

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 20 січня 2015 р.)
Харків, 2015. – 574 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 25 грудня 2014 р.

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Kulakova K. A.

FOAM-FORM OF VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES

**Department of Operative Surgery and Topographic Anatom
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

Scientific leader:– Shklyar A. S.

In the modern world lots of people face with the problem of varicose veins. We can use sclerotherapy for solving this problem. Sclerotherapy is a procedure which is used for treatment of diseases of vascular and lymphatic system. For this purpose special drug that causes bonding of the vascular wall and further resorption, is injected into the vessel lumen. Sclerotherapy doesn't concede in treatment of varicosity by efficiency of classical surgery, and endovenous laser ablation. Foam-form is modern, noninvasive and absolutely safe method of fight against a varicose vein disease.

Purpose of the work. To study the method of sclerotherapy.

Materials and methods. The sense of this method is that under direct visual control or under control of the special equipment the vein puncture is made. Aspiration test is performed to confirm the location of the needle tip in the lumen of the vein. After that sclerogenic medication is injected. All sclerosant may be divided into three groups: detergents, osmotic solutions and chemical sclerosant. The drug exposure is carried out and the elastic compression is imposed. Introduction of a preparation into a vein lumen is painlessly. The indications for the procedure are: telangiectasias, varicosity of the main veins of the lower extremities, reticular varicosity, existence of varicose nodes, varicosity of peripheral veins. Sclerotherapy is prescribed to patients in the absence of ascending thrombophlebitis and venous thrombosis.

Results. Thus, foam-form has several advantages: an operation on an outpatient basis, absence of side effects, achievement of maximum therapeutic effect in a short period of time. Foam-form is a unique procedure which allows to deal with varicose veins without surgery.

Ugrimova E. A., Shuba D. G.

CURRENT STATE OF STATIC IMAGING. RENAL IMAGING

**Department of Operating Surgery and Topographic Anatomy
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

Formalized medicine makes the final diagnosis using X-ray (including magnetic resonance imaging), ultrasound, endoscopic, biochemical studies, which do not always reflect a comprehensive picture of pathological processes in the human body; in addition, these methods do not provide multiple application of them. Stress, geopathic, electromagnetic and radiation load, psychological problems, poor immunity, caused by environmental problems, etc. can often be the reason of the disease. Subsequently, this fact cause such serious diseases as cancer, ulcer, frequent ARVI and others. 3D-reconstruction is an effective method of human diseases diagnosis

Purpose of the work is the study and analysis of 3D-diagnosis using the example of tumors and renal diseases, as well as comparison of 3D-reconstruction with other types of diagnosis.

Materials and methods. This paper analyzes the materials of the official website of the WHO and research medical publication "Virtual Surgical Simulation on the basis of Computer Tomography" by Fedorov V.D., Karmazanovskiy G.G., Tsvirkun V.V.

Results. The analysis of different types of diagnosis showed that 3D-reconstruction is a very expensive method and has its disadvantages, despite the large information content, a wide range of imaging and a high potential, which we have reviewed in terms of diagnosis of disease and renal tumors.

Амжад Хамдаллах

ОСОБЕННОСТИ МОДУЛЯЦИИ АКТИВНОСТИ АЛЬДЕГИДДЕГИДРОГЕНАЗЫ БЕДРЕННОЙ МЫШЦЫ КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра биохимии

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Давыдов В.В.

Данные литературы указывают на то, что старение часто сопровождается развитием саркопении. Несмотря на это, механизмы патогенеза саркопении до настоящего времени все еще не изучены. Важную роль в ее формировании приобретает оксидативный стресс, при котором в качестве своеобразного мессенджера повреждения мышечных клеток выступают альдегидные продукты свободнорадикального окисления. Учитывая это можно предположить, что одним из факторов, предопределяющих развитие саркопении при старении, является возрастное понижение эффективности функционирования митохондриальной системы их утилизации, важным компонентом которой являются альдегиддегидрогеназы (АлДГ).

В условиях оксидативного стресса возникают характерные сдвиги со стороны состава внутренней среды организма, которые предполагают изменение каталитических свойств данного фермента, а значит модуляцию устойчивости мышц к повреждающим эффектам оксидативного стресса, их альтерацию и формирование саркопении. Принимая во внимание возрастную характер возникающих изменений, можно предположить, что в процессе онтогенеза происходит модуляция устойчивости АлДГ к изменению состава внутренней среды миоцитов при оксидативном стрессе. В этой связи целью работы явилось изучение возрастных особенностей модуляции альдегиддегидрогеназной активности в постмитохондриальной фракции бедренной мышцы крыс в условиях ацидоза.

В работе использовали 20 крыс самцов линии Вистар 1,5-, 12- и 24-месячного возраста. В постмитохондриальной фракции бедренной мышцы определяли активность НАД-зависимой АлДГ. Альдегиддегидрогеназную активность определяли в реакционной смеси, содержащей (конечные концентрации): 0,05 М пирофосфатного буфера (рН 9,0), 0,005 М ротенона, 0,01 М пиразола, 0,0001 М окисленного НАД и 0,01 М глутарового альдегида. В специальных экспериментах в качестве субстрата использовали 0,01 М пропионового альдегида и проводили измерение активности при понижении рН реакционной смеси с 9,0 до 8,5. Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Исследования показали, что НАД-зависимая АлДГ проявляет одинаковую активность при использовании разных альдегидов (глутарового и пропионового) в качестве субстрата. При понижении рН реакционной смеси с 9,0 до 8,5 у крыс 1,5-месячного возраста не происходит существенного изменения альдегиддегидрогеназной активности постмитохондриальной фракции бедренной мышцы. В тоже время у 12- и 24-месячных животных при этом регистрируется ее двухкратное понижение, по сравнению с таковым у крыс 1,5-месячного возраста.

Полученные данные указывают на то, что в процессе онтогенеза происходит изменение свойств НАД-зависимой АлДГ в постмитохондриальной фракции бедренной мышцы крыс. Одним из проявлений того является повышение чувствительности к ацидозу фермента из мышцы взрослых половозрелых и старых животных, по сравнению величиной аналогичного показателя у крыс 1,5-месячного возраста. Можно думать о том, что в условиях возникающего при оксидативном стрессе ацидоза у животных пубертатного возраста создаются более благоприятные условия для утилизации эндогенных альдегидов, чем у животных старших возрастных групп. При старении это может выступать в роли одного из факторов, предрасполагающих к формированию саркопении.

Бабич А.В.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Жарова Н. В.

По данным, Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, количество детей 1 группы здоровья в Киеве составляет 23,3%, 2 - 29,2%, 3 - 47,1%. Значительное влияние на здоровье школьников имеют нарушения режимных моментов и психоэмоциональные перегрузки. В Украине только 6% выпускников школы можно отнести к группе относительно здоровых детей.

Цель исследования. Установить причины развития сколиоза у школьников. Предмет исследования - правильная и неправильная осанка у учеников 3-11 классов (157 человек) Харьковской гимназии №1. Методы исследования: 1.предварительный осмотр; 2.осмотр в наклоне; 3.осмотр у стены. В результате нашего исследования по специальной методике было выявлено, что большее количество учеников имеют правильную осанку. Необходимо отметить, что чем старше ученики, тем нарушения осанки встречаются чаще. Позвоночник при различных позах - сидя, стоя - принимает новый динамический стереотипный характер, и таким образом формируется неправильная осанка, что может стать причиной развития патологического искривления позвоночника - сколиоза. Своевременно принятые меры для ликвидации факторов, которые способствуют развитию деформации, и мобилизация внимания ребенка на исправление осанки помогают предупреждению дальнейшего прогрессирования сколиоза.

Выводы: Профилактика сколиоза у детей должна проводиться с первых дней их жизни. Занятия спортом, выявление нарушений осанки на ранней стадии, а также правильная посадка за столом – все это является профилактикой сколиоза.

Байчикова А.А.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ИММУНОГЕНЕЗА

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Трач О.А.

В силу снижения резистентности организма к факторам внешней среды в зимнюю пору времени, в организме происходит ряд реакций и изменений, реагирующих на патологические антигены. При антигенной стимуляции организма морфофункциональные изменения конкретно лимфоидной ткани несколько

однозначны для всех органов лимфатической системы. Наблюдается ярко выраженная макрофагальная реакция и гиперплазия лимфоцитов с их последующей плазмочитарной трансформацией. Как следствие возникает повышение проницаемости микрососудов с отеком интерстиция. Особенно ярко проявляются изменения при антигенной стимуляции в тканях лимфатических узлов. В корковом слое последних, в светлых центрах их фолликулов и в мозговом слое появляется большое количество плазматических клеток, которые вытесняют лимфоциты.

Если в ответ на антигенную стимуляцию развиваются преимущественно клеточные иммунные реакции, то в лимфатических узлах пролиферируют в основном сенсibilизированные лимфоциты, а не плазмобласты, происходит расширение паракортикальных Т-зависимых зон лимфатических узлов.

Действие антигенов может вызывать нарушения пролиферации и дифференциации ткани вплоть до исчезновения или уменьшения в размерах фолликулов, нарушения развития коркового слоя, тогда как паракортикальная зона сохраняет свои функции.

Бакута Ю.В.

ХЛОРИД НАТРИЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра медицинской биологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Диголь Л.Г.

Хлорид натрия – единственный минерал, который человек регулярно добавляет в пищу. Это связано с важностью для жизнедеятельности организма элементов, входящих в его состав. Дневная физиологическая норма для человека составляет 0,005 кг хлорида натрия. Систематический приём избыточного по сравнению с физиологической нормой количества соли способствует развитию ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

По данным Всемирной организации здравоохранения общемировой средний показатель потребления поваренной соли составляет около 0, 01 кг. В отношении населения Украины этот показатель ещё выше – 0, 01-0,015 кг. Излишнюю соль мы получаем в основном из ассортимента магазинов (полуфабрикаты, хлебобулочные изделия, сыр, ветчина, соусы) или питаемся в точках общественного питания. Постоянными посетителями столовых и кафе, в силу характерного для них образа жизни, являются студенты. Поэтому мы решили изучить путем анкетирования осведомленность молодежи о вреде злоупотребления продуктами питания, содержащими избыточное количество соли.

Проведенное исследование показало, что все участники анкетирования добавляют соль в готовые блюда и не думают ни о каком суточном ограничении. 70,2 % опрошиваемых не слышали, что есть такое понятие, как суточная норма употребления соли. Только 10% опрошенных знает, какое количество соли употребляет ежедневно. Из них половина назвала цифру, превышающую суточную норму. 53,8 % студентов ежедневно посещают точки общественного питания.

Результаты исследования свидетельствуют о низком уровне информированности молодежи о вреде избыточного потребления соли, что делает неправильное питание серьезным фактором риска развития заболеваний.

Барсукова О. Д.

**ВИВЧЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ НОСОГЛОТКИ ХВОРИХ НА
ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА
ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ВИДІЛЕНИХ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО
АНТИБІОТИКІВ, АНТИСЕПТИКІВ І ЕФІРНИХ ОЛІЙ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к. біол. н. Коваленко Н. І.

Інфекції дихальних шляхів залишаються однією з важливих проблем сучасної медицини, що пов'язано з високим рівнем захворюваності як дітей, так і дорослих, частими ускладненнями і значними економічними збитками. Фарингіти і тонзиліти є найбільш поширеними захворюваннями верхніх дихальних шляхів (ВДШ) у пацієнтів всіх вікових груп. За даними ВООЗ та ряду авторів, головними етіологічними чинниками гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) є *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarhalis*. Останнім часом відмічається збільшення кількості полірезистентних штамів бактерій. Різноманіття мікроорганізмів надає оптимальні можливості для передачі детермінант резистентності, резервуаром яких є нормальна мікрофлора людини.

Мета дослідження: вивчення мікрофлори носоглотки хворих на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів та визначення її чутливості до антимікробних препаратів.

Матеріали і методи: проведено обстеження 168 хворих на гострі захворювання ВДШ. Мікробіологічне дослідження включало виділення збудників, ідентифікація за морфологічними, культуральними і біохімічними властивостями культур, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків методом дифузії в агар. Всього було виділено і проаналізовано 180 штамів мікроорганізмів. В якості тест-культур були використані: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, *Klebsiella pneumoniae* ATCC 5505. При визначенні активності ефірної олії чайного дерева її концентрація була 0,025 мл, мікробне навантаження становило біля 10^7 КУО/мл.

При визначенні мікрофлори носоглотки провідна роль в етіології інфекції ВДШ належала *S. pyogenes* (40,5%) та *S. epidermidis* (33,3%). Наступними за значущістю були *S. aureus* (12,8%), *S. pneumoniae* (10,6%) та *K. pneumoniae*. Дослідження чутливості виділених штамів до антибіотиків *in vitro* показало, що найбільшу активність проявляли фторхінолони, і насамперед левофлоксацин, до якого виявилися чутливими всі досліджені штами стафілококів і пневмококів, а також 98,6% штамів *S. pyogenes* і 80% штамів *K. pneumoniae*. Клебсієла проявила 100% чутливість лише до цефтриаксону. Порівняння чутливості виділених клінічних штамів до антисептиків показало низьку активність хлоргексидину щодо всіх штамів мікроорганізмів. За даними методу дифузії в агар грампозитивні бактерії виявили більшу чутливість до олії чайного дерева, ніж грамнегативні. Найбільші діаметри затримки росту відмічалися у *S. aureus* ATCC 25923 (40 мм).

Висновки: Факультативно-анаеробна мікрофлора носоглотки хворих на гострі інфекції ВДШ представлена умовно-патогенними мікроорганізмами, а саме *S. epidermidis*, *S. aureus*, *S. pneumoniae* та *S. pyogenes*. Бактерії, виділені із носоглотки хворих на гострі інфекції ВДШ, високорезистентні до антибіотиків і антисептиків терапевтичного призначення. Препаратами вибору для терапії гострих інфекцій ВДШ можуть бути левофлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, цефтриаксон, левоміцетин. Олія чайного дерева високоактивна щодо грампозитивних бактерій і має помірну активність щодо грамнегативних факультативно-анаеробних бактерій.

Безродна А. І., Ходош Я. Є.

ГЕНЕАЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Харківський УВК №45 «Академічна гімназія», Харків, Україна

Мультифакторіальні захворювання або хвороби зі спадковою схильністю (МФЗ) - зумовлені комбінацією генетичних і негенетичних факторів. Етіологія та патогенез МФЗ складні, багатоетапні та в більшості ще не відомі. Генеалогічне дослідження дозволяє практичним лікарям підвищити ефективність медико-генетичного консультування для забезпечення вторинної та третинної профілактики при формуванні груп підвищеного ризику на бронхіальну астму та покращити механізми виявлення факторів маніфестації.

Мета і завдання дослідження. Мета – генеалогічний аналіз схильності до захворювання родичів з різним ступенем спорідненості з хворим на бронхіальну астму серед харківської популяції.

Завдання: 1. Встановити показники коефіцієнту кореляції між віком маніфестації бронхіальної астми у батьків і нащадків. 2. Дослідити схильність до захворювання родичів з різним ступенем спорідненості з хворим на бронхіальну астму 3. Порівняти статеві особливості схильності до бронхіальної астми.

Результати та обговорення. Між віком маніфестації БА у батьків і нащадків в вивченої вибірці є прямий зв'язок. Величина коефіцієнта кореляції для пар батьки-нащадки становить 0,54 ($p < 0,001$). Спостерігається варіація коефіцієнтів кореляції в залежності від статі хворих. Найбільш сильний корелятивний зв'язок був виявлений в парах "мати-нащадок" ($r = 0,73$). В парах "батько - нащадок" цей показник удвічі менше ($r = 0,36$). Достовірно більше жінок, ніж чоловіків, які мають родичів з БА, як першого так і другого ступеню спорідненості ($\phi_{\text{♀}} = 1,861$, $\phi_{\text{♂}} = 1,281$, $F_{\text{факт.}} > F_{\text{табл.}}$).

Висновок: Найбільший ризик захворіти на БА є у родичів першого ступеню спорідненості, особливо, якщо хворіє мати.

Бережной Г.Г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕПАТИТА В У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Габышева Л.С.

Вирус гепатита В (HBV) относится к семейству *Нерадnavirus*. Вирус гепатита В очень устойчив во внешней среде, обладает высокой инфекционностью. При сохранном иммунном ответе у переболевшего гепатитом В человека формируется стойкий пожизненный иммунитет. Механизм передачи вируса гепатита В – гематогенный, т.е. через кровь. Заражение происходит от больного острым или хроническим гепатитом В при попадании инфицированной крови в организм здорового человека. При этом вирус чрезвычайно вирулентен - для заражения достаточно всего 10^{-7} мл крови. Во внешней среде вирус гепатита В может сохраняться около недели - даже в засохшем и незаметном пятне крови, на лезвии бритвы, конце иглы. Именно способность к выживанию делает этот вирус столь распространённым и опасным для людей, которые имеют дело с кровью.

Хирурги, стоматологи, средний медицинский персонал, лабораторные диагносты, а также работники центров переливания крови имеют повышенный риск заразиться гепатитом В. Наиболее эффективной профилактикой гепатита является вакцинация.

Медицинским работникам и студентам медицинских вузов, всем лицам, работающим с препаратами крови и производящими их, больным, находящимся на гемодиализе или получающим препараты крови необходимо провести вакцинацию. В некоторых случаях необходима ревакцинация. Также, медицинскому персоналу необходимо использовать одноразовые перчатки, при выполнении манипуляций с кровью.

Брюханова Т.А., Шкапо А.И., Кочубей Ю.И.
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ
СОЕДИНЕНИЙ, ОБЛАДАЮЩИХ JNK-ИНГИБИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ
IN VIVO

Кафедра биологической химии
Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Загайко А.Л.

Введение. с-Jun N-концевые киназы (JNK) – группа MAP-киназ, активация которых опосредует развитие инсулинорезистентности (ИР) и ассоциированных с ней заболеваний – сахарного диабета 2 типа, атеросклероза, ожирения, метаболического синдрома и др. Целью данного исследования было изучение ингибирующей JNK активности природных соединений: кверцетина, эпигаллокатехинагаллата (ЭГКГ) и комплекса полифенолов винограда (КПВ) на модели ИР у крыс (которая сопровождается активацией JNK).

Материалы и методы. Исследования проводили на самцах крыс линии Wistar. ИР моделировали содержанием животных на диете, обогащённой фруктозой (60,3% фруктозы, 18,3% белка, 5,2% жиров). Эффективность исследуемых соединений оценивали по влиянию на содержание глюкозы, иммунореактивного инсулина (ИРИ), гликозилированного гемоглобина (HbA1C), триацилглицеридов (ТАГ), свободных жирных кислот (СЖК), липопротеинов низкой плотности (АпоВ-ЛП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Результаты и обсуждение. Содержание животных на фруктозной диете сопровождалось развитием ИР, что проявлялось одновременным повышением уровня глюкозы в 2,4 раза, ИРИ – в 1,3 раза; уровня HbA1C – в 1,58 раз по сравнению с интактными животными. Состояние ИР сопровождалось возрастанием содержания ТГ – в 3,36 раз и СЖК – в 1,9 раз, что опосредовалось снижением влияния инсулина на липолиз, что провоцировало мобилизацию жира из жировых депо. Повышение уровня АпоВ-ЛП в 1,47 раз носило компенсаторный характер и было направлено на снижение содержания СЖК. Следует отметить тенденцию к снижению антиатерогенной фракции – ЛПВП (↓ в 1,25 раз), что опосредовалось нарушением ремоделирования АпоВ-ЛП и индукцией распада ЛПВП. Увеличение содержания СЖК инициирует дальнейшее усугубление нарушений метаболизма, что проявляется усилением гипергликемии и гиперинсулинемии. Известно, что одним из механизмов токсичного действия СЖК является образование активных форм кислорода (АФК) и активация свободно-радикального окисления. АФК в свою очередь реализуют свои повреждающие эффекты посредством активации JNK-сигнального пути. Введение исследуемых соединений в значительной степени уменьшало негативные последствия ИР, что проявлялось нормализацией вышеперечисленных показателей практически до уровня интактного контроля. Наибольшую терапевтическую эффективность проявил КПВ, превосходя индивидуальные вещества – кверцетин и ЭГКГ. Согласно данным литературы, КПВ обладает способностью ингибировать активность сигнальных киназ путем уменьшения тирозинового фосфорилирования ERK-1/2, JNK-1

и р38 МАР-киназы. Кроме того, КПВ обладает высокой антиоксидантной активностью, благодаря наличию ряда активных соединений: галловой кислоты, кверцетина, катехина, процианидинов и др. Поэтому следует отметить, что фармакологические эффекты КПВ могут быть обусловлены как высокой антиоксидантной активностью, так и способностью ингибировать активность JNK. Более выраженное влияние КПВ по сравнению с индивидуальными веществами объясняется наличием сразу нескольких соединений, способных оказывать угнетающее влияние на JNK-киназу и, соответственно – наличием нескольких путей воздействия на звенья патологического процесса.

Выводы. Высокофруктозная диета провоцирует развитие у крыс ИР, что сопровождается нарушениями углеводного и липидного видов обмена. Введение КПВ, кверцетина и ЭГКГ нивелирует негативные последствия ИР, что отражается нормализацией соответствующих показателей. КПВ оказывает наиболее выраженный терапевтический эффект, который, вероятно обусловлен наличием высокой антиоксидантной и JNK-ингибирующей активности.

Ващенко В. Н.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТАКТИКА ДЛЯ ПОСТАМПУТАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины с курсом физического воспитания и здоровья

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Кириченко М.П.

В реабилитационном процессе важное место принадлежит адаптивной физической культуре, направленной на возможно полное восстановление и поддержание двигательных и функциональных возможностей человека и снижение стрессорной реакции.

Цель исследования – анализ современных подходов реабилитации для улучшения качества жизни инвалидов с постампутационными дефектами нижних конечностей.

Материалы и методы. Работа основана на результатах исследований Санкт-Петербургских государственной академии физической культуры им. П.Ф. Лесгафта и научно-исследовательского института протезирования им. проф. Г.А. Альбрехта о биомеханических особенностях плавания инвалидов. Проанализировано из научных источников использование больными средств физической культуры, гидрокинезотерапии, массажа, криомассажа, тренировок на тренажерах, плавание в бассейне со специальными резиновыми кругами. Рассмотрены достижения современного бионического протезирования.

Результаты. При невысоких уровнях ампутации плавание способствует повышению функциональных возможностей сердечнососудистой системы, нарастанию парасимпатической регуляции, что в целом отражает увеличение резервных возможностей организма. У инвалидов с высокими уровнями ампутации не происходит существенных сдвигов центральной гемодинамики и вегетативной регуляции, что обусловлено глубокими морфофункциональными изменениями со стороны системы кровообращения. При высоких уровнях ампутации плавание способствует лечению контрактур, повышению биоэлектрической активности мышц, является эффективным средством социальной реабилитации. Актуальной остается тема развития протезирования, способствующего восстановлению многих социально-необходимых и жизненных функций. В Массачусетском технологическом институте

с 2007 года ведутся работы над высокотехнологичными бионическими протезами нового поколения. Бионический протез использует систему датчиков, пружин, и двигателей, которые моделируют работу скелета и мышц, что позволяет максимально эффективно компенсировать потерю собственной конечности.

Выводы. Лечебная физкультура может рассматриваться как компенсаторно-адаптивный фактор восстановления двигательной активности инвалидов. Целесообразно комбинаторное использование различных средств усиления эффективности физической компенсации для инвалидов, включая плавание.

Вовк А.О., Турманидзе К.И.

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОТОКСИНА САЛЬМОНЕЛЛ НА СЕКРЕТОРНУЮ АКТИВНОСТЬ МОНОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА IN VITRO

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Целью нашей работы было изучить влияние энтеротоксина сальмонелл на секреторную активность моноцитов *in vitro*.

Исследование секреторной активности проводилось на культурах моноцитов, выделенных из периферической крови 83 практически здоровых лиц мужского пола 20-23 лет. Идентификацию сальмонелл проводили с использованием диагностических наборов «Энтеротест 24» производства фирмы Микро-ЛА-Тест, АО «Лахема», Чехия. С целью определения ЛД50 сальмонеллезного энтеротоксина использовали супернатант суточной бульонной культуры *S. cholerae-suis*. Исходя из объёма супернатанта, содержащего ЛД50 сальмонеллезного энтеротоксина, разведения энтеротоксина, использованные для стимуляции моноцитов, составили по отношению к исходному объёму 1:100-1:10-1:2-1:1 ЛД50 сальмонеллезного энтеротоксина. Содержание ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α определяли в супернатантах клеток, полученных после центрифугирования, иммуноферментным методом с использованием тест-систем производства фирмы R&D Systems, США. Определение ПГЕ2 и ЛТС4, циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ) в моноцитах и нейтрофилах проводили радиоиммунным методом с использованием коммерческих тест-систем фирмы Amersham (Great Britain).

В результате проведенного исследования было установлено, что наибольшая стимуляция секреторной функции моноцитов наблюдается при наибольшей действующей концентрации энтеротоксина и наоборот. При разведении энтеротоксина 1:100 уровень ИЛ-1 β составил в среднем 516 \pm 25 пг/мл, против 365 \pm 20 пг/мл для референтной нормы (увеличение секреции – 1,41 раза), уровень секреции ИЛ-6 увеличился относительно соответствующей референтной нормы в 1,35 раза. Для ИЛ-8 прирост секреции составил 1,47 раза, а для ФНО- α , ПГЕ2 и ЛТС4 – 1,40, 1,61 и 1,44 раза соответственно. Более высокая секреторная активность моноцитов наблюдалась при их контакте *in vitro* с энтеротоксином *S. cholerae-suis* в разведении 1:10 (уровень секреции ИЛ-1 β в культурах моноцитов составил в среднем 867 \pm 44 пг/мл, что оказалось в 2,38 раза выше аналогичного показателя референтной нормы. В присутствии сальмонеллезного энтеротоксина, разведённого 1:10, продукция ИЛ-6 возросла относительно референтной нормы в 2,92 раза, ИЛ-8 – в 2,43 раза, ФНО- α – в 2,0 раза, тогда как для ПГЕ2 и ЛТС4 подобные увеличения секреции составили 2,67 и 2,13 раза соответственно. Внесение в культуры моноцитов энтеротоксина *S. cholerae-suis* в разведении 1:2 вызвало увеличение секреции ИЛ-1 β в 5,84 раза, ИЛ-6 – в 5,29 раза, ИЛ-8 – в 5,28 раза, ФНО- α – в 5,29 раза, ПГЕ2 и ЛТС4 – соответственно в 4,64 и в 4,14 раза против референтной нормы. Наибольшая стимуляция секреторной способности

моноцитов была при их контакте *in vitro* с энтеротоксином *S. cholerae-suis* в 1:1, средний уровень секреции ИЛ-1 β составил 3428 \pm 286 пг/мл, что было выше референтной нормы в 9,39 раза. Под влиянием сальмонеллёзного энтеротоксина (разведение 1:1) уровень секреции ИЛ-6 в конце эксперимента в 9,53 раза превышал показатель референтной нормы, а уровни ИЛ-8, ФНО- α , ПГЕ2 и ЛПС4 оказались выше соответствующих референтных норм в 9,32, в 11,6, в 11,18 и в 8,0 раз, соответственно.

Таким образом, непосредственный контакт *in vitro* энтеротоксина *S. cholerae-suis* и моноцитов крови человека сопровождается увеличением секреции последними ряда провоспалительных медиаторов, таких как ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α , ПГЕ2 и ЛПС4. Просекреторный эффект сальмонеллёзного энтеротоксина носит чётко выраженный дозозависимый характер.

Вовк О.Ю.

ФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКОВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Исходя из требований современной медицины необходима детализация костной конструкции черепа в мозговом и лицевом отделах в раннем онтогенезе, основанная на учении индивидуальной анатомической изменчивости акад. В.Н.Шевкуненко. При этом уточнённая характеристика индивидуальных особенностей плода на разных стадиях антенатального онтогенеза позволяет разрабатывать и внедрять в практику новые подходы в прогнозировании и оценке правильного развития головы и головного мозга.

Объектами нашего исследования послужили протоколы измерений 30 черепов предплодного периода (2-3 месяц внутриутробного развития).

Согласно нашим данным, у 2-месячных предплодов, независимо от пола, происходит закладка первичных генетических признаков индивидуальности строения головы и костно-хрящевой конструкции черепа. Для предплодов характерна длина тела от 10 до 14 см (последний протокол отражает наблюдения предплода 2,5 месяцев развития), и, соответственно, длина головы у них варьирует от 2,8 до 3,7 см, а амплитуда увеличения этого параметра достигает 0,9 см. Ширина головы в этом периоде колеблется от 2,2 до 2,9 см с диапазоном увеличения до 0,7 см, высота не превышает 2,8 - 3,6 см, что составляет амплитуду 0,8 см. Головной (черепной) индекс изменяется от 78,4 до 87,8. На 3-ем месяце развития, длина плода находится в пределах 13,0-18,0 см с небольшим увеличением у представителей долихоморфного телосложения (15,0-18,0 см). Соответственно, длина головы достигает максимальных значений также у долихоцефалов, варьируя от 3,8 до 4,7 см; у мезо- и брахицефалов наблюдается постоянное уменьшение данного параметра до 3,4–3,7 см (минимально) и 4,4 – 4,6 см (максимально). При этом, поперечные параметры головы и черепа поступательно увеличиваются у предплодов 3-х месяцев с мезо- и брахицефалической формой головы. Это приводит к увеличению высотного показателя головы и полости черепа у брахицефалов, что связано с некоторым ускорением роста вышеуказанных параметров. При анализе усредненных показателей основных параметров головы на протяжении предплодного периода, определяется преобладание длины головы у долихоцефалов $\bar{x} = 3,8$ см над брахицефалами $\bar{x} = 3,45$ см, при этом, ширина головы, у первых, составляет $\bar{x} = 2,67$ см, тогда как, у вторых – $\bar{x} = 2,98$ см. Это указывает на то, что на самом раннем этапе антенатального развития происходит формирование

первых признаков индивидуальной анатомической изменчивости строения формы и размеров головы (черепа). В соответствии с генетическими особенностями, унаследования от родителей, у данных предплодов происходит постепенная цефализация головного отдела туловища предплодов по долихо- и мезо-брахицефалическому типу.

Гольник Я. В.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ХОЛОДОВОГО ЭКЗОГЕННОГО ФАКТОРА НА КОЖУ ЧЕЛОВЕКА.

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: к.мед.н. Тищенко А.Н., Баусова О.Б

В коже имеется интенсивно развитый нервно-рецепторный аппарат, благодаря которому и поддерживается взаимосвязь с внешней средой. Из внешней среды могут поступать всевозможные раздражители (инфекционные, механические, физические, химические и пр.), рефлекторно или непосредственно обуславливающие возникновение патологических процессов в организме и, в частности, на кожном покрове.

Цель исследования: изучить роль экзогенного холодного фактора на кожный покров человека, как эффективного регулятора систем миогенного, нейрогенного и эндотелиального факторов регуляции тонуса микрососудов.

Материал и методы: Обследовано 26 женщин в возрасте от 25 до 55 лет, соматически здоровых. Для определения типов кожи на лице были применены анамнестические тесты, тесты для определения эластичности и тургора. Парциальное давление кислорода в коже определяли электродами Кларка. Воздействие температурного фактора оценивали с помощью "Microtest 100WF". Обследование проводилось до и после влияния холодного фактора (крио- массаж лица).

Результаты: В результате проведенного исследования было зафиксировано, что интенсивность кровообращения в коже после 40 лет существенно снижается, что меняет тип кожи ее эластичность и тургор. После проведения крио- воздействия на кожу лица (от 8 до 10 сеансов) показатели парциального давления кислорода в коже увеличивались в 1,7 раза, что приводило к улучшению функций кожи.

Выводы: Исследования показали, что воздействие холодного фактора на кожу приводит к изменениям функционального состояния сосудов кожи, воздействуя на экстерорецепторы. Возможным физиологическим механизмом является активация кутано-висцеральных рефлексов и как следствие - симпатоадреналовой системы. Симпатические эффекты приводят к мобилизации функциональных ресурсов, возрастанию эффективности иммунных процессов, повышение эластичности и тургора кожи.

Граніна О.В., Соболев О.С.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ВНУТРІШНЬООРГАННИХ СУДИН НИРОК ЛЮДИНИ ТА ТВАРИН

Кафедра анатомії людини

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Атуальність теми. Нирки – це важливий парний екскреторний орган, в якому продукується і виводиться сеча та продукти метаболізму організму. Вони регулюють обмін води та електrolітів; підтримують кислотно-основний стан організму. Ниркова

артерія (НА) людини, парна крупна судина, що починається симетрично від черевної аорти на рівні I-II поперекових хребців під прямим кутом до аорти, на 1-2 см нижче відходження верхньої брижової артерії.

Вивчення архітектури внутрішньоорганних судин нирок проведено нами з позицій вчення В.М. Шевкуненко про крайні форми мінливості розгалуження судин.

Встановлено, що нирки тварин (кролів) по будові відносять до типу гладеньких однососочкових нирок. Кожна нирка отримує артеріальну кров НА, яка відходить від абдомінальної аорти на рівні I люмбального хребця, частіше всього у вигляді одного стовбура.

Анатомія НА у кролів має деякі собливості. Так, ліва НА довша ніж права, відходить від черевної аорти на 1-2 см каудальніше правої НА, спрямована косо донизу та дозаду. НА вступає у ворота нирки і розгалужується на гілки по розсипній формі. Кожна артеріальна гілка, що відходить від НА проходить до межі коркової та мозкової речовини; називається міжчастковою артерією.

Прямуючи вздовж основи пірамід вона утворює дугоподібні артерії. Ці останні дають міжчасточкові артерії від яких формуються приносні артеріоли, котрі в ниркових тільцях формують капілярні клубочки, з яких виходять виносні артеріоли. Останні в мозковій речовині нирок формують капілярну сітку, яка охоплює систему ниркових каналців. Тут артеріальна капілярна сітка переходить у венозні капіляри які в свою чергу формують послідовно венули, міжчасточкові та дугоподібні вени, утворюючі міждольові вени. З них складається ниркова вена, яка впадає в каудальну полу вену. По даним дослідження НА тварин перед входом у нирку розгалужується на дві гілки, характер розгалуження яких співпадає відомим формам розгалуження судин людини: розсипної, магістральної та перехідної формам. Згідно дослідженням у кролів, права НА відходить від абдомінальної аорти під тупим кутом, розміри якого вар'юють від 115 до 130, ліва – під гострим кутом не більше ніж 50-60. Права НА завжди коротше лівої, при цьому довжина її коливається від 1,3 мм до 1,8 мм, а ліва від 2,0 до 3,0. Діаметри правої і лівої НА знаходяться у межах від 1,5 до 2,0 мм.

Висновок. Таким чином стовбур ниркової артерії людини в більшості випадків розгалужується на передню і задню гілки, рідше на верхню та нижню або на три стовбура та більше на відміну від кролів. Крім того деякі автори відмічають атипичне розгалуження ниркової артерії людини.

Григорова М.В., Косилова О. Ю.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Минухин В.В.

Одной из наиболее актуальных проблем акушерства, гинекологии, а также неонатологии, является разработка эффективных методов профилактики и терапии гнойно-септических осложнений (ГСО), которые занимают одно из ведущих мест в структуре материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

Несмотря на постоянный поиск новых методов лечения и профилактики, частота ГСО и летальность при данной патологии до настоящего времени остается высокой, достигая в среднем 30%. Ежегодно диагностируют более 700000 случаев заболевания сепсисом. Септический шок развивается в 58% случаев. Послеродовые гнойно-септические заболевания встречаются у 4-6% родильниц. Несмотря на большое разнообразие возбудителей, при послеродовой инфекции обнаруживаются: *S. aureus* -

35% случаев, Enterococcus spp. - 20%, Staphylococcus spp. - 15%, S.agalactiae-20%, S.pneumonie - 10%, E.coli - 25%, Klebsiella spp. / Citrobacter spp. - 20%, P.aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, Candida spp.- 3%, анаэробы – 20%, неустановленная этиология - 25% случаев. В последние годы отмечается увеличение частоты рождения детей, инфицированных внутриутробно (68%), от матерей как с вирусной так и с бактериальной инфекцией. Причина смерти новорожденных от септических осложнений составляет от 22% до 38% случаев.

Возбудителями сепсиса могут быть как патогенные, так и условно-патогенные микроорганизмы. К ведущим возбудителям относят грамположительные (Enterococcus spp., S.aureus, S.epidermidis, S.pyogenes, S.agalactiae), и грамотрицательные (E.coli, Klebsiella spp., Proteus spp., Enterobacteriaceae spp., P.aeruginosa) микроорганизмы. Среди анаэробных бактерий - Bacteroides spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp. За последнее десятилетие изменился видовой спектр возбудителей гнойно-септических заболеваний. Если раньше ведущая роль принадлежала грамотрицательным бактериям (основным этиологическим фактором была E.coli, реже – P. aeruginosa или Proteus spp.) то сейчас увеличилось количество грамположительных бактерий (Enterococcus spp. и S.agalactiae (до 65% всех случаев ГСО).

В связи с вышеизложенным лечение гнойно-септических осложнений должно быть комплексным. Проводимая терапия при сепсисе включает в себя одновременное применение 2-3-х антибактериальных препаратов широкого спектра действия в максимальных дозах. Но нужно помнить, что данная терапия способствует возникновению такого заболевания как микотический сепсис (возбудители - C.albicans, C.tropical). Кроме того, рекомендуется применение препаратов для улучшения состояния сердечно-сосудистой системы, почек, печени. Для повышения иммунобиологической активности показано переливание антистафилококковой гипериммунной плазмы, гамма-глобулина, цитратной свежей крови.

Профилактика гнойно-септических осложнений включает в себя: своевременное лечение воспалительных заболеваний женских половых органов, санацию очагов инфекции, рациональное ведение и оздоровление беременных, а также уменьшение числа акушерских операций (кесарево сечение, аборты).

Григорова М.В., Сокол А.А.

ИННЕРВАЦИЯ СУХОЖИЛЬНОЙ ТКАНИ НЕКОТОРЫХ МЫШЦ БЕДРА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Л.В.Измайлова.

Различные оперативные вмешательства на сухожилиях, их высокая чувствительность к инфекции, неспособность сухожильной ткани к регенерации и ряд других причин до настоящего времени не дают положительных результатов. Иннервация сухожильной ткани мышц конечностей человека изучена недостаточно полно. Не зная системы иннервации отдельных сухожилий и тем более путей подхода к ним нервных стволиков, трудно произвести на них те или иные оперативные вмешательства, не нарушив целостности периферических нервов, иннервирующих эти сухожилия.

Иннервацию сухожилий мы изучали путем препаровки подходящих к сухожилиям мелких нервных веточек. Объектом нашего исследования явились сухожилия портняжной, нежной и полусухожильной мышц бедра. Всего было исследовано 6

трупов взрослых людей обоего пола в возрасте от 24 до 56 лет. В результате наших исследований мы нашли, что кроме внедрения в сухожилия нервных веточек из собственного мышечного брюшка, исследованные нами сухожилия также получают иннервацию непосредственно от проходящих рядом с сухожилиями тех или иных нервных стволиков. Ко всем исследованным нами сухожилиям от нервных стволиков направляются от 4 до 8 мелких веточек. Они подходят к сухожилиям на разных уровнях их длины и внедряются в сухожильную ткань большей частью с задней их поверхности. Реже они подходят к сухожилиям с передней стороны.

Нервные веточки, проникающие в сухожилия в пределах их проксимальной или средней трети, как правило, проходят к нему под острым углом между листками собственной сухожильной брыжейки. Нервные веточки, которые подходят к дистальной части сухожилия, идут в восходящем или поперечном направлении и проникают в него обычно с наружной поверхности непосредственно из окружающей сухожилие клетчатки. Большая часть нервных веточек, подойдя к сухожилию, затем погружается в межпучковые пространства сухожилий. Нервные веточки, иннервирующие сухожилия, отходят не только от нервов, иннервирующих данную мышцу или сопутствующих ей, но они также проникают к сухожилиям. Внедрение нервов на всем протяжении сухожилия происходит неравномерно.

Согласно полученным нами данным, сухожилие портняжной мышцы получает иннервацию от конечных веточек следующих нервов: передней кожной ветви бедренного нерва; медиальной мышечной ветви бедренного нерва; ветви подколенной чашки кожного нерва нижней конечности; непосредственно от кожного нерва нижней конечности. К сухожилиям нежной мышцы подходят конечные ветви от: передней ветви запирающего нерва, которая иннервирует мышечное брюшко нежной мышцы; мышечных ветвей седалищного нерва, отходящих от отдела большеберцового нерва; кожной ветви конечного отдела передней ветви запирающего нерва; ветви подколенной чашки от кожного нерва нижней конечности; суставной ветви общего малоберцового нерва. Сухожилие полусухожильной мышцы получает иннервацию от: передней ветви запирающего нерва; мышечных ветвей седалищного нерва, отходящих от нижних ветвей для полусухожильной мышцы; ветви подколенной чашки от кожного нерва нижней конечности; суставной ветви общего малоберцового нерва.

