврологическое заболевание, характеризующееся эпизодическими или

регулярними приступами головної болю в одній половині голови. Мигрень є однією з найбільш розповсюджених причин головної болю і поразляє переважно жінок. Існують нечисленні і суперечливі дані щодо змін біоелектричної активності мозку у пацієнтів, страждаючих мигренью.

Ціль дослідження. Виявити зміни біоелектричної активності мозку у пацієнтів при мигрені.

Матеріали і методи. Досліджено 40 осіб віком від 16 до 45 років з діагнозом мигрень, встановленим згідно критеріїв Міжнародної асоціації головної болю. Пацієнти, страждаючі епілепсією і хронічною головною болістю, перенесені травми голови і інші захворювання головного мозку, в дослідження не входили. Всім пацієнтам проводилася комп'ютерна ЕЕГ за стандартною методикою з функціональними пробами (ритмічна фотостимуляція, проба з гіпервентиляцією впродовж 3-х хвилин, проба з закриттям очей) в міжприступний період.

Результати. ЕЕГ-зміни були виявлені у 23 (9,2%) пацієнтів з 40. Середній вік пацієнтів становив $25,4 \pm 1,6$ років. 74% пацієнтів страждали мигренью без аури, і 26% — мигренью з аурою. При цьому зміни на ЕЕГ були виявлені в потиличній області у 35% пацієнтів, у 28% — в лобній області і у 37% — в височних областях. Виявлено, що зміни в потиличних відведеннях на ЕЕГ частіше зустрічались при мигрені з аурою. Зміни в лобних відведеннях корреливали з наявністю мигрені як з аурою, так і без неї. Зміни в височних відведеннях спостерігались тільки при мигрені без аури. Повільні і гострі хвилі спостерігались при мигрені з аурою, в той час як спайки виявлялись тільки у пацієнтів з мигренью без аури. Висновки. Дані дослідження продемонстрували наявність ЕЕГ-змін при мигрені в лобній, височних і потиличних областях. Однак виявлені зміни не є специфічними і не можуть бути використані як диференціальна діагностика мигрені з аурою і без аури.

Семенюк М.О.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Науковий керівник: Алексєєва Наталія Павлівна

Актуальність. У дітей на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) спостерігається недосконалість будови та зменшення колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, які складають основу трахеобронхіального каркасу. Це супроводжується ранніми структурними та морфологічними змінами стінок трахеї і бронхів, зниженням їх еластичності, а

також виникненням передумови до швидкого прогресування бронхіальної астми (БА).

Мета. Проаналізувати особливості перебігу бронхіальної астми у дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. **Матеріали і методи.** Під наглядом перебувало 62 дітей, які хворіли на БА. Хворі були розділені на 2 групи: першу групу склали 47 дітей з частково контрольованим перебігом астми, другу групу – 15 пацієнтів з контрольованим перебігом хвороби. Проведено аналіз клініко-анамнестичних даних у обстежених хворих. **Результати досліджень.** У обстежених хворих виявлені кісткові, шкірні, м'язові і суглобові маркери НДСТ. Найбільш часто відмічались сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість. 32% (15) дітей в групі з частково контрольованим перебігом БА мали індекс Варги (ІВ) нижче 1,5; 20% (3) дітей з контрольованим перебігом БА мали ІВ нижче 1,5. У всіх обстежених дітей з БА незалежно від віку і статі визначалися численні стігми дизембріогенезу. Екскреція оксіпроліну з сечею у хворих з БА достовірно вище ніж у здорових дітей. Достовірних відмінностей в показниках оксіпроліну мочі в залежності від тяжкості перебігу БА не виявлено.

Висновки. Проведене клінічне обстеження виявило значну частоту НДСТ серед обстежених дітей з БА. Найбільш часто відмічались сколіотична деформація хребта, підвищена розтяжність шкіри, гіпермобільність суглобів, плоскостопість, арахнодактілія. Дані зовнішні стігми НДСТ достовірно частіше зареєстровані у дітей з тяжким перебігом БА. Підвищення екскреції оксіпроліну з сечею відображають наявність дисплазії сполучної тканини, але не являються маркером тяжкості запального процесу у дітей з БА. Наявність клінічних ознак НДСТ, низький ІВ у дітей з БА впливають на перебіг захворювання і в 1,87 разів збільшують ризик формування частково контрольованого перебігу БА.

Симкіна В.Є.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ СДУГ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська Е. А.

Вступ. Навчальна діяльність - це довільний і цілеспрямований процес, який має чітко визначений результат: засвоєння учнями конкретного знання. Досягнення цього результату є показником успішності навчальної діяльності. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ) - одне з найбільш поширених порушень розвитку, яке найчастіше проявляється у дітей до 7 років. СДУГ може мати більш серйозні наслідки, ніж здається на перший погляд. Симптоми включають в себе складності з концентрацією уваги (дефіцит), непосидючість,

неможливість контролю власної поведінки, надмірну активність, що викликає труднощі в навчанні, спілкуванні з однолітками, батьками та оточуючими дорослими. Розрізняють підтипи СДУГ з переважанням гіперактивності, дефіциту уваги і змішаний підтип. СДУГ є найбільш частою причиною шкільної неуспішності у дітей. Тому ми вирішили провести дослідження наскільки часто зустрічається даний синдром серед учнів шкіл Харкова.

Мета дослідження – вивчення психічних і поведінкових розладів у дітей зі шкільною дезадаптацією (неуспішністю).

Матеріали та методи: в ході дослідження були обстежені 74 дитини шкільного віку. Першу групу склали 32 дитини (14 хлопчиків, 18 дівчаток) з загальноосвітньої школи (ЗОШ), другу – 42 (30 хлопчиків, 12 дівчаток) з спеціалізованої школи (для дітей з проблемами шкільної адаптації без розумової відсталості) (СПШ). Обстеження включало: скринінг батьків дітей за допомогою опитувальника дитячих симптомів (CSI-4) та опитувальника дитячої поведінки (CBCL).

Результати дослідження: згідно з критеріями DSM-IV-R розлади діагностовано у 12,2% школярів у ЗОШ. У СПШ СДУГ зустрічалося в 2,24 рази частіше – у 27,4% дітей. Звертають на себе увагу різні співвідношення частот зустрічальності окремих підтипів ГРДУ в учнів СПШ та ЗОШ: для СДУГ -Н – 1,36 : 1, СДУГ -Г/І – 5,63 : 1, СДУГ -К – 2,89 : 1. У МКБ-10 застосовуються більш жорсткі, ніж у DSM-IV-R, критерії: для діагностики гіперкінетичного розладу (ГКР) потрібна обов'язкова наявність патологічних рівнів – як неухильність, так і гіперактивності та імпульсивності, які проявляються при широкому спектрі різноманітних ситуацій і стійко зберігаються в часі. У цьому дослідженні ГКР діагностовано у 4,1% учнів ЗОШ. В СПШ розлад зустрічалося в 3,7 рази частіше, у 15,2% дітей. Ми дійшли висновку, що СДУГ зустрічається у 1/5 школярів ЗОШ та 1/4 учнів СПШ, тому необхідно оцінити та типологувати порушення уваги, активності і поведінки для прогнозування розладів шкільної адаптації та планування педагогічних, психологічних і медичних втручань, спрямованих на забезпечення шкільної інтеграції та академічної успішності школярів.

Сипало А.О.

ВЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 - ГО ТИПУ НА СТАН КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

Науковий керівник: д.мед.наук, проф. Кравчун П.Г.

Вступ. В останній час у всьому світі відзначається стрімке зростання числа хворих на цукровий діабет (ЦД). Пацієнти з ЦД 2-го типу складають групу дуже високого кардіоваскулярного ризику. Провідне місце серед серцево судинної патології в цій групі пацієнтів належить ішемічній хворобі серця (ІХС), в основі

якої лежить атеросклеротичне ураження коронарних артерій. Для осіб з ЦД 2-го типу характерний більш ранній розвиток атеросклеротичного ураження коронарних артерій, швидке прогресування процесу, мультисегментарність ураження переважно дистально розташованих артерій середнього та малого калібру.

Мета – оцінити вплив цукрового діабету 2 типу на стан коронарних артерій у хворих на ішемічну хворобу серця. Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 105 хворих на ІХС. До основної групи увійшли 75 хворих на ІХС та ЦД 2-го типу. Групу порівняння створили 30 хворих на ІХС без супутнього ЦД 2-го типу. Контрольну групу створили 30 практично здорових осіб. Усім пацієнтам проводили загальноклінічні та інструментальні обстеження, а також для верифікації діагнозу проведено мультidetекторну (64-зрізову) КТ-ангіографію коронарних артерій.

Результати. Нами досліджено ступінь ураження коронарних артерій в обстежених хворих. Ступінь ураження оцінювався в лівій головній коронарній артерії (ЛГКА), лівій передній низхідній артерії (ЛПНА), лівій огинаючій артерії (ЛОА), проміжній гілці лівої коронарної артерії (ПГЛКА), правій коронарній артерії (ПКА). У ході нашого дослідження виявлено достовірно більший ступінь ураження в усіх коронарних артеріях у групі хворих на ІХС із супутнім ЦД 2-го типу, порівняно з групою хворих на ІХС без супутнього діабету. Так, найвищий ступінь ураження визначався в басейні ПГЛКА у пацієнтів основної групи і становив $36,33 \pm 21,89\%$, що на $33,13\%$ більше, ніж у групі порівняння - $3,20 \pm 11,08\%$. Ступінь ураження ПКА в основній групі становив $33,33 \pm 19,27\%$, що на $28,39\%$ більше, ніж у групі порівняння - $4,80 \pm 13,58\%$. Ураження ЛГКА в основній групі становило $18,17 \pm 19,28\%$, що на $15,37\%$ більше, ніж у групі порівняння - $2,8 \pm 9,79\%$. Ступінь ураження ЛОА в основній групі становив $30,17 \pm 23,06\%$, що на $22,77\%$ вище, ніж у групі порівняння - $7,40 \pm 15,49\%$. Ураження ЛПНА в основній групі становило $46,67 \pm 11,69\%$, що на $13,27\%$ вище, ніж у групі порівняння - $33,40 \pm 21,68\%$ ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані про характер ураження коронарних артерій у хворих на ІХС із супутнім ЦД 2-го типу засвідчують про несприятливий перебіг атеросклеротичного процесу на тлі ЦД 2-го типу. Можна припустити, що існуюча тривалий час гіперглікемія при ЦД 2-го типу відіграє провідну роль у патогенезі судинних уражень у хворих на ІХС і виступає пусковим механізмом активації атеросклеротичних змін у коронарних артеріях.

Сохань А.В.

РІВЕНЬ НЕЙРОН СПЕЦИФІЧНОЇ ЕНОЛАЗИ В ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНІЙ
РІДИНІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕРПЕСВІРУСНІ МЕНІНГІТИ,
МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра інфекційних хвороб

Науковий керівник: Козько В.М.

Вступ. Ураження центральної нервової системи інфекційної природи займає друге місце серед причин первинної інвалідизації населення, поступаючись лише судинній патології головного мозку. Серед вірусних уражень ЦНС найактуальнішим етіологічним чинником залишаються герпесвіруси. Це зумовлено тяжким перебігом, високою частотою ускладнень та широкою розповсюдженістю герпесвірусних уражень ЦНС. На сучасному етапі велика увага приділяється визначенню рівнів нейроспецифічних білків (НСБ), які є специфічними для тканин нервової системи. Доведено, що підвищення рівнів НСБ у цереброспинальній рідині (ЦСР) відповідає ступеню ураження відповідних клітин ЦНС. Тому актуальним напрямком у вивченні патогенезу та діагностики уражень ЦНС є визначення рівнів НСБ у ЦСР пацієнтів. Одним з найбільш досліджених НСБ є нейрон специфічна енолаза (NSE) – внутріклітинний цитоплазматичний фермент нейронів, що каталізує перетворення 2-фосфоглицерату до 2-фосфоенолпирувату. Так, доведено діагностичне і прогностичне значення підвищення рівнів NSE при інсультах, черепно-мозкових травмах, ураженнях ЦНС у новонароджених. Однак, як в Україні так і за кордоном, дослідження по визначенню рівнів нейроспецифічних білків у ЦСР хворих на гострі герпесвірусні менінгіти практично відсутні. Матеріали і методи. Визначення герпесвірусної етіології нейроінфекції проводилось методом ПЛР ЦСР хворих. В якості групи контролю обрано 12 хворих на ГРВІ з менінгізмом, яким забір ЦСР проводився з діагностичною метою. Окрім загальноприйнятих лабораторних методів хворим на гострі герпесвірусні менінгіти проводилось визначення рівня NSE в ЦСР в першу та 10-12 добу лікування. Рівень NSE визначався ELISA методом з допомогою набору фірми “ХЕМА”, Російська Федерація. Результати дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 64 хворих на гострі герпесвірусні нейроінфекції, серед них: 20 хворих на HSV 1,2 інфекцію, 14 з EBV інфекцією, 12 з VZV інфекцією, 13 з HHV-6 та 5 з CMV інфекцією. У 44 (68,75%) спостерігалось захворювання середньої тяжкості, у 20 (31,25%) – тяжкий перебіг хвороби. Тяжкість хвороби була зумовлена симптомами вогнищевих уражень тканин ЦНС та явищами набряку головного мозку. У всіх пацієнтів, в гострому періоді, рівень NSE був достовірно вище, ніж в групі контролю ($P < 0,05$). Найвищий рівень NSE спостерігався у тяжких хворих ($P < 0,0001$). Через 10-12 днів лікування, на тлі поліпшення стану пацієнтів, рівень NSE знижувався, однак при тяжкому перебігу хвороби, все одно, був достеменно вищий ніж у контрольній групі ($P < 0,05$). Рівень нейроспецифічних білків, що

досліджувались має пряму сильну кореляцію з ступенем порушення свідомості за шкалою Глазго та вираженості вогнищевої неврологічної симптоматики та вищий у хворих з тяжким перебігом.. Висновки. Підвищення рівнів NSE демонструє наявність та патогенетичне значення пошкодження нейронів у хворих з гострими герпесвірусними нейроінфекціями. Рівень NSE знаходиться в прямій залежності від ступеня порушення свідомості і вираженості вогнищевої неврологічної симптоматики, та найвищий у хворих з тяжким перебігом ($P<0,05$), що підтверджує діагностичне та прогностичне значення NSE у хворих з гострими герпесвірусними нейроінфекціями.