Таким образом, сухожилия нежной, полусухожильной и портняжной мышц, помимо иннервации, получаемой со стороны мышечного брюшка, во всех случаях получают иннервацию от ряда других, окружающих сухожилия нервов, ветви которых внедряются в названные сухожилия с боковых сторон последних.

Денисенко И.В.

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФИТНЕСОМ.

Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Кириченко М.П.

В настоящее время приоритетным источником эссенциальных нутриентов являются БАДы. Сделаны попытки интерпретации важности их применения для полноценного и правильного питания при занятиях специальной двигательной активностью.

Цель. Анализ научных подходов к рациональному питанию при занятиях фитнесом для получения максимального предполагаемого результата.

Материалы и методы. Обработка анализ и сравнение данных научно-методической литературы с ориентацией на фитнес тренировки.

Результаты. Снабжение организма всеми питательными веществами осуществляется в определенных рациональных соотношениях (по калорийности): белки-15%, жиры-30%, углеводы-55%. Рекомендуемое потребление углеводов – 6-10г/кг зависит от вида спорта, пола, внешних условий, объема физических нагрузок; для циклических видов спорта стоит увеличить (до 10г на 1 кг массы тела) долю углеводов как основных субстратов энергообеспечения нагрузки на выносливость. Избыточный протеин (более 3г/кг/сутки), увеличивает метаболическую нагрузку на печень и почки. 30% энергообеспечения должно приходиться на жиры. Снижение содержания жира в рационе ниже 20% снижает работоспособность. Адекватное потребление жидкости необходимо до, во время и после тренировки. Примерно 1 минута аэробных тренировочных физических нагрузок требует восполнения 10 мл воды. Научной основой рационального питания во время занятий фитнесом, является «Теория сбалансированного питания» А.А. Покровского. Теория основана на принципах: удовлетворения потребности организма в энергии, количество и качество которой зависят от возраста, пола, массы тела, уровня двигательной активности, вида спорта и природных факторов. Соблюдение правильного режима питания, заключается в 6-разовом приеме пищи.

Выводы: Человек должен получать с пищей ровно столько энергии, сколько тратит на все виды деятельности, включая профессиональную деятельность и тренировочный процесс. Формирование положительных пищевых стереотипов зависит от соблюдения режима питания и рациональной организации приема пищи.

Дзюба В. С.

ВЛИЯНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ МУЗЫКИ НА УРОВЕНЬ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Е.Н. Сокол

Изменение привычных условий, сферы общения и ритма жизни, интенсивные умственные нагрузки вызывают постоянную эмоциональную напряженность, тревожное состояние, что отрицательно влияет на гармоничное развитие и психическое здоровье студента.

Цель исследования – определение влияния классической музыки на уровень тревожности студентов.

Исследование проводилось на студентах-медиках 2 курса, которые были распределены на 2 группы: контрольная и группа, где студентам предлагалось прослушивание цикла «Времена года» А. Вивальди. Классические мелодии барокко, а именно сочинения Вивальди, Генделя, Баха имеют положительное влияние на концентрацию внимания, повышают настроение, успокаивающе воздействуют на нервную систему человека, улучшают синхронизацию работы левого и правого полушария. Состояние тревожности как психофизиологическое свойство личности было исследовано с помощью теста самооценки уровня личностной и реактивной тревожности по шкале Спилберга-Ханина.

Результаты тестирования после прослушивания музыки показали снижение уровня ситуативной тревожности на 23,4% у студентов с исходным умеренным уровнем; на

12,6% у студентов с исходным высоким уровнем и на 1,5% у студентов с исходным низким уровнем тревожности.

Таким образом, классическая музыка своим умеренным темпом, спокойным характером мелодии обусловила снижение уровня как ситуативной, так и реактивной тревожности, и оказала успокаивающее, гармонизирующее влияние на психофизиологическое состояние студентов.

Долгов В.М., Медяник Е.А., Меженская Е.А.
ОРЕКСИНОВО-НЕЙРОПЕПТИДНАЯ СИСТЕМА ГИПОТАЛАМУСА:
ВЛИЯНИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ И ПРОЦЕССЫ СТАРЕНИЯ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Золотько К. Н.

Гипоталамус контролирует энергообеспечение (метаболические сигналы) и энергозатраты (физическая активность) через координацию множественных сигнальных систем, включая орексиново-нейропептидную. Орексин продуцируется нейронами латерального и дорсомедиального гипоталамуса, изменяющими свою активность в ответ на метаболические сигналы с периферии, в том числе на молекулы лептина, глюкозы, инсулина, аминокислоты и на внешние факторы. Уровень активности орексиновых нейронов повышается во время бодрствования, голодания или употребления продуктов с ограниченной калорийностью. Орексиновые нейроны, в свою очередь, регулируют физиологические и поведенческие процессы, которые имеют сильное воздействие на энергетический баланс и метаболические состояния, физическую активность, уровень глюкозы в крови, прием пищи. Повышение синтеза орексина способствует ожирению.

Старение имеет общее ингибирующее действие на орексиновый синтез, который, вероятно, усугубляется нездоровым образом жизни. Пожилые люди имеют сниженный уровень орексино-нейропептида и его рецепторов. Однако, повышение активности орексиновой системы во время старения имеет потенциал для улучшения физиологических состояний. Стратегия методов лечения должна быть разработана на основе избирательного повышения орексиновой активности нейронов и/или рецепторной функции.

Таким образом, интенсивность продукции орексина гипоталамусом изменятся на протяжении жизни, влияет на физическую активность и массу тела в течение процесса старения.

Дрокин А. В.
ЭТИОЛОГИЯ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Кафедра медицинской биологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Адейшвили М. К.

Болезнь Вильсона — Коновалова (гепатоцеребральная дегенерация — ГЦД, гепатолентикулярная дегенерация) — редкое хроническое заболевание, связанное с наследственным избыточным накоплением меди. Частота ГЦД составляет 1: 100000 и выше в изолированных популяциях с частыми близкородственными браками. В основном болеют подростки и молодые люди. Патогенез ГЦД связан со множественными (около 380) мутациями гена АТР7В, расположенного на длинном плече 13-й хромосомы (локус13q14-q21). Дефект этого гена, кодирующего синтез

медь-транспортной АТФазы, приводит к нарушению синтеза белков, осуществляющих транспорт меди. В результате нарушается выведение фракций меди с желчью из печени, снижается ее скорость включения в церулоплазмин, что приводит к высокой концентрации свободной меди в сыворотке крови. В итоге медь проникает через гематоэнцефалический барьер, вызывает функциональные и структурные токсические изменения в головном мозге, радужной оболочке глаза, печени, почках и селезенке. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу и передается отцами. Частота семейных случаев достигает 61 %. Различают три генотипических типа ГЦД: 1) славянский, который начинается в 20–35 лет, характеризуется неврологической симптоматикой и незначительным поражением печени; 2) западный, дебютирует в 10–16 лет с первичного поражения печени и затем появлением неврологической симптоматики; 3) атипичный, проявляется только снижением уровня церулоплазмينا. Диагноз подтверждают результаты лабораторных исследований (определение церулоплазмينا, меди в крови и моче), специфические кольца Кайзера — Флейшера на роговице глаз, результаты инструментального исследования печени и данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Дяченко Д. А.

ЯКІСТЬ ВІДНОВЛЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІСЛЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТОНІЄЮ

Кафедра нормальної фізіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Наукові керівники: доцент Пандікідіс Н.І., Ісаєва І.М., Кармазіна І.С.

Обстежено 128 осіб молодого віку з артеріальною гіпотонією, серед яких 78 осіб з артеріальною гіпотонією та 50 осіб контрольної групи. З метою вивчення якості відновлювальних процесів на основі аналізу вегетативного забезпечення фізичної діяльності проводили велоергометрію з індивідуальною максимальною тривалістю, одразу після фізичного навантаження визначали ЧСС та визначали пульсову суму відновлення (ПСВ), яка являє собою різницю між кількістю серцевих скорочень за період відновлення (С3) та за такий же відрізок часу у вихідному стані (С1). Фізичну працездатність оцінювали за тривалістю фізичного навантаження.

Зазначено, що тривалість ФН в осіб КГ у середньому складає 103 с. Підчас аналізу динаміки ЧСС виявлено, що приріст ЧСС після ФН в осіб КГ складає 79,9%, при цьому, на 5-тій хвилині відновлення ЧСС складає 82,5 уд/хв., що вказує на те, що показник відновився на 55% та, у порівнянні з С1, не відновився на 16%. Пульсова сума відновлення на 5-тій хвилині відновлення в осіб даної групи складає 57 ударів. Отже, динаміка ЧСС та ПСВ свідчать про те, що в осіб даної групи фізичне навантаження було нижче межі стомлення та має ефективне вегетативне забезпечення. Аналізуючи динаміку ЧСС в осіб з артеріальною гіпотонією встановлено, що приріст ЧСС після ФН складає 118,5%, що на 38,6% більш ніж в осіб КГ, при цьому тривалість ФН в осіб даної групи складає 66,8 с, що на 35,1% менш ніж в осіб КГ. У період відновлення (С3) показник складає 95,1 уд/хв., де різниця дорівнює 51,2%, у порівнянні з обстеженими КГ, відновлення ЧСС проходить повільніше та відхилення показника у С3 від С1 складає 44,5%, але в осіб КГ на 5-тій хвилині відновлення різниця досягає 16%. Пульсова сума відновлення в осіб даної групи дорівнює 146,5 ударів, при тому, що в обстежених КГ 57 ударів, де різниця складає 157%.

Отримані результати динаміки ЧСС в осіб з артеріальною гіпотонією дозволяють припустити, що ніж нижче вихідний показник ЧСС та рівень АТ у стані спокою, тим скоріші серцеві скорочення у разі ФН, більший приріст ЧСС та ПСВ, тобто відновлення показника проходить повільніше, що свідчить про недосконалість процесів саморегуляції.

Висновки: Динаміка ЧСС та ПСВ свідчать про те, що в осіб даної групи фізичне навантаження було нижче межі стомлення та має ефективне вегетативне забезпечення. Відновлення ЧСС та ПСВ проходить повільніше, що свідчить про недосконалість процесів саморегуляції.

Ерохина В. В., Завгородний А. С., Пономарева А. О.
ТИПЫ СТРОЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Степаненко А. Ю.

Паращитовидные железы являются важнейшими гуморальными регуляторами обмена кальция и фосфора в организме. Неоднократно описаны морфологические особенности паращитовидных желез, однако, комплексное взаимодействие клеток внутри органа остается во многих деталях неясным.

Каждая паращитовидная железа покрыта тонкой соединительнотканной капсулой, от которой внутрь железы отходят тонкие разветвленные септы, не обеспечивающие полного разделения органа на дольки. По данным литературы архитектура паращитовидной железы варьирует и определяется соотношением между соединительнотканной стромой и эпителиальной паренхимой. В зависимости от выраженности стромального компонента зарубежные авторы выделяют несколько типов строения паращитовидных желез: компактный (строма представлена отдельными тяжами, паренхима располагается в виде сплошной массы эпителиальных клеток без всякого разделения их на трабекулы), сетчатый (тяжи соединительной ткани разделяют паренхиму на группы эпителиальных клеток без признаков правильного железистого строения; наиболее частый тип строения паращитовидных желез), дольковый или альвеолярный (паренхима разделена соединительной тканью на более или менее правильные трабекулы). Между этими тремя типами наблюдаются различные переходы и, как правило, среди ткани, построенной по одному типу, встречаются участки, имеющие другой тип.

Анализ литературы показал, что архитектура паращитовидных желез варьирует и определяется соотношением их стромальных и железистых компонентов.

Ерохина В. В., Поликов Г. О.
ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Степаненко А. Ю.

Несмотря на то, что паращитовидные железы являются одними из последних открытых важных органов человека, история открытия данной структуры исчисляется столетиями. Клинические проявления недостаточности паращитовидных желез были известны еще задолго до их открытия. J. DuBose (2005) и другие исследователи отмечают наличие подобных описаний в трактатах исследователей времен античности, в частности, в древнеегипетских рукописях. Однако вплоть до

начала XX века попытки объяснить клинические синдромы, связанные с патологией паращитовидных желез, носили интуитивный характер и не имели научного обоснования и подтверждения. Существование паращитовидных желез в организме человека было впервые отмечено в 1855 году в работах R. Remak и в 1863 году Р. Вирховым. Значительным успехом считалось описание паращитовидных желез R. Owen (1852), который при вскрытии индийского носорога обнаружил желтый, компактный железистый орган, прикрепленный к щитовидной железе в области латеральной поверхности верхнего полюса. Несмотря на описание R. Owen, открытие и название паращитовидных желез приписывают шведскому ученому I. Sandström. В 1880 году он обнаружил небольшие образования в области щитовидной железы у собаки, кролика, кота, быка и лошади. Ученый сделал подробное анатомическое описание найденных структур, и с этого момента данный орган получил название «паращитовидная железа». Первая же попытка обнаружить паращитовидные железы у человека увенчалась успехом, а на последних 50 трупах были детально описаны размер, типичное расположение и его варианты, а также кровоснабжение желез.

После изобретения микроскопической техники началась новая эра изучения гистологического строения паращитовидных желез. Было установлено, что паращитовидная железа – паренхиматозный орган, имеющий трабекулярное строение. Также было выделено два вида клеток: оксифильные и главные (базофильные). Несмотря на значительный прогресс медицинской науки и техники, в настоящее время существует много спорных вопросов относительно структурной организации паращитовидных желез, а также их связей с другими органами и системами организма.

Ерохина В. В., Хромей Е. В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ И ЭВОЛЮЦИОННАЯ АНАТОМИЯ
ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Степаненко А. Ю.

Паращитовидные железы относятся к жизненно важным органам, без которых невозможно функционирование организма. Паращитовидные железы выявляются у всех классов позвоночных животных, начиная с рыб. Большинство авторов сходятся во мнении, что паращитовидные железы сформировались примерно 100 миллионов лет назад в процессе эволюционного развития земноводных. Это связано с выходом данных представителей животного мира на сушу, при котором возникла необходимость в задержке ионов кальция в организме. Другие авторы считают, что формирование паращитовидных желез произошло около 360-300 миллионов лет назад в каменноугольный период палеозойской эры. Данное обстоятельство было связано с качественным изменением химического состава окружающей среды, что повлекло за собой возникновение необходимости в депонировании кальция.

У человека и большинства животных имеется две пары паращитовидных желез, которые по локализации разделяют на верхние и нижние. Верхняя пара лежит приблизительно посередине длинной оси каждой из долей щитовидной железы, а нижние паращитовидные железы расположены вблизи ее нижних полюсов. Другая важная анатомическая особенность паращитовидных желез заключается в том, что число их непостоянно. По данным литературы дополнительные паращитовидные железы у человека в 2/3 наблюдений располагаются ниже нижнего полюса

щитовидной железы и связаны с тимусом, а в 1/3 случаев – между долями щитовидной железы. Приблизительно в 26% случаев нижние паращитовидные железы обнаруживаются в шейной части тимуса, а в 2-4% случаев нижние паращитовидные железы ассоциированы с вилочковой железой в верхнем средостении. Описаны единичные случаи, когда одна из пар паращитовидных желез отсутствует. Общее количество паращитовидных желез у человека может варьировать от 2 до 12. При этом зависимость количества паращитовидных желез от пола не выявлена. В случае наличия более 4 желез, большинство из них являются рудиментарными.

Количество и локализация паращитовидных желез у животных разных видов неодинаковы. У крыс, мышей и хомяков в норме имеется одна пара паращитовидных желез, которая развивается из III пары жаберных карманов и расположена на латеральной поверхности верхнего полюса каждой из долей щитовидной железы. Кроме того, паращитовидные железы большинства млекопитающих представлены только одним видом клеток - главными паратироцитами. Оксифильные клетки, постоянно встречающиеся в железах взрослых людей, описаны также у крыс, обезьян, быков, лошадей и монгольских песчанок.

Таким образом, количество и строение паращитовидных желез у животных разного вида отличаются, что может быть связано со сложившимися в процессе эволюции приспособлениями к условиям окружающей среды.

Завгородний А.С.
ВИДЫ ОПУХОЛЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ И ИСТОЧНИКИ ИХ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Золотько К. Н.

По статистическим данным в городе Харькове ежемесячно около 30-40 человек ждут операции по поводу костной онкологии. Злокачественные заболевания костной ткани поражают разные возрастные категории, но в большем количестве - молодых людей в возрасте 15-20 лет. Основными клетками, принимающими участие в опухолевом процессе, являются остеобласты и остеокласты. Остеобласты – клетки, образующие костную ткань, находятся в глубоких слоях надкостницы и в местах регенерации. Остеокласты – многоядерные клетки гематогенной природы, которые секретируют гидролитические ферменты, разрушающие обызвествленный хрящ и кость. Располагаются на поверхности костных перекладин.

Целью данной работы является обобщение существующих данных об опухолях костной ткани, что может содействовать своевременной диагностике и более эффективному лечению

Доброкачественные опухоли включают в себя остеид-остеому и остеобластокластому. Развитие опухолевого процесса связано с патологическим делением атипичных остеобластов. Активация таких клеток приводит к образованию дефекта костной ткани. Остеокласты объединяются в группы, которые активно разрушают костную ткань. В дальнейшем может произойти малигнизация. Остеосаркома – быстро развивающаяся злокачественная опухоль, процесс возникновения которой связан с генетическими изменениями в клетках кости, которые быстро делятся и мигрируют в близлежащие ткани.

Замковая Д.А.

ИЗМЕНЕНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Шенгер С.В.

Здоровье рассматривается, как способность организма адаптироваться к условиям внешней среды, а болезнь - как результат срыва адаптации, в чем наибольшее участие принимает активация симпатoadреналовой системы. В условиях учебного процесса у студентов интенсивные психоэмоциональные нагрузки, связанные с усвоением учебного материала, способствуют снижению уровня адаптивных резервов организма, работоспособности, психологической устойчивости к стрессовым ситуациям. Это проявляется в ухудшении состояния здоровья студентов, негативно отражается на эффективности процесса обучения.

Непродолжительное повышение нервно-эмоционального напряжения, вероятно, играет положительную роль в деятельности ЦНС, так как возрастает интенсивность обмена веществ в ЦНС, увеличивается скорость переработки информации. Однако при значительном нервно-эмоциональном напряжении существенно меняется деятельность сердечно-сосудистой системы-возрастает артериальное давление, учащается пульс. Утомление проявляется, прежде всего, снижением функциональных возможностей ЦНС. На фоне истощения симпатoadреналовых ресурсов повышается тонус парасимпатической нервной системы-об этом свидетельствует снижение кожно-гальванического рефлекса, снижение артериального давления, снижение вагосимпатического индекса, урежение пульса. Постоянная невротизация организма в условиях постоянно действующих эмоциогенных факторов отрицательной модальности обеспечивает то, что все изменения в организме имеют более выраженный характер. Напряженная умственная деятельность без достаточного отдыха между рабочими днями приводит к появлению перенапряжения. Оно проявляется в повышении артериального давления, росте периферического сопротивления, изменении мозгового кровотока и экскреции катехоламинов. Установлено, что к концу рабочего дня у студентов снижается уровень внимания, уменьшается объем памяти, замедляется частота сердечных сокращений, снижается уровень артериального давления, увеличивается латентное время зрительно-моторной реакции, ослабляется дифференцировочное торможение. Все это указывает на развитие утомления. К концу дня снижаются показатели общей мозговой активности, происходит смещение фокуса возбуждения из лево-передних отделов мозга в правозадние отделы и уменьшается степень межполушарных и лобно-затылочных асимметрий.

Особая роль в адаптивном процессе принадлежит нервной системе, железам внутренней секреции с их гормонами. В частности, гормоны гипофиза и коры надпочечников вызывают первоначальные двигательные реакции и одновременно изменения кровообращения, дыхания. Изменения деятельности этих систем являются первой реакцией на любое сильное раздражение. Именно эти изменения предотвращают стационарные сдвиги метаболического гомеостаза. Большое значение для обеспечения умственной деятельности имеет активность симпато-адреналовой системы и гипоталамо-гипофизарно-адреналокортикальной оси. Чем выше степень нервно-эмоционального напряжения, тем выше активность этих структур.

Зикрач В.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ АДАПТАЦИИ К ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ НАГРУЗКАМ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Е.Н. Сокол

Студенты-медики первых трёх лет обучения – это особая социальная группа, которая испытывает повышенное психоэмоциональное воздействие, связанное с высокой суммарной учебной нагрузкой, новизной и сложностью материала, особенностями психологических состояний и адаптации к новым условиям жизни.

Целью нашего настоящего исследования была оценка показателей умственной работоспособности студентов-медиков 2-го курса с учетом уровня адаптации. В задачу исследования входил сравнительный анализ работоспособности у студентов с различными уровнями адаптации. Одним из показателей, характеризующим напряженность процессов адаптации у студентов, является умственная работоспособность, под которой понимают способность выполнения определенной интеллектуальной нагрузки на заданном уровне сложности в течение определенного времени. Эти показатели умственной работоспособности и психического темпа определялись по методике Э. Крепелина. Нами было обследовано 67 студентов 2 курса (44 девушки и 23 юноши). Средний возраст студентов составил 17,8 года. При определении уровней адаптации студентов с дифференциацией по полу был выявлен напряженный уровень адаптации среди 30,3% девушек и 22,1% юношей, а удовлетворительный зарегистрирован у 24,5% девушек и 18,3% юношей.

Таким образом, результаты свидетельствуют о преобладании напряженного процесса адаптации к учебной деятельности, которые сопровождались нарушением показателей работоспособности и устойчивости внимания, у студентов с различным психическим типом работоспособности.

Зиновьев И.Э., Федько К. О.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Е.Н. Сокол

Выбор профессии, успешность учебной и трудовой деятельности — всё это связано с мотивационной сферой личности. Содержание и структура мотивации человека представляет собой существенный показатель и фактор состояния здоровья и уровня адаптации. Традиционные психодиагностические методы (анкетные и проективные) не позволяют с достаточной степенью точности выявлять содержание мотивации. Поэтому, актуальной задачей изучения мотивации познавательной деятельности является использование защищенных от неискренности испытуемого методов диагностики реальных его отношений к действительности. Таким образом, представляется актуальным приложении методов экспериментальной психосемантики к исследованию содержания и структуры познавательной мотивации студентов-медиков. Для количественного измерения, качественной оценки и сравнительного анализа содержания и структуры познавательной мотивации студентов был использован психосемантический метод цветowych метафор в модификации И. Л. Соломина. В результате применения этой методики изучения мотивов

познавательной деятельности студентов была получена возможность анализировать мотивационные выборы испытуемых с точки зрения их соотношения с потребностями иерархической модели А. Маслоу.

Таким образом, на сегодняшний день одной из наиболее удобных методик для диагностики мотивации познавательной деятельности студентов является методика цветowych метафор И. Л. Соломина, так как она позволяет за небольшое время оценить широкий спектр мотивов и не требует специальных компьютерных программ для обработки результатов.

Икрамов В.Б., Минакова Е.И., Терещенко С.С.

КРАНИОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГЛОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Настоящее исследование выполнено на 30 препаратах черепов взрослых людей. Распределение препаратов произведено в соответствии с теорией об индивидуальной анатомической изменчивости акад. В.Н. Шевкуненко.

Лицевой угол у взрослых людей варьирует от 75° до 98° , с постепенным увеличением у мезо- и долихокранов (до 98°); и уменьшением – у брахикранов (до 75°). Для последних характерен данный угол меньше прямого или равный ему. При уменьшении поперечных параметров лицевого черепа и его удлинением наблюдается увеличение лицевого угла у мезокранов до 95° , у долихокранов до 98° .

В соответствии с изменением лицевого угла, находится и скуловой угол, который варьирует от 95° до 129° , причем, определяется увеличение искомого параметра у людей с брахикраническим черепом. Минимальные размеры данного угла до 95° встречаются только при долихоморфном типе черепа. Наибольшее значение этого угла характерно при брахикранном типе, достигая 105° до 138° . При увеличении продольных параметров черепа и сужении лицевого отдела, у долихокранов, этот угол не превышает 95° - 121° .

Соответственно, установлен диапазон изменчивости подбородочного угла от 60° до 81° , который также полностью зависит от формы и размеров челюсти. Наибольший размах размера подбородочного угла встречается у людей с брахиморфным типом строения черепа. Ближе к прямому углу (расширенному варианту) находится данный угол при долихоморфном типе строения черепа. У мезо- и долихокранов подбородочный угол обычно имеет более заостренную форму и не превышает 70° - 73° .

Калюжка В.Ю., Маркевич М.А.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СПАСТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МЫШЦ И ИХ РИГИДНОСТИ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Л.В. Чернобай

Одним из главных нарушений двигательной активности является спастическое состояние мышц и их ригидности, которые возникают в результате нарушения супраспинальных регуляторных влияний. Как в одном, так и в другом случае физиологическим механизмом указанных нарушений является повышение тонуса мышц, который обеспечивается на спинальном уровне сегментарными проприоцептивными рефлексамии: миотатическими и рефлексамии растяжения. Эти

рефлексы возникают в ответ на растяжение мышечных волокон (экстрафузальных) и служат механизмом обратной связи для поддержания постоянной длины мышц и их тонуса.

Афферентная часть дуги этих рефлексов начинается от проприорецепторов мышц (мышечных веретен и сухожильных рецепторов растяжения Гольджи). Через спинальный ганглий посегментно афферентация поступает к передним рогам спинного мозга, альфа-1-мотонейронам и гамма-мотонейронам. Активность первых регулируется спинным мозгом сегментарной афферентацией от мышечных веретен, а также нисходящими пирамидными влияниями. В первом случае возникает непроизвольное, а во втором – произвольное сокращение мышц. Гамма-мотонейроны входят в структуру сегментарных гамма-петель, т.е. рефлекторных дуг, обеспечивающих тонус мышц. Активность гамма-мотонейронов находится только под центральным контролем нисходящих путей в составе пирамидного, ретикулоспинального и вестибулоспинального путей. Нисходящая супрасегментарная активация гамма-мотонейронов обуславливает сокращение интрафузальных мышечных волокон, что снижает порог возбудимости рецепторов растяжения с последующей активацией альфа-1-мотонейронов и непроизвольным увеличением тонуса мышц. Растормаживание этих рефлексов приводит к спастичности мышц. Ригидность же возникает как результат несбалансированности нисходящих корковых влияний от супрессорных и облегчающих зон мозга.

Основным симптомом спастичности является повышение (по сравнению с нормой) сопротивления мышц растяжению. В ригидных же мышцах повышенный тонус присутствует всегда – как в исходном состоянии, так и при их растяжении.

Кириченко А. Е.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра медицинской биологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Пастухова Н.Л.

XX век стал веком величайших открытий во всех областях науки и техники. Возможно, одной из наиболее прогрессивных отраслей науки является генетика. С этой наукой всегда связано немало споров и противоречий, так как последние достижения генетики и генной инженерии, в областях исследования генома человека и клонирования, хотя и открыли широкие перспективы развития биотехнологий и лечения различных заболеваний породили множество вопросов этического и философского характера.

Клонирование – образование генетически идентичных потомков (клонов) путём бесполого размножения. Клонирование постоянно происходит в естественных условиях, когда рождаются однояйцевые близнецы или при бесполом размножении у животных. Клонирование человека сейчас очень близко к реальности благодаря научному прорыву доктора Яна Вильмута и его коллег, которые клонировали в 1997г. овцу. Однако Долли далеко не первый известный науке клон, в 1962 году Джон Гердон клонировал южно-африканскую лягушку. Первые эксперименты по клонированию человека начались в 1998 году, в 2001-м ученым удалось внедрить генетический материал клетки кожи в яйцеклетку и стимулировать деление, в результате чего образовалось 6 клеток, затем деление прекратилось. Несмотря на ряд заявлений о проведении успешных опытов по клонированию человеческого эмбриона

(1998, 2004 – в Южній Кореї, 2002 – в США), на сьогоднішній день научного підтвердження цьому нет.

Существует две технологии клонирования. Первая состоит в том, что из яйцеклетки удаляется ядро и вместо него вводится ядро соматической клетки другой особи, вторая – метод партеногенеза. Различия в геномах родительского организма и его клон составляют от 0,05% до 0,1%. В связи с этим в строгом смысле слова клон не является абсолютно идентичным родительскому организму. Сейчас известно 2 вида клонирования: репродуктивное (создания потомства) и терапевтическое (создаётся эмбрион из клетки взрослого человека, который затем используется для получения стволовых клеток).

Клонирование человека даст возможность бездетным парам иметь своих детей. Станет возможным рождение здоровых детей у генетически больного родителя и использование стволовых клеток для лечения заболеваний, характеризующихся значительными повреждениями тканей (инсульт, инфаркт, последствия травм и ожогов). А также в перспективе выращивать из стволовых клеток органы и ткани, не вызывающие отторжение при пересадке. Большинство ученых сходятся на том, что попытки создать клон человека опасны и сомнительны с моральной точки зрения. На настоящее время препятствием для клонирования человека можно ряд биоэтических проблем таких как: технологические и методические трудности, социально-этический и религиозный аспекты, общественное мнение, законодательные запреты, а также ставится под сомнение биологическая безопасность вида.

Преодоление технических трудностей, связанных с клонированием человека, – дело времени. Хотя идея клонирования человека ставит перед обществом людей такую проблему, с какой оно прежде не сталкивалось. Эта проблема – возможная опасность потери уникальности человеческой личности. Так развивается наука, каждый её новый шаг ведет за собой не только новые возможности, но и нежелательные последствия. Единственный способ узнать, оправдает ли клонирование человека возлагаемые на него надежды — это продолжать исследования в данной области.

Коваленко Т.І., Сушецька Д.А.

ГНІЙНО – СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ З ОПІКАМИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Мінухін В.В.

Опіки є одним з найбільш часто зустрічаючихся видів травматизму. За даними літератури інфекційні ускладнення є причиною смерті близько 76% хворих з опіковою травмою. Крім безпосередньої загрози життю, інфекція значно уповільнює епітелізацію опікових ран та призводить до формування гіпертрофічних і келоїдних рубців. Внаслідок термічного ушкодження виникає коагуляційний некроз епідерміса, дерми і довколишніх тканин, який створює сприятливі умови для масивної мікробної інвазії, яка розвивається в перші години після опіку. Гнійно – септичні ускладнення являють серйозну проблему в камбустіології. У зв'язку з цим виникає необхідність виділення збудника і визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків та антисептиків.

Мета дослідження – вивчення мікробного спектра збудників інфекційних ускладнень у хворих з опіками та їх резистентність до антибіотиків і антисептиків.

Матеріалом дослідження були ранові виділення з опікових поверхонь у хворих з опіками III – IV ступеня, які перебували на стаціонарному лікуванні в опіковому

відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова.

Результати дослідження показали, що до грампозитивної мікрофлори, виділеної з ранових поверхонь відносяться: *Staphylococcus aureus* (близько 20% людей є носіями золотистого стафілококка на шкірі та слизових оболонках верхніх дихальних шляхів), *Staphylococcus epidermidis* (представник нормальної мікрофлори шкіри людини), *Staphylococcus viridans* (є значною частиною 30 – 50% непатогенної флори глотки, ротової порожнини, органів ШКТ), *Staphylococcus haemolyticus*, *Enterococcus faecium* (входить до складу нормальної мікрофлори органів ШКТ). До грамнегативної мікрофлори відносяться: *Pseudomonas aeruginosa* (синегнійна паличка умовно патогенна для людини, розповсюджена у воді та ґрунті), *Acinetobacter baumannii* (є частою причиною нозокоміальних інфекцій), *Proteus mirabilis* (представник умовно-патогенної флори шлунку), *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli* (представник нормальної мікрофлори шлунку), *Enterobacter cloacae* (умовно-патогенні мікроорганізми, зустрічаються повсюдно), *Klebsiella pneumoniae* (є частою причиною нозокоміальних інфекцій), *Stenotrophomonas maltophilia* (є важливим збудником внутрішньо-лікарняних інфекцій).

Серед збудників гнійно – септичних ускладнень переважають: *Acinetobacter*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Klebsiella*. В перші сім діб після опіку мікроорганізми виділяються у відносно рівній пропорції в монокультурі і в асоціаціях. Відзначається переважання асоціацій *Staphylococcus aureus* з грамнегативними мікроорганізмами, зокрема з *Acinetobacter baumannii* та з *Pseudomonas aeruginosa*. Також часто відмічаються асоціації *Pseudomonas aeruginosa* з *Acinetobacter baumannii*.

Аналіз чутливості виділених мікроорганізмів до антибіотиків показує збільшення полірезистентності збудника до антибактеріальних препаратів: амоксициліну/клавуланової кислоти, ампіциліну/сульбактаму, азироміцину, гентаміцину, доксіцикліну, цефалоспоринів, фторхінолонів. Проте, доведено, що збудники інфекційних ускладнень у хворих з опіками виявляють високу чутливість до робочих концентрацій антисептиків.

Висновки: Поперше, в інфікуванні опікових ран на першому місці стоять стафілококки, ентерококки, ацинетобактерії та синегнійна паличка. Зростає роль представників ентеробактерій. Також відзначається формування стійкості мікроорганізмів до сучасних антибактеріальних препаратів, поява мультирезистентних штамів. Таким чином доцільно призначення в комплексній терапії антисептиків (декаметоксин, мірамістин, хлоргексидина біглюконат), тому що до них зберігається чутливість основних мікроорганізмів, які викликають інфекціонування опікових ран.

Коваленко Т.І., Турута Д.О.

ВИВЧЕННЯ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ НА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЯХ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ТВАРИН ДВОХ ВІКОВИХ ГРУП ПІСЛЯ ДІЇ АНТИГЕНІВ P. AERUGINOSA.

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: О.М. Клімова

Поріг реактивності експериментальних тварин різних за віком може визначати відповідні зміни первинних та вторинних гуморальних факторів імунорезистентності у відповідь на інфекційні антигени.

Мета роботи - вивчити концентраційні зміни сироваткових факторів первинного та вторинного гуморальних ланок імунітету (С 3 фрагмент комплементу та імуноглобуліни класів А, М, G) у експериментальних тварин різного віку.

Матеріали та методи. В дослідній роботі було використано експериментальні щури різного віку (1 група: 3-х місячні щури n=70, 2 група: 22-х місячні щури n=70) в динаміці (3-7 доба). Після одноразового внутрішньочеревного введення 1,5 мл суспензії *Pseudomonas aeruginosa* № 27835 АТСС, яка містила 10^9 КУО/мл у експериментальних тварин розвивався запальний процес. Для вивчення концентрації С 3 фрагмента комплементу та класів Ig А, М, G використовувались спеціальні моноклональні антитіла у методі ІФА-аналізі.

Результати дослідження. При визначенні показників гуморального імунітету встановлено між різними групами тварин достовірну різницю ($p \leq 0,05$). В контрольних групах молодших і старих тварин відрізняється концентрація С 3 фрагмента комплементу, яка у молодших експериментальних тварин складала $0,65 \pm 0,1\%$, а у старих $-0,45 \pm 0,2\%$. Концентрація Ig А у контрольній групі старих експериментальних тварин була підвищеною на 10% порівняно з молодшими тваринами.

Після введення суспензії *P. aeruginosa* експериментальним тваринам спостерігали зміни досліджуваних показників різного напрямку. Виявили підвищення концентрації С 3 фрагмента комплементу у старих тварин на 5% на протязі усього експерименту (3-7 доба) порівняно з контрольною групою. У молодших тварин концентрація С 3 фрагмента комплементу в сироватці крові була нижче та складала $0,48 \pm 0,2\%$, при контролі $0,65 \pm 0,1\%$. Концентрація Ig А у молодших експериментальних тварин була максимально збільшена на 3 добу експерименту та складала $6,4 \pm 0,34$ г/л, при контролі $4,9 \pm 0,11$ г/л. На всіх етапах експерименту спостерігалось збільшення концентрації Ig М у старих і у молодших експериментальних тварин після дії інфекційних антигенів *P.aeruginosa*. Максимальний сироватковий вміст Ig М відзначали на 7 добу експерименту у старих тварин, концентрація цього фактора складала $4,4 \pm 0,44$ г/л, при контролі $3,2 \pm 0,38$ г/л. Сироваткова концентрація Ig G також збільшується після дії антигенів *P. aeruginosa* у всіх експериментальних тваринах, і максимальне збільшення цього показника виявили на 5 добу, яке складало $89,7 \pm 3,8$ г/л у молодших та $101,7 \pm 5,2$ г/л у старих тварин, при контролі $70,7 \pm 1,2$ г/л.

Висновки. Таким чином, змінення концентрації С 3 фрагмента комплементу в сироватці крові був більш виражений у старих експериментальних тварин, у молодших же тварин цей показник був знижений вочевидь за рахунок споживання цього гуморального фактора в елімінації антигена. Через 5 діб визначали у обох вікових групах тварин підвищення Ig G, але у старих тварин показник адаптивного гуморального імунітету був вище на 10 % ніж у молодших тварин. У старих експериментальних тварин більш вираженими були реакції первинного і вторинного змінення імунітету. На наш погляд це пов'язане зі сформованим адаптивним імунітетом за рахунок гуморальної ланки імунітету.

**Ковальковський М., Романенко В.
АНАТОМІЯ АРТЕРІЙ СЕЛЕЗІНКИ
Кафедра анатомії людини**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Колісник І.Л.**

Проведене макромікроскопічне дослідження показало, що селезінка кровопостачається селезінковою артерією, яка на всіх наших препаратах відходила

від черевного стовбура і була найкрупнішою його гілкою. Довжина артерії в середньому склала 90 мм (граничні значення 70-190 мм). Значною мірою цей показник залежить від віку – чим старше вік, тим більше виражено стає звитість судин. До 25-30 років судина майже прямолінійна; після 30 років вона набуває хвилеподібної або дугоподібної форми; після 40-50 – форма артерії петляста, спіралевидна. Чим більш виражена така звитість судини, тим вона довша. Більш постійною величиною є діаметр селезінкової артерії. В середньому він склав 7 мм (граничні величини – 5-13 мм). Оскільки в даному випадку мається на увазі зовнішній діаметр, вікові особливості мало відображаються на цьому показнику, хоча нам доводилося виявляти атеросклеротичні бляшки, що значною мірою закривають просвіт судини. Від черевного стовбура селезінкова артерія прямує вліво, декілька косо вниз, слідує позаду шлунка, розташовуючись найчастіше по верхньо-задньому краю підшлункової залози, рідше – в паренхімі або по передньому краю її. Поблизу органа відбувається ділення судини на гілки: у 86% спостережень – на рівні середньої третини селезінки; у решті випадків з однаковою частотою на рівні верхньої або нижньої третини органу. Відстань від місця ділення до воріт в середньому склала 35 мм (граничні величини 5-80 мм).

Гілки селезінкової артерії першого порядку беруть участь в кровопостачанні певних відділів селезінки і, по аналогії з артеріями інших паренхіматозних органів (печінка, легені, нирки), ми позначили такі гілки зональними артеріями, а ділянки їх розповсюдження – артеріальними зонами. По тій же аналогії галуження зональних судин – гілки II порядку, які в такій зоні васкуляризують певну частину її – сегмент, ми позначили сегментальними артеріями. В процесі препарування було приділено увагу характеру галуження селезінкової артерії. Дотримуючись загальноприйнятої класифікації форм ділення судин, на нашому матеріалі ми визначили розсіпну форму в 82,8% випадків, магістральну, – в 17,2%. Кожна з цих форм мала властиві нею особливості і певні варіанти. Частіше спостерігається розсіпна форма ділення селезінкової артерії, при якій судина ділиться на 2 (74,1%) або на 3-4 (8,7%) гілки. Перший варіант ми позначили як дихотомічний, другий – як багатоствольний. При дихотомічному діленні артерії утворюються дві гілки I порядку – верхня і нижня зональні артерії. По калібру вони, приблизно однакові (41% випадків), або верхня гілка декілька більше або менше нижньої (34% і 25% відповідно).

Колесникова Е.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРЕЙТЦФЕЛЬТДА-ЯКОБА

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Габышева Л.С.