Срибная В.А., Грушка Н.Г., Янчий Р.И.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
ЯИЧНИКОВ: ИММУННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И НОВЫЕ
ПОДХОДЫ КОРРЕКЦИИ
НИИ физиологии им.А.А.Богомольца НАНУ
Кафедра иммунофизиологии
Научный руководитель: Янчий Р.И.

Вступление. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) - расстройство овариальной функции, которое наступает у женщин в возрасте до 40 лет - активно исследуют. Данное заболевание является достаточно распространенным особенно в развитых странах из-за отсрочки там материнского возраста и на сегодня составляет собой медико-социальную проблему. Известно, что ведущую роль в развитии ПНЯ отводят аутоиммунной патологии, однако остается неясным является ли формирование аутоиммунного ответа первичной причиной возникновения данного заболевания, либо оно возникает в следствии влияния длительной хронической патологии, как бы замыкая «порочный» круг патогенеза. Кроме того, наличие противопоказаний для заместительной гормональной терапии определяет поиск альтернативных методов лечения и дальнейших исследований, которые приблизят врачей к развязании многочисленных таин, которые влечет за собой такая мультифакторная патологии, как ПНЯ. Целью этой работы стало изучение особенностей овариальной функции, а также функционального состояния органов иммунной системы в условиях моделирования иммунокомплексной патологии и испытание новых подходов к коррекции данного расстройства. Материалы и методы. Исследование проведено с использованием небеременных самок мышей линии СВА, в возрасте 8-12 недель. Для воспроизведения ПНЯ использовали модель экспериментального иммунокомплексного повреждения (ЭИП), суть которой заключалась в иммунизации животных возрастающей дозой антигена – бычьего сывороточного альбумина (150-300 мг/кг массы мыши). Для

анализа *in vitro* мейотического созревания ооцитов из яичников мышей механически выделяли и подсчитывали ооциты с последующим культивированием их в питательной среде DME. Пути гибели клеток оценивали с помощью метода прижизненной двойной окраски флуоресцентными красителями нуклеиновых кислот Хёхст 33342 и Йодид пропидиума. Для выявления повреждений ДНК ядер клеток ФОО, тимуса и лимфатических узлов использовали метод ДНК-комет.

Результаты. С использованием модели ЭИП установлены особенности овариальной функции, а именно - угнетение мейотического созревания ооцитов и усиление гибели клеток их фолликулярного окружения, а также повреждение ДНК иммунокомпетентных клеток тимуса и лимфоузлов. В условиях применения антиоксиданта («Мексидол») в дозе 100 мг/кг наблюдается улучшение всех параметров, что свидетельствует о вовлечении в данный патологический процесс активных форм кислорода. Согласно последним данным литературы, системные воспалительные процессы сопровождаются железодефицитными состояниями, а также нарушениями в метало-лигандном гомеостазе редокс-активных металлов, в том числе и железа, по этому следующим нашим шагом стало использование новейшей экспериментальной субстанции наночастиц нольвалентного железа (НЧНЖ) в качестве препарата возможной коррекции исследуемого расстройства. Так, установлено, что в условиях внутривенного введения НЧНЖ в дозе 1,68 мг/кг наблюдается улучшение мейотического созревания ооцитов *in vitro* на стадии метафаза I и уменьшение гибели клеток фолликулярного окружения ооцитов, а также повышение параметров жизнеспособности клеток тимуса и лимфоузлов и уменьшение повреждения их ДНК.

Заключение. Полученные результаты дают основания утверждать, что в условиях иммунокомплексного повреждения в механизме расстройства овариальной функции задействован оксидативный стресс, а также, возможно, сдвиг метало-лигандного гомеостаза по железу. Применение антиоксидантов и препаратов железа могут быть рекомендованы для коррекции расстройства овариальной функции и повреждений клеток органов иммунной системы.

Старов К.П., Стоянова Ю.Д.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: к.мед.наук, асс. Винокурова О.Н.

Актуальность. Украина занимает первое место в Европе по темпам распространения вирусных гепатитов. По состоянию на 2016 год уровень заболеваемости острым гепатитом В (ОГВ) составляет 63,5 на 100 тысяч

населения. По данным ВОЗ к 2020 году количество инфицированных лиц в мире удвоится. Поэтому в центре внимания исследователей остаются вопросы усовершенствования методов диагностики и прогнозирования течения вирусных гепатитов.

Цель исследования. Установление у больных ОГВ возможности использования показателей липидного обмена (простагландинов, жирных кислот) как прогностических критериев тяжести ОГВ. Материалы и методы исследования. Было проведено клиническое обследование и наблюдение 182 больных острым вирусным гепатитом В. Диагноз был верифицирован с помощью методов ИФА и ПЦР. Определялся уровень неэстерифицированных жирных кислот (профиль 13 ЖК), простагландинов (6 Pg), а также уровень общих липидов, холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов.

Результаты. При использовании методов кластерного анализа и метода К-средних были отмечены показатели, между которыми была выявлена достоверная ($P < 0,05$) разница: к первому кластеру были отнесены больные со средней степенью тяжести болезни – уровень сулемовой пробы – $1,67 \pm 0,01$ мл, тимоловой – $8,54 \pm 0,52$ ед., АлАТ – $23,59 \pm 1,61$ ммоль/(л/час), билирубина – $175,02 \pm 6,49$ мкмоль/л, его прямой – $109,1 \pm 4,31$ мкмоль/л и непрямой – $67,14 \pm 3,91$ мкмоль/л фракций, щелочной фосфатазы – $18,69 \pm 1,25$ ед., а также уровень олеиновой C18:1 – $23,46 \pm 2,6$ мкг/мл, эйкозатриеновой C20:3 – $1,23 \pm 0,45$ мкг/мл кислот, простагландина E1 – $48,27 \pm 9,37$ пг/мл; эти данные достоверно отличаются от данных второго кластера, который соответствует легкому течению заболевания: уровень сулемовой пробы – $1,81 \pm 0,01$ мл, тимоловой – $4,52 \pm 0,33$ ед., АлАТ – $16,40 \pm 1,59$ ммоль/(л/час), билирубина – $84,52 \pm 4,34$ мкмоль/л, его прямой – $51,03 \pm 3,22$ мкмоль/л и непрямой – $33,49 \pm 1,94$ мкмоль/л фракций, щелочной фосфатазы – $12,01 \pm 1,19$ ед., а также C18:1 – $14,96 \pm 2,04$ мкг/мл, C20:3 – $2,48 \pm 0,48$ мкг/мл, PgE1 – $17,86 \pm 4,94$ пг/мл. Выводы. Степень изменений в сыворотке крови больных острым гепатитом В олеиновой, эйкозатриеновой кислот и простагландина E1 при среднетяжёлом течении вероятно больше ($P < 0,05$), чем при лёгком, что имеет прогностическое значение в определении степени тяжести болезни.

Стародубцева Ю.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Кожина А.М.

Введение. Технический прогресс привел к большому распространению и популяризации интернет ресурсов и в частности социальных сетей. Изучение

аспектов влияния интернета и социальных сетей на пользователей, включает в себя исследование нарушений, которые проявляются при развитии зависимостей. В Европе средний процент пользователей социальных сетей от пользователей интернета составляет 92%, а среднее количество часов, проводимое в социальных сетях зависит от пола и возраста и колеблется в пределах 6.3 - 8.2 часа.

Цель и задачи: определение особенностей при формировании зависимости от социальных сетей у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Было обследовано 82 студента ХНМУ обоих полов (18-24 года). Использованы следующие методы: клинико-анамнестический, психодиагностический с применением Шкалы формирования мировоззрения и скрининг-тест П.Н. Юрьевой; Т.Ю. Больбота для диагностики интернет-зависимости.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что влияние социальных сетей на формирование личного мировоззрения в большей степени присуще девушкам, нежели юношам. Для обследованных студентов социальные сети являются источником общения, у девушек это показатель выше - 82% против 68% у парней. При оценке степени доверия к получаемой информации из социальных сетей было выявлено, что парни на 50% доверяют ей, в отличие от девушек, у которых этот показатель 35%. По результатам скрининг-теста у 17% обследованных выявлена стадия риска развития компьютерной зависимости, из них 7% мужчин и 10% женщин. Риск развития компьютерной зависимости более характерен для лиц, не имеющих дополнительной занятости вне университета и не посещающих кружки и спортивные секции. Наиболее высокий уровень стадии риска зависимости определяется у девушек, живущих в общежитии и парней, проживающих с родителями. Не было выявлено лиц со стадией компьютерной зависимости, что можно связать с высокой занятостью студентов в медицинском университете.

Выводы: в наибольшей степени влияние социальных сетей у опрошенных распространено на сферу общения. Факторами, влияющими на развитие зависимости от социальных сетей, являются наличие дополнительной занятости, участие в кружках или спортивных секциях и условий проживания.

Стрельникова И.Н.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Введение. Психообразование, как поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предоставляет пациенту и его родственникам всю необходимую информацию о психическом расстройстве и

обучает их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными непосредственно патологическим процессом. Наличие психического расстройства само по себе является стигматизирующим фактором, ведущим к нарушению социальной адаптации. В настоящее время самостигматизация определяется как совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статуса психически больного в обществе (Михайлова И.И., 2005).

Цель исследования: изучение различных вариантов самостигматизации у больных шизофренией.

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов с установленным диагнозом шизофрении в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Средний возраст обследованных составил $37+1,07$ лет (от 18 до 67 лет), больше половины из них - женщины (54,5%), мужчины составили 45,5%. У 28% обследованных заболевание имело приступообразно-погрестиентный тип течения, у 72% непрерывно-погрестиентный тип течения. В исследовании использованы клиникопсихопатологический и клинкоанамнестический методы, дополненные опросником самостигматизации.

Результаты исследования. У 16 обследованных была выявлена низкая самооценка, в сочетании с собственными представлениями о несостоятельности в межличностных взаимоотношениях, неуверенность в своей личности. Другой вариант самостигматизации отмечался у 8 больных и заключался в самоидентификацией пациентов с категорией душевнобольных в эмоциональной сфере. Пациенты предполагали, что окружающие будут ограничивать их в этих сферах, относиться к ним так же, как, по их мнению, они относятся к психически больным в целом. Этот вариант самостигматизации отражал дистанцированность больного от его микросоциального окружения. У 6 пациентов был выявлен третий вариант с заведомо ожидаемым предвзятым отношением к больному окружающих только по факту наличия заболевания и их контролем над больным в различных сферах деятельности. Со всеми пациентами проводился цикл психообразования, включавший в себя 10-12 занятий продолжительностью по 1,5 часа 2 раза в неделю. По завершении работы у пациентов повторно оценивался уровень самостигматизации.

Вывод. Самостигматизация у больных шизофренией является неоднородной, в большинстве случаев определяется психическим статусом и, в меньшей степени, личностными особенностями больных. Проведение цикла психообразования позволило в 2,5 раза снизить уровень самостигматизации больных шизофренией.

Сухонос Н.К., Діасамідзе М.Е.

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 8 ПРИ КОМОРБІТНОМУ ПЕРЕБІГУ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н. проф. Капустник В.А.

Вступ. Вібраційна хвороба (ВХ) призводить до взаємного обтяження серцево-судинної патології, розвитку серйозних ускладнень у осіб працездатного віку, що спричиняє значущі соціально-економічні збитки. У механізмах розвитку вібраційних ангіопатій і в поєднанні їх з гіпертонічною хворобою (ГХ) велике значення мають ендотеліальна дисфункція, порушення співвідношення про-і антиоксидантної систем. Запальні цитокіни є не тільки маркерами імунної активації, але й здатні індукувати порушення структури й функції серцево-судинної системи. Вплив цитокінів на гемодинамічні й клінічні характеристики серцевої діяльності має наступні ключові складові: негативну інотропну дію, ремоделювання міокарда з незворотною дилатацією порожнин і гіпертрофією кардіоміоциту, порушення ендотелій-залежної дилатації артеріол, посилення процесів апоптозу кардіоміоциту і клітин периферичних м'язів, а також модифікування функції класичних нейрогормонів, ендотелію, активності оксидативного стресу. Відомо, що вібрація чинить загально біологічну дію, яка може проявлятися прямою дією на клітину та опосередкованою через нейрогуморальні та нейрорефлекторні механізми. Регулююча дія нервової системи на імунну відбувається під дією нейромедіаторів на імунокомпетентних клітин.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 107 хворих з діагнозом ВХ від впливу локальної вібрації I та II ступеня. З них: основна група: 26 хворих- ВХ I ступеня з ГХ II стадії, 34 хворих- ВХ II ступеня з ГХ II стадії, група порівняння- 21 хворих з ізольованою ВХ I ступеня, та 26 осіб ВХ II ступеня. 22 практично здорових осіб склали групу контролю. Вміст інтерлейкіну 8 у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою діагностичних тест-систем “Melatonin Elisa” (“IBL Hamburg”, Німеччина), “Correlate-EIATM Oxitocin” (“Assay Designs”, США) та аналізатора імуноферментного Star Fax 303 Plus. Результати та обговорення. Проведені дослідження показали статистично значуще підвищення рівня ІЛ-8 в групі порівняння при ВХ II ступеня 28,37 пг/мл; МЕ[18,54;36,57] порівняно з групою контролю 18,53 пг/мл; МЕ[12,49;28,01]. А в основній групі рівень ІЛ-8 статистичне значуще підвищується вже при мінімальних проявах ВХ та набуває максимальних цифр при ВХ II ступеня. ВХ II ступеня у поєднанні з ГХ II стадії 33,0 пг/мл; МЕ[28,3;38,62], ВХ I ступеня у поєднанні з ГХ II стадії (24,91 пг/мл; МЕ[13,75; 30,21]) порівняно з групою контролю 18,53 пг/мл; МЕ[12,49;28,01]. Підвищений вміст ІЛ-8 в сироватці обстежених хворих корелює з тяжкістю запального процесу, вивчення рівня цього цитокіну в динаміці може служити прогностичним критерієм результату захворювання. Гіперекспресія ІЛ-8 потенціює прогресування порушень в

системі реології крові, що супроводжується збільшенням периферийного судинного опору, сприяє процесам ремоделювання судинного русла, порушення судинного тонуусу, що є пусковим механізмом прогресування ВХ. Висновки. Аналіз результатів дослідження показав, що дія вібрації пригнічує активність імунної системи. Активація запальних цитокінів залежно від наявності супутньої ГХ є потужним маркером високої інтенсивності процесів судинного ремоделювання та формування їх стенотичних уражень. Високі рівні інтерлейкіну 8, особливо в основній групі дослідження, здатні викликати розвиток системної запальної реакції, поглиблювати процеси ремоделювання судин, та збільшує негативний вплив на функції ендотелію. Таким чином, результати нашого дослідження показують, що ГХ поглиблює імунні зрушення, викликані вібраційним чинником.

Сучеван А.Г., Ганжа В.Д.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ ЕЗАФОСФІНА ТА РАНЕКСА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра внутрішніх хвороб

Науковий керівник: Гайдичук В.С.

Вступ. Хворі зі стабільною стенокардією напруги (ССН), яких в Україні на сьогоднішній час більше 3 млн, відносяться до категорії високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень і смерті. Навіть за умови використання найсучасніших методів терапії щороку помирає 0,9 – 1,4% хворих зі ССН, у 0,5 – 2,6% з них розвивається гострий інфаркт міокарда. Поява в нашій країні препаратів з унікальним механізмом дії і застосування їх разом із препаратами гемодинамічного ряду збільшують ефект протиішемічної терапії. Ранекса та Езафосфіна рекомендуються призначати хворим на стабільну стенокардію, у яких відзначається недостатній ефект під час прийому препаратів першої лінії або є виражені побічні ефекти. Матеріали та методи досліджень: під нашим спостереженням знаходились 15 пацієнтів (8 чоловіків і 7 жінок) хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруги ІІІ ФК, віком від 40 до 70 років (середній вік $63,1 \pm 2,0$), які отримували комбіновану терапію препаратами Езафосфіна (перші 2 дня — 10 г внутрішньовенно краплинно, наступні 3 дні — по 5 г внутрішньовенно краплинно) та Ранекса (по 500 мг 1 раз на добу). Курс лікування становив 10 – 12 днів. Усім пацієнтам враховувалися особливості клінічної картини, включаючи оцінку больового синдрому, частоту нападів стенокардії. Оцінювались основні показники інструментальних досліджень (ЕКГ, Ехо-КГ), визначались біохімічні показники у 1-й день госпіталізації та після лікування. Результати досліджень та їх обговорення. Основним клінічним проявом був

загруднинний біль. Ангінозний напад провокувався фізичними та психоемоційними чинниками у 10 (67%) обстежених, у 3 (20%) був пов'язаний зі зміною метеоумов та у 2 (13%) пацієнтів – без видимих причин. Також всі пацієнти скаржилися на задишку при незначному фізичному навантаженні, прискорене серцебиття та набряки нижніх кінцівок. При проведенні опитування після проведеного курсу лікування препаратами Езафосфіна та Ранекса в усіх хворих виявлено позитивну динаміку клінічних проявів ССН. До початку лікування кількість нападів стенокардії становив в середньому $1,63 \pm 0,19$ на день, а до кінця лікування – зменшились до $0,17 \pm 0,07$ на добу (– 92,7%). Також виявлено достовірне зменшення задишки (зберігалась у 2 пацієнтів), прискореного серцебиття та набряків (зберігались у 1 пацієнта). Аналізуючи показники ЕКГ у пацієнтів знятих при госпіталізації в стаціонар, виявили, що у всіх пацієнтів є депресія сегмента ST більше, ніж на 1 мм та зміни зубця Т, що проявлявся або високим, або від'ємним коронарним зубцем Т. Проте після проведеного короткого курсу лікування було встановлено достовірне зменшення зони ішемії на 35,05 % . Одним з основних показників, який свідчить про сумарну скоротливість міокарда, є фракція викиду, яка була нижчою за норму й становила $48,4 \pm 1,4\%$ ($P > 0,05$). У динаміці лікування ССН достовірних змін ФВ ЛШ не виявлено, проте відзначена тенденція до збільшення ФВ ЛШ в 1,2 раза на фоні терапії препаратами Езафосфіна та Ранекса. При проведенні аналізу лабораторних даних не виявлено негативного впливу обох препаратів на показники загального аналізу крові та сечі. Вірогідно не змінювались рівні трансаміназ та показники ліпідного спектру крові, що свідчить про відсутність негативного впливу на стан печінки та нирок. Висновок. У хворих на стабільну стенокардію напруги комбінована терапія препаратами Езафосфіна та Ранекса сприяла поліпшенню якості життя хворих – зменшення частоти нападів стенокардії, кількості спожитих таблеток нітрогліцерину. При проведенні інструментальних досліджень (ЕКГ, Ехо-КГ) спостерігалось зменшення зон ішемії серця, що корелювало з підвищенням фракції викиду лівого шлуночка.

Сушецька Д.А., Затолока Д.В.

НПВС - ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель: Федоров Володимир Олександрович

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – это наиболее часто и широко назначаемая группа лекарственных средств. Риск возникновения пептических язв у пациентов, принимающих эти препараты, повышается в 3–4 раза, а риск осложнений составляет 25–35%. Поэтому разработка и применение

новых и эффективных схем лечения и профилактики НПВП-индуцированных гастропатий является актуальной проблемой современной медицины. Диагностическими критериями НПВП-гастропатий являются: хронологическая связь с приемом НПВП; без- или малосимптомное течение (80%); высокий риск манифестации кровотечением (60%); острые, часто множественные повреждения; локализация в антральном отделе желудка; отсутствие воспалительного вала вокруг язвы; фовеолярная гиперплазия слизистой оболочки; достаточно быстрое заживление при отмене НПВП. Материалы и методы исследования: целью нашего исследования было выявление частоты встречаемости НПВП-индуцированных гастропатий у больных, имеющих ревматологическую патологию и принимающих НПВП для лечения основного заболевания. В исследовании принимали участие 50 человек, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ОКБ за период с сентября по ноябрь 2016 года. Частоту встречаемости НПВП-индуцированных гастропатий определяли на основании: жалоб, данных объективного осмотра, протоколов эндоскопического исследования и теста на хеликобактер пилори.

В исследовании принимали участие больные с деформирующим остеоартрозом, ревматоидным артритом, подагрой и реактивным артритом. Количество мужчин и женщин было приблизительно одинаковым, средний возраст пациентов от 37 до 61 года, продолжительность болезни от 5 месяцев до 10 лет, наличие язвенной болезни в анамнезе отмечали 7 человек. Жалобы на изжогу предъявляли 29 человек (58%). Жалобы на боли и тяжесть после приема пищи предъявляли 26 и 34 человека (52% и 68% соответственно). Запоры беспокоили 33 человека (66%). Ночные и голодные боли отмечали 11 (22%) и 12 (24%) человек. Жалобы на отрыжку и вздутие живота предъявляли 31 (62%) и 25 (50%) человек. Объективно у 36 человек была обнаружена болезненность при пальпации в эпигастральной области (72%). У 15 пациентов отмечалась локальная болезненность (30%). Положительный симптом Менделя выявлен у 14 человек (28%), а Удена и Лаенека у 28 обследуемых (22%). Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки выявлено у 24 человек (48%). При ФГДС исследовании нашей группы пациентов у 12 человек (24%) была обнаружена эритрематозная и у 14 человек - эрозивная гастропатия (28%). Язвенные поражения желудка были выявлены у 6 человек (12%), а 12-перстной кишки у 2 (4%). С помощью уреазного теста у 13 человек был обнаружен *Helicobacter pylori* (26%). Согласно IV Маастрихтскому консенсусу всем пациентам был назначен омепразол в дозе 20мг*2 раза в сутки. Для эрадикации *Helicobacter pylori* была назначена тройная терапия первой линии: омепразол 20мг*2 р/сут; кларитромицин 500мг*2 р/сут; амоксициллин 1г*2 р/сут. После проведенной терапии у 35 пациентов (70%) исчезли боли в эпигастрии, а у 29 (58%) – изжога. У 30 человек (60%) уменьшилась тяжесть после приема пищи и у 23 (46%) вздутие живота. У 26 пациентов (54%) нормализовался стул. Выводы: жалобы со стороны ЖКТ предъявляли 38 человек, что составляет 76%. Эндоскопически подтвержденная НПВП-гастропатия была обнаружена у 34

человек, что составляет 68%. Из них у 13 человек был выявлен положительный тест на хеликобактер пилори, что составило 38%. Применение блокаторов протонной помпы в комплексном лечении данной группы больных оказывает положительный эффект на течение заболевания, защищая слизистую желудка и 12-перстной кишки во время приема НПВП.

Табаченко О.С., Олефір О.С.

ЗАЛУЧЕННЯ АПЕЛІНУ-12 ДО РЕГУЛЯЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

Науковий керівник: проф. Кравчун П.Г.

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) значно частіше відзначається у хворих з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в порівнянні з показником поширеності гіпертензії в загальній популяції. Встановлено, що підвищення артеріального тиску (АТ) є одним з найважливіших факторів ризику розвитку і прогресування діабетичних мікро- і макроангіопатій, а зниження АТ, навпаки, призводить до значного зниження ризику формування зазначених ускладнень ЦД 2 типу. Мета дослідження – оцінити зміни показників добового моніторингу артеріального тиску і рівня апеліну-12 у хворих з артеріальною гіпертензією залежно від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2 типу для аналізу ефектів апеліну-12 на артеріальний тиск. **Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію. До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та цукрового діабету 2 типу (середній вік $60,03 \pm 1,17$). Групу порівняння складали 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік $57,1 \pm 2,23$). Верифікацію АГ та ЦД 2-го типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України. **Результати досліджень та їх обговорення.** Гіперапелінемія володіє гіпотензивним ефектом у хворих з АГ та ЦД 2 типу. Інсуліноагресія, що призводить до декомпенсації ЦД 2 типу із підвищенням глікозильованого гемоглобіну та глікемії, виявляється більш вагомою, ніж апелінемія, результатом того є зростання АТ за рахунок систолічного та діастолічного АТ у хворих з АГ та ЦД 2 типу. Більш вірогідне зростання систолічного АТ у хворих з АГ та ЦД 2 типу пов'язано зі збільшенням глікозильованого гемоглобіну, а менш вірогідне зростання діастолічного АТ обумовлено частковим нівелюванням негативного впливу цукрового діабету апелінемією. **Висновки.** Таким чином, можливо зробити висновок про те, що апелін-12 безпосередньо залучений в регуляцію вуглеводного обміну та рівнів

артеріального тиску у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу.

Таранова А.В.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Введение. Резкий рост количества завершенных суицидов у подростков, и особенно среди детей до 12 лет, зависит от многочисленных социокультурных условий. Одной из причин можно считать свободный доступ детей в интернет и социальные сети, где созданы группы которые способствуют ухудшению психологического состояния детей с несформированными личностными чертами. Украина относится к странам с высоким уровнем наличия завершенных суицидов. Риск совершения суицидальных тенденций, часто неподходящих выраженности депрессивного аффекта, связанный с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелости подростков.

Цель. Определение суицидальных наклонностей и мыслей у детей и подростков.

Материалы и методы. Нами было проанкетировано 45 детей обоего пола в возрасте 10-15 лет с помощью опросника Г.Айзенка и метода «Незаконченные предложения».

Результаты. 10 детей по шкале «Личностная тревожность» набрали баллы выше 14, у 2 из них так же были высокие показатели (более 14 баллов) по шкале «Фрустрация» и «Агрессия». Превышение показателей по этим шкалам свидетельствует о преобладании у исследуемого этих качеств в структуре личности, однако достоверно нельзя сказать о наличии риска совершения суицида. Остальные учащиеся набрали по всем шкалам 8 – 14 баллов. Так же 2 исследуемых по методике «Незаконченные предложения» наблюдается негативное отношение к окружающему, они не имеют планов на будущее или не могут их сформулировать достаточно четко.

Выводы. Полученные результаты с высокой вероятностью могут свидетельствовать о наличии риска совершения суицида ребенком или подростком. Поэтому ранняя диагностика суицидального поведения, выявление и предупреждение влияния факторов, которые приводят к его формированию, должно будет способствовать эффективной коррекции существующих расстройств поведенческого уровня, предупреждению парасуицидальных проявлений и завершенных суицидов за счет внедрения психопрофилактических мероприятий.

Тарнавська С.І.

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА
БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безруков Л.О.

Вступ. Наразі тривають дослідження запальних фенотипів бронхіальної астми в дітей. Встановлено, що запалення бронхів, їх гіперсприйнятливість та структурні зміни зумовлюють фенотипові особливості бронхіальної астми в дітей, які спрямовувати пошук лікувальних стратегій у майбутньому. Клінічне значення показників лабільності бронхів у групах пацієнтів із різними фенотипами бронхіальної астми оцінюється неоднозначно та потребує подальшого вивчення. Мета дослідження. З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити показники неспецифічної реактивності бронхів залежно від запальних патернів крові. Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 120 дітей, хворих на БА. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (I) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА з гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³) (середній вік – $13,7 \pm 2,6$ року, частка хлопчиків – 64,7 %), до II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥ 250 клітин/мм³) (середній вік – $12,8 \pm 2,9$ року, частка хлопчиків – 70,0 %), до III групи увійшли 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – $12,6 \pm 2,7$ року, частка хлопчиків – 64,3 %), до IV групи увійшли 12 дітей з гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – $14,9 \pm 1,9$ року; частка хлопчиків – 58,3 %). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставляваними.

Лабільність бронхів визначали згідно з існуючими рекомендаціями шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β_2 -агоніста короткої дії (200 мкг салбутамолу) з подальшим обчисленням показника лабільності бронхів (ПЛБ) як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД): $\text{ІБС} = ((\text{ОФВ1 вих.} - \text{ОФВ1 після ДФН}) / \text{ОФВ1 вих.}) \times 100\%$; та $\text{ІБД} = ((\text{ОФВ1 після інгал. салбутамолу} - \text{ОФВ1 вих.}) / \text{ОФВ1 вих.}) \times 100\%$.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що показник лабільності бронхів у дітей I, II, III, IV груп порівнював $15,9 \pm 0,8\%$, $24,3 \pm 0,7\%$, $25,3 \pm 1,6\%$, $41,0 \pm 2,6\%$ відповідно ($p_{IV:I, II, III} < 0,05$). Подальший аналіз неспецифічної реактивності дихальних шляхів у пацієнтів груп спостереження дозволив встановити, що виразна дилатація бронхів (ПЛБ більше 20%) притаманна 75% пацієнтам IV групи, половині представників II (50,0%) та III

(64,3%) групи та лише третині хворих І клінічної групи (31,3%). За гіпергранулоцитарного запального фенотипу підвищувався відносний ризик виразної дилатаційної реакції дихальних шляхів порівняно до гіпогранулоцитарного запального патерну крові у 2,4 раза (95 % ДІ: 1,7-3,4) при співвідношенні шансів - 6,7 (95 % ДІ: 3,6-12,4). Висновки. Наявність гіпергранулоцитарного запального патерну крові у дітей, хворих на бронхіальну астму порівняно до гіпогранулоцитарного запального фенотипу підвищувало шанси реєстрації виразної лабільності бронхів у 6,7 разу.