Первое место среди смертельных инфекций досталось губчатой энцефалопатии, она же болезнь Крейтцфельда-Якоба. Инфекционный агент-возбудитель обнаружен сравнительно недавно. Прионы – белки, вызывающие нарушение функций, а затем и гибель клеток. Из-за особой устойчивости могут передаваться от животного к человеку через пищеварительный тракт – человек заболевает, съев кусок говядины с нервной тканью зараженной коровы. Болезнь дремлет годами. Затем у пациента начинают нарастать расстройства личности – он становится неаккуратным, сварливым, впадает в депрессию, страдает память, иногда – зрение, вплоть до слепоты. За 8-24 месяца развивается деменция, больной погибает от нарушений мозговой деятельности. Заболевание очень редкое, но абсолютно неизлечимое.

Попадаючи в організм, прион оседає на поверхності клітки, взаємодіюючи з нормальними білками і змінюючи їх структуру на патологічну. Накапливаючись на поверхності клітки патологічні білки блокують процеси, що відбуваються на мембрані, що призводить до смерті клітки. Клітка, стараючись позбутися від білків на поверхності, починає виробляти активні кислородні сполуки. Навколо уражених кліток починаються запальні процеси з участю високоактивних ферментів, що уражають сусідні здорові клітки.

Таким чином, особливості перебігу хвороби Крейтцфельда-Якоба обумовлені прионною формою білка, яка є надзвичайно стійкою і накопичується в ураженій тканині, викликаючи її пошкодження і, в кінцевому підсумку, смерть.

Корнієць А.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ БАКТЕРІОФАГІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ БАКТЕРІАЛЬНИХ ЛОР-ІНФЕКЦІЙ

Кафедри мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник асистент Краснікова Л.В.

Розвиток гнійно-запальної інфекції є результатом взаємодії мікрофлори й захисних реакцій організму. Цілеспрямована взаємодія на ці обидва фактори визначає характер лікувальних і профілактичних заходів у боротьбі з гнійно-запальними захворюваннями. Справедливість подібних поглядів підтверджується ефективністю застосування антибактеріальних препаратів, у першу чергу антибіотиків і засобів, що підвищують імунологічну реактивність організму.

Для адекватного лікування та попередження переходу гнійно-запальних захворювань ЛОР-органів у хронічну форму необхідно ідентифікувати збудник і своєчасно використати ефективні етіотропні препарати з антибактеріальною активністю. Багато десятиріч для цього з успіхом використовувалися антибіотики і синтетичні хіміотерапевтичні препарати з антимікробною дією. Однак на сьогодні все актуальнішою стає проблема антибіотикорезистентності. Нові штами бактерій виникають набагато швидше, ніж створюються нові антибактеріальні препарати. Найбільш істотною роллю у розвитку бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів відіграють *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* і ряд інших патогенних й умовно-патогенних штамів бактерій. При цьому з клінічних та епідеміологічних позицій найсерйознішу загрозу здоров'ю складають метицилінрезистентний *Staphylococcus aureus* і *Pseudomonas aeruginosa*.

За останнє десятиріччя значно зросла резистентність цих бактерій до макролідів і пеніцилінів, які традиційно широко використовуються в отоларингології. Крім того, в останні роки відзначається різке зростання кількості бактерій, які продукують β -лактамази розширеного спектру дії, що пов'язано з широким використанням в стаціонарній і амбулаторній практиці цефалоспоринових першого, другого і третього поколінь. Крім поширення антибіотикорезистентності у збудників захворювань ЛОР-органів, певною проблемою є підвищення частоти алергічних реакцій на введення антибактеріальних препаратів. Тому на сьогоднішній день особливо важливим є застосування додаткових і ефективних засобів з низьким алергеним потенціалом, що дозволяє знищувати полірезистентні бактерії. Одним з перспективних шляхів вирішення цієї проблеми є розширення використання бактеріофагів. З лікувальною метою при бактеріальних захворюваннях ЛОР-органів бактеріофаги можуть використовуватися як альтернатива антибіотикам, особливо у випадках виділення

антибіотикорезистентних штамів бактерій або при наявності у пацієнта полівалентної алергії. Гарний терапевтичний ефект бактеріофаги дають і при спільному вживанні з традиційною антибактеріальною терапією. Ще однією важливою властивістю бактеріофагів є їх опосередкована імуностимулююча дія. Вважається, що зруйновані фагом клітинні стінки бактерій можуть діяти як своєрідна вакцина, в першу чергу підвищуючи місцевий імунітет. Це особливо важливо при лікуванні часто рецидивуючих хронічних гнійно-запальних захворювань ЛОР-органів.

Таким чином, терапія гнійно-запальних захворювань ЛОР-органів препаратами бактеріофагів є перспективним напрямком дослідження, повинна розглядатися як альтернатива антибіотикотерапії і як допоміжне лікування при традиційній терапії антибактеріальними засобами.

Коршунова М.С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Габышева Л.С.

Резервуар и источники инфекции - многие виды сельскохозяйственных и диких животных и птиц; у них болезнь может протекать в виде выраженных форм, а также бессимптомного носительства. Важнейшим источником инфекции при сальмонеллёзах является крупный рогатый скот, а также свиньи, инфицированность которых может достигать 50%. Заражение человека происходит при уходе за животными, вынужденном забое их на мясокомбинатах и употреблении прижизненно или посмертно инфицированного мяса, а также молока и молочных продуктов. Носительство сальмонелл отмечено у кошек и собак (10%), а также среди синантропных грызунов (до 40%). Также 90% случаев сальмонеллезом заражены яйца водоплавающих птиц. В последние 30 лет в большинстве стран мира отмечается резкое увеличение числа положительных находок сальмонелл у сельскохозяйственных птиц и в первую очередь кур. Человек может быть источником некоторых видов сальмонелл, особенно в условиях стационаров. Наибольшую опасность человек (больной или носитель) представляет для детей первого года жизни, отличающихся особой восприимчивостью к сальмонеллам. Длительность заразного периода у больных определяет срок и характер болезни; он может продолжаться у животных месяцами, а у человека - от нескольких дней до 3 нед. Реконвалесцентное носительство у людей иногда может длиться до года.

Таким образом, изучение эпидемиологических особенностей сальмонеллезов у животных способствует пониманию течения заболевания у людей.

Кочнєва О.В., Зеліський Р.С.

МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЗДАТНОСТІ ДО ФОРМУВАННЯ БІОПЛІВОК МОНОКУЛЬТУР ТА АСОЦІАЦІЙ ШТАМІВ CANDIDA ALBICANS І STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Мінухін В.В.

Важливу роль відіграють біоплівки, які утворені мікроорганізмами, в патогенезі інфекційних захворювань. Біоплівка – це конгломерат колоній мікроорганізмів, які

занурені в позаклітинний матрикс і прикріплені до поверхні. За даними американських дослідників, близько 80 % всіх мікробних інфекцій у людини перебігають з утворенням біоплівки. Мікробні біоплівки можуть утворюватися як одним, так і декількома різновидами збудників, формуючи складні міжвидові співтовариства. Особливе місце серед цих збудників займає консорціум *Candida albicans* і *Staphylococcus aureus*, який знаходиться на третьому місці серед причин виникнення полімікробних захворювань з важкими ускладненнями та високою смертністю. За даними вчених у 27 % випадків він викликає нозокоміальні інфекції.

Мета дослідження – визначення здатності до формування біоплівки клінічних та референтних штамів *S.albicans* і *S.aureus* та їх асоціацій.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були 65 клінічних штамів *S.albicans* і *S. aureus* вилучених від хворих на різні гнійно – запальні процеси у перші 48 год. з моменту госпіталізації до стаціонару та 5 референтних штамів (2 ATCC 25923, 2 ATCC 6538 P та 1 ATCC 885-653) в якості контрольної групи.

Здатність мікроорганізмів до формування біоплівки визначали в пластикових планшетах для імуно-ферментного аналізу. Планшети інкубували, сформовані біоплівки відмивали фізіологічним розчином та фарбували 1 % спиртовим розчином генціанвіолету. Результати оцінювали за оптичною щільністю при довжині хвилі 545 нм на аналізаторі LabLine-90. Життєздатність мікроорганізмів у біоплівках визначали шляхом підрахунку колонієутворюючих одиниць (КУО) у мл біомаси угруповання. Отримані дані обробляли за допомогою пакету програми Excel. Також, здатність до формування біоплівки вивчали у пластикових чашках діаметром 35 мм. При визначенні здатності до формування біоплівки відносно більші показники, що характеризують цей процес, були виявлені у клінічних ізолятів *S.albicans* – $(1,0686 \pm 0,007)$ од. ОЩ., дещо менш активними щодо плівкоутворення були клінічні штами *S.aureus* – $(1,0683 \pm 0,006)$ од. ОЩ., а найменші ($p < 0,05$) показники такої активності були у референтних штамів *S. aureus* – $(0,0550 \pm 0,005)$ од. ОЩ. та *S.albicans* – $(0,0650 \pm 0,006)$ од. ОЩ. Для клінічних штамів асоціації *S.albicans* + *S.aureus* середні показники, за якими оцінювали здатність вказаної асоціації до плівкоутворення, склали – $(1,0892 \pm 0,006)$ од. ОЩ., для референтних штамів – $(0,0776 \pm 0,004)$ од. ОЩ. Отже, біоплівки, які були утворені асоціацією мікроорганізмів *S.albicans* і *S.aureus* мали найвищі ($p < 0,05$) показники оптичної щільності у порівнянні з біоплівками, які формували моновидові культури мікроорганізмів. Можливо припустити, що при утворенні асоціації мікроорганізмів збільшується їх сумарний патогенний потенціал та резистентність до хіміотерапевтичних препаратів, що підтверджують літературні дані. Перспективним для подальших досліджень є визначення чутливості протимікробних речовин відносно планктонних клітин та мікроорганізмів мобілізованих у біоплівках.

Краснощоківа Є.О.

ПОШИРЕНІСТЬ МЕТИЦИЛІНРЕЗИСТЕНТНИХ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ШТАМІВ *S. AUREUS* (CA-MRSA), СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

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

Однією із актуальних проблем сьогодення в світі є постійне, починаючи з 60-х років минулого століття, зростання ролі метицилінрезистентних *Staphylococcus aureus*

(MRSA) в розвитку гнійно-запальних процесів різної локалізації. В останнє десятиріччя значно збільшилась кількість носіїв MRSA - штамів в позалікарняних умовах, як у пацієнтів так і медичних працівників, які не зверталися за медичною допомогою. Ці штами одержали назву «позалікарняні MRSA» (community-acquired MRSA, CA-MRSA).

Метою даної роботи було встановити поширеність циркуляції позалікарняних метицилінрезистентних штамів стафілококів серед медичних працівників та студентів медичного вузу.

Матеріал та методи дослідження. Для вирішення даної мети нами було обстежено 204 клінічно здорових осіб: I група - медичні працівники – 115, II група - студенти медичного університету – 89 обстежених. Матеріалом для досліджень були клінічні ізоляти стафілококів, ізольованих із слизу носоглотки. Для виявлення метицилінрезистентності штамів *S. aureus* використовували метод скринінгу на агарі Мюлера-Хінтона з оксациліном (ОАО «Органіка», РФ).

Результати дослідження: у третини обстежених медичних працівників (32,43,9%) були ізольовані CA-MRSA, частота яких достовірно переважала при порівнянні з частотою ізольованих патогенів, виділених від студентів, ($13,3 \pm 8,6$) ($p < 0,05$). Таким чином, медичні працівники є основною групою ризику для інфікування їх *S. aureus*, а саме (CA-MRSA).

Краснощекова Е.А.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ У КРЫС

Кафедра биологической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

По данным разных авторов частота фибрилляции предсердий среди больных тиреотоксикозом составляет 5-22%, сердечная недостаточность развивается у 12-68% больных.

Целью изучения является изучение активности органоспецифических ферментов, α_2 -макроглобулина в сыворотке крови и активности КФК и ЛДГ в гомогенате сердечной мышце при гипертиреозе у крыс.

Материал и методы. Эксперимент проведен на 3-месячных крысах-самцах содержавшихся в стандартных условиях. Гипертиреоз вызван ежедневным введением трийодтиронина в дозе 25 мкг/100г массы. Определение содержания α_2 -макроглобулина определяли турбодиметрическим методом. Активность ферментов определяли спектрофотометрическим методом с помощью наборов реагентов фирмы Ольвекс.

Результат. Установлено, что через 2 недели с момента начала эксперимента в сыворотки крови в 1.5 раза увеличивается активность ЛДГ, повышено содержание КФК-МВ. Содержимое α_2 -макроглобулина повышается через 3 недели с момента начала эксперимента, что свидетельствует о возможном развитии сердечной недостаточности. Через 2 недели после вывода крыс из эксперимента установлено снижение активности КФК в гомогенате в 3 раза, ЛДГ в 2 раза, что свидетельствует о нарушении энергетического обмена в миокарде.

Крецька Г.І.
ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ОСІБ З
ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТОНІЄЮ

Кафедра нормальної фізіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: Ісаєва І.М., доцент Вашук М.А.

Провідну роль у реалізації пристосувальних судинних реакцій відіграють симпатoadреналова, серотонінергічна системи, гормони кори наднирників. Про активність цього ендокринного ланцюга, зокрема альдостерону, судили опосередковано за екскрецією із сечею електролітів (Na⁺, K⁺, хлоридів) в осіб з первинною артеріальною гіпотонією. Нами була поставлена мета виявити можливі особливості електролітного гомеостазу у осіб з даною патологією. Для досягнення вказаної мети нами було обстежено 68 осіб молодого віку, серед яких з артеріальною гіпотонією 38 осіб, та 30 осіб – контрольна група. Скринінгові спостереження за цими групами виконувалися за місцем їх навчання; дані щодо наявності артеріальної гіпотонії отримані у результаті оцінки ф. 086/о, ф.025/о та протоколів щорічних медоглядів. Вміст в сечі електролітів ми визначали спектрофотометричним методом. Аналіз даних проводили загальноприйнятими статистичними методами досліджень. Результати досліджень свідчили, що в експериментальній групі вміст Na⁺ статистично, по відношенню до контролю, підвищувався в середньому до 45%, а в екскреції K⁺ мала місце протилежна динаміка змін. Отримані результати щодо екскреції електролітів із сечею у обстежених осіб з первинною артеріальною гіпотонією опосередковано підтверджують деяке зниження функціональної активності коркової речовини наднирників, зокрема альдостерону. Таким чином проведене дослідження показує виникнення артеріальної гіпотонії на тлі зниження функціональної активності кори наднирників.

Круль О.Н.

«ТРЕТИЙ ГЛАЗ» — МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Панасенко В.А.

Эпифиз — один из центральных органов эндокринной системы, который обеспечивает циркадные ритмы организма с помощью своих гормонов, в основном, серотонина и мелатонина. Железа реагирует на освещение: свет тормозит активность эпифиза, темнота — стимулирует. Ко всему прочему, железа имеет форму глазного яблока. Поскольку и проекция железы выходит между двух глаз, ее стали называть «третьим глазом».

Первыми в индийские легенды о «третьем глазе» поверили английские и немецкие ученые и в 80-х годах XIX века выдвинули гипотезу о наличии его у людей. Правда, ученые-материалисты считают, что воздействие эпифиза на психику ограничивается его косвенным влиянием на выработку серотонина. Но есть среди ученых и те, кто наделяет этот орган и особыми свойствами. Они полагают, что «третий глаз» — та самая «антенна», которая придает человеку экстрасенсорные качества, что этот орган способен воспринимать и излучать «тонкую» энергию — «видеть» то, что происходит вне организма и внутри его. Также и Леонардо да Винчи был убежден, что в голове человека есть особая сферическая зона, в которой располагается душа — тот самый орган, который, как принято считать, отвечает за общение с Богом.

Таким образом, является ли эпифиз тем самым глазом или это самостоятельный орган, обладающий супервозможностями, пока сказать трудно. Но гипотеза «эпифиз есть третий глаз» неплохо отвечает и на другие загадки. Так, одна из методик навязывания своих мыслей собеседнику рекомендует, глядя ему в глаза, фокусировать свое зрение не на них, а за ними, в глубине мозга.

Кулинченко Г. М.

КОНТРОЛЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ

Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Кириченко М.П.

У большинства студентов в результате стрессовых нагрузок на протяжении учебного процесса наблюдаются нарушения механизмов саморегуляции, определяющих нормальные физиологические показатели. При длительных воздействиях стрессовых факторов формируются психосоматические заболевания. Более, чем у 60% обследованных студентов наблюдаются нарушения состояния здоровья как на функциональном, так и на соматическом уровне (Вейн А. М., 2003).

Цель. Анализ влияния рубежных контролей знаний на здоровье студентов и методов их коррекции.

Материалы и методы. В данном исследовании принимали участие 120 студентов 2-4 курсов ХНМУ (43–студенты, 77–студентки). 50% студентам были рекомендованы различные системы для повышения устойчивости к предстоящим стрессовым ситуациям (экспертная группа).

Результаты. У 84% студентов выявлена неустойчивость к учебным стресс-факторам. Студенты, которым проводилась корректирующая гимнастика демонстрировали лучшие результаты по сравнению с контрольной группой.

Обсуждение. Учебный стресс формируется на основании первичной тревоги, связанной с возбуждением эмоциональных «центров» и симпато-адреналовой системы. Это проявляется в различных сомато-вегетативных реакциях.

Выводы. Методы повышения стрессоустойчивости к учебному процессу подбираются индивидуально. Целесообразно проводить раннюю диагностику стресс-подверженности для подбора адекватных методик экранизации этих студентов.

Ложко Н.В., Пажин С.А.

ГИСТОТОПОГРАФИЯ НЕЙРО-СОСУДИСТЫХ КОМПЛЕКСОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДПК) ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Шиян Д.Н.

Подробное знание иннервации позволяет объяснить многие аспекты патогенеза заболеваний двенадцатиперстной кишки.

Цель. Изучить взаиморасположение внутрисстенных нервных сплетений ДПК.

Методы и материалы исследования. Исследование проводилось с помощью, макромикроскопического (препарат по В.П.Воробьеву), гистотопографического, гистологического (окраска гематоксилином-эозином и по Круццай) методов и изготовления пленочных препаратов на 20 панкреатодуоденальных органокомплексах.

Наши исследования показали, что нервные сплетения состоят из большого количества узелков, соединенных тонкими нервными тяжами. В местах перекрестья тяжей располагаются микроганглии. Количество нервных клеток в ганглиях, относящихся к клеткам Догеля I и II типа, колеблется от 2 до 30, связи между которыми указывают на формирование «местных» рефлекторных дуг, обеспечивающих автоматизм сокращения ДПК. Больше количество нервных клеток на единицу площади расположено в верхней части ДПК. На поперечных срезах проксимальных и дистальных отделов артерий ДПК их паравазальные нервные пучки располагаются на расстоянии 8,0-50,0 мкм от окружности сосуда, и в диаметре составляют от 15-415 мкм в проксимальных отделах, до 15-130 мкм в дистальных отделах.

Вывод. Нами установлено, что внутрисстенные сплетения тесно связаны между собой, образуя в совокупности единую нервно-узловую сетку в тканевых структурах кишки. Наибольшая концентрация интраорганных нервов ДПК расположена в ее верхней части, что может объяснить более частую локализацию язвенной болезни в этом месте.

Лукьянова Е.М.

СОДЕРЖАНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, СЕКРЕТОРНОГО Ig A И ЛИЗОЦИМА У ПЕРСОНАЛЬНЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ

Кафедра биологической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

Многими учеными доказано, что одним из свойств электромагнитного излучения(ЭМИ) является накопление его влияния в организме, что негативно сказывается на когнитивных функциях, состоянии сердечно-сосудистой и эндокринной системы.

Целью нашей работы явилось изучение влияния компьютерного ЭМИ на концентрацию гормонов щитовидной железы, уровень секреторного иммуноглобулина А и лизоцима в слюне.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 24 человека, которые были разделены на 3 группы: 1 - профессиональные программисты (за компьютером 8-10 часов/день); 2 - студенты, работающие за ПК 3-4 часа в день; 3 - преподаватели (работа за ПК- 2-3 часа в день). Определяли уровни тироксина, тиреотропного гормона (ТТГ), иммуноглобулина А и лизоцима в слюне исследуемых иммуноферментным методом.

Установлено, что содержание тироксина, иммуноглобулина А и лизоцима у всех трех групп снижены. Максимальное снижение тироксина наблюдается в группе №1 (среднее значение – 1,50 нмоль/л), а минимальное – в группе №2 (1,87 нмоль/л). Среднее значение иммуноглобулина А(мкг/л) у программистов 81,05, у студентов 103,00, у преподавателей 140,04. Уровень лизоцима снижен более всего у программистов 3,31 ЕА/мл против 12,16 в норме, менее всего у преподавателей 10,29 ЕА/мл. Уровень ТТГ у студентов и преподавателей находится в пределах физиологической нормы, у програмистов уровень выше нормы.

Можно сделать вывод, что у людей, профессионально работающих с компьютером, развивается гипотиреоз, снижается неспецифический иммунитет (иммуноглобулин А, лизоцим).

Лучко Н. О.
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ

Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Кириченко М.П.

Поражения нервной системы являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности с различными нарушениями двигательных функций

Цель. Анализ эффективности методов лечебной физкультуры (ЛФК), способствующих восстановлению нарушенных двигательных функций у больных с нейропатологией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились стационарные больные НПМЦ с неврологическими диагнозами проходящие курс восстановления на базе отделения физической реабилитации. Больные разделены на три группы: Больные, получавшие изолированные ЛФК процедуры – 10 (Гр.№1), Больные, получавшие физиотерапевтическое лечение – 10 (Гр.№2), Больные, получавшие комбинированное лечение – 12 (Гр.№3)

Анализовались истории болезни, проводилась психомоторная оценка состояния двигательной активности пациентов. Среди методов ЛФК применялось: лечение положением (по показаниям), дыхательные упражнения динамического и статического характера, а также процедуры в виде пассивных и активных упражнений для мелких и средних мышечных групп и суставов, точечный и лечебный массаж. Для физиотерапии использовались: электростимуляция, электрофорез, иглорефлексотерапия.

Результаты. Наиболее высокая эффективность отмечалась в Гр.№3, что сопровождалось улучшением клинического течения основного заболевания; более полным восстановлением, как общих, так и локальных двигательных нарушений; увеличением диапазона и интенсивности физических нагрузок.

Занятия проводятся в медленном, спокойном темпе, избегая переутомления паретичных мышц. Нагрузка должна быть «рассеянной», с чередованием активности пораженных и сохраненных сегментов. Значительное место в методике уделяется выполнению облегченных движений на скользящей плоскости, в водной среде, с укороченным рычагом, с подбором специальных исходных положений. С целью стимуляции и укрепления ослабленных мышц необходимо использовать приемы массажа.

Выводы. Применяемые методики лечебной гимнастики определяются характером основного заболевания и степенью нарушения основных двигательных функций. Реабилитационные мероприятия должны включать проведение закрепляющего курса в амбулаторных условиях с целью адаптации пациентов к трудовым нагрузкам и условиям социальной среды.

Лютенко М.А., Донцова Е.В.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОДКОРКОВЫХ
УЗЛОВ МОЗГА

Кафедра анатомии человека
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Общим в анатомии хвостатого и чечевицеобразного ядер на препаратах мозгов различного возраста является наличие связей между этими ядрами. Данные связи располагаются преимущественно в передних отделах указанных ядер. Следует

отметить, что кроме большого количества небольших перемычек между ядрами, на препаратах всех возрастов хвостатое и чечевицеобразное ядра непосредственно соединяются между собой.

Полученные нами данные об отношении хвостатого и чечевицеобразного ядер головного мозга к дорзо-латеральной поверхности полушария указывают на то, что хвостатое ядро по вертикали проецируется в области передней и задней центральной извилины. Чечевицеобразное ядро, согласно нашим препаратам, проецируется в области задних 2/3 верхней лобной извилины и по её продолжению в области передней и задней центральных извилин. Кроме того, наружная периферия чечевицеобразного ядра проецируется также в области задней трети средней лобной извилины, на её медиальной поверхности. Следует отметить, что наружная поверхность чечевицеобразного ядра на всех наших препаратах мозга взрослого, как на фронтальных, так и на горизонтальных срезах проецируется на протяжении коры островка, местами несколько выходя за его пределы. Хвостатое ядро на наружной поверхности полушария проецируется в области задней половины нижней лобной извилины и по её продолжению в области нижнего конца передней и задней центральных извилин.

Мамасуева Л.В.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА В ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ У КРЫС

Кафедра биоорганической и биологической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

Сахарный диабет - заболевание, которое занимает 2-е место в Украине по частоте встречаемости. При СД существенно нарушается липидный обмен, однако особенности метаболических процессов в печени – не изучены.

Цель исследования - изучение фракционного состава липидов и содержание апо-В и апо-А белков в печени при аллоксановом диабете у крыс.

Материал и методы. Эксперименты проведены на 3-х месячных крысах-самцах. Моделирование диабета производилось введением аллоксана.

Определение липидных фракций производили с помощью наборов реагентов фирмы «Ольвекс» (Россия). Содержание апо-белков определяли турбодиметрическим методом, а общего белка - методом Лоури.

Результат. Гипергликемия развивается у крыс через неделю после введения аллоксана. Проведение исследования показали, что содержание общих липидов в печени не отличается от их уровня в контрольной группе, содержание белка уменьшается, снижается соотношение белки-липиды. В гомогенатах печени содержание триглицеридов увеличивается в 1,8 раз, фосфолипидов – снижается в 1,5 раза, холестерина – практически не отличается от уровня в контрольной группе. Концентрация апо-А снижается в 1,2 раза, а апо-В – увеличивается в 2 раза, что, по-видимому, является причиной увеличения содержания ЛПОНП в печени в 2 раза и снижения ЛПОВП – в 1,5 раза. Нарушение синтеза липидов и формирования транспортных форм в печени, по-видимому, является причиной известных из литературы нарушений липидного обмена при сахарном диабете.

Вывод: При СД снижается синтез белка в печени, нарушается синтез апо-белков, формирующих транспортные формы. При СД увеличивается синтез ТГ и снижается – фосфолипидов в печени.

Мар'єнко Н.І.

ФІЛОГЕНЕТИЧНІ ВАРІАНТИ ФОРМИ ЧАСТОЧОК МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

Кафедра гістології, цитології та ембріології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник – доцент О.Ю. Степаненко

Актуальним напрямком морфологічних досліджень мозочка є вивчення норми його будови із урахуванням індивідуальної анатомічної мінливості.

Мета даної роботи – визначити індивідуальну анатомічну мінливість часточок мозочка людини в філогенетичному аспекті. Дослідження проведено на 230 мозочках трупів людей обох статей, що померли від причин, не пов'язаних із патологією головного мозку, віком 20-99 років. Досліджувалась форма часточок мозочка на його серединному сагітальному розтині.

За особливостями складності форми і наявності постійних ділянок всі часточки мозочка можна розділити на три філогенетичних типи. Перший тип – «часточка-гілка», включає часточки I, II, III і X; часточка складається із не розгалуженого центрального стовбура білої речовини, на одній чи обох поверхнях якого знаходиться різна кількість листків сірої речовини. Другий тип – «дихотомічний», характерний для часточок IV-V; гілки білої речовини послідовно дихотомічно діляться, утворюючи багато гілочок від 2-го до 4-го порядків. Третій тип – «Y-подібний», характерний для часточок VI-VII, VIII і IX; головний стовбур білої речовини часточки ділиться на 2 головні гілки (верхню і нижню), від яких в середину часточки відходить різна кількість дочірніх (середніх) гілок, кількість і розташування яких різноманітні і визначають варіант форми часточки. Описані філогенетичні типи форми часточок мають різний філогенетичний вік і свідчать про перехід в процесі філогенезу форми часточок черв'яка мозочка із простого листка до складної і різноманітної будови із великою кількістю варіантів форми. Чим менший філогенетичний вік часточки, тим складніша її структурна організація і, у зв'язку із цим, більш різноманітна її індивідуальна анатомічна мінливість.

Митрофанюк В. А.

КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Шуба Д.Г.

Сердечно-сосудистые заболевания в XX веке приняли характер эпидемии, охватившей многие высокоразвитые страны. В 1996 году по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от ишемической болезни сердца (ИБС) погибло около 7.2 миллиона человек. В 2008 году только в США было проведено более 1 миллиона процедур транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики и приблизительно 70% из них завершились имплантацией стента.

Цель исследования: анализ клинко-ангиографического эффекта стентирования коронарных артерий у больных с хроническими формами ИБС в ближайшие и отдаленные сроки после вмешательства.

Результаты исследований. Ангиографический успех был достигнут в 95.8% случаев, процент остаточного стеноза равнялся <10%. При коронарном стентировании, несмотря на высокие показатели непосредственного ангиографического успеха, может возникать острая окклюзия стента, чаще всего в

результате розвитку його тромбоза. Острые и подострые тромбозы стентов развивались в 4%. Ангиографические признаки рестеноза в отдаленном периоде наблюдения (через 6 месяцев после коронарного стентирования) отмечались в 20,1% случаев. Факторами, приводящими к развитию рестеноза, являются диаметр сосуда < 3мм, размер стента < 3мм, сложная морфология стеноза, дизайн стента. Средняя степень сужения просвета артерии при рестенозах составляет приблизительно 63%. При 6-месячном наблюдении за больными ИБС, подвергшихся ангиопластике и коронарному стентированию, рецидив стенокардии составил 21%.

Выводы. Стентирование коронарных артерий является безопасным и эффективным методом лечения у правильно отобранных больных с разными формами ИБС, а количество осложнений на госпитальном этапе минимально, что позволяет широко применять данный метод на практике.

Мірошніченко М. О.

МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АМАРАНТУ (AMARANTHUS L.)

Кафедра медичної біології

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна,
науковий керівник – доцент Діголь Л.Г.**

У зв'язку з цінністю зернової культури амаранту для здорового харчування і тим, що з 65 існуючих видів тільки декілька використовуються в культурі, актуальним стає вивчення генетичної мінливості зернових видів роду *Amaranthus L.* і пошук нових шляхів в селекції цієї рослини.

Морфо-біологічні та генетичні особливості амаранту ускладнюють вивчення його генетики і філогенетики, обумовлюють неточність систематики, уповільнюють селекцію. Одним із шляхів вирішення вказаних проблем є використання молекулярно-генетичних маркерів, зокрема ISSR-методу, який дозволить проводити популяційні та філогенетичні дослідження, паспортизацію та ідентифікацію генотипів, маркування генів амаранту. Мета роботи – вивчити генетичну мінливість зернових видів роду *Amaranthus L.* за ISSR-маркерами та можливості їх практичного застосування в медицині.

Завдання: за результатами ISSR-аналізу визначити рівень поліморфізму ДНК і його особливості у зернових видів амаранту; встановити рівень генетичної спорідненості та філогенетичні відносини між колекційними зразками; оцінити інформативність ISSR-маркерів для генетико-селекційних досліджень рослини; вивчити медичні властивості компонентів насіння і олії амаранту.

У зв'язку зі зростанням і омолодженням серцево-судинних, онкологічних та ендокринних захворювань актуальним стає формування способу життя, що сприяє збереженню і зміцненню здоров'я, складовою частиною якого є здорове харчування. Практичні дії в цьому напрямку включають формування у дітей здорових звичок харчування, розробку і популяризацію (впровадження) харчових продуктів з низьким вмістом жирів. Нашу увагу привернуло рослина щириця або амарант, деякі види якого можна вирощувати як культурні. Амарант – одна з найбільш високобілкових рослин, що перевершує за вмістом білка сою, гречку, коров'яче молоко. З 20-ти видів всіх амінокислот, що існують у природі, амарант включає 18. Також в насінні щириці є фермент текотрієнол, який є інгібітором синтезу холестерину, що робить перспективною цю культуру для лікування та профілактики серцево-судинних захворювань. Крім цього масло амаранту містить сквален, який пригнічує активність ключових ферментів в холестерогенезі. Відомо, що сквален збільшує активність ферменту ацетилотрансферази, що призводить до накопичення ефірів в печінці й

перешкоджає виділенню вільного холестерину в кров. З амаранту виробляють як харчові продукти (борошно, супи і смажене насіння), так і харчові добавки до йогурту, кефіру, морозиву, салатів і десертів. Показано, що внутрішнє застосування масла щириці є профілактикою серцево-судинних захворювань і сприяє зміцненню імунітету.

Нами проведено ISSR-аналіз 18 зразків амаранту різної видової належності. З використаних 7 ISSR праймерів ідентифіковано 85 локусів, серед яких є 6 унікальних і 12 мономорфних, які можуть розглядатись як родо- і видоспецифічні маркери та маркери з питань комерційної торгівлі генотипів амаранту. Встановлений високий рівень міжвидового (81,9%) і середній рівень (54,6%) внутрішньовидового поліморфізму амаранту. Доведена незначна генетична дивергенція зернових видів.

Висновок. Проведене дослідження генетичної мінливості зернових видів роду *Amaranthus* L. за ISSR-маркерами дозволяє вибрати для вирощування сорти цієї рослини, що характеризуються найбільшим вмістом білку, амінокислот, ферментів, необхідних людині для здорового харчування.

Нагорный И. А.
ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ГИРУДОТЕРАПИИ
Кафедра медицинской биологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Адейшвили М. К.

Гирудотерапия – это древнее искусство врачевания, эффективность которого удивляет даже в XXI веке. Этот метод не просто лечит какое-то конкретное заболевание, он оздоравливает и восстанавливает организм человека в целом.

Первым ученым, обратившим свое внимание на гирудотерапию, считается Никандр из Колофона (200-130 гг. до н. э.). Позднее с помощью пиявок облегчали страдания своим пациентам великие врачи прошлого Гиппократ, Гален и Авиценна. В средневековой Европе пиявки считались апробированным и официально признанным средством лечения большинства болезней.

Пиявки относятся к типу кольчатых червей и являются кровососущими эктопаразитами. Всего известно около 400 видов пиявок. Однако в медицинской практике применяется только пиявка медицинская и два ее подвида: аптекарская (*Hirudina officinalis*) и лечебная (*Hirudina medicinalis*).

Показанием к гирудотерапии считают, прежде всего, обострения различных сосудистых заболеваний, которые могут осложняться тромбозом, нарушения местного и системного кровообращения, хронические очаговые воспалительные процессы. Так же используют пиявок при ишемической болезни сердца (при обострениях стенокардии, инфаркте миокарда), гипертонической болезни, застойной недостаточности кровообращения, при флеботромбозах, геморрое, хроническом аднексите. Лечебный эффект гирудотерапии многогранен — нейрорефлекторное действие, — уникальны свойства секрета слюнных желез пиявки: она обладает противосвертывающим, антитромботическим, противовоспалительным, сосудорасширяющим, бактерицидным, антисклеротическим, иммуностимулирующим, обеспечивает кровоизвлечение и лимфодренаж.

Для одного сеанса лечения применяют от 5 до 15 пиявок. Лечение включает один сеанс или курс из 4-6 сеансов, проводимых каждые 2-3 дня. Кожу в местах прикрепления пиявок тщательно моют для удаления пота и кожного сала, отпугивающих пиявок, затем смачивают 40% раствором глюкозы для привлечения

пиявок. Пиявки должны быть голодными. 3-5 пиявок помещают в медицинскую банку или стакан, предварительно протертые спиртом, после чего банку переворачивают и прикладывают к подготовленному участку кожи. Присасывание пиявок к коже ощущается больным как легкий укус. Через 30-60 мин пиявки, высосав 10-15 мл крови, поочередно отпадают. Если пиявка долго не отпадает, на нее можно насыпать соль или смыть ее соленой водой. Использованных пиявок уничтожают в растворе хлорамина. Свежие кровоточащие ранки обрабатывают раствором бриллиантового зеленого, после чего накладывают вату, а сверху повязку.

Современная гирудотерапия отличается от древней тем, что в настоящее время используются выращенные на биофабрике и прошедшие медицинский контроль пиявки. После сеанса терапии пиявки уничтожаются, что отвечает требованиям профилактики ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и ряда других болезней, передающихся через кровь. Безусловное достоинство гирудотерапии — низкая вероятность осложнений. Противопоказаний немного — гемофилия, геморрагические диатезы, тяжелая степень анемии, онкологические заболевания, беременность.

Гирудотерапия — признанный с давних времен лечебный метод народной медицины, физиологичный, простой и эффективный, оказывающий на организм человека универсальное действие, позволяющий применять медицинскую пиявку для лечения широкого спектра заболеваний в самых различных областях медицины. Поэтому с каждым годом увеличивается количество врачей, использующих гирудотерапию для лечения различных заболеваний.

Осокин А.Э.

**ОСОБЕННОСТИ КЛЕТочНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ГАСТРОЭЗОФАГОТРАНСПЛАНТАТА В ОТДАЛЕННОМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО
ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
ПИЩЕВОДА**

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Золотько К. Н.

В настоящее время в лечении доброкачественной или злокачественной патологии пищевода довольно часто применяют гастроэзофагопластику. Суть метода заключается в полном удалении пораженного пищевода и замещении его трубкой, сформированной из желудка либо из его большой кривизны. В связи с травматическими изменениями во время оперативного вмешательства, изменением топографии, и выполняемых органом функций, гастроэзофаготрансплантат подвергается микроморфологической реорганизации. Понимание этих изменений необходимо для диагностики, профилактики и лечения патологических процессов, возникновение которых возможно в послеоперационном периоде на протяжении всей жизни пациента. Литературные источники, освещающие аспекты микроморфологической реорганизации клеток гастроэзофаготрансплантата крайне немногочисленны и отражают в основном патологические процессы.

Цель исследования: изучить особенности реорганизации слизистой оболочки гастроэзофаготрансплантата у людей с доброкачественной патологией в отдаленном послеоперационном периоде.

В результате анализа структурных изменений сформированного пищевода после гастроэзофаготрансплантации, обнаруживаются явления клеточной реорганизации

слизистой оболочки пищевода, носящие адаптивный и патологический характер. При гастропатии трансплантата ведущими являются дистрофически-дегенеративные изменения эпителия, ассоциированные с полиморфноклеточной инфильтрацией стромы. Отмечено, что ультраструктурные модификации эпителия отражают высокую секреторную функцию мукоцитов в сочетании с дегенеративными изменениями цитоплазматических органелл и нарушенной секрецией glanduloцитов желез.

Осокін А.Е.

ОСОБЛИВОСТІ КЛЕБСІЄЛ ТА ВЗАЄМОДІЇ ЦИХ МІКРООРГАНІЗМІВ З ІМУННОЮ СИСТЕМОЮ ЛЮДИНИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Габишева Л.С.

Мета дослідження. Вивчити джерела літератури та виявити особливості клебсієл і їх взаємодії з імунною системою організму людини.

Матеріал і методи. Використані 150 джерел сучасної вітчизняної і 50 зарубіжної літератури, інтернет-ресурс.

Результати дослідження. Клебсієльозна інфекція - інфекційне захворювання, що викликається мікробами роду *Klebsiella*, яке характеризується переважним ураженням шлунково-кишкового тракту, дихальної та сечовидільної систем. Збудник відноситься до сімейства *Enterobacteriaceae*, роду *Klebsiella*. Рід *Klebsiella* включає 4 види: *K. pneumoniae* (підвиди *K. pneumoniae*, *K. ozaenae*, *K. rhinoscleromatis*), *K. oxytoca*, *K. terrigena*, *K. planticola*. Клебсієли містять О - і К-антигени. Всього відомо близько 11 О-антигенів і 70 К-антигенів. Останні представлені капсульними полісахаридами. Найбільше число О - і К-антигенів містять *K. pneumoniae*. Деякі О- та К-антигени клебсієл споріднені з О-антигенами ешерихій та сальмонел. Клебсієли здатні продукувати термолабільний і термостабільний ентеротоксини. Володіють гемолітичною, гіалуронідазною активністю, інактивують лізоцим, стійкі до бактерицидної дії сироватки крові, продукують коліцини, лецитиназу, РНКазу, ДНКазу, нейрамінідазу. Штами *K. pneumoniae*, виділені при кишкових і урогенітальних інфекціях, володіють вираженими адгезивними, цитопатичними і гемаглютинуючими властивостями. Збудник має високу інвазивну здатність. Клебсієли викликають гуморальну та клітинну імунну відповідь. Однак антитіла, що утворюються, не мають протективних властивостей. Розвиток ГЗТ пов'язана з внутрішньоклітинною локалізацією клебсієл. Своєрідність клебсієльозної інфекції пов'язана з умовною патогенністю клебсієл, тому при екзогенному інфікуванні хвороба розвивається у дітей раннього віку зі зниженою резистентністю організму. Визнається можливим ендогенний шлях розвитку інфекції в результаті активації вогнища, яке знаходиться в неактивному стані. Наявність капсули у клебсієл перешкоджає фагоцитозу і послаблює вироблення імунітету, що призводить до розвитку затяжних і генералізованих форм хвороби. У дітей з кишковою формою клебсієльозу закономірно розвиваються зміни з боку місцевого та загального імунітету, мікробіоценозу кишечнику, які корелюють з тяжкістю захворювання, віком дітей, характером інфікування, виникненням мікст-інфекції ("слабкий" і "сильний" типи реагування). До виникнення клебсієльозної інфекції призводять недоношеність, гіпотрофія та вроджені вади серця, імунодефіцитні стани, ГРВІ. Сукупність біологічних властивостей етіологічних агентів визначає вираженість симптоматики і

тяжкість перебігу захворювання. Екзогенна клебсієльозна інфекція у дітей перших місяців життя викликає гострий перебіг захворювання з клінікою гострого гастроентероколіту. У дітей з хронічними захворюваннями органів травлення при зниженні імунологічної реактивності клебсієли тривало персистують в кишечнику і впливають на перебіг у них основного захворювання.

Висновки. Клебсієли є умовно-патогенними мікроорганізмами, незважаючи на наявність багатьох факторів патогенності. Розвиток захворювання відбувається тільки у людей з ослабленою імунною системою.

Отчик А. Е.

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОГЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И КАТЕХОЛАМИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ПРИ АРИТМИИ

Кафедра биологической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Горбач Т. В.

Одним из приоритетных направлений детского здравоохранения является ранняя диагностика и совершенствование лечебно-профилактической помощи детям с нарушением ритма. Для успешного развития направления необходимо выявление патогенетических основ аритмий, требуется расширение наших знаний в области электрофизиологии сердца, особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма, роли циркулирующих медиаторов вегетативной нервной системы, особенностей метаболических процессов. Целью нашего исследования было изучение содержания катехоламинов и биогенных элементов при тахиаритмии у детей.

Было обследовано 20 детей 10-11 лет, которые находились на стационарном лечении в 35 больнице г. Харькова. Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Установлено, что у детей с аритмиями достоверно ниже нормы концентрация калия в 50% случаев ($2,78 \pm 0,12$ ммоль/л против $4,32 \pm 0,2$ ммоль/л у здоровых детей); концентрация кальция в 60% случаев ($1,95 \pm 0,17$ ммоль/л против $2,27 \pm 0,17$ ммоль/л); концентрация магния в 40% случаев ($0,57 \pm 0,03$ ммоль/л против $1,23 \pm 0,09$ ммоль/л). В 30% случаев у больных детей отмечалось одновременное снижение К и Са. В 20% случаев выявлено снижение Са, К, Mg. Содержание адреналина и норадреналина у больных детей в сыворотке крови повышено. Расчет коэффициента А/НА достоверно выше, чем у здоровых детей: $0,076 \pm 0,003$ у больных, $0,055 \pm 0,002$ у здоровых, $p < 0,01$.

Вывод. Аритмии у детей развиваются на фоне микроэлементозов. При тахиаритмии у детей отмечается активация симпатической цепи регуляции при снижении медиаторного компонента.

Павлічук Є.О

ВАДИ СЕРЦЯ ТА ЇХ ДІАГНОСТИКА

Кафедра анатомії людини

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Колісник І.Л

Серце закладається на 3-му тижні внутрішньоутробного розвитку. Протягом 24-26х діб первинна серцева трубка швидко подовжується і набуває S-подібну форму. Між передсердям і шлуночком проглядається отвір - передсердно-шлуночковий канал. Відразу після утворення передсердя і шлуночка з'являються ознаки поділу серця на праву і ліву половини, яке протікає протягом 5-й і 6-й тижнях. На цьому етапі формуються міжшлуночкові перегородки, атріосептальний і ендокардіальні подушки.

Одночасно в артеріальному стовбурі формується перегородка, що відокремлює висхідну частину аорти від легеневого стовбура. Після виникнення міжшлуночкової і аортолегочної перегородок у ембріона людини утворюється чотирьохкамерне серце. У зв'язку зі складністю розвитку серця виникають вроджені вади його розвитку. Серед вроджених вад серця слід зазначити відкриту артеріальну протоку, дефект міжшлуночкової перегородки, дефект аріосептальний, коарктацію (звуження) аорти та ін. При відкритому артеріальному протоці залишається патологічне повідомлення між аортою і легеневою артерією. Це призводить до того, що частина крові потрапляє з аорти в легеневу артерію, і тим самим підвищується навантаження на обидва шлуночка. Коарктація аорти наголошується зазвичай в місці відходження її від лівого шлуночка. У тому випадку, якщо звуження аорти носить досить виражений характер, відбувається перевантаження лівого шлуночка, підвищується артеріальний тиск у верхній половині тіла і різко знижується у нижній. Причини набутих вад серця різноманітні. Найбільш часто вади розвиваються внаслідок ревматизму, наступна за частотою причина - інфекційний ендокардит. Найчастіше зустрічаються пороки мітрального (лівого передсердно-шлуночкового) клапана, наступні по частоті - пороки аортального клапана. Пороки обох клапанів можуть поєднуватися досить часто. Поразка клапанів серця при формуванні вад відзначається переважно у двох варіантах. В тому випадку, якщо в результаті ревматичної або іншої поразки відбувається зморщування стулок клапанів або їх руйнування, розвивається недостатність того чи іншого клапана. В результаті цього при роботі серця кров частково повертається в ті відділи, з яких вона поступила, що створює додаткове навантаження на м'яз серця (навантаження додатковим обсягом) і веде до збільшення маси м'яза серця (гіпертрофії), а потім і до її виснаження. Другим варіантом ураження клапанів серця є зрощення стулок клапанів, що веде до звуження відповідного отвори між камерами серця. Такий порок називають стенозом. В результаті, так само як і в першому випадку, відбуваються потовщення м'яза серця і її стомлення. Набуті вади спостерігаються переважно в осіб молодого та зрілого віку, так як ревматизмом хворіють у дитячому та юнацькому віці (значно рідше в зрілому віці).

У зв'язку з цим проблема набутих вад серця набуває соціального значення в силу того, що ними страждають особи працездатного віку. У розпізнаванні пороку серця (особливо на ранній стадії його розвитку) при невеликій вираженості деформації клапанного апарату серця велике значення має ехокардіографічне діагностування. Інформативними методами діагностики вад є також фонокардіографія і рентгенологічне дослідження. Так, при мітральному стенозі збільшується ліве передсердя, при появі легеневої гіпертензії - правий шлуночок, при недостатності клапана аорти і стенозі гирла аорти - лівий шлуночок. Слід враховувати також, що ступінь збільшення тих чи інших відділів серця залежить від ступеня вираженості вади - при незначному дефекті клапана - збільшення відповідного відділу може бути незначним.

Паніч Р.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОСТАТИ, ПРОСТАТЕКТОМІЯ

Кафедра анатомії людини

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Колісник І.Л.

Вікові інволютивні зміни та топографо-анатомічні особливості простати мають велике значення при використанні променевих методів дослідження при її

діагностиці. А розташування коло простати судинних анастомозів грає важливу роль при проведенні радикальної простатектомії. При проведенні променевого методів дослідження простати поряд з оцінкою форми і структури органу доцільно звертати особливу увагу на вікові топографо-анатомічні особливості та морфометричні характеристики простати. Вікові інволютивні зміни в простаті зумовлені перетвореннями артеріального та венозного русла, що супроводжуються зниженням трофіки паренхіми і розширенням вен простатичного венозного сплетення. У осіб похилого віку в доопераційному періоді необхідно своєчасно виявляти і усувати ознаки венозного застою в простатическом венозному сплетенні. Основними джерелами кровопостачання простати є нижня сечоміхурна і середня ректальна артерії. На поверхні простати формується капсулярне артеріальне сплетіння, представлене численними анастомозами основних і додаткових джерел кровопостачання. При проведенні радикальної простатектомії необхідно враховувати, що основні екстраорганні судини розташовуються на бічних і задніх поверхнях органу, а їх анастомози найбільш розвинені в області основи та середньої частини простати. Отже, при використанні променевого методів діагностики та простатектомії необхідно враховувати інволютивні зміни та топографо-анатомічні особливості простати.

Риженкова І. В., Лобко Я. І.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ПЕРЕДЦЕНТРАЛЬНОЇ ЗВИВИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ ПРИ СТАТЕВОМУ ДИМОРФІЗМІ

Кафедра анатомії людини

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Актуальною проблемою сучасної медицини є вивчення особливостей та морфології клітинного складу кори головного мозку. Передцентральна звивина – ключова структура пірамідної системи мозку. Особливу увагу привертає питання про статевий диморфізм головного мозку людини. Метою дослідження було виявлення статевого диморфізму півкуль головного мозку людини. Для дослідження були взяті частини передцентральної звивини півкуль головного мозку, а саме: середньої її частини – ділянки рухової зони кори. Для обробки отриманих даних використовували спеціальні методи статистичного аналізу, а саме: морфологічні та морфометричні методи.

При дослідженні середнього відділу передцентральної звивини головного мозку зроблено такі висновки: у чоловіків зі збільшенням віку кількість нейронів третього шару у півкулях головного мозку зменшується, кількість гліальних клітин збільшується, кількість капілярів зменшується. У жінок виявляються вікові зміни з боку нейроно-гліально-капілярних елементів передцентральної звивини півкуль головного мозку, подібно описаним у чоловіків. Статева особливість полягає лише в кількісному вираженні цих змін. Таким чином, у чоловіків зі збільшенням віку кількість нейронів та капілярів кори головного мозку правої та лівої півкулі зменшується, тоді як кількість гліальних клітин збільшується як в правій так і в лівій півкулях. У жінок виявляються зміни з боку нейроно-гліально-капілярних елементів передцентральної звивини як правої, так і лівої півкуль головного мозку, подібно описаним у чоловіків. Статева особливість полягає в кількісному вираженні цих змін.

Рыженкова И. В., Тройно И. В.
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПРЕДЦЕНТРАЛЬНОЙ
ИЗВИЛИНЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Головной мозг представляет собой одну из самых больших эволюционных загадок. Предцентральная извилина – ключевая структура пирамидной системы мозга. При повреждении структур предцентральная извилина головного мозга развивается множество патологических изменений, начиная от параличей и парезов мышц и до тонких двигательных нарушений речи и письма.

Исследования коры головного мозга было проведено на серийных гистологических срезах. Были использованы такие методы исследования, как морфометрический, морфологический и статистическая обработка данных. При исследовании участка коры головного мозга человека среднего отдела двигательной зоны предцентральная извилина выявлены следующие особенности. С возрастом в клетках III и V слоя коры головного мозга человека уменьшается среднее количество нейронов и капилляров. Параллельно этому пропорционально увеличивается среднее количество глиальных элементов, что подтверждается изменениями соответствующих индексов.

Таким образом, с увеличением возраста происходит пропорциональное уменьшение количества нейронов в III и V слоях коры головного мозга человека и увеличение среднего количества глиальных клеток. Уменьшение среднего количества капилляров в слоях коры головного мозга в возрастном аспекте объясняет изменение трофики вещества головного мозга и увеличение количества глиальных элементов, которые обеспечивают гомеостаз и функцию нейронов.

Рыженкова И.В., Троян О. А.
МЕЖПОЛУШАРНАЯ АССИМЕТРИЯ ПРЕДЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЗВИЛИНЫ
ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Исследование особенностей функциональной асимметрии головного мозга человека представляет собой очень важную общенаучную проблему, которая разрабатывается в настоящее время невропатологами, физиологами, генетиками и т.д. У всех людей одно из полушарий мозга доминирует над другим, и поэтому люди делятся на две неравные части: левополушарных и правополушарных.

Цель исследования: выявление асимметрии левого и правого полушарий коры головного мозга, а именно предцентральная извилина, а также исследование количественного изменения нейро-глиально-капиллярного соотношения в полушариях.

Материалы и методы. Для исследования были использованы морфометрические, морфологические и гисто-топографические методы на серийных срезах коры головного мозга человека. Для изучений были взяты фрагменты предцентральная извилина правого и левого полушарий, а именно средний ее части. Для обработки полученных данных применялись статистические методы.

При исследованиях среднего отдела предцентральная извилина была выявлена асимметрия полушарий головного мозга человека. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что в левом полушарии коры головного мозга человека среднее количество нейронов, глиальных клеток и капилляров

большее, чем в правом, следовательно, левое полушарие у праворуких людей развито больше, чем у леворуких и наоборот.

Рябуха М. В.

ЛИХОРАДКА ЭБОЛА – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Днестранская Л. И.

В 2014 году становится всё более актуальной такая тема, как распространение вируса Эбола. Впервые лихорадку Эбола зарегистрировано и описано в районе реки Эбола (Заир) в 1976 г. В это же время из крови у одного из умерших больных выделен возбудитель. Возбудитель лихорадки Эбола - это РНК-геномный вирус рода *Filovirus* семейства *Filoviridae*. Инкубационный период вируса составляет от 2 до 21 дня. В течение инкубационного периода вирус лихорадки Эбола репродуцируется в таких органах как регионарные лимфатические узлы, селезёнка.

Начальные признаки заражения вполне походят на грипп или простуду. Первыми симптомами являются внезапное появление лихорадки, повышение температуры до 38-39 °, головная боль, мышечные боли и боль в горле. Затем следуют диарея, рвота, сыпь, нарушения функций почек и печени и, в некоторых случаях, как внутренние, так и внешние кровотечения. Лабораторные тесты выявляют низкий уровень белых кровяных клеток и тромбоцитов наряду с повышенным содержанием ферментов печени. Эбола распространяется в результате передачи от человека человеку при тесном контакте, например, через поврежденные кожные покровы или слизистую оболочку, с кровью, выделениями инфицированных людей.

Лечение проводят в специализированных инфекционных отделениях с режимом строгой изоляции. Применяют методы патогенетической и симптоматической терапии. В эпидемических очагах может быть получен положительный эффект от применения плазмы реконвалесценто́в.

Сокол А.А., Косилова О. Ю.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ САЛЬПИНГИТ – ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Минухин В.В.

Ведущая роль в развитии гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ГВЗПМ), принадлежит этиологическому фактору. ГВЗПМ занимают ведущее место в структуре патологии репродуктивной системы: на их долю приходится 60-65% случаев гинекологической заболеваемости в общей популяции женщин и 30% – среди стационарных больных. В настоящее время выделяют две клинические формы ГВЗПМ: неосложненные (острый гнойный сальпингит) и осложненные (осумкованные воспалительные опухоли придатков - гнойные tuboовариальные образования). Острый гнойный сальпингит (воспаление маточных труб), которое чаще всего бывает специфическим, но также может быть обусловлено полимикробной этиологией и может развиваться после различных гинекологических манипуляций: введении внутриматочных контрацептивов, зондировании или выскабливании полости матки и других внутриматочных вмешательствах.

Возбудителями ГВЗПМ являются грамположительные и грамотрицательные аэробные и анаэробные микроорганизмы. Анаэробные неклостридиальные

микробактерии встречаются у 8,4 % женщин с гнойными заболеваниями придатков матки. Ассоциации аэробных микробактерий в 39,3 % случаев, анаэробных — в 33,46 % и аэробно-анаэробные ассоциации — в 16,1 % случаев. Среди аэробных возбудителей преобладают *Staphylococcus spp.*, *E.coli*, *Proteus spp.*

Эффективность неоперативного лечения ГВЗПМ в первую очередь зависит от рациональной антибактериальной терапии. Сочетанное применение гентамицина, пиперациллина и метронидазола предпочтительно при инфекции, вызванной грамотрицательными анаэробными палочками и кокками. Комбинация клиндамицина и гентамицина признана в настоящее время «золотым стандартом» для лечения смешанных инфекций (включая и анаэробные бактерии). Усилению неспецифических иммунологических реакций и повышению резистентности организма способствует применение бактериальных полисахаридов — пирогенала и продигиозана. Сочетание доксицилина и цефокситина обеспечивает профилактику гонококковой инфекции, а также обладает выраженной антихламидийной активностью включая пенициллиназопродуцирующие штаммы. К причинам недостаточной эффективности антибактериальной терапии ГВЗПМ относят: естественную или приобретенную лекарственную резистентность, атипичные формы бактерий, состояние макроорганизма, наличие естественных и патологических барьеров, которые препятствуют проникновению антибактериального препарата в очаг воспаления, ошибочно выбранная тактика лечения.

На основании вышеизложенного, актуальными вопросами в гинекологической практике остаются: увеличение числа больных, затяжное течение воспалительных процессов гениталий, нерешенность вопросов диагностики и лечения ГВЗПМ, что требует дальнейшего углубленного изучения этих аспектов, а также разработка методов лечения, направленных на восстановление дисбаланса между микро- и макроорганизмом, которая находится лишь на начальном этапе и требует дальнейшего развития.

Тищенко А.И.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛОСКОСТОПИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Жарова Н. В.

Плоскостопие – одно из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Самая частая причина приобретенного плоскостопия - слабость мышечно-связочного аппарата стопы ребенка. У детей чаще деформируется продольный свод стопы, из-за чего подошва становится плоской и всей своей поверхностью касается пола. Это заболевание останется на всю жизнь, если его вовремя не диагностировать и не вылечить до 15 лет.

Цель и задачи исследования: установить причины развития плоскостопия у школьников. При ослаблении мышечно-связочных структур мышцы и связки стопы перестают справляться с высокой нагрузкой, стопа уплощается, «оседает». При этом ее амортизирующая функция снижается. Сотрясения во время ходьбы передаются на вышележащие отделы (позвоночник и суставы нижних конечностей), в которых из-за постоянной перегрузки развиваются дегенеративные изменения (артрозы, нарушения осанки, остеохондроз). Для определения плоскостопия у учеников 5-11 классов мы

провели експрес-тест – плантографія, в результаті якого було виявлено, що із 124 школярів 5 чоловік мають плоску стопу.

Висновки: Слабкість і асиметрія нейром'язцевої амортизації приводить до розвитку плоскостопія, і порушенню осанки. Исправити плоскостопіє можливо тільки в дитинстві, оскільки скелет ще не окостенів і порівняно гнучкий. Іменно тому дуже важливо вміти розпізнати плоскостопіє у дітей як можна раніше. Ребенку не слід донизувати чужу обув – різношнурована обув буде неправильно розподіляти навантаження на стопи. Важливо забезпечувати правильний фосфорно-кальцієвий обмін, наявність вітаміну Д.

Ткаченко О.Д.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ КУРІННЯ НА ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ КРИСТАЛЛОГРАФІЧНИМ МЕТОДОМ

Кафедра анатомії людини

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Шиян Д.М.

В дослідженні викладено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової задачі, що полягає в підвищенні мотивації школярів до підтримки здорового способу життя та відмови від куріння шляхом аналізу виявлення преморбідних змін ротової рідини на основі порівняльного аналізу параметрів мікрокристалів основного шару фасції ротової рідини підлітків, що не курять і таких, що курять.

Дослідження проведено на зразках ротової рідини підлітків віком 14 – 16 років. Експериментально доведено різке зниження ремінералізуючого потенціалу ротової рідини у підлітків що курять (80 % мінімальне значення ремінералізуючого потенціалу ротової рідини при 4 типі мікрокристалів ротової рідини), в порівнянні з основною групою (підлітки, що не курять) ремінералізуючий потенціал ротової рідини в 65 % був максимальним при 1 типі мікрокристалів ротової рідини.

Експериментально доведена принципова різниця побудови мікрокристалів основного шару фасції ротової рідини в 1 та 2 групах. мікрокристалів ротової рідини тих, що не курять (основна група) мають типову папоротникоподібну форму, основний стовбур мікрокристала прямий, безперервний, є множинні відростки першого та другого порядку, що розташовані симетрично з обох боків основного стовбура мікрокристала, відростки безперервно з'єднані з основним стовбуром мікрокристала та відхилені під прямим кутом. Органічні вкраплення незначні, розташовані по периферії. Мікрокристали ротової рідини тих, що курять (група порівняння) мають атипову форму. Основний стовбур мікрокристала зігнутий, зламаний, незначна кількість відростків 1 та 2 порядку, або вони розташовані тільки з однієї сторони основного стовбура мікрокристала, відростки відокремлені від основного стовбура мікрокристала та відхилені під гострим кутом. Мікрокристали ротової рідини мають ознаки руйнації або взагалі деформовані чи відсутні.

Федько К.О., Зиновьев И.Э.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИНДАЛЕВИДНОГО ТЕЛА

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Рыхлик С.В.

В последние годы наблюдается все возрастающий интерес к особенностям морфологии такого отдела мозга, как миндалевидное тело. Имеющиеся на

сегодняшний день литературные данные не дают полного представления о глубоких структурах головного мозга человека, особенно о строении отдельных ядер, особенностях их развития в разном возрастном периоде и их форме.

Миндалевидное тело (амигдала) — структура головного мозга миндалевидной формы, являющаяся составной частью височной доли. Оно является частью лимбической системы и тесно связано с гипоталамусом, гиппокампом, поясной извилиной и перегородкой.

Исследования проведены на препаратах, полученных из архивов кафедры анатомии человека ХНМУ. Причиной смерти были заболевания, не связанные с патологией центральной нервной системы. Целью нашего исследования явилось определение морфологических особенностей строения миндалевидного комплекса. Морфологические исследования проводили на серийных срезах толщиной 10 мкм, окрашенных по методу Ниссля и гематоксилин-эозином по Бёмеру (Меркулов Г.А. Курс гистологической техники, 1961 г.; Перов Ю.Л. Микроскопическая техника, 1996 г.).

Миндалевидный комплекс ядер имеет многообразное клеточное строение. Их можно дифференцировать в три четких слоистых формирования, в данных литературы их обозначают как пирамидный, полиморфный и радиальный слой.

На основании полученных данных, в результате морфологических исследований, выявлена характерная морфологическая дифференцировка миндалевидного тела на слои.

Халиль Эль Мансури, Васильева О.В.

НАРУШЕНИЯ ЦВЕТОВОГО ЗРЕНИЯ В АРАБСКИХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Кафедра нормальной физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цветовая слепота (дальтонизм) – это наследственная, реже приобретенная особенность зрения, выражающаяся в неспособности различать один или несколько цветов и оттенков. Была названа в честь Джона Дальтона, который впервые дал описание одного из видов цветовой слепоты, на основании собственных ощущений, в 1794 году.

Функциональные дефекты цветоощущения могут быть обусловлены наследственными факторами и патологическими процессами на различных уровнях зрительной системы. Врожденные нарушения цветового зрения генетически обусловлены и рецессивно связаны с полом. Они встречаются примерно у 8 % мужчин и 0,4 % женщин. Хотя у женщин нарушения цветового зрения наблюдаются значительно реже, они являются носителями патологического гена и его передатчиками. Более 200 лет назад обнаружены некоторые закономерности передачи дальтонизма по наследству, получившие названия «закона Нассе» и «закона Горнера». Швейцарский исследователь Горнер показал, что цветослепота сцеплена с полом и наследуется по рецессивному типу (1876 г.). В начале XX века стало ясно, что соответствующие локусы находятся в X-хромосоме и нормальное зрение доминантно по отношению к цветовой слепоте.

Лица с цветовой аномалией все являются трихроматами, то есть им, как и людям с нормальным цветовым зрением, для полного описания видимого цвета необходимо использовать три основных цвета. Однако аномалы хуже различают некоторые цвета, чем трихроматы с нормальным зрением, а в тестах на сопоставление цветов они используют красный и зеленый цвет в других пропорциях. Частота встречаемости аномалий цветового зрения различается в разных популяциях. Для Европы она

составляет 7-8%, для субэкваториальной Африки, Америки и Австралии – 1-3%. Можно полагать, что у народностей, занимающихся охотой и собирательством, способность к нормальному восприятию цвета была для мужчин важным признаком, и гены, вызывающие ее нарушение, отсеивались в ходе отбора. Максимальное значение (0.10) отмечается у арабов, а минимальное (0.0083) у коренного населения островов Фиджи. Средняя мировая частота гена цветовой слепоты составляет 0.050. Если расположить от минимума к максимуму средневзвешенные по отдельным континентам генные частоты цветослепоты, то можно заметить соответствие этих частот в общих чертах уровню социально-экономического развития рассматриваемых народов.

Максимальную частота нарушений цветового зрения в арабских популяциях можно объяснить существующей по настоящее время тенденцией к созданию кровнородственных браков. Для профилактики необходимо проводить медико-генетическое консультирование и прекоцепционную подготовку, поскольку нарушения цветоощущения являются противопоказанием для работы водителем на всех видах транспорта, службы в некоторых видах войск и некоторых отраслях промышленности, а именно эти профессии популярны при выборе родителями вида деятельности в будущем для сыновей в многодетных арабских семьях.

Холошева Д.

ОСОБЕННОСТИ АРХИТЕКТониКИ КОРЫ МОЗЖЕЧКА.

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Шиян Д.Н.

Кора мозжечка взрослого состоит из 3-х слоев. Самый наружный молекулярный слой широкий (212-550 мкр), светлый, беден клеточными элементами. Клетки этого слоя, размерами 5-7х6-12 мкр, многоугольной формы с мелким светлым ядрышком и бледной цитоплазмой. Размеры клеток нарастают сверху внутрь, наиболее крупные клетки - около клеток Пуркинье.

II слой - ганглиозный или слой клеток Пуркинье располагается между молекулярным и внутренним зернистым слоями. Клетки Пуркинье - большие клетки, размерами 16-22 x 24-48 мкр, грушевидной формы. От их верхушки отходит один, два или даже три мощных дендрита, которые будут многократно делиться. Клетки содержат светлое пузыреобразное ядро с маленьким темным ядрышком. Цитоплазма занимает, главным образом, верхний полюс клетки. В ней находится большое количество Нисслевского вещества, которые собраны в глыбки, концентрически располагающиеся вокруг ядра. Клетки Пуркинье располагаются в один ряд на большом расстоянии друг от друга. Между клетками Пуркинье большое количество глиальных клеток округлой или овальной формы, размерами 5-7 x 7-11 мкр, и небольшое количество клеток из молекулярного и внутреннего зернистого слоев. Отличия в строении молекулярного слоя и слоя клеток Пуркинье в различных отделах мозжечка не выявляется.

III слой - внутренний зернистый довольно широкий (109-440 мкр). В отличие от молекулярного слоя, он имеет темную окраску, а также четко ограничен от прилежащего белого вещества. Зернистые клетки, размерами 4-5 x 4-5 мкр, темные, круглой формы. Цитоплазма клеток в виде узенького ободка. Клетки плотно прилегают друг другу; лежат группами в виде островков.

Хромей Е. В.
ВЛИЯНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА В
МИОКАРДЕ КРЫС

Кафедра биологической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Горбач Т.В.

В современных условиях, значительно выросла заболеваемость населения аллергическими и аутоиммунными заболеваниями. В связи с чем возросло число людей, находящихся на длительном лечении глюкокортикоидами. Действие глюкокортикоидов на метаболические процессы в миокарде не изучено.

Целью нашей работы явилось изучение влияния длительного применения дексаметазона на показатели обмена веществ в миокарде.

Материалы и методы: Эксперименты проведены на 3-х месячных крысах-самках популяции Wog. Крысам ежедневно в течении 1-го месяца внутримышечно вводили дексаметазон в дозе 0,2 мг на 100 г массы тела. Через месяц крысы выведены из эксперимента. Сердце извлекалось на холоду, измельчалось, приготавливали 1 ф гомогената на 0,21 М трис-НСl буфера рН 7,4 с добавлением 0,32 М сахарозы. В гомогенате миокарда определяли кретинфосфокиназную и гексокиназную активности спектрофотометрическими методами, содержание АТФ. В сыворотке крови определяли активность КФК-МВ и ЛДГ1 и содержание $\alpha 2$ -макроглобулина турбодиметрическим методом.

Установлено, что в сыворотке крови крыс повышается содержание $\alpha 2$ -макроглобулина в 2 раза по сравнению с контрольной группой, выявляется КФК-МВ и ЛДГ1, что свидетельствует о дестабилизации мембран миокардиоцитов и появлении признаков сердечной недостаточности. Содержание АТФ в миокарде под влиянием вводимого дексаметазона снижается в 1,5 раза, в 2 раза снижается активность КФК, в 1,6 раза – гексокиназы. Полученные факты свидетельствуют о значительном нарушении энергетического обмена в миокарде, что снижает его функциональные возможности.

Шиян Д.Н., Завгородний А.С., Поликов Г.О.
ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОНОВ И КРОВЕНОСНОГО РУСЛА В ЗУБЧАТОМ
ЯДЕРЕ МОЗЖЕЧКА

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Изучение структурной организации ядер мозжечка является актуальным вопросом в связи с необходимостью морфологического обоснования известных физиологических фактов участия мозжечка в регуляции вегетативных функций. В литературе нам не удалось найти работ, посвященных изучению взаимоотношений нервных клеток и кровеносных капилляров в ядрах мозжечка.

При микроскопическом изучении срезов зубчатого ядра мозжечка человека видно разветвленную сеть капилляров и различные соотношения нервной клетки ядер мозжечка с капиллярами. В некоторых местах заметно, что капилляр окружает тело нервной клетки зубчатого ядра человека; на других препаратах капилляр огибает нервную клетку этого ядра лишь с одной стороны. В некоторых срезах зубчатого ядра человека выявлено, что дендриты нервной клетки оплетают капилляры; в других – только касаются капилляра или проходят по его поверхности. Кроме того, в ядрах мозжечка много нервных волокон различной структуры и расположения. Так, в одних

препаратах, в зубчатом ядре хорошо выявляются толстые и тонкие волокна, проходящие по поверхности нервной клетки, окруженной капиллярами. На другом препарате этого же ядра видно, как нервные клетки, окруженные капиллярами, обвиты нервными волокнами, расположенными в виде гнезд. В одном из срезов зубчатого ядра удалось обнаружить нервную клетку, расположенную около крупного сосуда. Тело клетки неправильной треугольной формы с хорошо выраженным ядром; одной из своих более широких сторон прилегает к стенке кровеносного сосуда.

К.И. Наровчатова (1968) выявила два вида взаимоотношений нервных клеток с капиллярами: Тело нервных клеток окружено капиллярами; Нервные клетки расположены на сосудах. Перицеллюлярное расположение капилляров неоднократно отмечалось в литературе. Наряду с этим, указания на периваскулярное расположение нервных клеток немногочисленны. Нами установлено, что нервные клеточные элементы принимают участие в иннервации самого сосуда. Нахождение этих клеточных образований по ходу сосудов требуют всестороннего изучения, так как данное исследование определяет лишь локализацию и морфологию нервных элементов.

В одном из срезов зубчатого ядра обнаружены и более сложные нервные аппараты. На одном препарате хорошо видно толстое нервное волокно, которое дихотомически делится и оканчивается листовидными образованиями. Одно из них лежит на капилляре, а другое – между нервными клетками в нейроглии. Обнаруженная нами в области зубчатого ядра мозжечка сильно разветвленная сеть капилляров с нервными образованиями на них дает возможность предположить большую функциональную активность этого ядра.

Таким образом, наши исследования расширяют представление о межнейронных отношениях в ядрах мозжечка и указывают на тесную связь нейрона с сосудистым руслом, играющим большую роль в обмене веществ.

Чепелюк А.А.

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА

Кафедра медицинской биологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Мещерякова И.П.

Синдром Жильбера является аутосомно-доминантным наследственным заболеванием с неполной пенетрантностью, характеризуется периодической неконъюгированной гипербилирубинемией (билирубина в сыворотке крови 17-85mmol/l [1-5mg/dl]) при отсутствии гепатоцеллюлярной болезни или гемолиза. Проявляется обычно в пубертатном периоде. В основе СЖ лежит генетический дефект — наличие на промоторном участка (А(ТА)6ТАА) гена, кодирующего уридиндифосфатглюкуронил-трансферазы (УДФГТ 1*1) печени, дополнительного динуклеотида ТА, что приводит к образованию участка (А(ТА)7ТАА) гена UGT1A1, расположенного на 2-й хромосоме. При этом эффективность желчевыделения билирубина, снижается примерно до 30 % от нормального уровня.

Пауэлл и др. (1967) в своем исследовании 42 семей, некоторые члены которых имели синдром Жильбера, предположили, что данное состояние наследуется как аутосомно-доминантный признак с неполной пенетрантностью. Только 27,5% из sibсов и 16,2% родителей имели СЖ. Отношение носителей мужчин к женщинам в данном исследовании составляло примерно 4:1. Предполагается, что заболеваемость населения синдромом Жильбера может быть выше чем 6% (D. OWENS and J.

EVANS). В норме УДФГТ 1*1 принимает участие в следующей реакции, которая протекает в эндоплазматической сети гепатоцитов: Неконъюгированный билирубин представляет собой неполярное (жирорастворимое) вещество. В реакции конъюгации превращается в полярное (водорастворимое вещество) и может благодаря этому выделяться в жёлчь. Эта реакция протекает с помощью микросомального фермента уридиндифосфатглюкурозилтрансферазы (УДФГТ), превращающего неконъюгированный билирубин в конъюгированный моно- и диглюкуронид билирубина. УДФГТ является одной из нескольких изоформ фермента, обеспечивающих конъюгацию метаболитов, гормонов и нейротрансмиттеров, что может стать опасностью при приеме некоторых лекарственных средств, болезнях обмена.

При манифестации СЖ в жёлчи увеличивается содержание преимущественно моноглюкуронида билирубина и в меньшей степени — диглюкуронида. Развивается надпечёночная желтуха. Уровень общего билирубина в сыворотке повышается, билирубин представлен в основном неконъюгированной фракцией. В моче билирубин не выявляется. Кроме билирубина, с помощью УДФГТ подвергаются трансформации следующие вещества: левомецитин, новобиоцин, барбитураты, опиаты, парацетамол, холестерин, андрогены, эстрогены, серотонин и прочие. Например, если парацетамол не связывается с глюкуроновой кислотой под влиянием УДФГТ, он катаболизируется в системе цитохрома P450 с образованием токсичного метаболита. При синдроме Жильбера наследственная недостаточность УДФГТ предрасполагает к проявлению токсического действия парацетамола, особенно при приёме его больших доз.

Вывод: синдром Жильбера, вызванный дефектом промотора в гене, можно считать индивидуальным состоянием организма, которое проявляется в стрессовых ситуациях, при чрезмерном приеме некоторых лекарств и жирной пищи, что может привести к гемолизу, увеличению непрямой фракции билирубина в крови и со временем проходит. Поэтому основным средством для предотвращения проявления симптомов можно считать здоровый способ жизни, умеренное и сбалансированное питание, нормальные физические нагрузки, правильное чередование режимов труда и отдыха.

Чернуха Т.Ю.

СОМАТОТРОПИН В БОДИБИЛДИНГЕ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Панасенко В.А.

Метаболические эффекты соматропина (СТГ) состоят, в первую очередь, в наращивании массы белка, экономии углеводов и стимуляции липолиза. Соматропин повышает синтез коллагена и хондроитина сульфата, делает сухожилия, соединительную ткань, хрящи и кости гораздо прочнее, что, по всей видимости, и считается одной из основных причин повышения силовых признаков, которая присутствует у отдельных спортсменов. Некоторые бодибилдеры и пауэрлифтеры уверены, что именно гормон роста (ГР) оберегает их от травм, вероятность возникновения которых увеличивается пропорционально повышению рабочих весов, сопровождающихся приемом анаболических стероидов. Помимо этого, укрепление костей, хрящей, сухожилий и внутренних органов увеличивает силу спортсмена — результат сохраняется на длительное время. При использовании соматотропина снижается выделение с мочой калия, натрия, хлора и фосфатов. Активность печеночных ферментов при этом повышается. Период циркулирования СТГ в плазме

крови около 40-60 мин, однако, метаболические результаты СТГ сохраняются на протяжении 24-40 ч. Оказывается, при применении СТГ стремительно увеличивается необходимость организма в гонадотропинах, инсулине, гормонах щитовидной железы, кортикостероидах, эстрогенах, стероидных гормонах. При применении СТГ желательнее использовать комбинирующие схемы с другими препаратами. Чтобы организм оказался в оптимальном анаболическом состоянии, необходимы 3 гормона: гормон щитовидной железы Т3, СТГ и инсулин. Только в таком случае печень способна производить достаточное количество соматомединов и инсулиноподобный фактор роста. Те, кто планирует совмещать ГР с кленбутеролом либо эфедрином, обязаны знать, что данные вещества сокращают уровень выработки организмом инсулина и гормона щитовидной железы Т3. Подобное падение случается в тех случаях, когда атлет применяет строгую предсоревновательную диету.

Шакирова О.О.

ЭТНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ В ОСНОВЕ РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ В ФАРМАКОГЕНОМИКЕ

Кафедра медицинской биологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Мещерякова И.П.

Фармакогенетические исследования во всем мире интенсивно развиваются в течение последних 60 лет. Накопленный материал уже сегодня позволяет использовать достижения этой науки в практической медицине. Одним из интереснейших и актуальных аспектов этих исследований являются межэтнические различия на восприятие фармакологических препаратов. Согласно современным представлениям, этносы возникли в результате накопления множества мелких генетических различий у людей, живших в разных регионах. Пока люди жили вместе, появляющиеся у них мутации распространялись по всей группе. Если же группы разделились, процесс накопления мутаций шел в них независимо друг от друга.

К настоящему времени накоплена большая информация о распределении многих генов в разных этнических группах. Так, например, около трети взрослых украинцев и россиян страдают гиполактазией, при которой в кишечнике не вырабатывается фермент лактаза для расщепления молочного сахара. Изначально у всех людей выработка этого фермента прекращалась после окончания грудного вскармливания, позже в результате мутации у взрослых появилась способность пить молоко. По мере появления и развития молочного животноводства, становилось все больше лиц с продолжающейся продукцией упомянутого фермента. В Голландии, Дании или Швеции 90 % населения способно усваивать лактозу, в Китае, где не развито молочное скотоводство - только 2-5%, а среди этнических групп коренных народов Севера, наоборот, распространена непереносимость коровьего молока, что обусловлено лактазной недостаточностью. Похожая ситуация сложилась и с алкоголем. Относительно устойчивы к его действию белые европейцы. Представители азиатской расы, наоборот, быстро пьянеют, и даже небольшие дозы спиртного могут вызвать у них сильное отравление. Механизм расщепления алкоголя следующий: на первом этапе под действием фермента печени алкогольдегидрогеназы этиловый спирт превращается в ацетальдегид. На втором этапе другой фермент, ацетальдегиддегидрогеназа, окисляет альдегид с образованием продуктов, которые выводятся из организма. Скорость работы ферментов задается генетически. Оказалось, что у азиатов распространено сочетание «медленных» ферментов первого

этапа с «медленными» ферментами второго этапа. Результатом является длительная циркуляция алкоголя в крови и высокая концентрация ацетальдегида. Европейские гены, наоборот, определяют обратное сочетание ферментов – и на первом, и на втором этапах ферменты работают быстро, т.е. расщепление алкоголя адекватное и уровень ацетальдегида низкий. Одним из убедительных примеров целесообразности учета этнических и расовых признаков в клинической медицине является болезнь Альцгеймера. Достаточно давно установлено, что индивид с вариантом генотипа АРОЕ 4 не относится к группе риска по этому заболеванию. АРОЕ 4 относительно часто встречается во всех этнических и расовых группах, хотя его распространенность различна: 9% у коренных жителей Японии, 14% в популяции белых, 19% в популяции афроамериканцев. В ряде стран мира относительно недавно признано, что лечение представителей различных этнических групп требует применения различных лекарств. Результаты рандомизированных исследований доказали, что комбинация сосудорасширяющих средств более эффективна при лечении сердечной недостаточности у афроамериканцев по сравнению с белыми американцами, а ингибиторы ангиотен-зинпревращающей системы у афроамериканцев неэффективны. Можно заключить, что необходимо учитывать этнические и расовые факторы при оценке эпидемиологии, причин, клинических характеристик течения и исходов многих заболеваний. Определение этнических категорий больных по отношению к метаболизму лекарств позволит модифицировать фармакологические препараты с учетом генетических особенностей каждой группы пациентов.

Шакирова О.О., Шиян Д. Н.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА
ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА.

Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Литературные данные, касающиеся источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка, являются крайне противоречивыми, а зоны кровоснабжения и внутриядерное распределение артерий в нем мало изучены. Информации о диаметре, ходе и топографии артериальных ветвей к зубчатому ядру мозжечка в литературе практически отсутствует.

Исследование проведено на 300 мозжечках людей обоего пола в возрасте 20 – 90 лет. Зубчатые ядра правого и левого полушарий мозжечка исследовались отдельно. В данной работе были использованы макромикроскопический метод по В. П. Воробьеву, изготовление коррозионных препаратов сосудистого русла, наливка сосудов окрашенным латексом, гистологический (окраска гематоксилин-эозином, способ окраски нервных волокон гистологического препарата, Пат. Шиян Д.Н., Коробова Л.К., 2012) и морфометрические методы исследования.

При изучении источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка нами выделены основные (постоянные) и дополнительные (не постоянные) источники его кровоснабжения, которыми являлись ветви от верхней мозжечковой артерии, нижней передней и нижней задней мозжечковых артерий.