Тарнавська С.І.

ПОКАЗНИКИ ВІДНОСНОГО ВМІСТУ НЕЙТРОФІЛІВ У ІНДУКОВАНОМУ ХАРКОТИННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Безруков Л.О.

Вступ. Одним з найпопулярніших наукових напрямків є вивчення характеру запальної відповіді дихальних шляхів та фенотипування бронхіальної астми за характером запалення. Вивчення цитологічного складу індукованого харкотиння може вважатися «золотим» стандартом визначення характеру запалення дихальних шляхів в пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, проте є досить складним та трудомістким процесом, особливо серед когорти дитячого населення. У клінічній практиці більш доступним методом є визначення запальних фенотипів за вмістом циркулюючих гранулоцитів у периферичній крові, що дозволить оптимізувати контроль вальну терапію бронхіальної астми в дітей.

Мета дослідження. З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити цитологічні особливості індукованого харкотиння в дітей залежно від запальних патернів крові. Матеріали та методи дослідження. Представлені результати цитологічного аналізу мокротиння, отриманого методом індукції, з використанням серійних розведень гіпертонічних розчинів (3%, 5%, 7%) натрію хлориду у 120 дітей, хворих на бронхіальну астму. Залежно від вмісту гранулоцитів у периферичній крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (І) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³); середній вік дітей становив – $13,7 \pm 2,6$ року, а частка хлопчиків – 64,7%. До II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА з еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів ≥ 250 клітин/мм³) (середній вік – $12,8 \pm 2,9$ року, частка хлопчиків – 70,0%). До III групи увійшли 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – $12,6 \pm 2,7$ року, частка

хлопчиків – 64,3%), а IV групу сформували 12 дітей із гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – $14,9 \pm 1,9$ року; частка хлопчиків – 58,3%). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставляваними.

Результати дослідження. Враховуючи суперечливі відомості щодо залучення нейтрофільних та/або еозинофільних гранулоцитів у розвитку ремоделювання бронхів в пацієнтів із бронхіальною астмою, нами оцінено відповідні показники в індукованому харкотинні в хворих груп спостереження. Зокрема встановлено, що виразніша нейтрофілія бронхіального секрету була притаманна представникам III клінічної групи. Так, відносний вміст нейтрофілів більше 65% реєструвався у половини (50%) дітей із нейтрофільним характером запального патерну крові, тоді як у пацієнтів I, II, IV груп порівняння – лише у 14,3% ($p < 0,05$), 13,5% ($p < 0,05$) та 34,4% ($p < 0,05$) випадків відповідно. Показники ризику реєстрації понад 65% нейтрофілів в індукованому харкотинні в дітей хворих на бронхіальну астму в асоціації з нейтрофільним запальним патерном крові порівняно до гіпогранулоцитарного патерну дорівнювали: відносний ризик – 2,1 [95%ДІ:1,2-3,5] при співвідношенні шансів – 5,9 [95%ДІ:3,0-11,9], а по відношенню до еозинофільного запального патерну крові: відносний ризик – 2,1 [95%ДІ:1,3-3,7] при співвідношенні шансів – 6,4 [95%ДІ:3,2-12,8]. Висновок. Шанси реєстрації понад 65% нейтрофілів в індукованому харкотинні в дітей хворих на бронхіальну астму в асоціації з нейтрофільним запальним патерном крові порівняно до гіпогранулоцитарного патерну зростали у 5,9 разу, по відношенню до еозинофільного запального патерну крові – у 6,4 разу.

Терешина И.Ф.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ МЕЛАТОНИНА И L-5-ГИДРОКСИТРИПТОФАНА В ТЕРАПИИ ИНСОМНИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Введение. Согласно современных статистических данных, инсомния встречается у 28-45% популяции, и в половине случаев является важной проблемой, требующей адекватной терапии. Следует отметить, что проблема терапии бессонницы является до сих пор полностью не решенной. В настоящее время внимание исследователей и практических врачей привлекла возможность использования препаратов на основе естественных регуляторов цикла «сон-бодрствование», а именно мелатонина. Одним из современных средств на основе мелатонина является «Добраніч», которое в своем составе содержит также L-5-гидрокситриптофан (5-НТР), являющегося прекурсором нейротрансмиттера серотонина.

Целью нашего исследования было изучение клинической эффективности и индивидуальной переносимости «Добраніч» в терапии инсомнии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 64 пациента с наличием инсомнии. Длительность нарушений сна у данных пациентов варьировала от 1 месяца до 8 лет (в среднем $1,8 \pm 3,4$ года). Согласно демографическим показателям, средний возраст пациентов составил $39,4 \pm 12,8$ года, при этом 68,8% больных, принимавших участие в клиническом исследовании, были женского пола. Инсомния у 30 (46,8%) обследованных пациентов сочеталась с ишемической болезнью сердца, у 26 (40,6%) – с артериальной гипертензией, у 20 (31,3%) – с дисциркуляторной энцефалопатией, у 14 (21,9%) – с ожирением, у 10 (15,6%) – с синдромом раздраженного кишечника, у 5 (7,8%) – с сахарным диабетом, у 2 (3,1%) – язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Лица, находившиеся под наблюдением, были разделены на две рандомизированные группы по 32 человека в каждой – основную и сопоставления. Пациенты основной группы получали стандартную терапию согласно локальных протоколов данных заболеваний, а также в качестве гипнотика получали «Добраніч» по 1 капсуле на ночь на протяжении 20 суток. Лица группы сопоставления кроме стандартной терапии также получали гипнотик, но другой фармакологической группы. Для оценки сна было применено: Опросник проблем сна, опросник качества сна Питтсбургского Университета, индекс тяжести инсомнии. Было также проведено психометрическое исследование, в ходе которого были использованы шкала Гамильтона для оценки депрессии и шкала Гамильтона для оценки тревоги. Оценка сна и психометрическое тестирование проводились в исходном периоде, на 10-ый день терапии и по окончании терапевтического периода. Полученные данные были обработаны статистически с применением современных компьютерных программ.

Полученные результаты. Результаты исследования убедительно свидетельствуют о том, что препарат «Добраніч» является эффективным средством в терапии расстройств сна. При применении «Добраніч» отмечается купирование астено-депрессивных и тревожно-депрессивных проявлений легкой и умеренной степени выраженности. Проведенная оценка результатов шкал опросника проблем сна, опросника качества сна Питтсбургского Университета, индекса тяжести инсомнии, а также шкал депрессии и тревоги Гамильтона говорит о более выраженных гипнотических свойствах с легким антидепрессивным эффектом комбинированного средства «Добраніч» по сравнению с гипнотиком, использованном в группе сопоставления. При комплексной терапии основного заболевания с включением «Добраніч» наблюдается улучшение общего самочувствия и в целом стабилизация психосоматического состояния больного.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о клинической перспективности применения препарата «Добраніч» в терапии инсомнии.

Тесленко Н.И., Григоров М.М.
НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №1

Научный руководитель: Тесленко О.О.

Более чем у 60% пациентов, перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ), возникают различные варианты патологии нервной системы, что приводит к социально-трудовой дезадаптации большого контингента больных. Дальнейшее течение ЧМТ зависит от индивидуальных особенностей организма, провоцирующих факторов, сопутствующих болезней, повторных травм и др. Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 105 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, перенесших ЧМТ легкой и средней степени тяжести. Когнитивные функции больных оценивали по Монреальской шкале когнитивных функций (MoCA) и при помощи краткой шкалы оценки психических функций - MMSE (Mini Mental State Examination). Результаты исследования памяти утомляемости, активности внимания и работоспособности оценивали методикой заучивания 10 слов (по А.П.Лурия) и с использованием таблиц Шульте.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на отсутствие, иногда, субъективных жалоб когнитивного характера, более чем у 90% обследованных результаты не соответствовали возрастной норме. Общий показатель по шкале MMSE у пациентов составлял: в остром периоде ЧМТ - $25,66 \pm 0,7$ балла, в промежуточном - $25,7 \pm 0,29$, отдаленном - $24,7 \pm 0,9$ балла, что свидетельствовало о наличии когнитивной дисфункции в виде преддеменции (легкие и умеренные когнитивные нарушения) во всех периодах ЧМТ. Показатели шкалы MoCa так же указывали на снижение когнитивных функций у 62,7% пациентов. Так, в остром периоде ЧМТ суммарный балл составлял $22,5 \pm 0,3$, в промежуточном периоде - $24,3 \pm 0,4$ балла, в период отдаленных последствий - $25,8 \pm 0,2$ балла. Наибольшее количество ошибок больные совершали при определении категориального сходства между предметами, в отсроченном воспроизведении, в субтесте на внимание. Снижение уровня активного внимания и ухудшения возможности его переключения у больных во всех группах подтверждались результатами таблиц Шульте. Проявления истощения внимания в остром периоде ЧМТ наблюдали у всех обследованных. Больше всего был снижен темп выполнения задания (у 60% больных), при этом снижение концентрации внимания отмечали у 33,13% больных. Возможно, именно сложность сконцентрироваться вызвало значительное снижение работоспособности в остром периоде. В промежуточном периоде ЧМТ отмечено уменьшение количества больных с низким показателем темпа выполнения задания практически наполовину (28,13% больных), а количество пациентов с расстройствами концентрации внимания уменьшилась до 20,63%. В отдаленном периоде ЧМТ низкий показатель темпа выполнения задания выявлен всего у

11,25% пацієнтів, а низку концентрацію уваги відзначали у 7,5% хворих. Середнє час виконання завдання (ефективність роботи) склав $46,52 \pm 21,42$ секунд. Темп виконання завдань по таблицях був нерівномірним: «Крива трудоспособності» відрізнялася невисоким початковим рівнем з поступовим і неуклонним погіршенням показників, без помітних коливань в бік покращення. Також, 38,0% пацієнтів допускали в роботі з таблицями різні помилки. Нерівномірний темп роботи і збільшення кількості помилок з кожної наступної таблицею свідчить про підвищену витрату уваги.

В нашому дослідженні у хворих відзначали зниження працездатності і збільшення кількості помилок кінця виконання проби запам'ятовування 10 слів. Виявлено значительне погіршення показників зорової і слухової пам'яті, особливо в відтворенні вивченого матеріалу, при цьому відсутні були порушення в механізмах запам'ятовування. Також відзначали високу ступінь відволікаємості і низький рівень уваги. Ці зміни вказували на наявність розладів як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті, що корелювало з скаргами хворих.

Тимчук Н.Ф., Кузнецова І.К.

СТАН ХРОМАТИНУ В ЯДРАХ КЛІТИН БУККАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІЮ ЛЮДИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАЗИ ЦИРКАДНОГО РИТМУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра медичної біології

Внаслідок попередніх досліджень встановлено, що структурно-функціональний стан хроматину з достатнім ступенем точності відображає фізіологічний стан організму і може бути з успіхом використаний для визначення гранично допустимих доз впливу фізичних та хімічних факторів на організм людини. Показано, зокрема, що кількість та розміри гетерохроматинових гранул в ядрах клітин буккального епітелію змінюються в залежності від ступеня втоми людини при професійній підготовці до фізичного навантаження і дозволяють встановити оптимальні індивідуальні параметри цієї підготовки та її напруженість. Встановлено, що цей показник стану хроматину надає об'єктивну картину функціонування організму і позитивно корелює з аналогічними показниками, отриманими при використанні загальноприйнятих методів.

Метою цього дослідження було встановлення залежності структурно – функціональної організації хроматину в ядрах клітин буккального епітелію людини в залежності від добових (циркадних) біоритмів, а також ступеня фізичної втоми людини протягом доби. У виконанні дослідів приймали участь студенти I курсу Харківського національного медичного університету.

В дослідях в якості матеріалу використовували буккальний епітелій, отриманий шляхом легкого зіскобу з внутрішнього боку щоки у представної групи добровольців з різним ступенем фізичного втомлення і протягом різних періодів доби. Процедура отримання біологічного матеріалу для досліджень була абсолютно безболісною, безкровною і такою, що цілком відповідає сучасним вимогам біоетики.

Визначення структурно функціонального стану хроматину клітин буккального епітелію здійснювали згідно методики, розробленої на кафедрі цитології та генетики Харківського національного університету ім.В.Н.Каразіна (доктор біол. наук Ю.Г.Шкорбатов). Дослідження проводили згідно угоди про науково – технічне співробітництво між кафедрою медичної біології ХНМУ та відділом молекулярної біології та біотехнології Інституту біології ХНУ ім.В.Н.Каразіна. Проби клітин буккального епітелію отримували через кожні 4 години в період з 8 до 24 годин протягом доби. Препарати епітелію забарвлювали 2% розчином орсеїну у 45% розчині оцтової кислоти на предметному склі і піддавали мікроспопічному аналізу при збільшенні $\times 600$. В кожному експериментальному варіанті дослідження аналізували не менше 50 клітин в пробі і не менше 250 клітин протягом доби. При дослідженні враховували кількість гранул гетерохроматину в ядрі кожної клітини. Отримані результати піддавали статистичній обробці методом дисперсійного аналізу.

Отримані результати свідчать про наявність позитивного взаємозв'язку між добовими біоритмами активності організму з кількістю гранул гетерохроматину в ядрах клітин буккального епітелію. Найбільшу кількість гранул гетерохроматину зареєстровано у вечірніх пробах, тоді як у денних і, особливо, вранішніх пробах їх кількість була достовірно меншою. Таким чином можна припустити, що зв'язок між кількістю гетерохроматинових гранул і ступенем втомлюваності організму має позитивний характер, а фізична втома організму проявляється на всіх рівнях його організації, починаючи з молекулярного. Отримані результати можуть бути використані при проведенні моніторингу студентів на ступінь втомлюваності протягом учбового часу і визначення найбільш ефективного періоду для фізичних навантажень при навчанні.