На изготовленных коррозионных препаратах четко визуализируются слепки всех источников кровоснабжения зубчатого ядра мозжечка. Нами установлено, что большая часть ветвей, которые кровоснабжают зубчатое ядро мозжечка берут свое начало от верхней мозжечковой артерии и впадают в ворота зубчатого ядра. Меньшая

часть ветвей верхней мозжечковой артерии и ветви нижней передней и нижней задней мозжечковых артерий подходят к зубчатому ядру с его латеральной поверхности. На коррозионных препаратах артерий мозжечка видно, что основная часть ветвей верхней мозжечковой артерии, впадая в ворота зубчатого ядра разветвляется внутри него по магистральному типу. В ряде случаев ветви верхней мозжечковой артерии отдают перед воротами ядра 1-2 ветви, которые на латеральной поверхности ядра делятся на множество более тонких ветвей. Ветви верхней мозжечковой артерии, которые проходят через ворота ядра делятся по магистральному типу на ветви меньшего диаметра. От этих ветвей в толщу вентральной и дорзальной пластинок зубчатого ядра отходит множество тонких ветвей, которые вступают в зубчатое ядро с его внутренней поверхности. Нами отмечено, что от ветвей верхней мозжечковой артерии до прохождения в вещество зубчатого ядра от них почти не отходит ответвлений. Поэтому ветви верхней мозжечковой артерии вступают в зубчатое ядро мало изменяясь в диаметре. Вступившие в зубчатое ядро артерии образуют в зубчатом ядре богатую артериальную сеть сосудов. Густота и интенсивность этой сети в основном зависит от количества и диаметра ветвей верхней мозжечковой артерии.

Шиян Д.М., Дякова М.А.
МОРФОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ
Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Типовий вид черепа людини завжди породжував глибокі роздуми. Багато вчених намагалися визначити морфологічні особливості задньої черепної ямки (ЗЧЯ) відповідно до краніотипу. Але й до сьогодні не існує єдиної думки з приводу даного питання.

Ціль – вивчити особливості будови ЗЧЯ. Задачі: встановити закономірності особливостей будови індивідуальної анатомічної мінливості ЗЧЯ з урахуванням типу черепа, типу обличчя, віку та статі, а також – моделювання ЗЧЯ.

Дане дослідження було проведене на 300 черепах трупів людей обох статей віком від 20 до 90 років. Для дослідження були використані морфологічний (краніометричний) метод, метод статистичної обробки даних та моделювання будови ЗЧЯ.

Нами встановлено, що довжина та ширина ЗЧЯ переважають на черепах чоловіків, але індекс ЗЧЯ не має статевих відмінностей. Довжина ЗЧЯ не залежить від форми черепа, тоді як її ширина у брахікранів більше (в середньому 128,3 мм), ніж у мезокранів (в середньому 126,0 мм) і долихокранів (в середньому 123,9 мм). Цим зумовлюються відмінності у величині індексу ЗЧЯ при різній формі черепа. Ми визначили, що індекс ямки у долихокранів дорівнює від 40,5 до 73,1 мм, у брахікранів від 42,1 до 82,9 мм. Середня величина індексу у долихо- та мезокранів майже однакова (56,4 та 55,1 мм), а у брахікранів значно вища (60,4 мм). Глибину ЗЧЯ ми вимірювали від бугра турецького сідла до заднього краю великого отвору. Вона дорівнює від 40 до 84 мм. У брахікранів в порівнянні з долихокранами вона більша, отже у брахікранів ямка глибша. Місткість (об'єм) ЗЧЯ від 130 до 200 мм³ і в середньому дорівнює 165 мм³. Об'єм ми вимірювали за допомогою виготовлених, за власною методикою, моделей ЗЧЯ.

Шиян Д.Н., Лихая В.М.
АНАТОМИЯ ЗУБЧАТОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА
Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Изучено зубчатое ядро мозжечка от 300 трупов людей обоих полов, умерших от причин, не связанных с патологией нервной системы, в возрасте от 20 до 90 лет. Были использованы методы: макромикроскопическое препарирование по В. П. Воробьеву, топографоанатомический (с помощью серийных срезов мозжечка в трех плоскостях), тонкого анатомического препарирования мозга (метод расщипывания), обработка и фиксирование мозжечка по С. Б. Дзугаевой, способ окраски препаратов головного мозга (Шиян Д.Н., Коробова Л.К., 2012), морфометрический, статистической обработки.

В результате собственных исследований нами установлено, что зубчатое ядро мозжечка является самым крупным из ядер мозжечка. Зубчатое ядро левого и правого полушария расположены друг к другу под определенным углом: передние отделы зубчатых ядер приближены к средней линии мозжечка, а задние отделы ядер более отклонены латерально от средней линии мозжечка. Так нами определены среднестатистические параметры зубчатого ядра мозжечка: передне-задний размер – 16,4-21,0 мм; поперечный – 10,5-18,0 мм, ширина – 5,0-8,0 мм. Нами также определялась длина от переднемедиального угла зубчатого ядра мозжечка до заднелатерального угла: 17,6-25,8 мм.

На основании полученных морфометрических результатов исследования зубчатого ядра мозжечка мы можем сказать с большей достоверностью, что в преобладающем количестве случаев присуща их асимметрия между зубчатым ядром правого полушария мозжечка и таким в левом. Так в 64% нами отмечено преобладание морфометрических показателей зубчатого ядра левого полушария мозжечка над таким в правом, в 5% зубчатое ядро правого полушария мозжечка было больше, чем в левом полушарии, в 31% их размеры были практически одинаковыми.

Шмаргальов А.О.
ОСОБЛИВОСТІ ПРОСТОРОВОЇ КОНСТРУКЦІЇ ПОТИЛИЧНОЇ КІСТКИ
Кафедра анатомии человека

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Дослідження проведене за загальноприйнятими морфометричними методиками на 100 черепах дорослих людей, розділених на три основні групи за типом будови черепа – брахі-, мезо- і доліхокранів.

Встановлено, що просторове положення потиличної кістки залежить від крайніх форм черепа. Показники ламбдатичного кута вказують, що луска потиличної кістки нахилена уперед більше у брахікранів ($73,3 \pm 0,46^\circ$), ніж у мезокранів ($76,6 \pm 0,54^\circ$) та доліхокранів ($78,5 \pm 0,7^\circ$). У брахікранів спостерігається максимальний вигин луски потиличної кістки у точці *inion* ($105,1^\circ \pm 0,5^\circ$), а у доліхокранів мінімальний ($118,3^\circ \pm 0,56^\circ$). Перехідний кут між лускою та основою потиличної кістки (між лініями *inion-opistion-basion*) може приймати значення від 129° до 155° . Найменші його значення встановлено у мезокранів ($141,3 \pm 0,54^\circ$) та брахікранів ($138,4 \pm 0,6^\circ$), а у доліхокранів цей кут є найбільш широким ($147,3 \pm 0,77^\circ$). Основна частина потиличної кістки у доліхокранів лежить більш полого відносно площини великого отвору та більш круто відносно франкфуртської площини, ніж у мезо- та брахікранів. При брахікранії луска і основна частина максимально наближені одна до одної (кут перегину

= $105,1 \pm 0,5^\circ$) з нахилом уперед площини великого отвору (кут великого отвору = $9,8 \pm 0,4^\circ$); при мезокранії відбувається помірний нахил усієї кістки назад (кут перегину = $108,9 \pm 0,5^\circ$) з проміжним положенням площини великого отвору (кут великого отвору = $10,6 \pm 0,46^\circ$); при доліхокранії основна частина і луска віддаляються з максимальним відхиленням назад (кут перегину = $118,3 \pm 0,6^\circ$) з підйомом площини великого отвору (кут великого отвору = $12,9 \pm 0,9^\circ$). Особливості просторової конструкції потиличної кістки мають бути враховані при побудові комп'ютерної моделі, що слугує матрицею для створення штучного кісткового імпланту за допомогою тримірного біопринтеру.

Штанюк Є.А., Гончаренко М.М.

**ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ВОДОРОЗЧИННИХ
МАЗЕЙ З ОФЛОКСАЦИНОМ ТА ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ ЩОДО
ОСНОВНИХ ЗБУДНИКІВ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор В.В. Мінухін

Незважаючи на значні успіхи у питаннях діагностики та лікування внутрішньо-лікарняних інфекцій та широке застосування антибіотикотерапії, сучасні статистичні дані демонструють тенденцію до зниження ефективності лікування ранових гнійно-запальних ускладнень, певною мірою як наслідок виникнення антибіотикорезистентності, що робить за необхідним подальший пошук схем раціонального використання наявних та ретельне вивчення нових ефективних місцевих антимікробних засобів.

Мета дослідження - вивчення антибактеріальної активності мазей на водорозчинних основах, що містять офлоксацин та левофлоксацин, щодо стандартних штамів *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Staphylococcus aureus*.

Матеріали та методи. Експериментальне вивчення антибактеріальної активності мазей по відношенню до стандартних штамів *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 27853 та *S. aureus* ATCC 25923, до складу яких входили антибіотики (10 зразків з додаванням офлоксацину та 10 зразків з левофлоксацином). В кожній групі був зразок мазі, виготовлений на поліетиленоксидній основі (ПЕО), інші 9 – на поллоксамерній основі (ППП), які в свою чергу містили допоміжні речовини: диметилсульфоксид (ДМСО), фармасолв, транскутол Р або трилон Б в різних кількостях. Антибактеріальна дія мазевих препаратів визначалась методом дифузії в агар за стандартною методикою на підставі аналізу зон затримки росту після їх статистичної обробки.

При дослідженні мазей з офлоксацином та левофлоксацином встановлено, що склад розчинників достовірно не впливає на зони затримки росту *E. coli* ATCC 25922 та *S. aureus* ATCC 25923. По відношенню до *P. aeruginosa* ATCC 27853 визначено підвищення розміру зони затримки росту при додаванні до мазей з офлоксацином 10% фармасолву, і спостерігається тенденція зростання при додаванні 10% ДМСО, 5% та 10% транскутолу Р та 0,5% трилону Б. При дослідженні антибактеріальної дії мазі з левофлоксацином щодо *P. aeruginosa* ATCC 27853 було встановлено, що при додаванні 10% ДМСО спостерігається достовірне підвищення зон затримки росту та тенденція до збільшення зон – при додаванні 5% ДМСО, 5% фармасолву, 10% транскутолу, 0,5% трилону Б.

Висновки. В досліджах *in vitro* мазі з левофлоксацином в цілому ефективніші від мазей з офлоксацином щодо референс-штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853. При дослідженні антибактеріальної активності мазі з офлоксацином на поллоксамерній основі з додаванням 10 % фармасолву спостерігаються достовірно більші зони затримки росту відносно штаму *P. aeruginosa* ATCC 27853 і тенденція до їх зростання при додаванні 10% ДМСО, 5-10% транскутолу Р, 0,5% трилону Б. Дослідження антимікробної дії мазей з левофлоксацином на поллоксамерній основі на штам *P. aeruginosa* ATCC 27853 показало достовірне збільшення діаметра зон затримки росту при додаванні трилону Б та 5% ДМСО, 10% ДМСО. Перспектива подальших досліджень у даному напрямку полягає у вивченні антибактеріальної дії мазей на клінічні полірезистентні штами мікроорганізмів.

Шубина М., Гончаров А.
ВНУТРИСТВОЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НЕРВОВ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО
СПЛЕТЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра анатомії людини
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Колісник І.Л.

В настоящее время особый интерес приобретает изучение индивидуальной изменчивости в топографии вне- и внутриорганных нервов селезенки, в связи с разработкой новых органосохраняющих оперативных вмешательств и сегментарных резекций этого органа. Для изучения миелиновых волокон в ходе макромикроскопического исследования селезеночного сплетения были использованы методы Крутсай и Бильшовского-Гросс.

На гистологических препаратах нервов селезеночного сплетения изучено внутривствольное пучковое строение. Срезы готовились на уровне отхождения селезеночной артерии от чревного ствола, у места деления ее на зональные, а также на уровне зональных и сегментарных артерий. При исследовании пучкового строения нервов учитывались размеры поперечных срезов нервов, размеры и количество пучков, степень развития соединительнотканых оболочек. При рассмотрении препаратов поперечных срезов отмечали, что иногда пучки нервных волокон располагались в стволе очень часто, имея малые промежутки эпинеурия, а в других препаратах наблюдали более редкое расположение пучков. Большинство нервов имело однопучковый характер. Некоторые нервные пучки в эндоневрии содержали сосуды. Форма пучков чаще на поперечных срезах была округлой, овальной или треугольной. Количество миелиновых волокон на одном и том же уровне на различных препаратах различно. Число крупных миелиновых волокон в пучках уменьшалось в дистальном направлении по мере приближения селезеночного сплетения к воротам селезенки. В возрасте 80-90 лет миелиновые волокна в нервах сплетения почти полностью исчезли. Можно полагать, что одним из факторов, определяющих различия внутривствольного строения, является степень «рассеивания» волокон в нерве в связи с различиями в развитии соединительнотканых оболочек в стволах селезеночного сплетения.

Шубина М.В.
СПОСОБЫ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО
МОЗГА

Кафедра гістології, цитології та ембріології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: Ключко Н.І.

Один из метод визуализации, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) — дает картину метаболической активности мозга.

Биохимические процессы нарушаются фактически при всех заболеваниях, и эти изменения обычно предшествуют анатомическим поражениям или распространяются за их пределы. ПЭТ дополняет диагностический процесс информацией о физиологических и метаболических расстройствах в очагах поражения, что существенно уточняет характеристику заболевания.

На сегодняшний день в ПЭТ применяются позитрон-излучающие изотопы элементов второго периода периодической системы: при радиоактивном распаде РФП возникает излучение. Чем больше интенсивность обмена веществ, тем больше РФП будет там накапливаться и сильнее будет обнаруживаемое прибором «свечение» от этих участков. Также ПЭТ позволяет получать подробные трехмерные изображения интересующих врача участков тела.

ПЭТ с ¹¹C-метионином является высокоэффективным методом контроля радикальности хирургического удаления церебральных глиом, позволяющим надежно визуализировать остатки злокачественных и доброкачественных опухолей независимо от сроков послеоперационного исследования, что является преимуществом данной методики.

Хирургическое лечение больных с эпилепсией, рефрактерных к медикаментозной терапии требует определения точной локализации и размеров эпилептогенного очага. У больных с очаговой эпилепсией ПЭТ с ¹⁸F-ФДГ в межприступный период позволяет локализовать зону функционального дефицита, которая характеризуется пониженным уровнем потребления глюкозы.

ТЕРАПІЯ

Abugu Nnadozie, Ayodunmila Oluwakayode **STATE OF THE BILIARY SYSTEM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID** **ARTHRITIS**

Department of Internal Medicine №3
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

One of the most common diseases of the musculoskeletal system is rheumatoid arthritis (RA). In chronic disease observed violations of various types of exchanges, and prolonged use of drugs can have a negative impact on the various organs and systems, including biliary system.

The aim was to study the state of the biliary system in patients with RA.

Materials and methods. Under supervision there were 42 patients (25 women and 17 men) with disease duration of 5 years or more, aged 37-58 years. The control group - 20 healthy individuals. The diagnosis was verified according to the criteria of the American Association of Rheumatologists (ASR). In addition, patients did ultrasound of the digestive system, duodenal intubation with sowing bile sterility.

The results showed that 18 patients (42.3%) were found various changes biliary system. Pain syndrome was diagnosed in 25.4% of cases. The severity and discomfort in the right upper quadrant noted in 17.7%. Positive symptoms from gall bladder determined in 18.5% of patients. According to the US seal was found (63%), hyperechogenity (54.8%), gallbladder wall thickening (34.3%) and the heterogenity of bile (25.7%). In 16 patients (38.1%) and hypotension was diagnosed in 9 patients (21.4%), hypertension gallbladder. In 15 patients (35.7%) manifested the growth of different strains of bacteria (5 varieties), but more often - Enterobacter (15,3%).

Conclusion. The data indicates that patients with RA often observed changes in the biliary system. which may be due, most likely metabolic disorders, and chronic administration of drugs. This necessitates the definition of the functional state of the biliary system with prolonged duration of RA and prescription of preventive therapy courses.

Frolova- Romaniuk E.Yu., Panchenko G. Yu., Galchinskay V. Yu, Paley D. **MORPHO-FUNCTIONAL CHANGES IN THE MUCOSA OF THE ESOPHAGUS** **IN PATIENT GERD WITH COMBINATION OF TYPE 2 DIABETES**

Department of Internal Medicine №
Kharkiv 1National Medical University, Kharkov. Kharkiv, Ukraine
Supervisor: d.med.n., prof.O.Ya.Babak

Objective: The objective of our study was to identify the nature of morphological changes of esophageal mucosa in patients with gastroesophageal reflux disease combined (GERD) with diabetes mellitus (DM) type 2.

Materials and methods. A survey of 107 GERD patients, including 67 patients with GERD combined with type 2 diabetes. 66 women, 41 men, $57,4 \pm 7,6$ years. Carefully examined the medical history of the duration, severity of diabetes, presence of complications, the level of glycosylated hemoglobin (HbA1c), endoscopic examination of the esophagus and stomach and biopsy. All patients were divisions in the main group, which consisted of patients with comorbidity and comparison - isolated patients with GERD.

Results and discussion. According to the results of morphological studies hyperplasia of the surface layer of the epithelium in patients with GERD and type 2 diabetes occurs in 22% of cases, whereas in patients with GERD in 12.5% of cases. Hyperplasia of the basal layer

of the epithelium prevailed in the study group and 15% of patients, while the comparison group was equal to 12.5%. The percentage of patients with parakeratosis prevailed in the second group of patients and was 32.5% compared to the group - 27%. Acanthosis patients of both groups met in 5% of cases. In the group with GERD and type 2 diabetes epithelial edema met in 3% of patients, whereas in the group with GERD - 2.5%. Eosinophilic infiltration of the epithelium prevailed in the comparison group - 12.5% in the study group, the figure was 1.5%.

Conclusions. Analyzing the nature and incidence of morphological changes of esophageal mucosa in both groups frequently met parakeratosis - 27 and 32.5% respectively in the first and second groups.

Hafsa Haji Omar

IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE AND IMPAIRED FASTING GLUCOSE IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Department of Internal Medicine №3

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Advisor: Yankevich A.

Objective. The aim of the study was to assess of frequency and overlap of impaired glucose tolerance (IGT) and impaired fasting glucose (IFG) in hypertensive patients.

Design and methods. 81 patients with essential hypertension (47 females and 34 males), from 36 to 65 years old were enrolled in the study. IGT was diagnosed then plasma glucose level after oral intake of 75 g of glucose was in the range 7.8-11.1 mmol/l, IFG was established then fasting plasma glucose was 6.1-6.9 mmol/l.

Results. IFG was found in 18 (22%), IGT – in 40 (49%) of patients. The total number of patients with prediabetes (IFG and/or IGT) was 42 (51%). In 16 cases there was combination of IFG and IGT, in 2 cases – IFG was isolated, in 24 cases – IGT was isolated. Body mass index (BMI) was higher in prediabetic compare to normoglycemic patients (31.3 ± 5.7 versus 28.4 ± 5.1 kg/m², $p=0.017$). In this study obesity and overweight were diagnosed in 61 (75%) patients.

Conclusions. Prediabetes was found in half of patients with essential hypertension and predominantly associated with obesity and overweight. IGT is twice more sensitive marker of prediabetes than IFG.

Isaak Adaora, Douglas Ibiba

BIOLOGICAL THERAPY IN TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Department of Internal Medicine №3

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The foundation of modern biological therapy have significantly changed the whole system of treatment of rheumatic diseases to the use of antagonists of tumor necrosis factor alpha (TNF- α). Drugs of this class are the most relevant concepts of "disease-control" means, as to significantly reduce the direct manifestation of the disease and significantly inhibit joint destruction, leading to the development of disease remission with previously unattainable speed. The biological effects of anti-TNF therapy include: 1. Decreasing serum levels of IL-1, IL-6, vascular endothelial growth factor, chemokine and cytokine and chemokine production in joints (TNF- α , IL-1, IL-6, and others.), acute phase proteins. 2. Reduction in the number of neutrophils in the joints. 3. Prevention of the destruction of bone and cartilage. 4. Reduction of rheumatoid factor.

In 2003, Ukraine registered the first biological product, which is a chimeric monoclonal antibody to TNF- α - Remicade (infliximab). Biological therapy using drugs which have anti-tumornecrotic factor, significantly change approaches to the treatment of certain rheumatic diseases. In rheumatology department Kharkiv's Regional Hospital biological therapy was included in the treatment regimen of 18 patients, with RA. Tocilizumab was appointed (as two courses), with which it was possible to stop the progression of the pathological process. On the basis of the observations noted that after the use of biological agents in almost all patients had achieved cessation of progression of joint damage, decrease pain and increase range of motion in the joints. Only 1 patient had side effect of an allergic rash after using Tocilizumab.

Conclusion. It should be noted that the full findings of a larger number of observed patients, longer follow-up to assess the effect of drugs and further study of the safety of their use should be carried out.

Istomina O.

**SMOKING AS MODIFIABLE FACTOR IN DEVELOPMENT OF CRONIC
OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN COMBINATION WITH ARTERIAL
HYPERTENSION**

**Department of Internal and Occupational Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.**

Scientific adviser – professor Kapustnik V.A.

Chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases have remained the top major causes of mortality during the past decade. In the top of 10 leading causes of death in the world COPD is on the third place, it's 3.1 million people, and arterial hypertension is on the tenth – 1.1 million. Combination of these two pathologies aggravates the course of each other, represents serious medical and social problems, leads to health-related quality of life reducing and, eventually, may lead to disability.

At present, the main modifiable factor that can be determined for these diseases, increasing the risk of them, is smoking. Tobacco use is a major cause of many of the world's top mortal illnesses – including cardiovascular pathology, chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer. In general, tobacco use is responsible for the death in about 1 of each 10 adults worldwide. Smokers arise the specific nature of inflammation, including, along with the presence of neutrophils and macrophages, increased contents of cytotoxic T-cell and natural killers lymphocytes, presented only in smokers, leading to structural changes in the bronchi. In later stages, primarily considering growing hypoxia, there are structural changes not only in pulmonary, but also in systemic circulation. All this results in the formation of endothelial dysfunction. It is known, that endothelium regulates the vascular tone. Endothelial dysfunction is an imbalance between substances produced in the endothelium and responsible for contraction and dilation of blood vessels. This in turn can be one of the causes of arterial hypertension. Nicotine constricts blood vessels, thereby, increasing arterial blood pressure. It also stimulates the adrenal cortex to secrete adrenaline, which increases the heart rate and causes hypertension.

According to the World Health Organization, today 1.3 billion people on our planet is dependent on tobacco. Every year in Ukraine about 100 000 people die from smoking-related causes, while in Kharkiv 3363 people die in a year due to smoking, about 9 persons daily. So, it could be said, that smoking is one of the main reasons of COPD in combination with arterial hypertension. And this is a modifiable factor! If everybody decides to stop

smoking, this would not only decrease the risk of development of these pathologies, but also significantly improve the quality of life.

Kochubiei O.

ASSOCIATION OF WAIST TO HEIGHT RATIO WITH DYSLIPIDEMIA IN HYPERTENSIVE PATIENTS

**Department of Propedeutics to Internal Medicine №1
Kharkiv National Medical University Kharkiv, Ukraine**

The aim of our study was to investigate the association of waist to height ratio (WHtR) in conjunction with the parameters of lipid metabolism in hypertensive patients.

Methods. 73 hypertensive patients were examined. All patients underwent complex clinical examination which included estimation of complaints, history taking, physical and additional methods of examination. Following anthropometric parameters (WHtR) and parameters of lipid metabolism were measured. Data is represented as Me (Q25-Q75). Kruskal-Wallis and median test were used, $p < 0,05$.

Results. The hypertensive patients are characterized by increased levels of total cholesterol 5,67 (4,96- 7,11) mmol/L, triglyceride 2,75 (2,56-3,01) mmol/L, low-density lipoprotein-cholesterol 0,98 (0,83-1,35) mmol/L and decreased levels of highdensity lipoprotein-cholesterol 3,51 (2,77-4,54) mmol/L. Obesity was observed in 86% of hypertensive patients as measured by WHtR $\geq 0,5$, dyslipidemia was detected in 73% patients as measured by levels of total cholesterol. In correlation analysis positive relations between WHtR and levels of total cholesterol ($R=0,42$; $p < 0,05$) in hypertensive patients were found.

Conclusions. The hypertension is accompanied by dyslipidemia, characterized by increased levels of total cholesterol, triglyceride, low-density lipoprotein-cholesterol and decreased levels of highdensity lipoprotein-cholesterol. Significant positive relationships between WHtR and levels of total cholesterol in hypertensive patients were detected, which is another confirmation of the clinical significance of this measurement and substantiates the need for screening patients with WHtR in determining obesity, dyslipidemia and cardiovascular risk.

Nebesnaya H., Goptsi O., Zelena I.

METABOLIC CHANGES IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY

**Department of the internal medicine №1
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser – Babak O.Ya.**

The aim of this work is review the levels of leptin and TNF-alpha in the relationship with the parameters of carbohydrate metabolism in hypertensive patients with a high body mass.

Methods. A total of 123 hypertensive patients with a high body mass and mean age 53.87 ± 0.92 years were examined. Leptin, TNF-alpha, insulin levels were measured by ELISA method. Insulin resistance index (HOMA index) was calculated according to the formula.

Results. All patients were divided into groups depending on the level of fasting blood insulin: 1st group (n = 41) - insulin levels ranged (1.75 - 7.66 mkgU/ml); 2nd group (n = 41) – (14.44 - 7.72 mkgU/ml), 3rd group (n = 41) – (14.45-77.20 mkgU/ml). When comparing the levels of TNF-alpha and insulin resistance index in groups, a clear and significant increase of this indicator alongside blood insulin levels increase was shown: 1 group - TNF-alpha (5.42 ± 0.44 pg/ml), HOMA index (1.04 ± 0.05 conv), 2 group - TNF-alpha (6.71 ± 0.38 pg/mL), HOMA index (2.04 ± 0.09 cu), 3 group - TNF-alpha (10.38 ± 0.70 pg/ml), HOMA index (7.35 ± 0.70 cu), ($p < 0.05$). A similar

upward trend was observed when comparing the levels of leptin: 1 group (9.84 ± 0.56 ng/ml in men- 7.03 ± 0.79 ng/ml for women – 12.03 ± 2.64 ng/ml); 2 group (10.30 ± 0.79 ng/ml in men- 7.32 ± 0.77 ng/ml for women- 11.52 ± 0.99 ng/ml); 3 group ($12/74 \pm 0.80$ ng/ml in men – 11.94 ± 1.37 ng/ml for women – 13.30 ± 0.96 ng/ml) ($p < 0.05$ between 3 group and 1, 2 groups)

Conclusion. It was found that the increase of adipocytokines in the blood of patients with arterial hypertension increases alongside the increase of insulin levels, which confirms the influence of TNF-alpha and leptin on the development of hyperinsulinemia in hypertensive patients with high body mass.

Pasiieshvili T.M., Kosulyn S.V.

OSTEOPOROSIS - AS ONE OF THE UNFAVORABLE PROGNOSTIC FACTORS OF DIABETES MELITUS

**Department of General Practice - Family Medicine and Internal Medicine
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

The problem of osteoporosis (OP) on the background of a global "epidemic" of diabetes mellitus (DM) is of particular interest. The mechanism of developing osteoporosis in DM complicated. But, it is clear that the cause of it is insulin deficiency, which may lead to violation of bone formation and losing calcium salts.

Aim: To examine the state of bone mineral density (BMD) in patients with type 1 DM according to ultrasound densitometry by evaluating Z-score.

Materials and methods. The study involved 32 patients with DM type 1, among which 19 people (study group) had complications as a diabetic microangiopathy of varying severity. The average age for the group was 32.4 ± 5.2 years. Manifestation of diabetes occurred: from 10 to 15 years - in 7 patients (21.8%); from 16 to 20 years - 14 (43.8%) and after 20 years - 11 patients (34.4%).

Results and discussion. In 5 patients of the main group Z-score were recorded in the range from -1.3 to -1.9 SD (average -1.6 ± 0.08), which corresponds to the development of osteopenia syndrome (OS). In the remaining patients Z-score was significantly lower, that considered by us as development (OP). In all patients with frequent development of sub- or decompensation states revealed signs of OP. In patients with OS noted relatively favorable disease course and a short anamnesis of DM. Study showed that Z-score had a direct correlation with the duration of the disease ($r=0.67$). More pronounced changes were in patients with onset in childhood and adolescence, which is considered by us as logical process, due to the time of peak bone. Conclusions. In patients with DM type 1, despite the young age of the subjects and almost absence complaints from the skeletal system, to detect changes in BMD of varying severity. Possible development of low reversible disruption of bone tissue in DM needs to solve the issue of early diagnostic of this pathology and find optimal treatments.

Tereshkin K.I.

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF GENE FDPS POLYMORPHISM IN YOUNG ADULTS WITH OSTEOARTHRITIS AND OBESITY

**Department of General Practice, Family Medicine and Internal Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

Supervisor: doctor of medical sciences, professor Pasiyeshvili L. M.

Osteoarthritis (OA) is considered as a degenerative joint disease that is caused by age, mechanical stress, inflammation, hormonal changes and genetic predisposition. OA is the

most common nosological forms of rheumatic disease (70-80%), makes a major cause of disability and disability population and tends to increase, given the global trend towards an aging population. The leading role in the pathogenesis of OA belongs cell activation by inflammation that leads to increased destruction of cartilage matrix synthesis and reduction. Growth factors and cytokines affect chondrocytes through signaling pathways that regulate the synthesis of matrix metalloproteinase, whose activity is genetically conditioned and dependent on the expression of genes coding and genetic polymorphisms.

Often the background in favor of OA disease of obesity (OB) – a component of the metabolic syndrome, which causes the severity of many diseases that determine the duration and quality of life, mortality and disability population.

The aim of the study was to determine the diagnostic and prognostic value of gene polymorphism farnesildyfosfatsyntetazy (FDPS) in peribizi OA in young adults with overweight or obesity.

Materials and methods. The study involved 57 patients with OA, which in 32 cases proceeded against the background of obesity 1 (11) or 2nd (21) degree. The age of patients ranged from 27 to 43 years, dominated by men (59.4%). Duration history of OA averaged $6,3 \pm 2,4$ years. A comparison group – 25 people with isolated OA course - was identical for these indicators study group. 50 healthy individuals were included in the control group. We studied the genetic structure gene polymorphism FDPS. Determining the structure of this gene allows us to estimate the activity of osteoclasts that destroy bone tissue during rearrangements reduce the rate of bone metabolism and affects the mineralization of bone. The paper used diagnostic test kits «SNP-Express ACE Alu Ins/Del (NPF" Lyteh ")».

Results and discussion. Our study showed that one of the possible prerequisites of OA in patients with obesity gene polymorphism is a change FDPS, which is characterized by the presence of allele C. Thus, in the control group a number of phenotypic FDPS gene was as follows: genotype A/A was exposed to 34 patients (68%), genotype A / S – 12 patients (24%) and abnormal genotype C/C – 4 people (8%). In patients with isolated OA distribution of genotypes was 11 (44%) 9 (36%) and 5 (20%) – respectively. At the same time in the study group patients phenotypic correlation FDPS gene characterized by the following changes: genotype A/A were 8 patients (25%), genotype A/C – 14 patients (43,7%) and abnormal genotype C/C – 10 people (31,3%). That is, patients with OA and in combination with its more than OB control defined pathological genotype C/C gene FDPS (2,5 and 3.9 times, respectively), while more expressed changes found in patients with more severe disease course and lesions more than 2-3 joints. Hence, these results allow predicting the formation of this disease and the severity of its course.

Conclusions. Patients with OA combined with how often and OB are carriers of abnormal genotype C/C and A/C polymorphism of the gene is associated with the severity and multiplicity of involvement in the pathological process of joints in young people. Defining these indicators allows to predict the course of OA in young patients with overweight and OB, which further helps identify factors unfavorable course of the aforementioned diseases and develop preventive methods monitoring of patients.

Tymchenko G.A., Andrusha A.B.

MECHANISMS FOR THE DEVELOPMENT OF OSTEOPENIA IN ELDERLY PATIENTS WITH PRIMARY GOUT

Department of General Practice - Family Medicine and Internal Diseases

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Aim - to study osteopenic mechanisms in elderly patients with primary gout.

Materials and Methods. For the gout diagnosis we have used gout criteria S.L.Wallace et al. Evaluation of degree and mechanisms of osteopenia were carried out by investigation of mineral metabolism (serum total calcium and phosphorus) and structural-functional state of bone (SFSB) (by ultrasound densitometry - apparatus Achilles express; investigated parameters: IS - bone strength index, T- and Z-score).

Results. The study has been included 41 patients 60-72 years (26 men and 15 women) with primary gout, 7 patients with tophi. We divided patients into 2 groups: I group (17 patients) with hyperuricemia greater than 620 mmol/l; II group (24 persons) with uricemia 360-620 mmol/l. Patients from both groups have had normal level of serum calcium and elevated levels of serum phosphorus. Serum calcium in the I group has been $2,54 \pm 0,03$ mmol/l, in II group $2,59 \pm 0,03$ (normal value is $2,62 \pm 0,03$). Serum phosphorus has been substantially higher in I group of patients ($1,89 \pm 0,06$), than II group of patients ($1,64 \pm 0,05$) in contrast to values of patients from the control group ($1,44 \pm 0,07$ mmol/l). SFSB examination of all patients has been revealed osteopenia II-III degree (average T-score - $1,89 \pm 0,08$). The values (IS and T-score) have been significantly smaller in the first group of patients. IS in the first group patients has been lower by 31.2%, while in II group of patients (25.1%) in comparison with a group of healthy patients. We have identified an inverse correlation ($r = -0,32$) between serum uric acid levels and IS of bone.

Conclusions. Mineral homeostasis and SFSB in elderly patients with primary gout undergoes changes, the severity of which depends on the degree of hyperuricemia. More significant changes in the homeostasis have been observed in patients with hyperuricemia exceeding values 620mmol/l.

Аксьонова Н.

ВПЛИВ РЕСПІРАТОРНИХ ПОРУШЕНЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

**Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 и медсестринства
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Однією з причин зниження якості життя хворих при цукровому діабеті (ЦД) є наявність у цих пацієнтів ускладнень, що розвиваються у мікросудинному руслі. Альвеолярно-капілярна сітка легенів є найбільшим судинним органом в організмі людини тому ангіопатія при цукровому діабеті становить системний процес, при якому неможливо виключити наявність патологічних змін у бронхолегеневій системі хворих на ЦД з діабетичною нефропатією (ДН). Донозологічні зміни в респіраторній системі хворих на ДН можуть з'являтися у вигляді порушень функції зовнішнього дихання (ФЗД). Натепер характер впливу цих змін на якість життя та їхній ступінь недостатньо з'ясовані.

Мета і задачі дослідження: вивчити вплив на якість життя хворих із ЦД з ДН наявності респіраторних порушень за допомогою опитувальника SF-36.

Матеріали і методи дослідження: Досліджено 66 хворих на ЦД, що знаходилися на лікуванні в ендокринологічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ ЦМЕД та МК», з них 29 жінок та 37 чоловіків. Вік хворих коливався від 18 до 71 років (середній вік $46 \pm 3,6$ років). Контрольна група - 10 здорових осіб.

Аналізуючи вплив виявлених якісних обструктивних змін ФЗД, що були виявлені у 40% пацієнтів із ДН, встановлено, що показники шкал фізичного функціонування, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування та психічного здоров'я у групі хворих із обструктивними змінами і у групі з нормальною ФЗД достовірно відрізняються від цих показників у контрольній групі. Наведені дані

вказують на те, що за більшістю показників, крім ЖЄЛ, виявлені високо достовірні відміни від контрольної групи. При цьому у хворих із ЦД та ДН встановлені більш низькі, ніж у контролі значення показників ФЗД: ОФВ₁ на 14,2%, МОШ₂₅ - на 24,8%, МОШ₅₀ - на 26,4%, МОШ₇₅ - на 42,5% та ПОШвид. - на 48%. Що стосується ЖЄЛ, то її значення у хворих на ДН виявили тенденцію до зниження на 3,5% порівняно з контрольною групою. При порівнянні групи пацієнтів з обструктивними змінами із групою без респіраторних змін встановлено зниження показників фізичного функціонування на 4,79%, рольового фізичного функціонування - на 1,6%, шкалі болю на 3,1%, загальному здоров'ю на 3,13%, життєздатності - на 2,75%, соціального функціонування на 3,74%, рольового емоційного функціонування на 3,95%, психічного здоров'я на 0,77%, кумулятивного фізичного здоров'я на 1,05%, кумулятивного психічного здоров'я на 1,24% без достовірної різниці по кожному з показників. Крім того встановлено наступні позитивні кореляції досліджуваних показників: показник фізичного функціонування корелював з ОФВ₁, МОШ₅₀, показник загального здоров'я із МОШ₇₅, показник психічного здоров'я з ФЖЄЛ.

На підставі виявлених даних слід рекомендувати дослідження якості життя пацієнтам із порушеннями ФВД у хворих на ДН та при виявленні порушень, планувати їх корекцію.

**Алієва М. І.; Башмакова А. О., Андрєєва А. О., Башкірова А.Д.
ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ФОНІ АБДОМІНАЛЬНОГО
ОЖИРІННЯ.**

**Кафедра внутрішньої медицини № 1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна;
Науковий керівник: професор Бабак О.Я.**

Мета дослідження: покращення діагностики хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) на підставі вивчення показників ліпідного та вуглеводного обміну для попередження розвитку серцево-судинних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 84 хворих на ГХ, з них 59 з АО та 17 практично здорових осіб. Для оцінки однорідності груп за допомогою дисперсійного аналізу було визначено, що хворі порівняні за статтю та віком, так для статі $F=0,48$ ($p=0,61$), а для віку склало $F=1,36$ ($p=0,82$). Показники ліпідного обміну: загального холестерину, ліпопротеїдів високої щільності, ліпопротеїдів низької щільності, ліпопротеїди дуже низької щільності та тригліцеридів (ТГ) у сироватці крові ферментативно-фотометричним методом («Chol-DACLq» та «TG-DACLq» (виробництва «ДАС-SpectroMed», Молдова). Стан вуглеводного обміну визначали в сировотці крові: імунореактивного інсуліну імуноферментативним із використанням набору реагентів «InsulinELISA» та концентрацію глюкози натще визначали глюкозооксидазним методом (виробництво «Філісіт-Діагностика», Україна). Статистичну обробку визначали завдяки програми «Statistica».

Встановлено, що середній рівень систолічного і діастолічного артеріального тиску був вищий у хворих на ГХ з АО у порівнянні з пацієнтами на ГХ без АО. Рівень глюкози в сироватці крові вірогідно відрізнявся лише між здоровими ($4,85 \pm 0,09$) ммоль/л та пацієнтами на ГХ з АО ($5,49 \pm 0,10$; $p < 0,05$) ммоль/л. Детальний аналіз ліпідних показників у обстежених пацієнтів виявив, що рівень ТГ в сироватці крові хворих на ГХ з АО був вищим на 20,5% ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами на ГХ. При цьому у здорових рівень інсуліну склав ($5,4 \pm 0,6$) мкОД/мл, при ГХ без АО ($10,4 \pm 1,0$)

мкОД/мл, що вірогідно відрізнялось від контрольної групи ($p < 0,001$), а при ГХ з АО - ($18,2 \pm 0,9$) мкОД/мл, що вірогідно відрізнялось не лише у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$), а й у порівнянні з пацієнтами на ГХ ($p < 0,01$).

Висновки: таким чином для покращення діагностики хворих на ГХ з АО треба визначати глюкози сироватки крові, рівень ТГ та імунореактивного інсуліну для попередження розвитку серцево-судинних ускладнень.

Архіпкіна О. Л.

ЗМІНИ РІВНЮ ЕНДОТЕЛІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра внутрішніх и професійних хвороб

Розповсюдженість гіпертонічної хвороби (ГХ) в Україні складає 32,2% серед дорослого населення, а хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) - від 8 до 22 % дорослих у віці 40 років і більше. Згідно сучасних даних одним з ранніх та ключових уражень при кардіоваскулярній патології визнають порушення функції та пошкодження судинного ендотелію. Маркером структурно-функціонального пошкодження ендотеліоцитів вважають вазоконстрикторну субстанцію - ендотелін-1(ЕТ-1).

Метою дослідження було вивчення вмісту ЕТ-1 у хворих на ХОЗЛ та ГБ.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на ХОЗЛ II ступеня чоловіків, які знаходилися на лікуванні у клініці НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. Серед обстежених 26 осіб мали ГХ II ступеня, які ввійшли до основної групи. 17 хворих з ізольованим перебігом ХОЗЛ склали групу співставлення. Контрольна група складалася 20 практично здорових осіб чоловічої статі. Визначення вмісту ЕТ-1 у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору фірми Amersham (США).