Тиханський Д.С.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА С
УРОВНЕМ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ И ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ
СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайворонская С. И.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) - патология структуры и функции яичников, основными критериями которых являются хроническая ановуляция и яичниковая гиперандрогения. Синдром является наиболее частой причиной бесплодия.

Антимюллеров гормон (АМГ) – субстанция, продуцируемая клетками гранулезы яичников. Он является одним из маркеров роста и созревания фолликула. В связи с наличием овуляторной дисфункции при СПКЯ исследование АМГ является диагностически целесообразным

Цель: изучить взаимоотношение АМГ с уровнем общего тестостерона (Т), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) у больных с СПКЯ.

Методы: В исследовании приняли участие 40 пациенток, разделенных на две группы: 20 пациенток с СПКЯ (основная группа) и 20 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Все женщины были одной возрастной группы от 20 до 30 лет. Проведен анализ анамнеза жизни, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Диагноз СПКЯ поставлен на основании гиперандрогении, ановуляции, данных УЗИ. Все женщины прошли гормональные исследования: АМГ, ФСГ и ЛГ, уровень Т на 2-7 день менструального цикла.

Для изучения связи между показателями применялся метод корреляции с определением коэффициента корреляции (r) и установлением его значимости по t -критерию с 95% уровнем надежности ($p < 0,05$).

Результаты. У всех женщин основной группы была отмечена положительная корреляционная связь между уровнем АМГ, ЛГ и свободного тестостерона.

Наблюдалось повышение уровня АМГ ($12,25 \pm 2,43$ нг/мл против $1,88 - 7,53$ нг/мл, $p < 0,05$), повышение уровня ЛГ ($20,5 \pm 3,2$ мЕД/мл против $1,67 - 15,0$ мЕД/мл, $p < 0,05$) и повышение уровня Т ($11,8 \pm 3,1$ пг/мл против $0,5 - 4,1$ пг/мл, $p < 0,05$). В свою очередь, с уровнем ФСГ наблюдалась отрицательная корреляционная связь, уровень ФСГ был понижен ($0,86 \pm 0,25$ мЕД/мл против $1,3 - 9,9$ мЕД/мл, $p < 0,05$).

Женщины контрольной группы не имели отклонений в показателях гормональных исследований.

Выводы. Наличие корреляционной связи АМГ с гонадотропными гормонами и тестостероном у женщин больных СПКЯ говорит о возможном участии этого гормона в патогенезе данного заболевания. Также уровень АМГ в сыворотке крови может служить диагностическим критерием СПКЯ.

Ткаченко А.С.
СОДЕРЖАНИЕ ФРАКТАЛКИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
КАРРАГИНАН-ИНДУЦИРОВАННОМ ВОСПАЛЕНИИ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра биологической химии
Научный руководитель: проф. Жуков В.И.

В настоящее время активно изучается роль разнообразных хемокинов в патогенезе различных воспалительных заболеваний. Одним из белков данной группы является фракталкин, который выступает в качестве хемоаттрактанта для цитотоксических клеток и макрофагов. Целью исследования явилось изучение содержания одного из представителей хемокинов - фракталкина в сыворотке крови крыс при экспериментальном каррагинан-индуцированном гастроэнтероколите. Материалы и методы. Эксперимент проводился на 20 крысах-самках линии WAG, содержащихся в стандартных условиях вивария ХНМУ. Лабораторные животные были поделены на две группы, по десять особей в каждой: 1) крысы, у которых моделировали гастроэнтероколит ежедневным пероральным введением 1% раствора λ -каррагинана в питьевой воде в течение двух недель; 2) контрольная группа, состоявшая из интактных животных, которые не употребляли каррагинан. Содержание фракталкина в сыворотке крови измеряли иммуноферментным методом с помощью набора реактивов фирмы «eBioscience» (Вена, Австрия) с использованием прибора StatFax 303+. Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программы GraphPad Prism 5. Животных содержали в соответствии с положениями Европейской конвенции «О защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986). Результаты. В результате исследования установлено достоверное повышение концентрации фракталкина у животных с гастроэнтероколитом ($26,03 \pm 1,20$ пг/мл, $p < 0,0001$) по сравнению с контрольной группой ($14,15 \pm 0,45$ пг/мл). Таким образом, мы предполагаем, что фракталкин принимает участие в активации NK-клеток, Т-киллеров и моноцитов при каррагинан-индуцированном гастроэнтероколите, принимая во внимания способность данного цитокина стимулировать таксис и экстравазацию вышеуказанных иммунокомпетентных клеток. Выводы. Каррагинан-индуцированный гастроэнтероколит сопровождается повышением уровня фракталкина в сыворотке крови экспериментальных животных, что стимулирует привлечение новых иммунокомпетентных клеток в очаг воспаления, вероятно внося вклад в хронизацию процесса.

Ткаченко А.С., Ткаченко М.А., Новикова Е.А.
ВКЛАД ФНО-А И ММР-9 В VEGF - ОПОСРЕДОВАННУЮ
НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ ПРИ КАРРАГИНАН-ИНДУЦИРОВАННОМ
ВОСПАЛЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра биологической химии

Научный руководитель: проф. Жуков В.И.

Известно, что характерным признаком хронических воспалительных заболеваний является интенсивное образование новых сосудов в зоне повреждения. В настоящее время активно изучаются факторы, которые вносят вклад в активацию процессов неоваскуляризации при воспалительных процессах различного генеза.

Целью исследования явилось изучение влияния матричной металлопротеиназы - 9 (ММР-9) и цитокина ФНО- α на процессы VEGF –опосредованного неоангиогенеза при экспериментальном каррагинан-индуцированном гастроэнтероколите.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 20 крысах-самках линии WAG. Лабораторные животные сформировали две группы: 1) контрольная группа (n=10); 2) крысы с гастроэнтероколитом (n=10). Заболевание моделировали путем свободного доступа крыс к 1% раствору λ -каррагинана в питьевой воде в течение месяца. Содержание ММР-9 и ФНО- α в сыворотке крови измеряли иммуноферментным методом. Для определения концентрации вышеуказанных показателей использовали иммуноферментный анализатор StatFax 303+. Корреляционную зависимость определяли рассчитывая непараметрический коэффициент Спирмена с помощью программы GraphPad Prism 5. Животных содержали в соответствии с положениями Европейской конвенции «О защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986). Результаты. В наших предыдущих работах показано увеличение концентрации фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), который является ключевым маркером неоангиогенеза, в сыворотке крови животных с каррагинан-индуцированным гастроэнтероколитом, что указывает на активное образование новых сосудов в зоне повреждения. Нынешнее исследование продемонстрировало повышение как ММР-9 (в 3,5 раз по сравнению с контрольной группой), так и уровня ФНО- α (соответственно в 7 раз) в сыворотке крови больных животных. Для оценки влияния изучаемых параметров на процессы VEGF-опосредованной неоваскуляризации при каррагинан-индуцированном гастроэнтероколите нами проводился расчет коэффициента корреляции. Установлено наличие сильной положительной связи между уровнем VEGF в сыворотке крови и активностью ММР-9 ($r = + 0,72$), что позволяет предположить вовлечение данного протеолитического фермента в регуляцию процессов неоангиогенеза при воспалении изучаемой этиологии. В то же время наблюдается наличие средней положительной корреляционной связи между

уровнями VEGF и ФНО- α ($r = + 0,57$), что свидетельствует о наличии вклада последнего в процессы образования новых сосудов при каррагинан-индуцированном гастронтероколите. Выводы. Таким образом, MMP-9 и ФНО- α играют существенную роль в активации процессов VEGF-опосредованной неоваскуляризации при каррагинан-индуцированном гастронтероколите.

Тригуб Ю.В., Косенко А.М.

КОМПЛАЕНС ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: к.мед.н, Зеленская Е.А.

Введение. Депрессия – прогрессирующее бремя современной медицины и общества в целом. Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств, общая заболеваемость – 350 млн.человек из всех возрастных групп. Она занимает 1 место в мире среди причин пропуска рабочего дня и второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. От 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией. По прогнозам, в 2020 году именно депрессия станет убийцей №1. Данное заболевание также наносит существенный ущерб экономике страны и уже к 2020 году депрессия может стать причиной паралича экономической жизни стран мира. Именно поэтому важна эффективная терапия пациентов страдающих депрессией, которая станет возможной лишь при высоком уровне комплаентности больных.

Цель: определить уровень комплаентности и качества жизни пациентов страдающих рекуррентным депрессивным расстройством.

Материалы и методы: было обследовано 28 пациенток женского пола в возрасте 28 – 45 лет, находившиеся на стационарном лечении в 1 отделении ХОКПБ №3 с установленным диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0). Средняя продолжительность заболевания к моменту обследования – 2,5 года. Диагноз выставлялся на основании клинико-психопатологического, психодиагностических методов. Все обследуемые прошли тест комплаентности - Drug Attitude Inventory (DAI-10) и тест оценки интегративного показателя качества жизни (Mezzich J. Et al., 1999).

Результаты: Согласно тесту комплаентности DAI-10 у 11(39,3%) человек суммарные баллы по шкале составили $5,9 \pm 0,1$; у 5 (17,85%) пациенток – $8,3 \pm 0,2$; у 12 (42,85%) пациенток – $7,0 \pm 0,2$. Тест оценки интегративного показателя качества жизни показал незначительное улучшение во всех шкалах, таких как: трудоспособность – $7,1 \pm 1,2$; межличностное взаимодействие – $6,7 \pm 2,0$; личностные реализации – $6,6 \pm 1,9$; общее восприятие качества жизни – $6,5 \pm 2,4$ ($p < 0,05$).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень комплаентности у 82,15 % исследуемых больных рекуррентным депрессивным расстройством недостаточно высокий для получения ожидаемых эффектов лечения. Об этом так же свидетельствует незначительное улучшение показателей качества жизни по тесту оценки интегративного показателя качества жизни. Таким образом, необходимо уделять значительное внимание повышению уровня комплаентности у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и разрабатывать стратегии направленные на улучшение данных результатов. Повышение уровня комплаентности повысит эффективность взаимодействия врача и пациента и на этой основе повысится качество психиатрической помощи и качество жизни пациентов.

Халимонов В.В.

ЗМІНИ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини № 3

Науковий керівник: Котовщикова Н.Н.

В останнє десятиріччя все більше уваги приділяється питанням змін моторно-евакуаторної функції шлунку у хворих на цукровий діабет. Встановлено, що у 50-60% хворих на ЦД з поганим глікемічним контролем діагностують ознаки диспепсії без яскравої клінічної симптоматики, які слід вважати початковими формами гастроінтестинальної діабетичної автономної нейропатії. Мета роботи. Встановити частоту випадків ранніх проявів діабетичної автономної нейропатії шлунку в залежності від тривалості ЦД. Матеріали та методи дослідження. Обстежено 30 пацієнтів, які поділені на 2 групи. До складу першої групи включено 12 хворих на ЦД (n=12) з тривалістю захворювання менше 5 років. У другу групу репрезентовані пацієнти (n=18) з тривалістю ЦД більше п'яти років. Стан компенсації вуглеводного обміну пацієнтам визначали за показником глікованого гемоглобіну (HbA1C), а зміни моторно-евакуаторної функції шлунку оцінювали за показником (T S - час напіввивільнення діагностичного сніданку) 13C-октаноевого дихального тесту (13C-ОДТ).

Результати дослідження: Показник HbA1C у обстежених пацієнтів складав $8,3\% \pm 0,4$. У 3 осіб з 12 хворих (25%) першої групи пацієнтів діагностовано сповільнення моторно-евакуаторної функції шлунку, тоді як прискорення часу напіввивільнення діагностичного сніданку встановлено в 1 хворого (8,3%). У восьми хворих (44,5%) другої групи спостерігалось сповільнення функціональної активності шлунку. Таким чином, у 40% пацієнтів (12 осіб) хворих на ЦД спостерігаються зміни моторно-евакуаторної активності шлунку, які погіршують перебіг основного захворювання з прогресуванням хронічних

ускладненъ

ЦД.

Висновки. З метою попередження прогресування хронічних ускладненъ ЦД у всіх пацієнтів з лабільним перебігом слід проводити ІЗС-ОДТ для визначення моторно-евакуаторну активність шлунку.

Харькова М.О., Орлова Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА Н. С ДИАГНОЗОМ: ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ II СТЕПЕНИ, СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ВТОРИЧНАЯ (ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ) КАРДИОМИОПАТИЯ. ХЗП I СТ. ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА С УДВОЕНИЕМ ЧЛС, ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ (ЭХОСКОПИЧЕСКИ). КИСТА ПРАВОГО ЯИЧНИКА. МАСТОПАТИЯ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Научный руководитель: Чайченко Т.В.

Актуальность: Диффузный токсический зоб (ДТЗ) - заболевание, вызванное избыточной секрецией тиреоидных гормонов (ТГ) под влиянием тироидстимулирующих антител диффузно увеличенной щитовидной железы. Цель работы: Описание клинического случая ребенка Н. с диагнозом: Диффузный токсический зоб II степени, средней тяжести. Вторичная (тиреотоксическая) кардиомиопатия. ХЗП I ст. Подковообразная почка с удвоением ЧЛС, правой половины (эхоскопически). Киста правого яичника. Мастопатия.

Клинический случай: Ребенок Н. доставлен в ОДКБ с жалобами на плаксивость, раздражительность, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, чувство «кома» в горле, тремор рук, тремор всего тела, потеря веса, выпадение волос, повышение АД до 140/50, потеря сознания, головные боли. Анамнез болезни: Вышеуказанные жалобы появились 2,5 года назад. Известно, что девочка была консультирована эндокринологом в 2015 году, где было выявлено: гипоталамический синдром пубертатного периода, диффузный зоб 1-2 ст. Были даны рекомендации: исследовать анализ крови на тиреоидный статус. Несмотря на выявленные изменения в гормональном обследовании: ТТГ -0,05 мкМЕ/мл (N 0,23-3,4), ант к ТПО 46,5 ЕД/мл (N до 30), повторно к эндокринологу ребенок не обращался. Состояние ребенка резко ухудшилось 2 месяца назад. Девочка госпитализирована в ЦРБ, где получала лечение по ВСД, без должного эффекта. В дальнейшем была направлена в ОДКБ для обследования и лечения. Объективно при поступлении: ЧСС 130 уд. в 1 мин., АД-110/50 мм.рт.ст. Общее состояние тяжелое. Физическое развитие дисгармоничное, астеничное. Кожные покровы бледные, белые стрии на молочных железах, бедрах, диффузный гипергидроз, периорбитальная гиперпигментация, пастозность век. Обращает внимание пастозность стоп. Хореоидные подергивания мышц рук. Щитовидная железа увеличена до 4 степени (по Николаеву), плотная, при пальпации

безболезненная, подвижная. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Тоны сердца – выраженная тахикардия. Стул 3-4 раза в сутки. Половая формула: Ах3 Р5 Ма4 Ме3 (гиперменорея).

Результаты проведенных исследований: УЗИ ЩЖ: резкая гиперплазия 4 степени, повышение эхоплотности паренхимы, линейные фиброзные септы паренхимы (при ЦДК феномен «тиреоидного ада», УЗИ признаки аутоиммунного тиреоидита, гипертрофическая форма); УЗИ ОБП, почек: подковообразная почка с признаками удвоения ЧЛС правой половины. Киста правого яичника; УЗИ грудных желез: незначительные фиброзные изменения в паренхиме грудных желез с обеих сторон; ЭКГ: синусовая тахикардия, гипертрофия или гиперфункции левого желудочка и предсердия, Ps 109 уд. в мин; анализ крови на гормоны: ТТГ - 0,12 мкМЕ/мл (N 0,23-3,4); Т3 (св) - 9,98 пмоль/мл (N до 2,5-5,8); ант к ТПО - 496,6 Ед/мл (N до 34); Т4 (св) - 49,8 пмоль/мл (N до 10,0-23,2); ант к рецепторам ТТГ – 13,84 (N до 1,75 МЕ/л). Получала лечение: эспа-карб (20 мг/сут., затем - 25 мг/сут), анаприлин, кардонат, глицин, аспаркам. На фоне проводимой терапии, состояние ребенка значительно улучшилось: в покое ЧСС 80-86 в 1 мин., АД 120/60 мм рт. ст. Выводы: На примере представленного клинического случая мы видим сочетание различной симптоматики, которая проявляется под различными видами «масок». В связи с этим постоянно должны проводиться профилактические осмотры для раннего выявления патологии ЩЖ и своевременного старта медикаментозной терапии.

Хмаин С.

**АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РИСУНОЧНАЯ ТЕХНИКА «ВНУТРЕННЯЯ
КАРТИНА БОЛЕЗНИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: проф., д.мед.н. Коростий В.И.

Введение. Актуальность темы обусловлена трудностями понимания собственной болезни, собственных симптомов больными с депрессивным расстройством, а также предоставление возможности углубленно изучить свою болезнь и ее причинно-следственные связи возникновения для повышения терапевтического эффекта.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Внутренняя картина болезни» в комплексном лечении больных с большим депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены методы исследования: 1 – клинико-диагностический; 2 – шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 – шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 – шкала оценки качества жизни

(модификация по Н.А. Маруте); 5 – шкала определение уровня социального функционирования.

В исследовании принимали участие 40 пациентов – мужчин в возрасте 18 - 30 лет. В качестве арт-терапии была использована рисуночная техника «Внутренняя картина болезни». Сеансы проводились 2 раз в неделю по 2 часа непосредственно после поступления больных в стационарное отделение.

Результаты исследования следующие: у 90% больных снизился уровень ангедонии; у 70% больных снизился уровень тревожности; у 75% больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% больных увеличилась самооценка, у 80% больных отмечалась уверенность в себе; и у 68% - появился позитивный взгляд на будущее.

Выводы. Таким образом, данное исследование указывает на то, что рисуночная техника «Внутренняя картина болезни» является мощным помощником для стабилизации психического состояния пациентов с БДР при поступлении в стационарное отделение, т.к. позволяет скорректировать ложные и искаженные представления о своей болезни, а также изменению отношения пациента к болезни и проводимому лечению делая его более активным и ответственным участником терапевтического процесса, что улучшает качество лечения.

Хохлов М.А., Резниченко Е.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТАГЕСТИНА И ПРОХЛОРПЕРАЗИНА МАЛЕАТА В ЛЕЧЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра неврологии №1

Научный руководитель: проф. Григорова И.А.

Купирование и лечение вестибулярных нарушений (ВН) на фоне синдрома позвоночной артерии до сих пор остается актуальной проблемой в неврологии. Приступы головокружения значительно ухудшают качество жизни пациента и могут полностью лишить его трудоспособности, привести к серьезным психоэмоциональным нарушениям.

Целью исследования было сравнение эффективности двух наиболее часто назначаемых препаратов при ВН: бетастигмина гидрохлорид «Бетасерк» и прохлорперазина малеат «Вертинекс».

Материалы и методы. Были обследованы 24 пациента (16 мужчин, 8 женщин) в стационарных условиях, средний возраст – 36,5 лет.

У всех пациентов были жалобы на головокружения с вращением предметов при повороте головы, сопровождающееся тошнотой, рвотой чувством страха и другими вегетативными симптомами. У 9 пациентов такой приступ произошел впервые; у 15 пациентов уже были подобные приступы в анамнезе. У 18 пациентов рентгенологически были определены признаки нестабильности

двигательных сегментов в шейном отделе позвоночника. У 14 пациентов были преходящие слуховые нарушения в виде шума в ушах. В качестве основного препарата 12 пациентам назначался бетагистин, остальным 12 – прохлорперазин.

Результаты: Пациенты, принимающие бетагистин отметили значительное снижение симптомов головокружение и шума в ушах на 3-5 сутки лечения. Но у шестерых пациентов сохранялось ощущение тошноты и неустойчивости, которое прошло только к концу первой недели лечения. В то время, пациенты принимающие прохлорперазин отметили очень быстрое прекращение головокружения, тошноты и рвоты уже на вторые сутки лечения, однако у восьмерых пациентов сохранялся шум в ушах в течение 3 суток. Также у пятерых пациентов были выражены симптомы заторможенности, сонливости, апатии. У двоих пациентов эти симптомы были выражены слабо. Аналогичных жалоб у пациентов принимающих бетагистин выявлено не было. Вывод: на основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что для быстрого купирования приступа головокружения предпочтительно назначение прохлорперазина, а для длительного приема, для поддерживающей терапии – бетагистин.

Хромей Е.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: доц., к.мед.н. Гайчук Л.М.

Введение: Учебный процесс как стрессовый фактор оказывает непосредственное влияние на психическое состояние учащихся, что в итоге приводит к разбалансированию адаптивных систем и возникновению ряда преморбидных состояний психического и соматического здоровья. Одним из таких состояний является тревожность, возникающая под влиянием стрессового фактора, и она является одним из показателей дезадаптации студентов.

Выделяют два вида тревожности реактивную (ситуативную) и личностную. Личностная тревожность – является характеристикой личности человека в целом. Ситуативная тревожность отображает реакцию человека на определенные ситуации.

Цель: Выявить распространенность тревожных состояний среди студентов Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) и студентов Харьковского национального аэрокосмического университета имени Н. Е. Жуковского (ХАИ) и провести их сравнительный анализ.

Материалы и методы: В исследовании было задействовано 40 человек и среди них проведено анкетирование. Студенты 3 и 4-й курс в возрасте от 19 до 23 лет, из них 20 студентов Харьковского национального медицинского университета и 20 студентов Харьковского авиационного университета.

Выявление ситуативной и личностной тревожности проводили по тесту Спилбергера-Ханина. Тестирование по методике Спилбергера Ханина проводили с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. Использовали для оценки тревожности следующие шкалы: до 30 баллов – низкая, 31 — 44 балла — умеренная; 45 и более — высокая тревожность. Полученные результаты анализировались с помощью статистических методик и заносились в специально разработанные таблицы.

Результаты исследования: В ходе исследования получили следующие показатели: у студентов ХНМУ высокий показатель личностной тревожности (ЛТ) наблюдался у 11-и студентов, что составило более 50%, умеренный уровень ЛТ выявлен у 7-и человек и у 2-х он оказался низким. Ситуативная тревожность имела высокий показатель у 9-и человек, что составляет 45 %, у 7 - умеренный уровень и у 4-х - низкий.

У студентов ХАИ были получены следующие результаты: Высокий уровень личностной тревожности был зарегистрирован у 3-их человек, 16 студентов имеет умеренный уровень личностной тревожности, что составляет 80% и у 1 студента он низкий. Ситуативная тревожность имела высокий показатель у 2-х студентов, у 13-и – умеренный (удельный вес 65%), и у 6-и – отмечен низкий уровень.

Вывод: Из вышеизложенного мы можем сделать вывод, что у студентов Харьковского национального аэрокосмического университета имени Н. Е. Жуковского показатели ситуативной и личностной тревожности находятся в большинстве случаев на умеренном уровне. У студентов же Харьковского национального медицинского университета показатели и ситуативной и личностной тревожности имеют высокие значения и большинства исследуемых. Возможно это связана со спецификой учебного процесса и также можно сказать, что действительно стрессовый фактор оказывает влияние на психическое состояние здоровья молодого поколения.

Чепелев И.С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА И ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель: к.м.н. Зеленская Е.А.

Актуальность. Первичный психотический эпизод – это тяжелое психотическое расстройство, которое отличается полиморфизмом клинических проявлений, нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением. Термин "первичный психотический эпизод" объединяет синдромальную совокупность примерно одинаково протекающих острых состояний нарушения психики, которые проявляются нарушением мышления, дезориентацией, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением различной степени выраженности и могут наблюдаться в различных нозологических формах психических заболеваний. Формально под категорию первичного психотического эпизода подпадают пациенты с впервые развившимися психотическими симптомами, которые не стоят на учете и ранее не обращались к психиатру, или пациенты, у которых психоз возникает не чаще 2-3 раз в течении 5 лет.

Цель

-определение клинических особенностей первичного психотического эпизода;
-прогноз для предупреждения развития психического дефекта и восстановления социального функционирования.

Материалы

и

методы

В данном исследовании участвовала группа пациентов в возрасте от 16 до 28 лет, 12 мужчин и 13 женщин. Большая часть (97 %) ранее не состояла на учете в психоневрологическом диспансере и не проходила стационарное лечение. Результаты. Поводом к вызову специализированной психиатрической бригады СМП послужили появившиеся в течение от 1 до 3 месяцев странности в поведении. В 95 % случаев наблюдается инсомния и нарушения формулы сна. 98 % исследованных отказываются от приема пищи на протяжении от нескольких дней до нескольких месяцев. При проведении клинико-психологического исследования обращает на себя внимание выраженный аффект (70 %), у 30 % - аутистичность, нередко с полным отсутствием речевого контакта. Больные с расстройствами аффекта обнаруживали полиморфную бредовую симптоматику в 99 % случаев. Астено-невротическая симптоматика наблюдалась у 7 % пациентов. В зависимости от пола тревожная симптоматика более присуща лицам мужского пола, аффективная более характерна для женщин. Данная группа клинических симптомов позволяет на первом этапе оказания специализированной медицинской помощи поставить диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) и госпитализировать больных в отделение первичного психотического эпизода для проведения внутрисиндромальной диф. диагностики и назначения лечения.

Выводы. Большая часть пациентов с впервые появившимися симптомами психотического расстройства обнаруживает расстройства аффекта (70 %), что является благоприятным прогностическим фактором для сохранности интеллектуально-мнестических функций больных, возобновления социального функционирования, предупреждения инвалидизации.

Черепова А.А.
**ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-
ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра экстренной и неотложной медицинской помощи, ортопедии и
травматологии

Научный руководитель: Горячий Е.В.

В проблеме сердечно-легочной реанимации до сих пор остаётся немало нерешенных вопросов не только чисто медицинского и этического характера, но также и со стороны организационного и правового аспекта. Остаются актуальными и широко обсуждаемыми такие особенности сердечно-легочной реанимации, как то, в каком объеме и в течение какого времени следует проводить реанимационные мероприятия, когда они не показаны, в каких случаях следует отказаться от ЛСР. К сожалению, часто случается так, что врач анестезиолог-реаниматолог пребывает в информационном вакууме относительно правовых вопросов указанной проблемы на фоне того, что в стране растёт количество судебных исков к врачам данной специализации. Таким образом, на сегодняшний день возникла реальная потребность в ознакомлении медработников с документами, наделёнными юридической силой - протоколами о проведении сердечно-легочной реанимации. Протокол сердечно-легочной реанимации гласит, что выявления таких признаков, как бессознательное состояние, отсутствие дыхания и пульсовой волны на магистральных сосудах – вполне достаточно, чтобы поставить диагноз клинической смерти. В таком случае реаниматор обязан немедленно приступать к непрямому массажу сердца и искусственной вентиляции лёгких. Но как быть с больными находящимися на стационарном лечении, которые заведомо отказываются от медицинской помощи? Следует отметить, что закон предусматривает возможность отказа пациента или его родственников от медицинского вмешательства. В данном случае отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медработником с обязательным указанием возможных последствий. В практике врача имеют место быть ситуации, когда он обязан оказывать пациенту необходимую помощь, но близкие или родственники пациента настаивают на прекращении каких-либо медицинских вмешательств, дабы не продлевать страдания близкого человека. В такой ситуации действия реаниматолога будут квалифицироваться, как «эвтаназия», что напрямую запрещено ст. 281 Конституции Украины, а также ст. 52 «Основ законодательства Украины об охране здоровья». По-прежнему открытым остаётся вопрос о том, на основании каких признаков всё же можно судить о бесперспективности всех проводимых мероприятий на этапе дальнейшего поддержания жизни? В данном случае в решении этого вопроса будет большая доля субъективности, вследствие того, что каждый врач

опирается сугубо на свои знания и накопленный опыт, которые у всех, как известно, разные.

Черкасова А.А.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Введение. В настоящее время по данным официальной медицинской статистики фиксируется устойчивая тенденция к росту показателей распространенности психических заболеваний среди всех возрастных групп, в том числе детей и подростков школьного возраста, при этом в большей степени увеличение болезненности происходит за счет пограничных форм психической патологии.