Результати дослідження. Вміст ЕТ-1 у хворих групи співставлення був достовірно вищим по відношенню до контрольної групи ($0,19 \pm 0,02$ фмоль/мл проти $0,15 \pm 0,01$ фмоль/мл, відповідно; $p < 0,05$), а в основній групі - найбільший ($0,26 \pm 0,02$ фмоль/мл).

Висновки. Таким чином, отримані дані демонструють підвищення рівня вазоконстриктора у хворих на ХОЗЛ, а особливо ХОЗЛ, поєднану з ГБ.

Бильченко А.А., Просоленко К.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №1, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бабак О.Я.

Микроальбуминурия (МАУ) является маркером развития глобальной эндотелиальной дисфункции и значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых катастроф у больных с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Гораздо менее изучена роль МАУ у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель: изучить взаимосвязь МАУ с показателями липидного обмена у больных с ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных с ИБС, (женщин – 20 (51,3%), мужчины – 19 (49,7%). Возраст больных от 43 до 70 лет и в среднем $65,4 \pm 7,2$ лет. Для оценки уровня МАУ определяли соотношение альбумин/креатинин в моче с помощью стандартных тест - полосок MicroalbuPhan (производства Pliva-Lachema,

Чехия). Всем больным определялся липидный спектр крови. В качестве маркера системного воспаления был использован уровень СРБ в плазме крови.

Результаты. Выявляемость МАУ у больных с ИБС составила 64,1%, при этом средний уровень МАУ у больных с ИБС был 28,9±12,9 мг/ммоль. Соотношение альбумин/креатинин было выше среди больных ИБС мужского пола (29,24±14,56 мг/ммоль), по сравнению с женщинами (21,3±0,01 мг/ммоль). Отношение альбумин/креатинин было выше среди больных ИБС с дислипидемией по сравнению с больными, у которых дислипидемия не выявлена (33,2±11,2 мг/ммоль и 16,4±11,4 мг/ммоль соответственно, $p < 0,05$). Корреляция между уровнем общего холестерина плазмы и соотношением альбумин/креатинин у больных с ИБС составила $r = 0,23$ ($p = 0,06$). Не было выявлено достоверных отличий в отношении альбумин/креатинин среди больных ИБС с различными уровнями холестерина ЛПВП. Корреляция между уровнем холестерина ЛПВП и соотношением альбумин/креатинин у больных с ИБС составила $r = 0,18$ ($p = 0,25$). Корреляция между уровнем холестерина ЛПНП и соотношением альбумин/креатинин у больных с ИБС составила $r = 0,31$ ($p = 0,034$). Соотношение альбумин/креатинин было достоверно выше у больных ИБС с уровнем холестерина ЛПНП от 130 до 159 мг/дл по сравнению с больными с уровнем < 100 мг/дл (33,6±11,1 мг/ммоль и 26,50±14,16 мг/ммоль соответственно, $p < 0,05$). Не было выявлено достоверных отличий в отношении альбумин/креатинин среди больных ИБС с различными уровнями триглицеридов. Корреляция между уровнем триглицеридов и соотношением альбумин/креатинин у больных с ИБС составила $r = 0,06$ ($p = 0,54$). Выявлена взаимосвязь МАУ с активностью системного воспаления у больных с ИБС. Соотношение альбумин/креатинин в моче больных ИБС с повышением уровня СРБ плазмы было выше, чем у больных с нормальным уровнем СРБ (35,9±5,1 мг/ммоль и 22,3±5,2 мг/ммоль соответственно, $p < 0,05$). Коэффициент корреляции отношения альбумин/креатинин в моче с уровнем СРБ в плазме крови больных с ИБС составил $r = 0,41$ ($p = 0,02$).

Выводы. Таким образом, у больных с ИБС выявлено повышение уровня альбумин/креатинин в моче, что является маркером наличия у них выраженной эндотелиальной дисфункции. Уровень МАУ у больных с ИБС был взаимосвязан с наличием дислипидемии и уровнем холестерина ЛПНП, а также со степенью активности системного воспаления.

Борзова-Коссе С.І.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ СИНДРОМУ ЗІВЕРТА-КАРТАГЕНЕРА

**Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної алергології та імунології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Синдром Зіверта-Картагенера генетично детермінована патологія. Захворювання вперше було описано київським лікарем А.К. Зівертом в 1902, а дещо пізніше шведом М. Картагенером. Це одна з форм первинної циліарної дискінезії (синдрому «нерухомих війок») - дефект будови миготливого епітелію слизової оболонки респіраторного тракту. Тріада Зіверта-Картагенера включає в себе утворення бронхоектазів, поліпоз носа та придаткових пазух, інверсне розташування органів.

Пацієнтка 19 років звернулася в поліклініку зі скаргами на підвищення температури тіла протягом 3-х днів до 38⁰С, кашель з виділенням рясного гнійного мокротиння, слабкість, пітливість, нежить та головний біль. В анамнезі - синдром Зіверта-Картагенера, діагноз встановлено в 7 років, останнє стаціонарне лікування в 16 років. Об'єктивно: стан відносно задовільний. Носове дихання утруднене. У легких

вкорочення перкуторного звуку, дихання жорстке, в нижніх відділах зліва ослаблене, вислуховуються дрібнопухирчасті хрипи, справа - багато середньопухирчастих хрипів. Тони серця при аускультатії зліва - глухі, праворуч вислуховуються ясні гучні серцеві тони. Живіт безболісний, печінка і селезінка не збільшені. У загальному аналізі крові лейкоцитоз $11,6 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 14 мм/годину. На рентгенограмі декстрапозиція серця, легенів. Відзначається пористий легеневий малюнок. Вогнищева інфільтрація легеневої тканини в S9 зліва. При дослідженні функції зовнішнього дихання виявлено порушення вентиляції за обструктивним типом. На ЕКГ ознаки перевантаження правих відділів серця і помірна їх гіпертрофія. Консультація отоларинголога: поліпоз носа, правобічний синусит.

Встановлено діагноз: Синдром Зіверта-Картагенера. Позалікарняна лівобічна нижньодолева пневмонія, II клінічна група. Поліпоз носа, правобічний синусит. Проведено лікування відповідно до стандартів лікування пневмонії та синуситу. Хвора взята на диспансерний облік терапевтом та отоларингологом.

Описаний випадок привертає свою увагу тим, що синдром Зіверта-Картагенера досить рідко зустрічається (0,1-2%), зазвичай призводить до інвалідизації та потребує уваги лікарів різних спеціальностей.

Боровик Е.Н., Романова Е.А., Корж – Гульченко В.И.
ВЛИЯНИЕ АДИПОЦИТОКИНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

На этапе современных исследований известно, что в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности и различных ее проявлений значительную роль играет жировая ткань, которая синтезирует адипокины, обладающие различными локальными, периферическими и центральными эффектами, среди которых адипонектин и резистин.

Цель исследования – изучение уровней гормонов жировой ткани у больных с коморбидным течением артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа с учетом принадлежности к факторам формирования инсулинорезистентности.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 больных АГ, которые были разделены на группы в зависимости от наличия СД 2 типа. Определение уровня резистина и адипонектина проведено иммуноферментным методом.

По результатам нашего исследования было выявлено, что у больных с коморбидным течением АГ и СД 2 типа уровень адипонектина составил $4,52 \pm 0,12$ мг/мл, а резистина $19,00 \pm 0,42$ мг/мл, по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа, у которых значения этих показателей составили: $6,83 \pm 0,10$ мг/мл и $14,90 \pm 0,29$ мг/мл соответственно. Установлено, что уровень адипонектина достоверно снизился у больных с сочетанной патологией АГ и СД 2 типа на 29,15%, по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа, и на 62,55% с контрольной группой. Тогда как уровень резистина, наоборот, достоверно увеличился на 21,58% у больных первой группы по сравнению с больными второй группы и на 48% с контрольной группой. Данные результаты свидетельствуют о том, что адипоцитокينات являются факторами формирования инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Брачкова Д.С., Колесник В.А.
**ВЗАИМОСВЯЗЬ АДИПОНЕКТИНА, АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И УРОВНЯ
ТРАНСАМИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Журавлева А.К.

Основой патогенеза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) является инсулинорезистентность (ИР), возникающая на фоне абдоминального ожирения (АО), которое, в свою очередь, является ключевым фактором в возникновении дисбаланса между адипоцитокинами, влечет за собой нарушения липидного и углеводного обменов, что, в конечном итоге, приводит к повреждению печеночных клеток, развитию воспаления, апоптозу и фиброзу.

Цель – изучить особенности изменения уровня адипонектина (АН) в зависимости от функциональных показателей печени и индекса ИР у больных с НАЖБП и сахарным диабетом (СД) 2 типа и АО.

Материалы и методы. 25 пациентов (10 мужчин и 15 женщин) с НАЖБП и СД 2 типа ($HbA1c < 7,5\%$). Клиническое обследование включало оценку антропометрических показателей (индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ)), функциональных показателей печени (АЛТ, АСТ) и индекса НОМА-ИР.

Результаты. Изменение ИМТ наблюдались у 94,5 % пациентов, в том числе, ожирение 1-й степени - у 54,6 %, 2-й степени - у 31,4% и у 4,6% - ожирение 3-й степени. Уровень АН был снижен в сравнении с контролем ($8,7 \pm 2,4$ нг/мл против $15,4 \pm 2,1$ нг/мл, $p < 0,05$) и коррелировал со степенью ожирения - $6,5 \pm 2,1$ нг/мл у пациентов с 3-й степенью ожирения ($p < 0,05$). Выявлены отрицательные связи между уровнем АН и ИМТ ($r = -0,36$; $p < 0,01$), ОТ ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Уровень АН достоверно снижался при повышении уровней АЛТ ($r = -0,44$; $p < 0,001$) и АСТ ($r = -0,46$; $p < 0,001$). Установлена обратная связь между уровнем АН и индексом НОМА-ИР ($r = -0,46$; $p < 0,001$).

Выводы. Гипоадипонектинемия у пациентов с НАЖБП и СД 2 типа ассоциируется с АО, ухудшением функциональных показателей печени и прогрессированием ИР, что способствует дальнейшему формированию метаболических нарушений в печени.

Бутенко Е.А., Чернякова А.Е.
СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Огнева Е.В.

Ученые по-прежнему находятся в поисках средства, которое бы обеспечивало стойкое снижение уровня глюкозы в крови у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) без риска развития тяжелых осложнений. На сегодняшний день особое внимание привлекает новейшая группа пероральных сахароснижающих препаратов – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (ингибиторы SGLT2). Активную заинтересованность вызывает высокоселективный ингибитор SGLT2 обратимого действия - дапаглифлозин (коммерческое название «Форксига»).

Цель исследования - найти обоснование и оценить возможности применения селективного ингибитора SGLT2 - дапаглифлозина в терапии больных с СД-2.

Результаты. Дапаглифлозин обеспечивает выведение примерно 70 г/сут глюкозы с мочой, что соответствует 280 ккал/сут при его применении в дозе 10 мг в сутки пациентами с СД-2 на протяжении 12 недель. При этом диурез повышается в среднем только на 375 мл/сут (1 дополнительное мочеиспускание в сутки). У больных с СД-2 препарат также вызывает дозозависимое снижение массы тела вследствие осмотического диуретического эффекта и потери калорий за счет глюкозурии. На сегодняшний день дапаглифлозин был изучен в 11 двойных слепых рандомизированных контролируемых исследованиях с участием в общей сложности 5693 пациентов с СД-2. По данным С. J. Bailey и соавт. уже через 12–24 недели применения дапаглифлозина в виде монотерапии снижение уровня HbA1c у больных СД-2 составляло 0,54–0,89%, а снижение массы за счет уменьшения подкожно-жировой клетчатки – 2–3 кг по сравнению с плацебо. В исследовании М. А. Nauck и соавт. наблюдалось снижение артериального давления и увеличение гематокрита (на 1–2%), что связывают с его диуретическим эффектом. Частота гипогликемии при применении дапаглифлозина не отличалась от таковой при применении плацебо. Самым серьезным побочным эффектом, который удалось выявить при проведении клинических исследований - инфекции урогенитального тракта – вульвовагинит, балантит (2–13 против 0–8%). Но этот побочный эффект редко становится причиной отказа пациентов от лечения. Показание к назначению данного селективного ингибитора SGLT2 - необходимость улучшения гликемического контроля у пациентов с СД-2 как монотерапия в сочетании с диетой, так и в качестве дополнения к лечению метформином при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии. Противопоказаниями считаются возраст младше 18 и старше 75 лет, почечная недостаточность средней и тяжелой степени тяжести, гиповолемия, одновременный прием петлевых диуретиков, пиоглитазона, беременность и лактация.

В эндокринологическом отделении КУОЗ «ОКБ» за период с сентября по декабрь 2014 г. препарат дапаглифлозина («Форксига») был назначен 20 больным с субкомпенсированным СД-2 в комбинации с метформином (11 женщин и 9 мужчин в возрасте от 48 до 65 лет). На фоне терапии отмечен более стойкий контроль гликемии. Наблюдались побочные явления в виде кандидозных вульвовагинитов (у 7-ми женщин) и балантитов (у 3-х мужчин), что не являлось поводом для отказа от приема препарата. Данным больным дополнительно назначалась противогрибковая терапия с положительным эффектом. Ведется дальнейший мониторинг эффективности препарата.

Выводы. Дальнейшее изучение клинических эффектов селективных ингибиторов SGLT2, в частности, дапаглифлозина является перспективным направлением современной эндокринологии. Несмотря на хорошие результаты в клинических исследованиях, до сих пор нет подтверждения их абсолютной безопасности при постоянном длительном применении.

В'юн Т.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Харківський національний медичний університет

Проблема сукупного перебігу захворювань внутрішніх органів на теперішній час набуває все більшого значення. Це пов'язано з тим, що в повсякденній лікарській практиці такі хворі складають значну більшість і в кожному випадку потребують

розробки адекватної терапії. Серед таких захворювань перше місце належить хворобам серцево-судинної системи, які за своєю розповсюдженістю, показниками інвалідності та смертності значно випереджають інші патологічні стани. В той же час за даними статистичних викладок велику розповсюдженість мають захворювання біліарного тракту, а саме, хронічний холецистит. Поєднання обох груп захворювань визначає певні особливості клінічної симптоматики, що виникають внаслідок перетинання патогенетичних ланок та лікувальних заходів.

Метою роботи було визначення особливостей клінічних проявів артеріальної гіпертензії або ІХС у пацієнтів з ХБХ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 37 хворих з ХБХ, серед яких у 21 випадку він перебігав на тлі АГ, та у 16 – ІХС. Вік хворих коливався від 27 до 59 років (в середньому – $41,4 \pm 5,7$ років), переважали жінки – 37 осіб (78,4%). Тривалість захворювання на ХБХ перебувала в межах від 4 до 18 років; захворювання серцево-судинної системи мали анамнез від 6 до 17 років. Частіше з означених захворювань передувало ХБХ (27 пацієнтів – 73%), у 7 осіб (18,9%) – АГ та у трьох (8,1%) – ІХС. Група порівняння була представлена 19 особами з ХБХ без супутньої патології серцево-судинної системи. Всі хворі перебували на стаціонарному лікуванні та проходили обстеження згідно протоколів ведення таких пацієнтів. Оцінювали перебіг больового та астеноневротичного синдромів.

Результати та їх обговорення. Так, виникнення больового синдрому у осіб на ізольований ХБХ частіше було пов'язано з погіршенням в дієті або фізичним навантаженням. Біль локалізувався в правій ділянці живота (17) та іррадіював до правої лопатки (14); тривав до 3-4 годин та декілька зменшувався при призначенні спазмолітичних препаратів. Одночасно спостерігалися нестійкі випорожнення зі схильністю до закрепів. В той же час вже на 3-4 день перебування у відділенні біль значно зменшувався. У хворих з сукупною АГ виникнення болю в точці проекції жовчного міхура доволі часто (66,7%) відбувалося на тлі підвищення АТ та супроводжувалося у 13 осіб (61,9%) короткочасною нудотою. У цих хворих не було визначено іррадіації болю до правої половини тулуба, тривалість її залежала від зберігання висоти АТ. У хворих на ІХС біль виникав на тлі кардіалгій, супроводжувався тахікардією, а у 9 (56,3%) випадках - появою екстрасистолії. Якщо хворі визначали появу стенокардії в нічний час (7 -43,8%), то виникав дискомфорт в правому підребер'ї, який не призводив до розгорнутого больового приступу; причому такі клінічні прояви зберігалися тривалий час – 3-4 години. В утішні часи такі хворі визначали загальну слабкість, млявість, нездужання. Призначення таким хворим спазмолітичних препаратів під час загострення кардіальної патології практично не призводило до покращення стану, однак біль зникав під впливом патогенетичної терапії відповідної нозологічної форми – гіпотензивні або коронаролітичні препарати. Іншою проблемою у означених хворих був «антено-вегетативний хвіст», який проявлявся тривалим (2-3 місяці) астенічним синдромом.

Висновки. Поєднаний перебіг ХБХ та АГ або ХБХ і ІХС призводить до змін клінічної симптоматики: ознаки кардіальної патології виступають на перший план, а прояви біліарного захворювання декілька згладжуються або набувають атипового перебігу. Виникаючий больовий синдром в такому разі, ймовірно, має рефлекторний характер, як наслідок залучання симпатичної нервової системи. Іншою особливістю таких хворих є тривалий антено-вегетативний синдром, який зберігався 2-3 місяці.

Волик М.С.

ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ АНГИОГРАФИЧЕСКИ ИНТАКТНЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Котовщикова Н.Н.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из наиболее актуальных медицинских и социальных проблем в Украине, поскольку служит ведущей причиной инвалидности и составляет 65 % в структуре смертности от болезней системы кровообращения трудоспособного населения. На сегодняшний день среди многих видов инструментальной диагностики ИБС коронарография (КГ) является «золотым стандартом». Согласно данным, в 2013 году в областной клинической больнице (ОКБ) было проведено 679 коронарографий. Из них 195 исследований больным, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ОКБ. По данным за 11 мес. 2014 года эта цифра составляет 650 КГ, из них по отделению – 187.

Цель исследования – изучение особенностей клиники и течения заболевания у больных ИБС с интактными коронарными артериями (ИКА).

Были обработаны 187 историй болезни с акцентом на проведенные КГ. Из них у 26 больных (14%) не было выявлено атеросклеротических изменений КА.

Проведен сравнительный анализ больных: I гр. (n=12) составили пациенты с ИКА и типичной клиникой ИБС; II гр. (n=14) – пациенты с ИКА и атипичным течением стенокардии; III гр. (n=30, контрольная) больные с типичной клиникой ИБС и атеросклеротическим поражением КА. Возраст обследованных составлял 44,7±1,6; 45,0±2,0; 49,8±1,6 лет, а давность заболевания – 4,0±1,0; 2,6±2,0; 3,2±0,8 лет соответственно, т.е. больные III гр. были старше, а давность заболевания пациентов I гр. больше. Число дополнительных приемов нитроглицерина: I гр. 2-4 таблетки в день, 2 гр. – 3-4, 3 гр. – до 7-8 т. в день. И это косвенно указывает на более тяжелое течение заболевания у лиц контрольной группы. Перенесенный ранее Q-позитивный инфаркт миокарда (ИМ) в I, II, и III группах обследованных имел место соответственно у 10, 22 и 13% больных. Q-негативный ИМ – соответственно у 20, 17 и 11% обследованных. Расчетные параметры дозированной физической нагрузки (Вт) в группах были близки (155,0±6,5; 150,1±10,5; 143±3,9), а пороговая мощность достоверно ниже в III гр. (80,3±9,1; 119,1±11,0; 64,1±10,0). Анализ результатов ультразвукового исследования показал, что у больных с типичной клиникой ИБС и ИКА фракция выброса, скорость циркулярного укорочения миокарда, конечный систолический и диастолический объемы были близки величинам, что и у больных с поражением одной КА. Гипокинезия определялась чаще у больных с типичной клиникой стенокардии как с пораженными КА, так и с ИКА. У пациентов с атипичным течением стенокардии чаще наблюдались акинезии и дискинезии.

Таким образом, давность заболевания у больных с типичной стенокардией была в 1,5 раза больше, чем у пациентов с атипичным течением стенокардии, что позволяет предположить превалирование атипичных проявлений стенокардии в начале заболевания. У больных ИБС с ИКА возможно развитие Q-позитивных и Q-негативных ИМ. Количество перенесенных ранее ИМ у пациентов с типичной и атипичной клиникой стенокардии не различалось и было больше, чем у больных ИБС с атеросклеротическим поражением одной КА. Больные ИБС и ИКА отличаются большей толерантностью к физическим нагрузкам. Показатели функциональной

активности миокарда у больных с ИБС и ИКА соответствуют таковым у пациентов с атеросклеротическим поражением одной магистральной КА.

Габисония Т.Н., Минухина Д.В.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

**Кафедра внутренней медицины № 2 клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Кравчун П.Г.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей проблемой охраны здоровья во многих странах мира, поскольку характеризуется высокой распространенностью и смертностью. Одной из самых распространенных форм ИБС является стабильная стенокардия. Коморбидность стабильной стенокардии и ожирения является триггерным механизмом патофизиологического каскада развития и прогрессирования атеросклероза.

Цель: оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений на основании выяснения патогенетической роли висфатина и адипонектина в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Материалы и методы: Обследовано 60 больных стабильной стенокардией. Все больные были распределены на 2 группы: больные стабильной стенокардией с сопутствующим ожирением (n=35) и больные стабильной стенокардией без ожирения (n=25).

Результаты: При изучении динамики адипокинового обмена уровень висфатина достигал $30,1 \pm 1,2$ нг/л, а адипонектина снижался до $5,17 \pm 0,15$ нг/л у больных первой группы по сравнению со второй.

Выводы: Таким образом, изучение патогенетического значения висфатина и адипонектина у больных стабильной стенокардией и ожирением могут быть использовано в качестве предиктора развития и прогрессирования стабильной стенокардии.

Гайнутдинова А.А.

РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина**

Научный руководитель: доцент Химич Т.Ю.

Необходимость решения различных ситуаций в социуме человеком вызывает у него напряжение психоэмоциональной сферы, что в свою очередь оказывает непосредственное влияние на выполнение организмом его функций. Так, чувство страха либо гнева может приводить к физиологическому изменению работы легких и вызывает учащенное, а иногда и затрудненное дыхание, что впоследствии является признаком развития патологии. Если же человек пребывает в уравновешенном состоянии, мыслит позитивно, его дыхание спокойное и ровное. Бронхиальная астма является одной из проблем нарушающей естественные функции дыхательной системы и организма в целом.

Цель: изучение взаимосвязи развития и течения бронхиальной астмы с психоэмоциональным состоянием организма.

Материалы и методы: Качество жизни было изучено с помощью анкеты Святого Георгия (SGRQ), характеристику индивидуально-психологического склада было изучено с помощью теста Г. Айзенка.

Результаты: Обследовано 5 больных, которые являются больными бронхиальной астмой. Средний возраст больных составил $37,6 \pm 4,1$ лет. Бронхиальная астма возникает как проявление рефлекторного ответа в виде кашля, приступа удушья на определенные соматические и психические раздражители. Независимо от срока течения заболевания у больных наблюдается тревога, ярость и страх, постоянный стресс, расстройства настроения, наблюдаются жалобы на снижение работоспособности. Для большинства пациентов характерна истерия, депрессия, ипохондрия, очень низкая самооценка, недостаток уверенности в себе, низкий уровень социальных контактов, а также постоянный упадок сил, что, в сущности, играет главную роль в дальнейшем выздоровлении.

Проведенный анализ характеристики индивидуально-психологического состояния с помощью теста Г. Айзенка показал, что в большинстве своем больные являются явными интровертами, склонны к невротизму и имеют меланхолический тип характера. Проведенный анализ шкал вопросника SGRQ выявил в 79 % изменения по шкале «симптомы», в 82 % изменения по шкалам «активность» и «влияние», максимальное количество баллов зафиксировано по шкалам «активность» - $77,9 \pm 4,8$ и «суммарный балл» - $77,1 \pm 3,5$, что свидетельствует о затруднении при быстрой ходьбе, необходимости часто останавливаться, о невозможности заниматься теми видами деятельности, какими хотелось бы и о последующим психоэмоциональном самонеудовлетворении.

Выводы: качество жизни у пациентов страдающих бронхиальной астмой в значительной степени снижено из-за нарушения уровня психоэмоционального состояния вызванного заболеванием: от хорошей до плохой, параметры всех шкал здоровья ухудшаются, падает уровень самооценки. Таким образом, нами выявлено, что от степени выраженности нормального психологического состояния организма напрямую зависит наличие и степень выраженности патологического процесса происходящего в организме человека, такого как бронхиальная астма.

Герасимчук У.С.

ПРИМЕНЕНИЯ ЗОЛОПЕНТА ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра внутренней медицины № 3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков Украина

Научный руководитель: доцент Лахно О.В.

Цель исследования. Повысить эффективность терапии больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа) на фоне ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 25 больных данной патологией, получавших золопент (пантопразол) по 40 мг 1 раз в сутки в течении 2-х недель. Внутриполостной рН-мониторинг выполняли при поступлении в стационар и на 4—5 день лечения препаратом золопент. Исследование проводили компьютерной системой "Гастроскан-24" (НПП "Исток-Система", Россия). 1 группа - 12 пациентов с дуоденальной язвой, 2 - 13 с ГЭРБ в сочетании с СД 2 типа на фоне ожирения. Результаты: кислая внутрижелудочная среда (гастроэзофагеальные рефлюксы) была зарегистрирована у 9 (73,9%) больных 2 группы (рН в теле желудка $1,4 \pm 0,71$ ед.), которая отмечалась преимущественно в ночное время и утренние часы. По данным внутрижелудочной

pH-метрии, выполненной на 4—5 день лечения, средняя продолжительность действия 40 мг золопента у больных составило $9,5 \pm 1,67$ ч. При поступлении в стационар у данных больных, регистрировалась чрезмерно кислая желудочная среда (pH в теле желудка 0,9—1,1 ед.). Прием лишь в утренние часы 40 мг золопента формировал антисекреторный эффект во второй половине дня. В период ночного сна блокады кислотной продукции не происходило, а на pH-граммах отмечались длительные периоды закисления желудочной среды. Дополнительный прием 40 мг золопента в вечернее время позволял сделать процесс ингибирования желудочного кислотообразования более длительным. Таким образом, применение 40 мг золопента при лечении больных ГЭРБ в сочетании с СД 2-го типа на фоне ожирения позволяет на 4—5 день повысить pH в полости желудка до 4,0 ед.

Гонтарь Е.В., Орлова О.С.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков Украина
Научный руководитель: Борзенко А.Б.**

Исследования последних десятилетий характеризуются выявлением тесной связи между нарушениями гемостаза, фибринолитической системой крови и болезнями сердечно-сосудистой системы (ССС). Доказана роль тромбоза в генезе острого инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, а также и нарушений первичного (тромбоцитарно-сосудистого) гемостаза при аритмиях, обусловленных ишемической болезнью сердца (ИБС). Отсюда логичным кажется интерес, который проявляют кардиологи к сути гемостазиологических изменений при различных формах патологии сердца, в частности при идиопатических нарушениях ритма сердца (ИНРС), под которыми подразумеваются аритмии с невыявленной структурной патологией сердца.

Цель исследования – оценка сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза, состояния фибринолитической системы крови у больных ИНРС.

Материалы и методы. На протяжении 3-х месяцев нами было обследовано 15 больных с ИНРС (9 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 15 до 49 лет; средний стаж аритмии 6,3-6,7 года. Обследование проводилось на безмедикаментозном фоне. Диагноз ИНРС ставился путем исключения заболеваний (кардиологического профиля и других болезней) и пороков развития, которые могли бы вызывать нарушения ритма сердца. У всех больных проводились клинические и биохимические исследования, ЭКГ, Эхо-кардиоскопия, ЭКГ-мониторирование, рентгенография органов грудной клетки, велоэргометрия или стресс-Эхо-кардиоскопия. Оценивалось состояние системы гемостаза по стандартным методикам, в том числе адгезивная и агрегационная функция тромбоцитов, фибринолитическая активность крови определялась по Коваржик.

Результаты проведенного исследования: желудочковая парасистолия 1 (6,6%) больной, желудочковая экстрасистолия 4 (26,6%) больных, АВ-узловая реципрокная пароксизмальная тахикардия 5 (33,3%) больных, суправентрикулярная экстрасистолия – 1 (6,6%) больной. Имело место сочетание различных видов аритмий у 4 (26,6%) пациентов. В группе больных ИНРС обнаружены достоверные отклонения показателей первичного и вторичного гемостаза. Выявлена тромбоцитопатия, проявляющаяся снижением агрегационной функции тромбоцитов с АДФ ($63 \pm 24,8$) и адреналином ($60 \pm 29,7$), снижению протромбина ($98,4 \pm 8,51$),

удлиненієм часу рекальцифікації плазми($124,45\pm 29,6$) - це можливо об'яснюється гемостатическою гіперреактивністю клітчаных елементов крові (при виявленній гіпофункції тромбоцитов), що може свідечать об іммунологіческом или клітчанно-гуморальном контроле гемостаза. Повеішення толерантності крові к гепарину ($139\pm 36,6$) при увеіченні концентрації антитромбіна III ($119,3\pm 25,4$) так же соотвеіствует ообщей тенденції к гіпокоагуляції. Означається висока варіабельність показатеілей фібринолітесческой активності у боіьных ІНРС ($8,41\pm 6,97$). В таком случает гемостазіологіческее отклонення вторичны и являються отраженієм іммуного неблагополучія в організме. В отвеі на нарушеніе трофікки, обусловленное аритміей, ауторегуляторно організм отвеічает сниженієм коагуляціонного потенціала первічного и вторічного гемостаза, которое изменяет реологію крові согласно трофіческым потреіностям.

Выводы. У пацієнтов с ІНРС обнаруживается вторічная тромбоцитопатія, которая проявляється нарушенієм агрегаціонной функції (с індукторами АДФ и адреналином) и сниженіе ообщекоагуляціонного потенціала, проявляющееся повеішением толерантності крові к гепарину при увеіченні концентрації антипроміна III, сниженієм протромбіна и удлиненієм часу рекальцифікації плазми.

Гончаренко М.М., Шаповалова С.О.

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ РАННІХ МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

**Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоеітики та біобезпеки
Харківський національний медичний універсітет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Ковальова О.М.**

Питання вивченія метаболічного синдрому (МС) є актуальним у сучасній системі охорони здоров'я, що пов'язано з безпосереднім впливом його компонентів (абдомінальне ожиріння, зниженія толерантності до вуглеводів або цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія (АГ) та ін.) на швидкий розвиток серцево-судинних ускладнень (ССУ). Ще у 2007 р. Консенсусом Міжнародної діабетичної федерації визначено чіткі критерії МС, який правомірно діагностувати починаючи з 10-річного віку. Не викликає сумніву той факт, що витокки метаболічних порушень сягають дитячого віку, а висока поширеність складових МС зумовлює актуальність вивченія цієї проблеми починаючи з дитячого віку. Тому рання діагностика компонентів МС, як провідних факторів ризику (ФР) ССУ, та їх модифікація в підлітковому віці є базовими профілактичними заходами уповільнення патологічного процесу.

Мета роботи. Проаналізувати розповсюдженість ознак МС та проаналізувати функціональний стан серцево-судинної системи (ССС) у учнів середньої та старшої школи, й дослідити їх динаміку по мірі дорослішання підлітків задля обґрунтування комплексу профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Групу дослідження склали 60 підлітків, яких було обстежено двічі з інтервалом 1 рік (розподіл підгруп проводили за віковою та гендерною ознаками). На підставі аналізу антропометричних показників, рівня АТ було розраховано індекс маси тіла (ІМТ) (індекс Кетле), на підставі чого зроблено висновки про розповсюдженість ФР ССУ серед підлітків. За результатами повторного обстеження було відокремлено групу учнів з ознаками МС, який виявлено вперше, та

групу з прогресуючим погіршенням фізичного стану, серед яких було проведено поглиблене вивчення функціонального стану серцево-судинної системи. Анкетування учнів відносно індивідуальних особливостей способу життя, фізичної активності, харчового режиму та шкідливих звичок за допомогою власноруч розробленої анкети. Статистичну обробку даних проводили за стандартними методиками.

Результати. Встановлено, що найвищі показники індексу маси тіла (ІМТ) та тенденція до зростання артеріального тиску (АТ) більш виражені в старшій віковій групі (переважно у дівчат). Максимальне зосередження дітей з відносно високим рівнем АТ в групі з максимально високим індексом Кетле демонструє пряму залежність між цими величинами, що можна використовувати при оцінці ризику ССУ у підлітків. По мірі дорослішання у 20% обстежених спостерігалось зростання метаболічного дисбалансу, що демонструє збільшення групи осіб із преожирінням за рахунок зростання ІМТ в учнів з первинно нормальною вагою. Протягом року у 8 учнів з ІМТ більш 25 виявлено прегіпертензію, у 5 учнів з ожирінням 1 ст. встановлено АГ 1 ступеню. В групі дітей із підвищеним кардіо-васкулярним ризиком встановлено зниження функціонального резерву серця й низька витривалість до фізичних навантажень; виявлено найбільш високу поширеність поведінкових факторів ризику (зниження рухливої активності та недотримання здорового способу життя), що може бути кориговано шляхом перегляду стереотипів поведінки та мінімізації впливу факторів ризику на прогноз ССУ. На підставі отриманих результатів обґрунтовано та розроблено практичні рекомендації щодо профілактики розвитку АГ в підлітковому віці, до складу яких входять підвищення інформованості школярів про фактори ризику виникнення серцево-судинної патології, регулярний контроль за станом власного здоров'я (зокрема ваги тіла, пульсу та артеріального тиску) та необхідність модифікації способу життя (усунення шкідливих звичок, оптимізація харчування, регулярні динамічні фізичні вправи тощо).

Гужва Н.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Кафедра терапії та нефрології

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

В Україні щороку діагностують хронічну серцеву недостатність (ХСН) приблизно у 480-560 тисяч хворих. Незважаючи на використання сучасних методик лікування, ризик раптової смерті у хворих на ХСН в 5 разів більше, ніж у загальній популяції. Важливою медико-соціальною проблемою є ожиріння, оскільки саме воно є фактором ризику серцево-судинних захворювань(ССЗ).

Мета дослідження: оптимізація комплексного, патогенетично обґрунтованого підходу до лікування ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням, з виявленням предикторів її прогресуючого перебігу.

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз даних історій хвороб хворих з проявами ХСН. Для визначення структурно-функціональних змін міокарда - ехокардіографія, біохімічні методи визначення ліпідного спектру крові. Обробка результатів - за допомогою кореляційного методу та методу описової статистики.

Очікувані результати. Отримані результати істотно поглиблюють уявлення про структуру ССЗ, ускладнених ХСН, про частоту факторів ризику і летальності на тлі нормальної і надлишкової маси тіла та ожиріння. Буде показано, що в розвитку і

прогресуванні ХСН у пацієнтів з надлишковою масою тіла та ожирінням пріоритетне патогенетичне значення має поєднання наступних факторів ризику: дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, гіпертрофія лівого шлуночку, відсутність прихильності лікуванню. Отримані результати можливо буде використовувати для ранньої діагностики ХСН, профілактики та лікування ХСН, для поліпшення якості життя таких пацієнтів, що призведе до значних знижень витрат суспільства на лікування даної категорії хворих.

Делєвська В.Ю.

ПЕРЕРОЗПОДІЛ ФРАКЦІЙ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

**Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: професор П.Г. Кравчун

Мета роботи: вивчити показники метаболізму сполучної тканини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 44 хворих у ХМКЛ № 27, поділених на дві групи. В 1 групу ввійшли 24 хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ (18 чоловіків та 6 жінок, середній вік $67,03 \pm 1,85$ рік), у 2 групу – 20 осіб (13 чоловіків і 5 жінок, середній вік $54,87 \pm 3,05$ років) з АГ без ХОЗЛ. Всім хворим проводилося дослідження вмісту загальних глікозаміногліканів (ГАГ) та їх фракцій у сироватці крові.

Результати. Дослідження показало, що у хворих з АГ та ХОЗЛ відзначається збільшення низькосульфатованої фракції ГАГ та зниження фракцій середньої та високої сульфатованості в порівнянні з контрольною групою. У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне зниження фракцій середньої та високої сульфатованості (на 24% і 14 % відповідно). У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне збільшення фракції низької сульфатованості ($7,2 \pm 0,21$ і $6,4 \pm 0,12$ % відповідно). У хворих з АГ відзначалось зниження фракцій середньої та високої сульфатованості.

Висновки. Таким чином, як при ізольованій АГ, так і при АГ та ХОЗЛ відзначено пере- розподілення ГАГ в сторону збільшення фракцій низької сульфатованості, що створює дефіцит більшсульфатованих фракцій та може обумовлювати їх участь в патогенезі цих захворювань.

Донская А.П., Ильченко С.О.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕРАПЕВИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: доцент Добровольская И.Н.

Полипрагмазия в медицине — одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств и лечебных процедур. Существует зависимость между количеством назначаемых препаратов и нежелательными эффектами терапии.

Материалы и методы: обзор литературы, анализ причин и разработка методов минимизации количества применяемых препаратов.

В апреле 2014 команда специалистов из Кембриджского Центра Исследований в Великобритании проанализировала 180 815 взрослых, находящихся в возрасте старше 20 лет, имеющих долгосрочные заболевания. Специалисты обнаружили, что пациентов, имеющих одинаковое медицинское условие (заболевание), и принимающих 10 или более лекарств, в три раза более вероятно госпитализируются, по сравнению с пациентами той же медицинской категории, принимающих от одного до трех препаратов. Нами проанализированы основные причины полипрагмазии в терапевтическом стационаре: полиморбидность у пациентов, как следствие - ведение больных несколькими специалистами, каждый из которых назначает препараты, не принимая во внимание риск нежелательного взаимодействия с уже получаемой больной терапией; самостоятельный прием больными препаратов, не согласованный с лечащим врачом, материальная заинтересованность врача в назначении препарата, под промоцией фармакологических компаний.

Выводы. Разработаны методы борьбы с полипрагмазией: рациональное назначение: использовать препараты с доказанной эффективностью, с учётом несовместимости, учетом плейотропных эффектов; предпочтение отдавать комбинированным препаратам; широко применять немедикаментозные методики в лечении терапевтических больных.

Доспехова М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОФИЗИОГНОМИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КАК ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Пионова Е.Н.

Предупредить болезнь намного легче, чем лечить. Как же ее диагностировать? Известно, что своеобразной картой состояния внутренних органов является состояние лица. Патологические признаки (ПФП) – это изменения структуры и формы основных черт лица. Семиотикой бронхиальной астмы с позиции физиогномики являются расширение сосудов носа и вокруг него, цианоз щек; бронхита - цианоз кожи ушных раковин; пневмонии - побледнения отдельных участков на носу; эмфиземы - комплексный цианоз губ, щек и лба; а при легочной недостаточности - наличие расширенных пор крыльев носа.

Для оценки степени проявления ПФП использовалась 5 бальная шкала: 1б. – наличие 1 признака, 2б. – 2 слабо выраженных признака, 3б. – 2 ярко выраженных признака, 4б. – 3 признака, 5б. – 3 и более хорошо выраженных признаков. Обследовано 30 больных с заболеваниями органов дыхания (ЗОД) (10 мужчин и 20 женщин) возрастом от 22 до 73 лет.

Результаты: у 28 (93%) больных выявлены ПФП, характерные для ЗОД. У больных ХОЗЛ, гр. В степень проявления ПФП составила 2,7б., ХОЗЛ гр. С – 4,5б., ХОЗЛ, гр. Д – 4,8 – 5б. У 100% больных БА выявлено дополнительную вертикальную складку на щеках, у 91% больных с эмфиземой легких -увеличение напряжения щечной мышцы, у 96% больных с плевритом -расширение капилляров на щеках, морщина между бровями и опущение уголков рта.

Выводы: наши данные свидетельствуют о наличии прямой зависимости между выраженности ПФП и степенью тяжести ХОЗЛ. ПФП являются информативными (достоверность 93%) для диагностики патологии органов дыхания.

Дубінін С.О., Молчанюк Д.А., Гопцій О.В.
ЗМІНИ РІВНЯ ФНП- α У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З
ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ІНСУЛІНУ В КРОВІ

Кафедра внутрішньої медицини №1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Бабак О.Я.

Мета: Визначити зміни рівня ФНП- α у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ожирінням залежно від рівня інсуліну у сироватці крові.