Детям с врожденными и приобретенными пороками развития нужны специальные условия воспитания и обучения, направленные на коррекцию их недостатков, продвижение в общем развитии и социализации. Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, целью которого явилось изучение структуры и закономерностей формирования депрессивных невротических расстройств у детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Объектом исследования явилось 206 детей и подростков, обоего пола имеющих патологию развития опорно-двигательного аппарата (99 девочек и 107 мальчиков), в возрасте 10 – 17 лет.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования: клинико-анамнестический (специально разработанный анамнестический опросник для оценки микросоциальных условий жизни и обучения подростков, работа с медицинской документацией), клинико-психопатологический, дополненный специально разработанной картой оценки психического состояния, психодиагностические методы - СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник личности) (В.П.Зайцев, 1981), тест «Незаконченные предложения» (в модификации В.Л. Гавенко, 1988), а также разработанные на кафедре психиатрии методики определения суицидального риска и оценки самосознания смерти (В.Л. Гавенко и соавт. 1991), методы математической статистики.

Результаты и обсуждения. Анализ данных клинико-анамнестического исследования позволил выделить психосоциальные факторы риска, способствующие развитию невротических расстройств у лиц детского и подросткового возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Одними из наиболее значимых факторов являются психическая депривация и социальная дезадаптация, в следствие отсутствия толерантного отношения здоровых детей к детям с ограниченными возможностями, а так же трудностями в быту.

По данным клинико-психопатологического исследования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата более всего свойственны такие эмоциональные черты как, признаки пониженного настроения и склонность к немотивированным страхам и опасениям. Иногда страхи у этих детей приобретают более конкретный характер: боязнь темноты, одиночества, смерти и т.п. В ряде случаев чувство страха может быть очень выраженным, сопровождаться учащенным сердцебиением, одышкой, потоотделением, похолоданием конечностей, нарушениями восприятия своего тела. Могут иметь место ипохондрические переживания и сенестопатические расстройства. На этом фоне часто у больных развивается повышенное внимание к функциям своего организма, сопровождающееся неверной трактовкой своих ощущений. Выводы. В формировании депрессивных невротических расстройств у детей и подростков, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата лежит многофакторная обусловленность. В структуре депрессивных расстройств у данной категории выделены тревожный, астенический, астено-тревожный и тревожно-тоскливый варианты депрессивных расстройств.

Чопорова О.І.

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С ЯК "МАСКА" КЛІНІЧНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ МНОЖИННОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Науковий керівник: Шевченко О.С.

Діагностика і диференційна діагностика туберкульозу, який перебігає на фоні ВІЛ-інфекції, залишаються складною проблемою сучасної медицини. Це, насамперед, обумовлено атиповою клінічною симптоматикою туберкульозу, наявністю інших ВІЛ-асоційованих захворювань, особливостями патоморфологічних змін.

Матеріали і методи: проведено оцінку результатів обстеження хворого, який був госпіталізований до ХОПТД№1 з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Проведений комплекс клінічних, інструментальних та лабораторних досліджень, які включені до стандартного переліку методів обстеження пацієнтів даного профілю.

Результати дослідження: хворий М., 33 роки, госпіталізований зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 ° С протягом 4 тижнів, кашель з незначною кількістю слизового мокротиння, біль в горлі, які відзначалися протягом останнього місяця. При надходженні: стан середньої тяжкості. Пальпуються безболісні і неспаяні шийні, потиличні і пахвові лімфатичні вузли розміром 0,3 × 0,5 см. При аускультії легень дихання ослаблене везикулярне, хрипи не визначаються. Попередній діагноз: дисемінований туберкульоз легень. У загальному аналізі крові: гемоглобін 104 г/л, еритроцити 3,7·10¹² /л, лейкоцити

5,2·10⁹/л (еоз. 1%, п/я. 5%, с/я. 82%, лімф. 6%, мон. 6%). ШОЕ 45 мм / год. У біохімічному аналізі крові: аланінова трансаминаза (АЛТ) 105 ОД/л, аспарагінова трансаминаза (АСТ) 165 ОД/л, тимолова проба 10,2 ОД. Дані комп'ютерної томографії (КТ) органів грудної клітини: в легких вогнищево-інфільтративні зміни в нижніх відділах легень. У лівому синусі незначна кількість рідини, плевральні спайки. Результати ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП): товщина правої частки печінки 12,8 см, лівої - 9 см, діаметр портальної вени 12,1 мм. В області воріт печінки виявлено лімфатичний вузол діаметром 8,8 мм. Жовчний міхур 7,6 × 3,5 см, деформований, стінка ущільнена, потовщена до 5,6 мм. Підшлункова залоза не збільшена, над голівкою залози лімфатичні вузли діаметром 7,5 мм і 16,7 мм, під голівкою залози візуалізується лімфатичний вузол діаметром 16,3 мм. Дані КТ органів черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням свідчать про наявність емпієми жовчного міхура. У хворого зберігалися лихоманка у вечірній час (до 38,9°C), скарги на виражену загальну слабкість, кашель, дискомфорт і важкість у правому підребер'ї. При пальпації живота нижній край печінки на 6 см нижче правої реберної дуги, є помірна болючість в проекції жовчного міхура. За даними УЗД і КТ був встановлений діагноз: абсцедуючий лімфаденіт в області шийки жовчного міхура, мезентеріальна лімфаденопатія, емпієма жовчного міхура, абсцес печінки. Патогістологічний висновок за результатами діагностичної лапароскопії: флегмонозний жовчний міхур. Лімфатичний вузол субтотальну казеозно змінений, інфільтрація нейтрофільними гранулоцитами, виявлені одиничні епітеліоїдних клітини, МБТ не виявлені. Аналіз незначної кількості асцитичної рідини: колір жовтий, проба Рівальта позитивна, білок 20 г / л. При мікроскопії: еритроцити - 2-3 в полі зору, лейкоцити 4-6 в полі зору, в забарвлених мазках МБТ і атипові клітини не виявлені. Виявлено маркери хронічного вірусного гепатиту С (HCV) - анти-HCV і РНК HCV. Аналіз крові на ВІЛ: виявлено антитіла до ВІЛ. Показники імунного статусу: кількість CD4 лімфоцитів 151 кл в 1 мкл, CD8-лімфоцитів - 187 кл в 1 мкл, співвідношення CD4 / CD8 - 0,92 од. Висновок інфекціоніста СНІД: ВІЛ-інфекція, ІVB стадія: легеневий і позалегеновий туберкульоз (мезентеріальних лімфатичних вузлів), хронічний гепатит змішаного генезу (антитіла до HCV +, HCV-РНК +) з виходом в цироз в стадії декомпенсації, асцит. Висновки: Мезентеріальна і ретроперитонеальна лімфаденопатії, гепатоспленомегалія і асцит при відсутності симптомів портальної гіпертензії можуть бути ознаками абдомінальної маніфестації СНІДу та туберкульозного мезентеріту.

Чумак Л.І.

ВИКОРИСТАННЯ СОЦІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Сучасна медицина має потребу у використанні соціологічних підходів для вивчення особливостей захворювань, оскільки багато проблем, пов'язаних зі здоров'ям мають соціальну природу. Соціальні аспекти хвороб особливо актуальні в дитячій ендокринології, тому у комплексному підході до проблеми використовуються методики анкетування. Це сприяє швидкому набору даних, дозволяє охопити спостереженням широке коло пацієнтів та дослідити певні особисті аспекти розвитку хвороби чи надання медичної допомоги. Метою нашого дослідження було дослідження значення соціологічних методів при вивченні особливостей надання медичної допомоги дітям, хворим на цукровий діабет І типу. Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 220 родин, які мають хворих на цукрових діабет І типу дітей до 18 років. Методом анкетування були вивчені особливості надання медичної допомоги цим дітям. Результати дослідження. Соціологічні методи доцільно використовувати при вивченні пріоритетів щодо звертань по медичну допомогу, рівню дотриманості протоколу диспансерного нагляду, визначення ступеню довіри лікарям різних спеціальностей та оцінки їх роботи. За даними опитування були отримані дані, що лише $82,7 \pm 2,5\%$ усіх опитаних батьків дітей з цукровим діабетом планово, згідно рекомендацій щодо диспансерного нагляду, звертаються до дитячих ендокринологів поліклініці. Ланка вторинної та третинної допомоги дітям з цукровим діабетом також навантажена, оскільки $81,8 \pm 2,5\%$ родин звертаються до лікарів-ендокринологів стаціонарів по консультативну допомогу. Щодо задоволеності пацієнтів якістю надання медико-санітарної допомоги високі результати отримали лікарі-ендокринологи спеціалізованих ендокринологічних відділень лікарень: на „відмінно” оцінили їх роботу $63,6 \pm 3,2\%$ батьків, на „добре” – $20,3 \pm 2,6\%$, а найнижчі оцінки задоволеності отримали спеціалісти - дитячі офтальмологи, дитячі нефрологи та дитячі неврологи. Опитування щодо визначення рівня довіри батьків, хворих на цукровий діабет дітей показало, що дитячі ендокринологи стаціонарів та поліклінік мають високий ступінь довіри, оскільки їм довіряють $97,4 \pm 1,0\%$ респондентів. Висновки. Отримані результати соціологічного дослідження висвітлили певні особливості взаємовідносин між лікарями та батьками хворих на цукровий діабет дітей, визначили резерви удосконалення медичної допомоги саме в аспекті диспансерного нагляду, що допоможе досягати позитивних результатів у лікуванні цих дітей та підвищенню рівню якості їх життя.

Шахова О.О.

ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н., професор Колоскова О.К.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – одне з найпоширеніших захворювань у дітей, в основі якого лежить хронічне алергічне запалення, що сприяє розвитку бронхіальної гіперреактивності дихальних шляхів (ГРДШ). Останню розглядають як стан, котрий характеризується підвищеною реакцією бронхів на різноманітні стимули, що призводять до обструкції при потужності впливу, яка не викликає подібної реакції у більшості здорових осіб. У переважної більшості хворих по мірі дорослішання клінічна тяжкість бронхіальної астми зменшується, що призводить до призупинення контролюючого лікування. Разом із тим, збереження субклінічної бронхіальної гіперчутливості та хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах можуть супроводжуватися розвитком важкого перебігу захворювання вже в дорослому житті. Разом із тим, невирішеним достеменно залишається питання зворотності ГРДШ за відсутності загострень захворювання впродовж певного часу.

Мета дослідження. Дослідити показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і важкого ступенів.

Методи та результати досліджень. Проведене комплексне обстеження 30 підлітків на базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробою з короткодіючими β_2 -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група - 17 дітей підліткового віку з важким перебігом захворювання.

Аналіз отриманих результатів показав, що в дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилятації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював $13,0 \pm 3,1\%$, на рівні дрібних бронхів (МОШ25) – $36,6 \pm 6,4\%$, на рівні середнього калібру бронхів (МОШ50) - $35,6 \pm 7,1\%$. Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 – $5,75 \pm 2,1\%$, за МОШ25 – $9,25 \pm 3,4\%$, МОШ50 – $10,0 \pm 3,5\%$. Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) - $6,5 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ25) – $24 \pm 5,5\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ50) - $17,4 \pm 5,2\%$ ($p > 0,05$). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) - $7,1 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ25) – $12,3 \pm 3,2\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ50) - $13,0 \pm 3,7\%$ ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, у підлітків з важким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за

рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації, що можна пов'язати з особливостями запального процесу в дихальних шляхах і процесами ремоделювання бронхів.

Шахова О.О.

ПОКАЗНИКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТІ БРОНХІВ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник: д.мед.н, професор Колоскова О.К.

Вступ. Бронхіальну астму (БА) розглядають як мультифакторне захворювання, що проявляється повторними епізодами зворотної варіабельної обструкції бронхів, у основі яких лежить їх підвищена гіперсприйнятливість до різних стимулів і ремодуляція, зумовлені хронічним запаленням дихальних шляхів. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів може являє собою ключовий механізм БА, що визначає перебіг, тяжкість і контроль захворювання, і, таким чином,

–

тактику

лікування.

Мета дослідження. Оцінити прогноз утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем гіперсприйнятливості бронхів. Матеріали і методи. Сформовані дві клінічні групи порівняння: перша – 26 підлітків, у яких відмічали виразну гіперчутливість бронхів (ГЧБ) до гістаміну (ПК20Г менше 1,0 мг/мл), а другу – 23 хворих, із менш вираженою чутливістю бронхів до даного прямого бронхоспазмогенного стимула (ПК20Г більше 1,0 мг/мл). Для оцінки контролю БА використовували два опитувальника, які, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання. Зокрема АСТ-тест (астма контроль тест) дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20-24 – частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням. Також GINA-тест відображав наведені вище рівні контролю за наявності у підлітків 6 і менше балів, 7-9 та 10 і більше балів відповідно. Результати та їх обговорення. У першій клінічній групі середня оцінка контролю за АСТ-тестом становила $20,96 \pm 0,39$ (95%ДІ 20,17-21,76) балів, а за GINA-тестом $8,50 \pm 0,19$ (95%ДІ 8,1-8,9) балів. У групі порівняння наведена оцінка контролю відповідно становила $22,91 \pm 0,44$ (95%ДІ 22,0-23,8) та $7,0 \pm 0,22$ (95%ДІ 6,5-7,4) ($P < 0,05$) балів. Слід відмітити, що у дітей з менш виразною неспецифічною ГСБ до гістаміну має місце кращий контроль захворювання. На противагу цьому, у представників I клінічної групи частіше траплялися випадки клінічного благополуччя на тлі збереження ознак гіперсприйнятливості бронхів, та недостатнього

рівня

контролю

БА.

Висновки. Таким чином, в підлітків із меншою гіперчутливістю бронхів до

гістаміну трапляється вірогідно вищий відносний ризик утримання контролю астми відносно підлітків групи порівняння.

Шохова М.О.

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ГІРНИЧОРУДНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Державна установа «Український науково-дослідний інститут промислової
медицини»

Науковий керівник: д.мед.н. Ковальчук Т.А.

Мета. Визначення впливу індексу маси тіла (ІМТ) на ризик розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) у працівників гірничорудної промисловості в залежності від умов праці.