Матеріали. Обстежено 123 хворих на АГ з ожирінням. Рівень ФНП- α та інсуліну визначали імуноферментним методом. Всі хворі були розділені на тертілі: у 1-му тертілі (n=41) рівень інсуліну складав (5,09 \pm 0,21 мкОД/мл), у 2-му тертілі (n=41) – (10,27 \pm 0,31 мкОД/мл), у 3-му тертілі – (32,34 \pm 2,53 мкОД/мл).

Результати. Встановлено, що показники артеріального тиску та індексу маси тіла достовірно підвищувалися від 1 до 3 тертіля: САТ 164,21 \pm 2,36 мм рт. ст., 171,09 \pm 1,99 мм рт.ст., 183,34 \pm 2,63 мм рт.ст. відповідно; АТ - 99,80 \pm 1,29 мм рт.ст., 99,39 \pm 0,89 мм рт.ст., 105,24 \pm 1,33 мм рт.ст.; ІМТ - 29,02 \pm 0,72 кг/м²; 31,33 \pm 0,79 кг/м²; 36,43 \pm 0,83 кг/м² відповідно, (p<0,05). Рівень прозапального цитокіну ФНП- α у крові гіпертензивних хворих достовірно збільшувався паралельно підвищенню рівня інсуліну у кожному тертілі і досяг максимальних цифр у пацієнтів 3 тертіля: 1-й тертіль - 5,42 \pm 0,44 пг/мл; 2-й тертіль - 6,71 \pm 0,38 пг/мл; 3-й тертіль - 10,38 \pm 0,70 пг/мл, p<0,05. Встановлено кореляційний взаємозв'язок між рівнем інсуліну та концентрацією ФНП- α у 2 тертілі (R=0,35; p=0,02) та у 3 тертілі (R=0,48; p=0,001).

Висновки. Встановлено, що показники АТ, ІМТ та ФНП- α достовірно підвищувалися паралельно зростанню рівня інсуліну в сироватці крові. Та виявлений кореляційний зв'язок між рівнем ФНП- α та інсуліну.

Ерєменко Г.В., Каримова З.М.
ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ
Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Оспанова Т.С.

Дисгормональные нарушения – одна из наиболее распространенных патологий у женщин. Щитовидная железа (ЩЖ) – важнейшее звено нейроэндокринной системы, оказывающее существенное влияние на репродуктивную функцию. Перед нами были поставлены следующие задачи: установить факт наличия или отсутствия дисгормональных нарушений у женщин с гипотиреозом и охарактеризовать эти нарушения при их наличии. Субъектом исследования стали 10 женщин в возрасте от 30 до 45 лет с тиреоидной недостаточностью: 5 стационарных и 5 амбулаторных. Исследования проводились в форме опроса на базе Золочевской ЦРБ и Харьковской обласной клинической больницы. В ходе исследования было установлено, что у 6 из 10 опрошенных женщин имели место дисгормональные нарушения в виде периодических нарушений менструального цикла, временной аменореи. Следует отметить, что все нарушения наблюдались до постановки диагноза гипотиреоз и, следовательно, до принятия заместительной терапии. Большинство женщин отмечали нормализацию цикла после и во время лечения. Полученные результаты дают нам возможность сделать вывод о наличии тесной связи между функционированием ЩЖ и репродуктивной системы женщин, а также указывают на целесообразность включения в алгоритм обследования пациенток с гинекологической патологией

тестов оценки функционального состояния ЩЖ для раннего выявления субклинически протекающих ее заболеваний. Данное исследование будет продолжаться с целью увеличения достоверности статистических данных, а также установления общих закономерностей развития дисгормональных нарушений на фоне тиреоидной недостаточности.

Ерёменко Г.В., Михайская Е.Р. Порадюк Е.В
ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕНОСТЕЙ
БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Оспанова Т.С.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием разнообразных клеточных элементов. Темперамент - устойчивое объединение индивидуальных особенностей личности, связанных с динамическими, а не содержательными аспектами деятельности. Темперамент составляет основу развития характера.

Перед нами была поставлена следующая цель: выявление параметров темперамента в наибольшей степени влияющих на развитие и течение БА. Нами исследованы психологические особенности у 20 больных в возрасте от 25 до 65 лет в период ремиссии БА. Исследования проводились в форме опроса на базе Харьковской областной клинической больницы и Золочевской ЦРБ. Для оценки психологических особенностей личности мы использовали тест Айзенка. Характеризуя особенности больных БА, можно говорить о преобладании интровертированности по шкале «экстраверсии-интроверсии» (до 78%) и лишь у 22% имелась склонность к экстраверсии. Также нами выявлено преобладание у больных черт, характеризующих «эмоциональную лабильность». Это особенно чувствительные личности, тревожные, мнительные, как правило, имеющие заниженную самооценку и частые вегетативные расстройства.

Еременко Г.В., Илюха С.Э.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДОКУМЕНТАЦИИ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Оспанова Т.С.

Осложнения аллергических заболеваний – одна из ведущих проблем здравоохранения. В последнее время наблюдается тенденция к учащению случаев неотложных состояний в аллергологии.

Цель исследования: изучение статистических данных о количестве вызовов скорой медицинской помощи больным с аллергическими осложнениями в г.Харькове, а также оценка экономических затрат государства на оказание ургентной помощи этим больным и экономической целесообразности проведения профилактической терапии.

Материалы и методы: По данным службы скорой медицинской помощи (СМП) за 2013 год всего зарегистрировано 7807 вызовов к больным с аллергопатологией, что составляет приблизительно 6,9 % от общего количества вызовов за год. Количество вызовов к больным с приступом бронхиальной астмы составило - 6640, острой крапивницей – 530, анафилактическим шоком - 39, отеком Квинке – 208,

неустановленной аллергической реакцией – 390. Было госпитализировано в различные лечебные учреждения 1156 больных. Необходимо отметить, что количество повторных вызовов СМП составило около 7% от общего числа. Особое внимание заслуживают случаи вызовов к 6 больным, на которых пришлось 58% от общего показателя повторных вызовов, что в абсолютных цифрах составляет 312 ± 14 раз в год. Из данных службы СМП на один выезд машины скорой медицинской помощи затрачивается из госбюджета 310 гривен, а на стоимость необходимых лекарственных средств для оказания ургентной помощи больным с аллергопатологией – 18 гривен. Следовательно, материальные затраты государства за год для оказания ургентной помощи больным с аллергопатологией составляют 999296 гривен. Средние затраты государства на амбулаторное плановое лечение таких больных составили бы 120 тыс. гривен в год.

Результаты: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что для государства затраты на оказание ургентной помощи гораздо выше затрат на лечение и профилактику аллергических заболеваний. Учитывая это, с экономической точки зрения, больным более рационально проходить ежегодные профилактические курсы лечения для предупреждения неотложных состояний, связанных с аллергическими заболеваниями.

Еременко Г.В., Илюха С.Э.

ОСОБЕННОСТИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Оспанова Т.С.**

Цель исследования — изучение нарушений углеводного обмена у пациентов с бронхиальной астмой при различном характере базисной терапии больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Согласно цели исследования все больные были разделены на две группы. В 1-ю вошли 32 больных БА средней степени тяжести в возрасте от 38 до 65 лет ($51,12 \pm 8,17$), с длительностью заболевания 3,5 года. Индекс массы тела (ИМТ) составил $28,8 \text{ кг/м}^2$. По причине низкой комплаентности пациенты этой группы не выполняли рекомендации врачей и не получали базисной терапии ГКС. С целью купирования симптомов БА амбулаторно применялись β_2 -агонисты короткого действия и теофиллины. Следует заметить, что у основной части пациентов этой группы во время обострений заболевания 1–2 раза в год проводилось курсовое лечение системными ГКС. 2-ю группу составили 36 больных БА средней тяжести (46%) и тяжелого течения (54%) в возрасте от 39 до 59 лет ($49,08 \pm 7,42$), получавших базисную терапию ингаляционными ГКС в средних и высоких дозах и системные кортикостероиды. Длительность БА составила от года до 32 лет, продолжительность базисной терапии — от полугода до 10 лет. ИМТ равнялся $31,68$. Кроме общеклинического обследования у всех больных изучали особенности БА с помощью опросника по контролю симптомов астмы АСQ-5, а также исследовали функции внешнего дыхания (ФВД). Для оценки степени тяжести БА на фоне проводимого лечения использовали классификацию, приведенную в приказе № 868 от 08.10.2013 г. МОЗ Украины. У всех больных определяли ИМТ. Углеводный обмен оценивали по уровню глюкозы крови натощак. Кроме того, выполняли исследование гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. При обследовании больных выявлено, что средние показатели теста АСQ-5 находились в диапазоне значений неконтролируемой астмы (1,5 балла). При этом статистически значимых различий между группами не установлено. У всех пациентов отмечали выраженные изменения ФВД. Показатели углеводного обмена рассматривали у всех больных и отдельно у лиц без ранее выявленного СД. Число пациентов с ранее установленным СД составило 4 (13%), 7 (9%) в 1-й, 2-й и группах соответственно. При обследовании больных без выявленных ранее нарушений углеводного обмена оказалось, что средние значения гликемии натощак во 2-й и группе составило $6,45 \pm 0,23$ ммоль/л. Во 2-й группе гликемия натощак была статистически значимо выше, чем в группе контроля. Повышение HbA1 у лиц без ранее выявленного СД отмечено его повышение у больных (1-группе - 4%, во 2-й - 17%). Хотя HbA1c не является общепризнанным критерием диагностики СД, такие результаты могут косвенно свидетельствовать, что пациенты, получающие базисную терапию ГКС, особенно системными препаратами, склонны к развитию нарушений углеводного обмена. Чрезвычайно высокой была частота СД, которая в конечном итоге составила 20, 26 % в 1, 2 группах соответственно и значительно превышала данные в общей популяции. Частота нарушений толерантности к глюкозе и нарушений гликемии натощак также была более высокой на фоне систематического лечения ГКС (49% во 2-й против 61% в 1-й группе). Нормальные показатели гликемии установлены лишь у 49% пациентов 1-й группы, а также у 22 и 10% больных 2-й группы. Высокая частота нарушений углеводного обмена в 1-й группе пациентов, которые систематически не получали ГКС, возможно, связана с периодическим введением системных ГКС во время обострений заболевания при стационарном лечении.

Заключение. Одним из факторов риска нарушений углеводного обмена у обследованных больных является неконтролируемая БА. Это касается не только системной терапии пероральными ГКС. Всем пациентам с бронхиальной астмой, особенно получающим базисную терапию ГКС, требуется проводить регулярный скрининг нарушений углеводного обмена и их коррекцию.

Єрмак О.С.

ДИНАМІКА КОПЕПТИНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ОЖИРІННЯ

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор П.Г. Кравчун

Особливу драматичність ІХС набуває при розвитку гострого інфаркта міокарда (ГІМ). На сучасному етапі увага дослідників спрямована на виявлення впливу ожиріння (ОЖ) як фактора ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). У зазначеному ключі є перспективним напрямком роботи пошук та вивчення нових біомаркерів в галузі ССЗ, таких як копептин.

Мета дослідження – оптимізувати діагностику ГІМ у пацієнтів із супутнім ОЖ на підставі визначення динаміки копептину.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було влючено 80 пацієнтів з ГІМ, поміж яких 30 осіб мали нормальну вагу тіла, у 50 хворих було діагностовано ОЖ: ОЖ I ст. діагностовано у 25 осіб, ОЖ II ст. виявлено у 25 осіб. Контрольна група складала 25 практично здорових осіб. Копептин визначали імуноферментним методом.

Результати та їх обговорення. У хворих з ГІМ і ожирінням рівень копептину був вірогідно вищим ніж у хворих з ГІМ без ОЖ. У хворих з ГІМ і ОЖ спостерігалось

вірогідне зростання рівня копептину порівняно з пацієнтами без ОЖ. У пацієнтів з ГІМ зростання ступеня ОЖ асоціювалось із зростанням рівня копептину, що особливо виразно визначається за наявності абдомінального типу розподілу жирової тканини.

Железнякова Н. М., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Степанова Е.В.
ЦИТОКИНОВЫЙ КАСКАД В РЕАЛИЗАЦИИ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я.Бабак

Цель исследования. Определение состояния провоспалительного цитокинового звена иммунитета у больных с коморбидностью ХОЗЛ и хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 95 больных с ХОЗЛ. У 59 пациента с ХОЗЛ сочетался с ХП (основная группа). Исследование провоспалительного звена иммунитета проводилось путем определения ФНО- α , ИЛ-1 β (ProCon) на иммуноферментном анализаторе PR 1200 Sanofi Diagnostics Pasteur (Франция). Статистическая обработка проводилась с использованием лицензионной программы «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. Содержание ФНО- α у пациентов с изолированным ХОЗЛ составило $38,8 \pm 2,3$ нг/л, а при коморбидной патологии $87,8 \pm 4,1$ нг/л ($p < 0,05$), при этом в группе контроля данный показатель достигал лишь $24,2 \pm 1,5$ нг/л. В тоже время уровень ИЛ-1 β в основной группе повышался до $69,2 \pm 4,1$ нг/л, тогда как группе сравнения его концентрация составила $43,9 \pm 2,9$ нг/л ($p < 0,05$), при контрольных значениях $26,0 \pm 1,6$ нг/л.

Выводы. У больных ХОЗЛ активная фаза заболевания сопровождается активацией провоспалительного звена иммунитета. При сочетании ХОЗЛ и хронического панкреатита изменения в провоспалительном цитокиновом статусе, несмотря на отсутствие обострения панкреатита, достоверно усиливаются, что потенцируют воспаление, тем самым, способствуя более быстрому прогрессированию патологического процесса, более раннему формированию осложнений и инвалидизации данной категории больных.

Жижера Д. В.

АМІНОКИСЛОТИ - ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2 і медсестринства

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н. Бабічева О.О.

Мета дослідження – визначити взаємозв'язок змін показників метіоніну з перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД).

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих, з яких 20 осіб (1 група) - хворі на НАЖХП; 20 осіб (2 група) – хворі на ЦД 2 типу; 40 осіб (3 група) – хворі на НАЖХП при поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла; 40 осіб (4 група) – хворі на НАЖХП при поєднанні з ЦД 2-го типу і підвищеною масою тіла. Середній вік хворих склав $49,4 \pm 4,6$ років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. План обстеження включав визначення показників метіоніну в сироватці крові, оцінку структурно-функціонального стану печінки. Вміст амінокислот в сироватці крові

визначали методом хроматографії (КФК-2МП). Ультразвукове дослідження гепатобіліарної системи виконано за допомогою апарату «Siemens S-450» (Німеччина).

Результати досліджень. Таргентний аналіз рівня метіоніну в сироватці крові встановив достовірне підвищення показників у пацієнтів 3-ї та 4-ї групи ($47,0 \pm 4,8$; $52,0 \pm 5,0$; $p < 0,05$ відповідно) у порівнянні з показниками хворих 1-ї, 2-ї та контрольної групи ($32,0 \pm 4,3$; $38,0 \pm 4,7$; $23,0 \pm 4,0$; $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. Підвищення рівня метіоніну в сироватці крові сприяє прогресуванню метаболічних порушень та достовірно відображає функціональний стан печінки. З метою визначення прогресування захворювання у пацієнтів на НАЖХП при поєднанні з ЦД 2 типу та прогнозування їх несприятливого перебігу може бути використано визначення вмісту метіоніну в сироватці крові.

Зайцев П.В.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ НА ТЛІ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ

**Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Пасієшвілі Л.М.**

Остеоартроз (ОА) посідає центральне місце серед суглобової патології та характеризується високим індексом поліморбідності. В останній час звертають увагу на розповсюдження захворювань щитоподібної залози при ОА. Тому метою нашого дослідження стало вивчення особливостей клінічного перебігу ОА у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ) з урахуванням вмісту гормонів щитоподібної залози.

Матеріали та методи: Обстежено 23 хворих з коморбідністю ОА та АІТ (основна група) та 20 хворих з ізольованим перебігом ОА (група порівняння). Всім хворим проводили загальноклінічне дослідження з визначенням суглобових індексів WOMAC та Лекена, дослідження рівня тиреоїдних гормонів, УЗД щитоподібної залози, рентгенографію суглобів.

Результати дослідження: ОА у хворих на АІТ з'являвся у більш молодому віці, порівняно з групою контролю ($37,1 \pm 0,5$ та $46,3 \pm 1$ років відповідно) та, як правило, мав генералізований перебіг (у 52,3% випадків). ОА колінних суглобів зустрічався у 8 пацієнтів (34,7%), суглобів кисті – у 3 хворих (13,0%). Гіпотиреоз при АІТ (56,5% випадків) також асоціювався з більш раннім дебютом ОА, ніж еутиреоз та гіпертиреоз (30,4 та 13,1% відповідно), що вказує на вірогідне значення гіпотиреозу як фактору ризику у розвитку ОА. Хворі на АІТ мали більш високі рівні болю в суглобах, ніж при ізольованому ОА ($40,23 \pm 1,64$ у спокої та $63,2 \pm 1,51$ при навантаженні).

Таким чином, АІТ провокує раннє виникнення ОА та асоціюється з розповсюдженим ураженням суглобів і більш вираженим больовим синдромом.

Зайцева М.М.

ОБГРУНТУВАННЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧНОГО ПІДХОДУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

**Кафедра внутрішньої медицини №1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Бабак О.Я.**

Розповсюдження у загальній популяції поєднання АГ та НАЖХП має спільні патогенетичні ланки: активацію РАС. При АГ спостерігається активація як системної

РАС, так і локальної РАС у печінці. Головним продуктом активації РАС є АПІ. В умовах НАЖХП спостерігається активація печінкової РАС з надмірним виробленням АПІ, який поряд з іншими факторами стимулює процеси фіброгенезу в печінці, що прискорює прогресування НАЖХП до стадії цирозу. У зв'язку з негативним впливом НАЖХП на перебіг АГ гостро виникає необхідність в перегляді лікування хворих на АГ, які одночасно мають супутню НАЖХП. Встановлений факт прямої участі АПІ в процесах розвитку фіброзної тканини в печінці обґрунтовує використання при НАЖХП у якості антифібротичних засобів інгібіторів РАС, які одночасно є ефективними антигіпертензивними ліками, а в випадках поєднання АГ та НАЖХП призначення інгібіторів РАС дозволяє впливати відразу на обидва захворювання. Останнім часом дослідники велику увагу приділяють питанням впливу генного поліморфізму на ефективність лікування. Врахування конкретного варіанту поліморфізму гену у хворих сприяє максимальній індивідуалізації терапії, що значно підвищує її ефективність. Генетичний фактор можна вважати основним у розвитку АГ. Одним із генних поліморфізмів, який істотно впливає на ефективність антигіпертензивного лікування, є А1166С поліморфізм гена АТ2R1. Він визначає ефективність таких сучасних антигіпертензивних препаратів, як блокатори рецепторів АПІ (БРА II). Вивчення саме даного поліморфізму може бути корисним не тільки стосовно лікування АГ, але й профілактики прогресування НАЖХП.

Залюбовская Е.И. Силичева А.Е. Слинко П.В.

РОЛЬ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

По данным ВОЗ в Украине, ХСН имеется у 1 из 15 человек в возрасте > 75 лет и у 1 из 7 — в возрасте > 85 лет. Пятилетняя смертность при этой патологии составляет 62% среди мужчин и 43% среди женщин, а уровень выживаемости больных сравним с аналогичным показателем при ряде онкологических заболеваний. Поэтому важно изучить все методы предотвращения развития ХСН, одним из которых являются антагонисты альдостерона.

Цель: Изучить положительное влияние селективного антагониста альдостерона эплеренон на сердечно-сосудистую систему, и возможности его применения в профилактике и лечении ХСН.

Материалы и методы: В ходе двойного слепого плацебо-контролируемого исследования EPHECUS (Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study) приняли участие 6632 пациента (средний возраст 64 года) с ОИМ, осложненным систолической дисфункцией ЛЖ (ФВ < 40 %) и клиническими признаками СН (в том числе транзиторными). Приблизительно у 90 % больных обеих групп наблюдались клинические признаки СН, а у 65 % пациентов на момент рандомизации отмечались признаки СН II ФК. Продолжительность наблюдения составила в среднем 16 мес.

На 3–14-й день после перенесенного ОИМ пациентов рандомизировали в группы лечения эплереноном или плацебо. Большинство пациентов получали стандартную терапию при ОИМ, осложненном систолической дисфункцией ЛЖ. В течение первых 30 дней лечения эплеренон назначали в дозе 25 мг/сут с последующей титрацией через 4 нед. до 50 мг/сут (при уровне калия в сыворотке крови < 5,0 ммоль/л).

Результаты: Результаты анализа данных EPHEBUS, полученные уже за первые 30 дней применение эплеренона способствовало существенному снижению общей смертности (на 31 %) по сравнению с плацебо. Риск СС-смерти снизился на 32 %, риск внезапной смерти — на 37 %. Дальнейший прием эплеренона больными с ОИМ и СН на протяжении 16 мес. наблюдения обеспечил снижение общей смертности на 15%, показателя СС-смертности - на 13 %. Риск внезапной смерти— снизился на 21%

Данное исследование позволяет нам сделать выводы, что селективный антогонист альдостерона эплеренон улучшает прогноз при ХСН. И может быть рекомендован препаратом выбора больным в ранние сроки после перенесенного ОИМ, осложненным систолической дисфункцией ЛЖ для профилактики развития ХСН.

Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Кравчун П.Г.

Цель работы: оценить эффект реабилитации в амбулаторных условиях больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: нами исследовались клиничко-функциональные и анамнестические характеристики 60 мужчин в возрасте до 60 лет после ИМ. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 40 человек (66%) – реабилитационные мероприятия проходили в условиях поликлиники (3 дня в неделю по 2 часа – лечебная физкультура (ЛФ)+ велоэргометрия (ВЭМ). 2-ю группу составили 20 человек (34%) – реабилитация в домашних условиях под руководством участкового терапевта. При диспансеризации все больные в первый месяц после ИМ осматривались дважды, затем ежемесячно, а с 4-го месяца наблюдения 1 раз в квартал.

Результаты: реабилитация наиболее эффективной была в 1-й группе больных и менее значимой по результатам во 2-й группе. По данным ВЭМ толерантность к физической нагрузке 125 Вт через 6 месяцев диспансерного наблюдения в условиях поликлиники отмечалась у 55% пациентов; а через 12 месяцев наблюдения толерантность к физической нагрузке 125 Вт отмечалась у 67% пациентов. Результаты в 1 группе отличались неустойчивостью, а в некоторых случаях ухудшались к 12-му месяцу наблюдения.

Выводы: высокая эффективность медицинской и трудовой реабилитации больных, перенесших ИМ, достигается при диспансеризации в условиях поликлиники. Показатели физической работоспособности больных после ИМ должны быть основанием для рекомендаций по рациональному трудоустройству.

Зелёная И.И., Скибина К.П., Алексеева А.С., Сокольникова Н.В.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я.Бабак

Целью: выявить связь между аллергологическим анамнезом, контактом с токсическими веществами, перенесенными вирусными заболеваниями и развитием сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материалы и методы: обследовано 35 человек с СД 2 типа. Проведен опрос, осмотр, а также проанализированы истории болезни всех обследуемых лиц. При опросе особое внимание уделялось провоцирующим и предрасполагающим факторам способствующим развитию заболевания (наличие аллергических реакций, воздействие токсических веществ, перенесенных вирусных заболеваний накануне манифестации СД).

Результаты: 29% с СД II типа имели аллергические реакции. Около 33% всех больных имеют отягощенный аллергологический анамнез. 12% больных с СД II типа имели контакт с токсическими веществами. 17 % всех больных имели контакт с токсическими веществами в ходе своей профессиональной деятельности. Около 12% обследуемых с СД 2 типа перенесли вирусное заболевание в течение 2 мес до появления первых симптомов и диагностики данного заболевания.

Вывод: Отягощенный аллергологический анамнез можно рассматривать в качестве фактора риска развития СД. Выявлена взаимосвязь между влиянием токсических веществ в анамнезе и развитием СД. Выявлена связь перенесенной вирусной инфекции и развития СД, однако эта связь является достаточно слабой, что можно аргументировать небольшой выборкой.

Иванова Е.В., Кожемяка А.В.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Н. Ковалева

Артериальная гипертензия (АГ) является лидирующим фактором в развитии сосудистых осложнений и преждевременной смертности. Ожирение осложняет течение АГ, повышая риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Одним из типичных ранних поражений органов-мишеней у больных с АГ является артериальное ремоделирование.

Цель исследования: изучить особенности структурно-функционального ремоделирования сосудов артериального русла у больных АГ с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с АГ средним возрастом $56,3 \pm 10,0$ лет. Больные были распределены на 3 группы: 1 составили пациенты без ожирения ($n=9$), 2 – с ожирением 1 ст. ($n=14$), 3 – с ожирением 2-3 ст. ($n=7$). Ультразвуковым методом исследовали толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Определяли лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) по стандартной методике. Результаты представлены как Me (LQ; UQ), где Me – медиана, LQ и UQ – нижний и верхний квартили.

Результаты. Толщина КИМ составила в 1-й группе обследованных составила 0,9 (0,7; 1,2) мм, во 2-й – 1,0 (0,8; 1,2), в 3-й – 1,0 (0,9; 1,3), $p > 0,05$; доля больных с утолщением КИМ $> 0,9$ мм составила 43,2% в 1-й группе и 66,1% – у больных с ожирением, $p < 0,05$. ЛПИ в 1-й группе составил 1,2 (1,0; 1,3), во 2-й – 1,1 (0,95; 1,25), 3-й – 0,9 (0,8 ; 1,1), $p > 0,05$. Наблюдается положительная корреляция между толщиной КИМ и ЛПИ у больных АГ с ожирением.

Выводы: на основании полученных данных, можно сделать вывод, что у больных с артериальной гипертензией и сопутствующим ожирением наблюдается ремоделирование сосудистой стенки в виде утолщения комплекса интима-медиа общей сонной артерии, снижение плече-лодыжечного индекса.

Иванченко С.В, Гончарь А.В, Иванова Е.В.
**РОЛЬ СИСТЕМЫ МЕЛАНКОРТИНА В РЕГУЛЯЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор О.Н. Ковалева**

Рецептор меланокортина-4 (MC4R) впервые был клонирован в 1993 году, однако его функция была неизвестна. Последующие исследования показали, что ген MC4R кодирует нейрональный меланокортиновый рецептор, который является фактором регуляции пищевого поведения (подавляющим аппетит) и энергетического баланса. В 1998 году генетические исследования человека показали, что мутации в гене MC4R могут служить причиной моногенной формы ожирения. Приблизительно 6% людей с тяжелым ожирением, развивающимся с детства, несут мутации в гене рецептора MC4R. Тип наследования мутаций гена MC4R – аутосомно-доминантный. Зависимость между ожирением и АГ была документально подтверждена в Фрамингемском исследовании, которое показало, что по мере увеличения массы тела относительно роста значительно увеличивается распространенность АГ в различных возрастных группах населения у лиц обоего пола. Отмечено, что одним из важных факторов развития АГ является недавняя прибавка массы тела; около 70% случаев впервые выявленная АГ ассоциировалась с недавней прибавкой веса или ожирением. Однако по результатам исследования (GreenfieldJR, MillerJW, KeoghJM, et al., 2009) у больных с ожирением, ассоциированным с генетической недостаточностью MC4R, были выявлены следующие особенности: После исключения пациентов, получающих антигипертензивные препараты, средний уровень систолического и диастолического уровней артериального давления в группе пациентов с недостаточностью MC4R был ниже, чем в группе пациентов с ожирением без дефицита MC4R (группа контроля); Распространенность диабета была сходной в MC4R-дефицитной группе и контрольной (18% и 20% соответственно). После исключения пациентов с сахарным диабетом, уровни глюкозы в плазме были сходными в обеих группах; При изучении вегетативной нервной системы, не было выявлено никакой разницы в частоте сердечных сокращений во время сна между двумя группами; При пробуждении частота сердечных сокращений увеличилась в обеих группах, однако величина увеличения была значительно меньше у MC4R-дефицитных пациентов. Данное исследование подтверждает гипотезу о том, что система меланокортина является независимым регулятором системного артериального давления у человека. Тем не менее, для уточнения роли системы меланокортина в регуляции артериального давления у больных гипертонической болезнью с нормальной массой тела и у пациентов с полигенными формами ожирения необходимы дальнейшие исследования.

Кадикова О.І., Шапаренко О.В.
**РОЛЬ SCD40L У ФОРМУВАННІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**
**Кафедра внутрішньої медицини і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Коморбідність артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) суттєво підвищує кардіоваскулярний ризик та призводить до зростання розвитку серцево-судинних ускладнень.

Мета - підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім цукровим діабетом 2 типу шляхом вивчення та оцінки кардіоваскулярного ризику на підставі з'ясування рівня sCD40L .

Матеріали і методи: Обстежено 60 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: до першої увійшли хворі на АГ з ЦД 2 (n=40) до другої – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n=20). Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб.

Результати та їх обговорення. Поєднання АГ та цукрового діабету 2 типу призводило до підвищення рівня sCD40L до $4,21 \pm 0,12$ мг/мл, що супроводжувалося збільшенням ступеня виразності інсулінорезистентності. Розроблена математична модель прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень показала роль sCD40L як маркера серцево-судинного ризику при значенні $sCD40L > 4,01$ мг/мл .

Висновки. Виявлено, що рівень sCD40L був значно вищим у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім сахарним діабетом 2 типу, ніж без нього, що дозволяє розглядати систему CD40–CD40L як універсальну ланку патогенезу, яка об'єднує аутоімунні порушення, гіперглікемію і судинні ускладнення цукрового діабету.

Кадыкова О.И., Боровик Е.Н.

ОЦЕНКА УРОВНЕЙ АДИПОЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Кравчун П.Г.**

Несмотря на достаточный прогресс в изучении патогенеза, клиники, диагностики и лечения, артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа, возникшим на фоне инсулинорезистентности (ИР), остается самым распространенной причиной сердечно-сосудистых осложнений как в Украине, так и во всем мире.

Цель исследования - изучение уровней гормонов жировой ткани у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 больных АГ, которые были разделены на группы в зависимости от наличия СД 2 типа, средний возраст составил $59 \pm 1,2$ лет. Определение уровня резистина проведено иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы «BioVendor» (Чешская Республика). Содержание адипонектина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit производства фирмы «ASSYPRO» (США).

Результаты и их обсуждение. По нашим данным уровень адипонектина достоверно был ниже у больных АГ на 29,15 % по сравнению с больными при сочетании АГ и СД 2 типа и на 62,55 % с контрольной группой ($p < 0,001$). Тогда как уровень резистина, наоборот, достоверно был выше на 21,58 % у больных АГ по сравнению с больными с АГ и СД 2 типа и на 48% из контрольной группой ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, резистин может быть пусковым фактором возникновения метаболических нарушений у больных АГ, связанных с СД, а развитие диабета может быть ассоциировано с нарушением регуляции секреции адипонектина.

Кисиленко Е.В., Визир М.А.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 1, основ биоэтики и биобезопасности
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель профессор Т.В. Ащеулова**

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает занимать лидирующее место среди причин госпитализации и смертности пациентов. ХСН характеризуется значительным снижением качества жизни пациентов. Известно, что сердечная недостаточность (СН) не является самостоятельным заболеванием, а есть лишь исходом различных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), таких как гипертоническая болезнь, различные клапанные пороки, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатии.

Ежегодно в странах Европы регистрируется более 500 тыс. впервые выявленных случаев проявления СН. По данным 34-летнего Фременгемского исследования, частота встречаемости ХСН повышается вместе с возрастом: от 1% лиц в возрасте до 60 лет и до 10% в возрасте от 80 до 90 лет. Ожидается, что в ближайшие 20-30 лет распространенность ХСН возрастет на 40-60%. В течение последних 15 лет в США было отмечено увеличение частоты госпитализации по поводу СН в 4 раза, что связывают с тем, что вырос уровень диагностики, увеличилась продолжительность жизни тех пациентов, заболевания которых приводят к формированию ХСН.

Следует заметить, что большое значение имеет профилактика СН, которая включает в себя воздействие на многие факторы риска возникновения ССЗ, которые являются причиной формирования СН. Профилактика ХСН заключается в раннем выявлении артериальной гипертензии, различных дислипидемических состояний, с последующей коррекцией этих нарушений, в пропаганде отказа от курения и ведения здорового образа жизни. Основная цель лечения СН – это улучшение и восстановление нарушенных функций миокарда, показателей центральной и периферической гемодинамики. Основные задачи при лечении пациентов с ХСН – увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов. Рациональная терапия ХСН должна включать в себя: лечение основного заболевания, приведшего к формированию СН, немедикаментозное лечение и лекарственную терапию.

Ковальова Ю.О., Арнаутова Ю.С., Шелест Б.О., Гуляева Д.Ю.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРУ ВІЛЛЕБРАНДА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Кравчун П.Г.**

Активність фактора Віллебранда (фВ) являється інтегральним маркером ураження ендотелію судин. Рядом дослідників відмічено підвищення фВ при артеріальній гіпертензії, особливо в поєднанні з мікроальбумінурією. При цьому у хворих із есенціальною і нирковою гіпертензією такого підвищення відмічено не було.

Мета дослідження. Вивчити статеві відмінності активності фВ у хворих на артеріальну гіпертензією (АГ) з ожирінням і без нього.

Матеріал і методи. У 44 хворих на АГ з ожирінням і 33 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) без ожиріння проводилось біохімічне визначення тесту мікроальбумінурії, порушень вуглеводного обміну і вміст фВ, а також досліджували ЕКГ і ЕХО-кардіографію.

Результати. У чоловіків активність фВ була вище, ніж у жінок у хворих на АГ з ожирінням – у середньому на 3,47% ($p > 0,1$), АГ без ожиріння - на 4,26% ($p > 0,1$), у групі контролю – на 4,11% ($p > 0,1$). У той же час, у чоловіків на ГХ з ожирінням активність фВ була вірогідно вище, ніж у контрольній групі у середньому на 12,39% ($p < 0,05$), у жінок – на 13,24% ($p < 0,05$). Приєднання ознак ожиріння у хворих на АГ приводило до підвищення активності фВ в середньому на 13,20% ($p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою в чоловіків і на 13,89% ($p < 0,05$) - у жінок, а також перевищувала відповідний показник пацієнтів з ГХ без ожиріння в середньому на 0,71% ($p > 0,1$) і на 0,58% ($p > 0,1$) відповідно для чоловіків і жінок. Показники контрольної групи на 22,49% ($p < 0,05$) і 22,32% ($p < 0,05$) вище відповідно для осіб чоловічої і жіночої статі. Вплив статі на активність фВ у хворих був незначущим.

Ковальова Ю.О., Котелюх М.Ю.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор – Кравчун П. Г.

На сьогодні одним із факторів ризику серцево-судинних захворювань є ожиріння. Оксид азоту є локальним тканинним гормоном, що підтримує активну вазодилатацію, котрий регулює і контролює кровообіг.

Мета дослідження: вивчення МОА S-нітрозотіолів у хворих на стабільну стенокардію напруги з надмірною масою тіла.

Матеріали і методи дослідження: було обстежено 48 хворих, з яких стабільна стенокардія напруги (ССН) з ожирінням встановлена у 28 хворих, з надмірною масою тіла (НМТ) у 7 хворих. Контрольна група складала – 13 осіб. Визначення S-нітрозотіолів проводилося спектрофотометричним методом по методиці Marzinzin M. et al., (1997) в модифікації Ковальової О.М. і співавт. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми «Microsoft Excel» 2007 і Windows STATISTIKA 6.0.

Результати дослідження. У хворих на ССН з НМТ рівень МОА S-нітрозотіолів склав $0,144 \pm 0,051$ ммоль/л, що достовірно ($p < 0,05$) відрізнялося від рівня здорових осіб - $0,22 \pm 0,01$ ммоль/л. При ССН з ожирінням в середньому значенні склав - $0,136 \pm 0,044$ ммоль/л, що майже вдвічі перевищує показник контрольної групи ($p < 0,05$). Таким чином, у хворих із стабільною стенокардією напруги з ожирінням відбувається значне зниження рівня МОА S-нітрозотіолів у крові порівняно з стабільною стенокардією напруги з надмірною масою тіла та без ожиріння.

Корнієнко Д.О., Єрмоленко І. М.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ У ВИЯВЛЕННІ МОТОРНО- ЕВАКУАТОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Кафедра терапії, ревматології та клінічної фармакології

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

Мета дослідження - визначити роль ультразвукових методів у виявленні моторно-евакуаторних порушень (МЕП) у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) з супутнім ожирінням.

Матеріали та методи Було проведено обстеження 50 хворих на ГЕРХ, середній вік яких склав $22 \pm 0,72$ роки. Залежно від наявності або відсутності супутнього ожиріння

було сформовано 2 групи. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Підчас дослідження визначається діаметр стравохідного отвору діафрагми, товщина стінки стравоходу, ширина просвіту стравоходу в нижній третині, наявність або відсутність рефлюксу (по зворотному затіканню рідини з шлунку в стравохід).

Результати. Найбільш вираженими показники були в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням в порівнянні з групою хворих на ГЕРХ без супутньої патології ($p < 0,05$). Та були виявлені достовірні відмінності у показниках МЕР в обох групах хворих на ГЕРХ у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Між особливостями МЕР та клінічною картиною захворювання була встановлена чітка кореляційна залежність.

Висновки. У хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням при порівнянні з хворими на ГЕРХ без супутньої патології згідно ультразвукового дослідження, були достовірно більше вираженні МЕР, які знаходилися у чіткій кореляційній залежності з клінічними проявами захворювання. Показано, що УЗД можна розглядати, як один з сучасних, достовірних методів для оцінки МЕР при ГЕРХ з супутнім ожирінням.

**Королькова А. А., Тиханский Д. С., Белоконь Н. О.
РОЛЬ ФИЗИОТЕРАПИИ В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ**

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Борзенко А.Б.**

Инсульт является распространенной проблемой в настоящее время. В среднем частота инсульта составляет 150-200 случаев на 100 тысяч населения. Важным является не только профилактика инсульта, но и качественная помощь пациентам в лечении и реабилитации в постинсультный период.

В настоящее время в медицине широко применяют физиотерапевтические процедуры в восстановительном периоде после инсульта, так как они мягко и постепенно воздействуют на организм пациента, они универсальны. Такие методы реабилитации отлично сочетаются с любыми другими лечебными методами.

Нами обследовано 11 пациентов, находящихся на лечении в отделении восстановительного лечения ХОКБ, перенесших инсульт и имевшие разного рода тактильные и двигательные нарушения. Пациенты получали медикаментозную терапию вазоактивными и метаболическими препаратами в сочетании с физиотерапевтическими методиками.

Так, с помощью массажа первое время обрабатывались лишь части тела с повышенным тонусом. Воздействие очень мягкое и легкое, не быстрое. Ослабленные мышцы обрабатывались более интенсивно. Продолжительность изначально 3 – 5 минут, далее постепенно увеличивалась до 25 минут. Показано, что на фоне проведения курса массажа улучшалась моторная активность пораженных конечностей.

Занятия по лечебной физкультуре (ЛФК) начинали проводить прямо в постели с пациентами, которые еще не могут вставать, – применяли лечение положением. ЛФК способствовала расслаблению мышц с повышенным тонусом, укреплению мускулатуры, нормализации моторных функций.

Для активизации кровотока в головном мозге использовали электрофорез с сосудосуживающими медикаментами, жемчужные, хвойные и морские ванны, магнитные процедуры. С помощью электрофореза можно добиться высоких концентраций лечебного препарата в пораженных тканях. Использовали электрофорез новокаином, никотиновой кислотой или эуфиллином. Магнитотерапию назначали для

улучшения кровообращения в пораженном участке головного мозга и микроциркуляции крови. Метод улучшает защитные механизмы, положительно влияет на состояние вегетативной нервной системы, уменьшает воспаление, отек, расслабляет мускулатуру, улучшает движение крови и лимфы. Для расслабления мускулатуры применяли озокеритовые аппликации, парафиновые ванны, иглоукалывание, точечный массаж. Для уменьшения болевого синдрома применяли прогревания, динамические токи и ультразвук. Такие прогревания релаксируют мускулатуру, ускоряют кровоток в капиллярах.

Лечебный эффект от физиотерапевтических процедур нарастал постепенно по окончании курса лечения. Таким образом, под воздействием физиотерапии улучшается кровообращение в головном мозге и снижается интенсивность сосудистых проявлений заболевания в постинсультном периоде. Больным с двигательными расстройствами и нарушением чувствительности могут быть рекомендованы физиотерапевтические методики в периоде реабилитации.