Методи дослідження. Клініко-інструментальні, лабораторні, санітарно-статистичні, епідеміологічні, медико-статистичні. Основна група - 125 працівників (середній стаж працівників складав $21,9 \pm 0,6$ років, середній вік $52,5 \pm 0,7$ роки) основних професій сучасного підземного видобування залізної руди з умовами праці, які відносяться до 3 класу 3 ступеня шкідливості за загальної гігієнічної оцінкою умов праці та характеру трудового процесу виконаної за Державними санітарними нормами та правилами «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» наказ № 248 від 08.04.2014 (ДСНтаП); контрольна група - 25 чоловіків (середнім віком $50,7 \pm 1,0$ років), які працювали в умовах класу 2 (допустимі) за ДСНтаП. Відбір пацієнтів для дослідження проводилося методом випадкової вибірки, що відповідають вимогам репрезентативності по відноsinам до досліджуваної сукупності. Вони є мешканці одного регіону, з однаковими харчовими звичками. Критеріями вилучення з дослідження були симптоматична, важка АГ (АТс > 180, АТд > 110 мм рт.ст.), перенесений у минулому інфаркт міокарда або інсульт головного мозку, цукровий діабет, некомпенсовані та запальні захворювання печінки та нирок, ішемічна хвороба серця, серцева недостатність III-IV функціонального класу за NYHA, та інші захворювання, які могли б вплинути на результати дослідження.

Результати. При розрахунку відносного ризику розвитку АГ в залежності від ІМТ встановлене, що відносний ризик розвитку АГ при ІМТ менш за 25 складає 0,8, при ІМТ від 25 до 30 складає 0,96, а при ІМТ більше за 30 – 0,35, тобто не перевищує одиниці, що вказує на його недостовірність. Таким чином з'ясоване, що надлишкова вага (передожиріння) та ожиріння, як один з факторів ризику АГ зустрічається однаково часто у працівників шкідливих професій і у тих, у кого професія не пов'язана з шкідливими умовами праці.

Висновки. Встановлене, що у працівників шкідливих професій і у тих у кого

професія не пов'язана з шкідливими умовами праці перед ожиріння і ожиріння зустрічається однаково часто, тому можна зробити висновок, що АГ у цих працівників не пов'язана з харчовими звичками та ІМТ.

Щебетенко В.О., Комар В.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОЗОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: Стрельникова Ирина Николаевна

Вступление: Эпилепсия является важной проблемой современного общества. Она существенно нарушает качество жизни пациентов не только из-за судорожных припадков. Частыми осложнениями долго существующей эпилепсии являются нарушения когнитивных функций, развитие депрессивных и аффективных состояний, а также острые и хронические психозы. Проблема психозов наблюдается у 2-5% больных, но это не уменьшает ее значимости. Нет единого мнения о причинах и механизмах возникновения психозов. Это создает определенные трудности в диагностике и подборе схем лечения. Чаще всего наблюдаются иктальный, постиктальный, интериктальный, альтернирующий, медикаментозный, хронический шизофреноподобный психозы. Интересным является тот факт, что на фоне возникновения психозов снижается судорожная активность головного мозга и уменьшается частота приступов.

Следует учитывать, что большинство препаратов, применяемых для лечения психозов другого генеза, повышают судорожную активность мозга прямо или опосредовано путем связывания с антиэпилептическими препаратами (АЭП) и деактивации их. Частоту психозов при эпилепсии повышают недостаточность и нерегулярность лечения, назначение препаратов, которые не соответствуют структуре пароксизмов у данного пациента, влияние других экзогенных факторов (интоксикации, ЧМТ, инфекции, соматические патологии, психогении).

Для лечения эпилепсии на современном этапе применяют 3 больших группы препаратов:

- Нейролептики
- Антидепрессанты
- Транквилизаторы (группа бензодиазепинов)

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Областной психиатрической больницы № 3. Для исследования была взята группа из 6 больных с диагнозом Эпилепсия и идентичными проявлениями хронического психоза. 2 больным была назначена основная терапия нейролептиками (1 группа), 2 – антидепрессантами (2 группа) и 2 – препаратами бензодиазефина (3 группа).

Для оценки эффективности лечения выбранных схем были использованы такие методы:

- Наблюдение в динамике за изменениями состояния и поведения пациентов;
- Постоянный контроль ЭЭГ для оценки частоты возникновения приступов;

Результаты исследования: В ходе исследования было отмечено, что во всех группах наблюдался разной степени положительный эффект от лечения. Наименьшим он был во второй группе (лечение антидепрессантами). Также для данной группы потребовалось больше времени для регрессирования симптомов психоза.

Наилучший результат показали нейролептики (первая группа пациентов). Данные препараты приводили к полному исчезновению клинических проявлений психоза наиболее быстро, не снижали противосудорожную активность АЭП, не влияли на частоту возникновения приступов и пароксизмов. Третья группа (препараты бензодиазепина) показала промежуточный результат, однако показала хороший результат в снижении тревожности у пациентов. Выводы:

1. Очень часто эпилепсия поражает трудоспособное население, что приводит к экономическим потерям государства. Проблема психозов при эпилепсии существенно снижает качество жизни пациентов и ведет к социальной дезадаптации.
2. Для лечения хронических психозов у больных эпилепсией были использованы 3 группы препаратов: нейролептики, антидепрессанты и транквилизаторы.
3. Наиболее эффективной оказалась группа нейролептиков. Она обеспечила самый быстрый выход из психоза (по сравнению с антидепрессантами и транквилизаторами), что делает их препаратами выбора в данном исследовании.

Юнашев Д.А., Кітченко С. С., Юнашев Д. А., Сапай А. В., Данільченко Д. В.
СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ В КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РАН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №3

Науковий керівник: В.І. Лупальцов, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н.,
професор, завідувач кафедри хірургії №3

Вступ. Однією з важливих проблем сучасної медицини є лікування тривало незагоєваних ран нижніх кінцівок, в першу чергу, трофічних виразок (ТВ) різної етіології. Більшість з них (до 80-90%) має в своєму патогенезі судинну патологію, серед яких переважають венозні виразки. Строки загоєння ТВ у більшості пацієнтів складає в середньому 2-3 міс., у деяких хворих вони не регенерують роками, а частота рецидивів при консервативному лікуванні досягає 60 - 70%. У зв'язку з недостатньою ефективністю традиційних методів

місцевого лікування ТВ на сучасному етапі розвитку хірургії все частіше в комплексному лікуванні даної групи хворих застосовується клітинна терапія. Матеріали та методи. Проведено лікування 19 хворих (13 жінок, 6 чоловіків) з хронічними ранами різної етіології: 42,1% венозна патологія, 26,3% синдром діабетичної стопи, 10,5% - артеріальна патологія, 21,1% - змішана патологія. Середній вік $51 \pm 5,7$ років. Площа виразок - від 3 до 29 см². Хворі розподілені на 2 групи: I група - 11 хворих, в комплексному лікуванні яких застосовували інтрадермальне введення культури аллогенних мезенхімальних клітин (МК «Пауа») по периферії ранового дефекту та в дно рани (в кількості від 1 до 10 млн. клітин за один сеанс в залежності від площі ранового дефекту). II група (порівняння) складала 8 хворих, у яких для місцевого лікування використовували мазі на гідрофільній основі. Ефективність клітинної терапії оцінювали за динамікою ранового процесу (площу визначали за допомогою програми Lesion Meter) та за оцінкою дослідження мазків-відбитків з ТВ (М.Ф. Камаєв, 1970). Результати дослідження. В I групі спостерігалось прискорення швидкості загоєння ТВ, що характеризувалось зменшенням площини ранового дефекту відносно кожного наступного візиту пацієнтів, в перші 10 діб проведення клітинної терапії. У I групі на 7-му добу в мазках-відбитках у 14 (73,6%) з 19 хворих визначався III (запальний) тип цитогам, який характеризувався наявністю до 87-90% нейтрофілів середнього ступеню збереження та 4-9% лімфоцитів і моноцитів, що свідчило про сприятливий перебіг запального процесу. На 14-ту добу спостереження у більшості хворих переважав IV (запально-регенераторний) тип цитогам - зменшення нейтрофілів до 60-70%, наявність недиференційованих полібластів, збільшення кількості макрофагів до 10-12%, фібробластів до 36%, що достовірно свідчило про процес очищення ТВ. Визначалось значне прискорення репаративних процесів ТВ після внутрішньошкірного введення аллогенних мезенхімальних клітин. В II групі такі зміни спостерігались на 21 добу. Також було виявлено зміни якісних показників, а саме активне зростання грануляційної тканини в I групі у 12 хворих (63,2%), в той час як у II-й групі - у 4 пацієнтів (21,1%). Висновки. Включення в комплексне лікування ТВ різноманітного генезу клітинної терапії стимулювало регенерацію хронічних ран, сприяло якісній та менш тривалій підготовці виразок до реконструктивно-пластичних втручань.

Юнцова Е.О.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФЕКТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: доц., к.мед.н. Черкасова А.А.

Введение. Аутизм в детстве как отдельный признак или в целом психическое расстройство признается специалистами большинства стран. Основными определяющими его признаками являются аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройства моторики, стереотипная деятельность, нарушения развития.

В настоящее время, основным направлением в развитии психиатрии является профилактика заболеваний и дефектных состояний при психических расстройствах.

Проблема реабилитации аутистического спектра из-за выраженной социальной дезадаптации больных этих контингентов занимает существенное место в общей проблеме реабилитации детской и подростковой личностной патологии, нарушений развития. При аутизме профилактические мероприятия проводятся для предотвращения дефектных состояний, и включают в себя психологическую и психотерапевтическую коррекцию, направленную на социально-бытовую реабилитацию, которая позволяет детям и подросткам с ранним детским аутизмом (РДА) адаптироваться в повседневной жизни. Наибольших успехов в области социально-бытовой реабилитации людей с РДА достигли сторонники поведенческой терапии.

Целью исследования были методы профилактики дефектных состояний при расстройствах аутистического спектра у детей.

Объектом исследования: дефектные состояние при аутизме у детей и их профилактика.

Предметом исследования являются методы профилактики дефектных состояний у детей с расстройствами аутистического спектра.

Методы исследования: клинико-психопатологический, методы математической статистики.

Материалы исследования. В исследование были включены 26 детей, обследованных от 5 до 12 летнего возраста с диагнозом расстройства аутистического спектра. Из них у 16 детей (61,9%) доминирующим в клинической картине были состояния приближающиеся к олигофреноподобному типу дефекта. У всех обследованных имели место психические и поведенческие расстройства.

При анализе психопатологического состояния у детей были выявлены снижение интеллектуального показателя, до уровня легкой умственной отсталости, бездеятельность, отгороженность детей от окружающих, эмоциональная тупость, у части детей отмечалась эмоциональная холодность, вплоть до безразличия.

Нами был предложен метод профилактики в виде психокоррекционных занятий с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, которые строились по принципу чередования различных заданий и игры в строгом соответствии с расписанием на фоне четко дозированного эмоционального тонизирования.

Результаты. После проведенных мероприятий, у 12 детей (62%) отмечалась положительная динамика в виде уменьшения отгороженности, повышение показателя интеллектуального развития за счет вербальных шкал.

Выводы. Таким образом, подход к детскому аутизму как к асинхронному дизонтогенезу с задержкой развития всех сфер деятельности ребенка позволяет вскрыть значимость правильно организованной комплексной коррекции, сочетанной с терапией, направленной на преодоление аутизма и социальную адаптацию таких детей. Результаты лечебной и коррекционной работы с детьми приближают нас к решению вторичной профилактики расстройств аутистического спектра.

Яхно Ю.Е.

ПРОБЛЕМА АБОРТОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель: Карташова Марина Александровна

Цель моей работы проанализировать проблему аборт в современном мире и выяснить основные последствия абортов для организма женщины. В настоящее время аборты приняли масштабный характер, например в мире за 2016 год сделали приблизительно 50 млн абортов. Если говорить о статистике в Украине, то она не может не поражать. Число абортов с 2008 года выросло до 200—250 тыс. человек, то есть примерно 48-60 абортов на 100 родов. Таким образом, актуальность моей темы неоспорима и эту проблему надо решать. Медицинский аборт — искусственное прерывание беременности, выполненное обученным медицинским персоналом с соблюдением всех требований метода. Искусственное прерывание беременности осуществляют по желанию женщины до 12 нед беременности; по социальным показаниям — до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины — независимо от срока беременности. Также бывают ситуации в которых имеются медицинские показания к аборту. Среди них могут быть активные формы туберкулеза, ВИЧ, сифилис, краснуха, онкологические заболевания, лейкозы, врожденные пороки сердца, физиологическая незрелость женского организма (в юном возрасте), тяжелые формы сердечной недостаточности, гипертонии и сахарного диабета. Различают самопроизвольный и искусственный аборт. Самопроизвольный аборт (выкидыш)- самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Причинами его могут быть неправильная работа и патология яичников, коры надпочечников, воспалительные заболевания половых органов, предшествующие искусственные аборты, резус конфликт, а также физические и психологические травмы. Искусственный аборт - это преднамеренное прерывание беременности в сроки

до 28 недель. Существуют различные виды выполнения операции по прерыванию беременности:

- Мини-аборт – этот метод применяется до срока 4 недель беременности;
- Классический аборт – суть заключается в удалении из матки оплодотворенной яйцеклетки;

• Медикаментозный аборт - не происходит вмешательство во внутренние органы, а действуют с помощью препарата мифегин.

Каждый из видов абортов ведет к непоправимым последствиям, с которыми женщина остается на протяжении всей оставшейся жизни. Установлено, что аборт вызывает внезапное нарушение деятельности эндокринной, иммунной, нервной и других систем по механизму, определяемому некоторыми авторами как «гормональный стресс». При повторных абортах такие изменения могут накапливаться, приводя к хроническим эндокринным нарушениям и, прежде всего, к прогестерондефицитным состояниям. Во всех случаях искусственный аборт, наряду с дисгормональными нарушениями, ведет также к повреждению рецепторного аппарата матки, расстройству нейрогуморальных процессов, дистрофическим изменениям эндометрия. В результате прерывания беременности могут происходить изменения в молочных железах и даже в разы увеличивать риск развития рака груди.

Таким образом, любой аборт вреден для организма женщины, т.к он также существенно вредит здоровью женщины, ибо по своей сути противоестественен: прерывание беременности прекращает сложную физиологическую перестройку женского организма, плохо воздействует на общее ее состояние, на нервную и эндокринную системы, внутренние органы.