Косенко А.М., Тригуб Ю.В.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и биобезопасности
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Н.Н. Герасимчук

Сердечно-сосудистые заболевания – основная причина заболеваемости и инвалидизации населения во всех развитых странах мира, в том числе и в Украине. Артериальная гипертензия (АГ) – основной фактор риска ИБС и цереброваскулярных заболеваний, которые на 88,1% определяют уровень смертности от болезней системы кровообращения. Согласно результатам Фремингемского исследования больные с АГ по сравнению с лицами с нормальным уровнем АД имеют в 7 раз большую частоту возникновения инсульта, в 6 раз сердечной недостаточности, в 4 раза – возникновение ИБС, в двое – развития поражения периферических артерий. Риск возникновения основных сердечно-сосудистых осложнений увеличивается приблизительно на 30-40% на каждые 10 мм.рт.ст. повышения систолического артериального давления (АД) у больных всех возрастных категорий и обоих полов. При стойком повышении диастолического АД на 5 мм.рт.ст. риск мозгового инсульта увеличивается на 34%, инфаркта миокарда – на 21%. При повышении диастолического АД на 10 мм.рт.ст. соответственно возрастает до 56 и 37%.

Цель. Выявить наличие основных факторов риска у обследуемых больных с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента на гипертоническую болезнь (ГБ) в возрасте от 27 до 68 лет (средний возраст $43,68 \pm 14,23$ года). Женщин 62 человека и мужчин 40. Собирая анамнез заболевания, выясняли наличие вредных привычек, длительность заболевания, сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе. Данной категории лиц измерялось артериальное давление в вертикальном положении сидя по Короткову на протяжении их пребывания в стационаре. Обследуемой группе пациентов рассчитывали пульсовое давление, как разность между систолическим и диастолическим уровнем АД. Измеряя рост и массу тела, высчитывался индекс массы тела (ИМТ). Тип распределения жировой ткани определяли путем измерения окружности талии на уровне пупка. Окружность талии более 88 см у женщин и 102 см у мужчин свидетельствовало о наличии абдоминального ожирения. Пациенты проходили обследование на базе терапевтического отделения 3 ХГБ.

Результаты исследования. По уровню АД обследованные больные были разделены таким образом: 32 человек – с ГБ 1 степени, 50– с ГБ 2 степени и 20 – с ГБ 3 степени. Длительность заболевания колебалась от 1-го до 30-ти лет и в среднем становила $9,0 \pm 0,71$ год. Срок повышения уровня АД до 5-ти лет имел место у 37% больных, от 5-ти до 10 лет – у 26%, больше 10 лет – у 37%. У 9 больных в анамнезе имел место ишемический инсульт, у 7 больных – инфаркт миокарда. Высокое пульсовое давление (>60 мм.рт.ст.) наблюдалось у 3-х женщин в возрасте свыше 65 лет. Наличие сердечно-сосудистые заболевания в семейном анамнезе наблюдалось у 54 женщин и 28 мужчин. В данной категории обследуемых курили 34 женщины и 26 мужчин. У пациентов были выявлены следующие показатели ИМТ: норма – (n=5, ИМТ в пределах 21-24 кг/м²), избыточная масса тела (n=48, ИМТ в пределах 27-29 кг/м²), ожирение I степени (n=42, ИМТ 31-34 кг/м²), ожирение II степени (n=5, ИМТ 35-39 кг/м²), ожирение III степени (n=2, ИМТ >40 кг/м²).

Выводы. Для диагностики АГ была проведена оценка следующих основных факторов риска: возраст, наличие высокого пульсового давления, курение пациентов, отягощенная наследственность, ИМТ и абдоминальное ожирение. Проведено формирование групп риска по полученным результатам, что дало возможность распределить пациентов по соответствующим категориям, получить данные которые указывают на то, что вышеперечисленные факторы риска влияют на степень артериальной гипертензии.

Котелюх М.Ю.

РОЛЬ С-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРОЕНДОТЕЛИНУ-1 (СТproET1) В РОЗВИТКУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

**Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: професор Кравчун П. Г.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає перше місце серед хвороб системи кровообігу і є однією з головних причин інвалідності та смертності населення в країнах західної Європи та в Україні. Важливо зазначити, що перебіг та прогноз ІХС у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу) більш несприятливий, аніж у хворих ІХС без ЦД 2 типу.

Мета дослідження: проаналізувати роль СТproET1 в розвитку ендотеліальної дисфункції при гострому інфаркті міокарду (ГІМ) у хворих з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Найбільш перспективним нейрогуморальним маркером, є С-термінальний проендоотелин - 1 (СТproET1). Він є незалежним предиктором смертності і розвитку ХСН після ІМ. Це стійкий вазоконстрикторний пептид, котрий є в ендотелії судинів, також в легенях, нирках та гладкій мускулатурі. Він активується через ЕТА- та ЕТВ-рецептори. ЕТА-рецептори розташовані в гладкій мускулатурі судинів, регулюють вазоконстрикцію та затримують натрій, а ЕТВ-рецептори розташовані в ендотелії та опосередковано звільняють оксид азоту, котролюють натрійурез та діурез. СТproET1 негативно впливає на перебіг ГІМ, збільшуючи зону некрозу та знижуючи коронарний кровообіг. Таким чином, СТproET1 є нейрогуморальний маркер ГІМ у хворих ЦД 2 типу.

Кошман С.К., Міронченко А.О.
ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА
НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ
Кафедра внутрішньої медицини №3
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Цівенко О.І.

Відомо, що у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) порушення складу нормальної кишкової мікрофлори виявляються практично в 100% випадків. Кишкова мікрофлора і печінка є основними системами, при взаємодії яких здійснюються процеси детоксикації організму.

Мета дослідження: оцінити ефективність пробіотика для корекції мікробіоценозу кишечника в комплексній терапії НАЖХП.

Матеріали і методи. Обстежені 37 пацієнтів на НАЖХП (жінок 21, чоловіків 16), середній вік яких склав $48,8 \pm 5,1$ року. Діагностичні заходи включали стандартне клінічне, біохімічне та інструментальне обстеження за печінковому профілем. Для оцінки стану мікробіоценозу товстої кишки всім хворим проводилося бактеріологічне дослідження калу в динаміці. Основну групу склали 27 пацієнтів та контрольну - 10.

Аналіз отриманих результатів показав, що порушення мікробіоценозу кишечника за рахунок зниження вмісту біфідобактерій, лактобактерій, бактероїдів мало місце у всіх пацієнтів. Прояви диспепсичного синдрому у обстежених до лікування розподілялися наступним чином: у 62,4% пацієнтів відзначалася схильність до закрепів; у 13,1% - схильність до діареї, 25,4% відзначали чергування проносів і закрепів. Всі пацієнти відзначали здуття живота. У 26,5% випадків за даними УЗД були виявлені прояви жирового гепатозу, та у 73,5% випадків прояви стеатогепатиту. У 78,4% відзначалися прояви специфічних гепатологічних синдромів: цитолітичного, холестатичного, астеновегетативного. Хворі КГ отримували гепатопротектор в стандартній дозі. Пацієнти ОГ додатково отримували пробіотик по 1 саше 2 рази на добу протягом 3-х тижнів. На тлі терапії у всіх пацієнтів ОГ знизилися прояви астеновегетативного і диспепсичного синдромів і відбулося відновлення мікрофлори кишечника за рахунок підвищення вмісту біфідо- та лактобактерій і зниження рівня умовно патогенної флори до допустимих значень. При динамічному обстеженні в КГ також відзначалася позитивна динаміка щодо гепатологічних синдромів, однак дисбіоз товстої кишки видимої корекції не підлягав. Використання пробіотику сприяє нормалізації мікрофлори кишечника, поліпшення клінічних та лабораторних проявів основного захворювання, що підвищує ефективність лікування хворих НАЖХП з дисбіозом товстої кишки.

Кравчун П.П.
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ
ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий консультант: академік НАМН України Біловол О.М.

У даний час до проблеми хронічної серцевої недостатності (ХСН) прикута увага кардіологів усього світу в зв'язку зі збільшенням числа пацієнтів, високим рівнем інвалідизації та високою смертністю при цій патології.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було визначення особливостей клінічного перебігу хронічної серцевої недостатності у хворих з постінфарктним кардіосклерозом за наявності супутнього цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Характер клінічного перебігу ХСН у 68 хворих із постінфарктним кардіосклерозом та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу порівнювали з таким у хворих, що не мали діабету (група співставлення (n=80)).

Аналіз результатів дослідження виявив ряд особливостей перебігу ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом за умови наявності супутнього ЦД: більша кількість осіб жіночої статі; достовірно частіше діагностувалася артеріальна гіпертензія, порушення серцевого ритму та провідності; відзначався тяжкий перебіг постінфарктного періоду; більша схильність до розвитку повторних гострих серцево-судинних ускладнень та прогресування серцевої недостатності. Таким чином, аналізуючи наведені вище дані, найбільш обтяжливий вплив на клінічний перебіг ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом відбувається за наявності супутнього ЦД 2 типу, що дозволяє оцінювати діабет як фактор ризику розвитку та прогресування ХСН.

Кравчун П.П.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий консультант: академік НАМН України Біловол О.М.

За даними медичної статистики останніми десятиріччями спостерігається неухильне зростання числа випадків хронічної серцевої недостатності (ХСН) практично в усіх країнах світу незалежно від їх економічного стану. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення впливу ожиріння на клінічний перебіг хронічної серцевої недостатності у хворих з постінфарктним кардіосклерозом.

Характер клінічного перебігу ХСН у 76 хворих із постінфарктним кардіосклерозом та ожирінням порівнювали з таким у хворих, що мали нормальну масу тіла (n=80). Для характеристики ожиріння визначався індекс миси тіла. Розподіл за клінічною стадією та функціональним класом ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та ожирінням носив такий характер: на тлі прогресування ХСН від I до II ФК ІМТ збільшується, у хворих з ХСН III ФК з'являється тенденція до зниження маси тіла, а у пацієнтів з ХСН IV ФК ІМТ не перевищує 24 кг/м², що свідчить про виснаження компенсаторних механізмів, які діють на ранніх стадіях серцевої недостатності та прогресування кахексії. Розвиток кахексії свідчить про критичну активацію нейрогуморальних систем, задіяних у прогресуванні декомпенсації. Таким чином, як кахексія, так і ожиріння можуть бути факторами ризику, що провокують формування прогресуючу декомпенсацію ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом.

Кутовая М. В.

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы: оценка прогностической значимости дисперсии интервала Qt(dQT) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в пожилом возрасте

Материалы и методы. Обследованы 34 больных: 20 с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ), 14 с нестабильной стенокардией (НС), из них 21 мужчина и 13 женщин, средний возраст - $67,9 \pm 3,4$ года. Контрольную группу составили 20 лиц (средний возраст $66,9 \pm 2,1$ года) без клинически манифестированной патологии сердечно-сосудистой системы (ССС). dQT определяли с помощью записи ЭКГ в покое в 12 отведениях на компьютерном ЭКГ-аппарате с возможностью автоматического анализа записи. Параллельно проводили эхокардиографическое исследование на аппарате «Acuson», при котором осуществлялось определение показателей систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

Полученные результаты. В контрольной группе среднее значение dQT составило 38 ± 3 мс. Средние значения dQT в основной группе имели динамику в зависимости от срока исследования: при поступлении в стационар составили 86 ± 4 мс ($p < 0,001$ по отношению к контрольной группе), на 7 сутки - 58 ± 2 мс ($p < 0,01$). У больных с МИМ при поступлении показатель был несколько выше, чем при НС (89 ± 4 и 81 ± 3 соответственно, $p < 0,01$), в дальнейшей динамике отмечалось нивелирование различий (на 7 сутки - 59 ± 2 и 57 ± 1 мс соответственно, $p < 0,01$). В зависимости от уровня исследованного показателя были выделены две подгруппы больных: 1 - с выраженным увеличением дисперсии (19 человек, среднее значение при поступлении - 101 ± 5 мс) и 2 - с умеренным увеличением (15 человек, 65 ± 3 мс соответственно). В дальнейшей динамике между больными выделенных подгрупп различия сохранялись, в результате чего на 7 сутки средний уровень дисперсии интервала QT в первой подгруппе составил 73 ± 3 мс, а во второй - практически нормализовался (40 ± 2 мс). При сравнительном анализе показателей центральной гемодинамики в зависимости от dQT получены данные, свидетельствующие о большей выраженности недостаточности кровообращения в первой подгруппе. Фракция выброса у них составила на 7 сутки ($47,5 \pm 3,4$)%, в том числе у больных с МИМ - ($44,2 \pm 2,8$)% во второй подгруппе - ($57,8 \pm 4,1$)%, среди них у больных с МИМ - ($55,4 \pm 3,0$)% ($p < 0,05$). Аналогичные данные получены при корреляционном анализе показателей dQT и ФВ - $r = -0,67$ ($p < 0,01$). При дальнейшем анализе фракции выброса (через 1 месяц после выписки больных из стационара) выявлено сохранение различий по показателям центральной гемодинамики между подгруппами с исходно разными уровнями dQT. Показатель фракции выброса в первой из них был равен в среднем ($48,1 \pm 2,9$)%, во второй подгруппе - достиг ($59,7 \pm 3,5$)% ($p < 0,05$). Клинические признаки недостаточности кровообращения в первой подгруппе зарегистрированы у 7 человек (36,8%), во второй - только у 1 (6,7%). Таким образом, исследование дисперсии интервала QT у больных острым коронарным синдромом позволяет спрогнозировать развития недостаточности кровообращения.

Лактионова А.С

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.**

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: Александрова Н.К.

Актуальность проблемы лечения артериальной гипертензии (АГ) не вызывает сомнения, так как позволяет значительно снизить риск развития осложнений и преждевременной смерти, что особенно важно для пациентов пожилого возраста.

Цель работы. Оценка клинической эффективности 4-х месячной комбинированной антигипертензивной терапии Нормодипином и Диротонном, ее влияние на системную и интракардиальную гемодинамику, структурно-функциональное состояние сердца и сосудов у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией(АГ).

Материалы и методы. Было обследовано 19 больных (возраст $64,4 \pm 2,1$ лет) с умеренной АГ. Всем пациентам в начале и конце исследования проводили измерения артериального давления(АД), электрокардиографию, доплерэхокардиографию. Всем больным назначалась комбинация препаратов(Диротона 10мг и Нормодипина 5мг в сутки).Если через 2 недели не достигали снижения среднего уровня диастолического АД ниже 90мм.рт.ст.,то удваивали дозу Диротона(20мг).

Результаты. Среди жалоб больных: головная боль уменьшилась у 10 человек, чувство тяжести в голове у 11,головокружение у 10,боли в области сердца у 10.Объективно-уменьшение гипертрофии левого желудочка(ГЛЖ). Комбинированная терапия (Диротонном и Нормодипином) является эффективной и безопасной у пациентов пожилого возраста. Отмечается обратное развитие ГЛЖ, улучшение систолической и диастолической функции ЛЖ, целевого уровня АД достигнуто у 63% больных.

Ложко Н.В., Пажин С.О.

ВПЛИВ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Кафедра внутрішньої медицини №3

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Цівенко О.І.

Мета роботи - вивчити показники заселення інфекції НР у хворих на захворювання жовчовивідної системи (ЗЖС).

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 87 чоловік у віці від 23 до 76 років на ЗЖС (безкам'яний холецистит, дискінезії жовчного міхура та жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ)) та контрольна група (20 пацієнтів). Діагноз холециститів та дискінезії жовчного міхура верифікований на підставі скарг, анамнезу, об'єктивного стану обстежуваних. Всім обстеженим проводилося ультразвукове дослідження органів черевної порожнини за допомогою апарату «SimensS-450» (Німеччина), дуоденальне зондування, езофагофіброгастродуоденоскопія («Olympus», (Японія)), з проведенням біопсії та дослідження на наявність *Helicobacter pylori* (НР).

Результати дослідження. Частота хронічного безкам'яного холецистити складала 8,4%, ЖКХ — 7,5%, синдрому правого підребер'я — 24,5%. Синдром шлункової диспепсії діагностували в хворих із хронічним холециститом з частотою 66,3%, у пацієнтів з ЖКХ— 42,9%, у пацієнтів з гіпомоторною дискінезією — 41,6%, у пацієнтів з гіпермоторної дискінезією — 21,1%. У хворих на хронічний холецистит, синдром виразкоподібної диспепсії зустрічався в 1,7 рази частіше, ніж у хворих на холелітіаз. Синдром дискінетичної диспепсії спостерігали в цих групах пацієнтів з однаковою частотою. Синдром неспецифічної диспепсії реєстрували в 3,1 рази частіше у хворих холециститом у порівнянні з пацієнтами на ЖКХ. В той же час частота виразкоподібної диспепсії не відрізнялася у пацієнтів із ЖКХ і гіпомоторною дискінезією (14,3% і 12,6%). Синдром неспецифічної диспепсії реєстрували частіше у хворих з гіпомоторною дискінезією, чим у осіб з холелітіазом, а синдром дискінетичної диспепсії, відповідно, рідше. Під час ендоскопічного дослідження у хворих на ЖКХ виразкову хворобу діагностували в 1,8 разів частіше, ніж у пацієнтів з дискінезіями. Ступінь осіменіння НР у слизовій оболонці антрального відділу шлунка у хворих на хронічний холецистит дорівнювала $54,46 \pm 5,53$ мікробних тіл у полі зору, у пацієнтів з ЖКХ — $43,73 \pm 4,42$

мікробних тіл у полі зору, у осіб з гіпомоторною дискінезією — $18,85 \pm 1,09$ мікробних тіл у полі зору, і у пацієнтів з гіпермоторною дискінезією — $16,65 \pm ,32$ мікробних тіл у полі зору. Ступінь осіменіння НР у хворих з холелітіазом не мала достовірних відмінностей з показниками обстежених з дискінезіями жовчовивідних шляхів. Таким чином, ми встановили, що показники заселення інфекції НР визначаються частіше у хворих із хронічним безкам'яним холециститом у порівнянні з пацієнтами з дискінезіями жовчовивідних шляхів. Подібна закономірність нами не була отримана для ЖКХ.

Малец О.С

МЕТАФИЗИКА БОЛЕЗНЕЙ

Кафедра проредевтики внутренней медицины №2 и медсестринства

Харьковский национальный медицинский университет

Научный руководитель: доцент Химич Т.Ю

Несмотря на активное развитие медицины и появление все новых лекарств и методов лечения, больных людей не становится меньше. И все чаще люди задумываются о том, в чем же причины их болезней? В истории человечества есть множество случаев, когда при одинаковых условиях один человек умирает от заразной болезни, а другой нет, когда женщины ухаживали за больными чумой и тифом, а сами не заболели. В одной аварии из сидящих рядом людей один умирал от травм, а другой не получал ни царапины. Почему же так происходит? Для того чтобы понять принципы психологического подхода к источнику человеческих проблем, попробуем разъяснить сам смысл слова метафизика. Метафизика – это раздел философии, занимающийся исследованиями первоначальной причины. В психосоматике проводятся исследования связей между чертами индивида, стилем его поведения и болезнью. Такой подход имеет сходство с альтернативной медициной, которая основана на теории о том, что источником всех недугов являются переживания, стрессы и отрицательные мыслеобразы, накапливающиеся в подсознании. Можно сказать, что метафизика болезней – это душевные переживания, нашедшие свое отражение в теле человека. По мнению специалистов, причиной алкоголизма зачастую бывает чувство собственной бесполезности и вины. Источником наркомании является потеря смысла жизни, неумение адаптироваться в обществе и социальной среде. Аллергия может возникать как реакция на невыносимую для личности ситуацию, которую человек не в силах разрешить. В последнее время становятся популярными методы лечения заболеваний, которые начинаются с поисков метафизических причин недомогания, связанных с поведением человека, его поступками, отношением к самому себе и окружающей среде. На данный момент ещё не доказана целесообразность метафизики, но ей в наше время уделяется всё больше и больше внимания. Сегодня новые способы лечения интенсивно изучаются учеными, проводятся исследования и тестирования больных, классифицируются случаи и разрабатываются методы диагностики.

Манин С.А.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное

внимание врачей разных специальностей. В мире неуклонно растет число больных бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеками Квинке, атопическим дерматитом, пищевой аллергией и другими аллергическими заболеваниями.

Цель. Провести анализ на выявления аллергии у студентов медиков путем использования стандартных анкет.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 50 студентов медиков и прик-тесты с использованием пищевых, пыльцевых и эпидермальных аллергенов на базе аллергологического отделения КУ ОКБ ЦЭМП и МК.

Результаты. Обследование было проведено в 2 этапа. Первый этап включал анкетирование и анализ результатов. Вторым этапом включал проведение прик-тестов. В результате анализа анкет практически здоровых студентов было выявлено, что у 60% имели место аллергические реакции в анамнезе. После проведения аллергопроб, было установлено, что в 70% имели аллергию на пищевые продукты: 30% на шоколад, 23,3% на рыбу, 16,7% на цитрусовые; 6,7% на пыльцу растений, 13,3% – эпидермальные.

Выводы. У студентов-медиков наиболее часто встречается пищевая аллергия, что предполагает дальнейшее обследование этой группы студентов у гастроэнтеролога.

Мартовицкий Д.В., Воскобойников Е.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Кафедра внутренней медицины №2 клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Кравчун П.Г.**

Актуальность исследования определяется недостаточным количеством данных о клинических особенностях, диагностики и результативности лечения стабильной стенокардии напряжения (СН) I–III функционального класса (ФК) на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Цель исследования: изучить особенности проявления, течения и диагностики СН I–III ФК на фоне ГЭРБ у мужчин среднего возраста.

Материалы и методы исследования: в условиях кардиологического отделения стационара комплексно обследовано 80 мужчин с сочетанной патологией: СН и ГЭРБ.

Полученные результаты: у пациентов с изученным коморбидным состоянием в 3 раза чаще возникали приступы коронарных болей с преобладанием болей в виде ощущения дискомфорта за грудиной, тесно связанные с актом приема пищи, а также её характером, выявлено что на 20% ниже была эффективность применения средств патогенетического лечения стенокардии. При этом в 60% случаев значительный клинический эффект давало применение антацидов, антисекреторных средств, в 40% случаев при применении седативных препаратов, а также перемена положения тела (переход в вертикальное положение) – 80% случаев, срыгивание 68% случаев.

Выводы: клиническое течение СН I–III ФК, ассоциированной с ГЭРБ у мужчин среднего возраста менее благоприятно, чем её «изолированные» формы, а результативность традиционной лечебной тактики существенно ниже, что необходимо учитывать при решении вопросов диагностической и лечебной тактики в отношении такой категории больных.

Мартовицкий Д.В.
ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Кравчун П.Г.

Актуальность исследования: определяется необходимостью своевременной диагностики поражений сердечно-сосудистой системы (ССС) при сочетании с ревматоидным артритом (РА) при помощи эхокардиографии (ЭхоКГ).

Цель исследования: усовершенствование ранней диагностики кардиоваскулярной патологии у больных РА по данным ЭхоКГ.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 50 больных РА без сопутствующих заболеваний, которые могли повлиять на состояние ССС и 20 больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Обе группы сопоставимы по возрасту и длительности заболевания.

Полученные результаты: по данным ЭхоКГ атеросклеротические изменения аорты выявлены у 66,0% больных РА и 88,9% больных ИБС; дегенеративные изменения аортального и митрального клапанов выявлены у 48,0% и 22,0% больных РА и у 66,7% и 44,4% больных ИБС; фиброзные изменения в миокарде у 70,0% больных РА и 94,4% больных ИБС; гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) у 12,0% больных РА и у 44,4% больных ИБС; нарушения сократительной функции миокарда ЛЖ у 10,0% больных РА и 61,1% больных ИБС; нарушения диастолической функции ЛЖ выявлены у 50,0% больных РА и у 77,8% больных ИБС; нарушения сократительной функции ЛЖ у 10,0% больных РА и у 61,1% больных ИБС. Наличие жидкости в перикарде и признаки легочной гипертензии выявлены только у больных РА.

Выводы: гипертрофия ЛЖ и нарушение локальной сократительной способности миокарда достоверно чаще встречались у больных ИБС, в то время как перикардит и признаки лёгочной гипертензии выявлялись только у больных РА, свидетельствуя о наличии специфического для данного заболевания иммуннокомплексного воспалительного процесса.

Митрофанюк В. А., Нестерова И. Д.
ОЗОНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Борзенко А. Б.

Цель данной работы – проанализировать применение озонотерапии в целях лечения бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов, включая тучные клетки, эозинофилы и Т–лимфоциты. Традиционная фармакотерапия бронхиальной астмы предполагает длительное использование противовоспалительных препаратов, бронходилататоров, к которым со временем вырабатывается толерантность, а также они обладают рядом побочных эффектов. Все это определяет актуальность поиска новых схем лечения, таких как озонотерапия. Применение озона в лечебных целях сопряжено сразу с несколькими положительными механизмами действия: снятие бронхоспазма (благодаря образованию клетками эндотелия NO-радикала), уменьшение гипоксии тканей,

улучшение реологических свойств крови, состояния иммунной системы (индуцирует синтез цитокинов, активирует клеточный и гуморальный иммунитет, а также неспецифическую систему защиты). Озон окисляет соединения, участвующие в развитии и поддержании воспаления. Кроме того, он восстанавливает обменные процессы в пораженных тканях, увеличивает потребление ими глюкозы и корректирует кислотный и электролитный баланс. Отмечается также дезинтоксикационный эффект, который проявляется через усиление почечной фильтрации и оптимизацию микросомальной системы клеток печени. Озон проявляет бактерицидное, вируцидное и фунгицидное действие. Минусами озонотерапии можно назвать снижение биодоступности некоторых лекарственных препаратов, в связи с высокой окислительной способностью озона. Клинические исследования свидетельствуют об эффективности озонотерапии у больных бронхиальной астмой. В ходе серии работ Масленикова О. В. в 2010-2013 году было доказано, что применение озона в комплексном лечении приводило у 7% больных к полной ликвидации симптомов, у 86% к уменьшению симптомов и приема лекарств более чем на половину. На примере пациента Р., страдающего БА с 1991 г., рассмотрим динамику заболевания, учитывая лечение в комплексе с озонотерапией. Клинически улучшение состояния проявилось повышением показателей гемоглобина, снижением эозинофилов в крови до нижней границы нормы после пятой процедуры. Субъективно пациент отмечал урежение и ослабление приступов, снижение утомляемости.

Михайлова Ю.О., Руденко М.І.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТАНУ МАРКЕРІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: професор П.Г. Кравчун

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між порушеннями клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+) та каналцевої (β 2-мікроглобулін сечі (β 2-МГ)) функцій нирок при ІХС та ІХС в поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП). Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН I-IV функціонального класу. Перша група (I) - 40 хворий з ХСН без супутнього ХП, друга (II) - 20 пацієнти з ХСН та ХП. Контрольна група - 20 практично здорових осіб.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 23,9%, ($p < 0,05$), зниження ККр на 28,4%, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 49,3%, ($p < 0,05$), збільшення β 2-МГ на 57% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 65,4%, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 49,7% ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,2% ($p < 0,01$), β 2-МГ підвищувався на 113,9% ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ($p < 0,05$). У I і II групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 11,4% ($p < 0,05$).

Висновки. Показниками клубочкової функції нирок зрівнями β 2-МГ в сечі, ТФР- β , ФНП- α в крові вказують тісний взаємозв'язок між собою гломерулярної та тубулярної функцій з активністю іммунозапалення та інтерстиціального фіброзу як при

"застійній" нирці внаслідок ХСН ішемічного генезу, такі у пацієнтів ХСН з коморбідним фоном у вигляді хронічного пієлонефриту різного ступеня важкості.

Михайлова Ю.О., Руденко М.І.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор П.Г. Кравчун

Мета дослідження. Вивчення ступеня і характеру порушення клубочкової (креатинін (Кр), швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), цистатин С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+) та каналцевої (β 2-мікроглобулін сечі (β 2-МГ)) функцій нирок, активності імунного запалення (трансформуючий чинник зростання – β 1 (ТЧЗ- β 1)) при ХСН і ХСН в поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП). Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН I-IV функціонального класу. Перша група (I) - 40 хворий з ХСН без супутньої ХХН, друга (II) - 20 пацієнти з ХСН та ХП. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС, ТЧЗ- β 1 сироватки крові, β 2-МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе, K^+ сироватки крові - іонселективного методом, Na^+ сироватки крові - потенціометричним методом; ШКФ - за формулою MDRD, статистичні методи.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 21,9%, ($p < 0,05$), зниження ШКФ на 26,7%, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 48,3%, ($p < 0,05$), збільшення β 2-МГ на 55% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 66,3%, ($p < 0,01$), ШКФ знижувалася на 47,5% ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,3% ($p < 0,01$), β 2-МГ підвищувався на 113,9% ($p < 0,01$), в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ($p < 0,05$). У I і II групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 12,6%.

Висновки. У хворих виявлені субклінічні порушення функції нирок при ХСН і ХСН в поєднанні з ХП, які продемонстрували визначення біомаркерів і розрахункових показників гломерулярної функції (ЦсС, Кр, ШКФ), маркерів тубулоінтерстиціальних ушкоджень - (β 2-МГ як показник функції проксимальних каналців і ТЧЗ- β 1 - ростового фактора, що виражає активність інтерстиціального фіброзу). Додаткове збільшення ТЧЗ- β 1 у пацієнтів з ХСН та супутньою ХП порівняно з ХСН без ХП відображає зв'язок фібропластичних процесів в нирках з гіперекспресією цього цитокіно-ростового чинника, який регулює процес колагеногенезу і нефросклеротичних змін у інтерстиціальній тканині нирок.

Молотягин Д.Г., Маткеримова З.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БРУГАДА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и алергологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор, Кравчун П.Г.

Одной из причин внезапной сердечной смерти в развитых странах мира является синдром Бругада – наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена, кодирующего биосинтез белковых субъединиц α -натриевых каналов кардиомиоцитов,

«ответственное» за более чем 50% внезапных некоронарогенных смертей в молодом возрасте. Несмотря на то, что во всем мире опубликовано значительное количество научных работ, посвященных данному заболеванию, диагностика синдрома Бругада вызывает затруднения у практикующих врачей. В Украине имеются лишь единичные описания синдрома, далеко не всегда полностью отражающие типичную картину заболевания.

Цель исследования – обобщить имеющиеся знания о синдроме Бругада.

Во многих литературных данных и клинических наблюдениях говорится о сложности диагностики данного синдрома, которая включает кроме рутинных методов исследования, сложный диагностический поиск с проведением электрофизиологических и молекулярно-генетических исследований. Медикаментозные подходы к лечению данного синдрома активно обсуждаются, но окончательный протокол ведения больных с синдромом Бругада не разработан в виду противоречивых данных. Таким образом, данная область медицинских исследований является перспективной и актуальной, учитывая редкую встречаемость данного синдрома в клинической практике, сложность проведения диагностических процедур, отсутствие четких алгоритмов ведения таких пациентов и торпидность к медикаментозной терапии.

Молчанюк Д. А., Дубінін С.О., Гопцій О.В.

ЛЕПТИНЕМІЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ІНСУЛІНУ В КРОВІ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Бабак О.Я.

Мета: Вивчити коливання рівня лептину у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ожирінням залежно від рівня інсуліну у сироватці крові.

Матеріали. Обстежено 123 хворих на АГ з ожирінням. Рівень лептину та інсуліну визначали імуноферментним методом. Всіх хворих було поділено на тертілі: у 1-му тертілі (n=41) рівень інсуліну складав (5,09±0,21 мкОД/мл), у 2-му тертілі (n=41) – (10,27±0,31 мкОД/мл), у 3-му тертілі – (32,34±2,53 мкОД/мл).

Встановлено, що показники артеріального тиску (АТ) та індексу маси тіла (ІМТ) достовірно підвищувалися від 1-го до 3-го тертіля: САТ 164,21±2,36 мм рт.ст., 171,09±1,99 мм рт.ст., 183,34±2,63 мм рт.ст. відповідно; ДАТ - 99,80±1,29 мм рт.ст., 99,39±0,89 мм рт.ст., 105,24±1,33 мм рт.ст. відповідно; ІМТ - 29,02±0,72 кг/м²; 31,33±0,79 кг/м²; 36,43±0,83 кг/м² відповідно, (p<0,05). Рівень лептину зростав паралельно збільшенню рівня інсуліну: 1-й тертіль - 9,84±0,156 нг/мл (жінки - 12,03±2,64 нг/мл, чоловіки - 7,03±0,79 нг/мл); 2-й тертіль - 10,30±0,79 нг/мл (жінки - 11,52±0,99 нг/мл, чоловіки - 7,32±0,77 нг/мл); 3-й тертіль - 12,74±0,80 нг/мл (жінки - 13,30±0,96 нг/мл, чоловіки - 11,94±1,37 нг/мл). Встановлено, що показники артеріального тиску, індексу маси тіла та рівня лептину як у жінок, так і у чоловіків достовірно підвищувалися паралельно збільшенню рівня інсуліну в сироватці крові.

Наріжна А.В.

ПРОЗАПАЛЬНІ МАРКЕРИ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Незважаючи на успіхи у лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН), смертність пацієнтів залишається високою та сягає 20% протягом 1 року. Згідно

результатів досліджень до факторів, які мають негативний вплив на прогноз, відносять наявність супутніх захворювань.

Метою дослідження є вивчення змін активності маркерів імунзапалення на підставі визначення динаміки концентрацій інтерлейкіну 1β (ІЛ- 1β) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих з різними функціональним класом ХСН за наявності ЦД 2 типу та без нього.

Обстежено 80 хворих на ХСН II - III ФК внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), середній вік $65,13 \pm 8,66$ років. До першої групи увійшли 46 хворих на ХСН з діагностованим ЦД 2 типу, до другої – 34 хворих на ХСН без ЦД. Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду.

Висновки: Наявність ЦД у хворих на ХСН і КРС 2 типу характеризується дисбалансом роботи системи цитокінів, що проявляється високими концентраціями прозапального ІЛ- 1β і низьким рівнем протизапального ІЛ-10. У пацієнтів на ХСН без ЦД 2 типу спостерігається спроба збалансованої роботи маркерів імунзапалення, що характеризується гіперцитокінемією за рахунок як про - так і протизапальної ланки.

Ніколаєнко О.Ю.

АНАЛИЗ АМИНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРА ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства, Харьков, Украина
Научный руководитель-к.мед.н. Бабичева А.А.**

Цель исследования – определить состояние аминокислотного обмена у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 120 больных. Пациенты были разделены на 4 группы: 1- больные НАЖБП (20); 2- больные СД 2 типа (20); 3- больные НАЖБП в сочетании с СД 2 типа с нормальной массой тела (40); 4 - больные НАЖБП в сочетании с СД 2 типа с повышенной массой тела (40). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Состояние аминокислотного обмена в сыворотке крови определяли методом хроматографии.

Результаты. Анализ аминокислот в сыворотке крови достоверно ($p < 0,05$) установил снижение показателей валина у больных 1 группы ($195,0 \pm 7,0$ мкмоль/л), 2 группы ($195,0 \pm 7,0$ мкмоль/л) и прогрессирующее снижение у пациентов 3 ($140,0 \pm 6,0$ мкмоль/л) и 4-й группы ($125,0 \pm 5,5$ мкмоль/л) при сравнении с контролем ($229,0 \pm 10,0$ мкмоль/л). Уровень лейцина был достоверно ($p < 0,05$) снижен у пациентов 1-й группы ($72,0 \pm 6,7$ мкмоль/л), 2 группы ($75,0 \pm 7,2$ мкмоль/л), 3 группы ($52,0 \pm 4,3$ мкмоль/л) и 4 группы ($43,0 \pm 3,8$ мкмоль/л) при сравнении с контролем ($125,0 \pm 5,5$ мкмоль/л). Анализ аминокислотного спектра плазмы у больных НАЖБП и СД 2 типа выявил снижение уровня валина, лейцина в сыворотке крови, что способствует прогрессированию метаболических нарушений и достоверно отражает функциональное состояние печени.

Огнева Е.В.

РЕЗИСТИН – ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА **Кафедра внутренней медицины №3**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования – установить уровень резистина и его связь с показателями пигментного обмена у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП)

и при ее сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2) с разным трофологическим статусом.

Материалы и методы. Обследовано 90 больных: 1 группа (n=20) - больные с изолированной НАЖБП, 2 группа (n=20) - больные с сочетанием НАЖБП и СД-2 с нормальной массой тела и 3 группа (n=50) - больные с коморбидной патологией и ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²). Контрольная группа (n=20) - практически здоровые лица. Показатели пигментного обмена определялись биохимическим методом (реактивы «DacspectroMed»), уровень резистина - иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»).

Результаты. Средний уровень резистина достоверно ($p < 0,001$) повышался во всех группах в сравнении с контрольной, где он составил $(4,87 \pm 0,11$ нг/мл), уровень был наиболее высоким в 3-й группе ($10,0 \pm 0,11$ нг/мл) и значительно отличался от показателей в 1-й и 2-й группе ($7,56 \pm 0,21$ нг/мл и $8,06 \pm 0,23$ нг/мл соответственно). Во 2-й группе резистин коррелировал с конъюгированным билирубином ($r = 0,46$, $p < 0,05$). В 3 группе выявлена корреляция резистина с общим ($r = 0,59$; $p < 0,05$) и конъюгированным билирубином ($r = 0,71$; $p < 0,05$). Полученные корреляции подтверждают роль резистина в патогенезе НАЖБП, а именно - в прогрессировании синдрома холестаза, особенно у больных с сопутствующим СД-2 типа на фоне ожирения.

Отчик А. Е.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ И КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Химич Т. Ю.**

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одной из ведущих причин смерти во всем мире. ХОЗЛ страдает как минимум 7% населения Украины или 3 млн человек. Одной из групп препаратов, применяемых для лечения, являются производные глюкокортикостероидов. Действие данных препаратов на симпатoadреналовую систему и минеральный обмен недостаточно изучен, поэтому целью нашей работы явилось изучить содержание некоторых биогенных элементов и катехоламинов в сыворотке крови у больных ХОЗЛ, проходящих курс лечения глюкокортикостероидными препаратами. Нами обследовано 10 больных, средний возраст – $55 \pm 4,6$ лет, находившихся на стационарном лечении в ОКБ г. Харькова в пульмонологическом отделении.

Установлено, что концентрация цинка в сыворотке крови у больных людей на уровне нормы ($12,5 \pm 0,37$ ммоль/л против 7–23 ммоль/л в норме). Содержание кальция достоверно снижено в 80% случаев ($1,8 \pm 0,17$ ммоль/л против 2,15–2,55 ммоль/л в норме). В 30% случаев выявлено повышение концентрации меди, в среднем же ее концентрация на уровне верхней границы нормы ($23,3 \pm 0,3$ ммоль/л против 11–24 ммоль/л в норме). Содержание адреналина достоверно выше нормы ($2,35 \pm 0,16$ нМ/л против $1,59 \pm 0,11$ нМ/л у здоровых людей). Концентрация норадреналина достоверно снижена ($10,81 \pm 1,28$ нМ/л против $24,86 \pm 2,41$ нМ/л).

Полученные результаты позволяют сделать такие выводы: При лечении глюкокортикостероидными препаратами нарушен электролитный обмен, что может приводить к развитию сопутствующих заболеваний. Они же влияют на синтез адреналина и норадреналина.

Отчик А. Е.

ЛЕЧЕНИЕ ХЖП У БОЛЬНЫХ СД-2 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Моисеенко Т. А.

На данный момент сахарный диабет 2 типа (СД-2) очень часто сочетается с метаболическим синдромом (МС). Желчный пузырь (ЖП) включается в патологический процесс при МС в виде холестероза желчного пузыря (ХЖП). Целью нашей работы было оценить состояние желчного пузыря и метаболического статуса у больных СД-2 с МС и ХЖП в динамике комплексной терапии с использованием холудексана и диалипона.

Было обследовано 40 больных СД-2 с признаками МС. Все пациенты – мужчины среднего возраста (45-59 лет). Больные СД-2 и ХЖП были разделены на 2 подгруппы. Лечение больных 1-й подгруппы проводилось традиционным способом. Больным 2-й подгруппы вместо аллохола назначали холудексан.

У больных 1 подгруппы общее состояние улучшилось на 9 день лечения (исчезновение большинства патологических симптомов произошло к 13 дню терапии), а у 2 подгруппы – на 7 день. У пациентов 2-й подгруппы при проведении многомоментного дуоденального зондирования наблюдается более значительное уменьшение времени и объема желчи во всех фазах. Также только во 2-й подгруппе устранен спазм сфинктеров и увеличена сократительная способность ЖП. Во 2 подгруппе полностью по сравнению с 1 подгруппой нормализуются показатели липидного, углеводного обмена снижается уровень каталазы и пероксидазы, малонового диальдегида в эритроцитах.

Вывод: лечение с использованием холудексана вызывало холеспазмолитический эффект, восстанавливало функции сфинктеров, повышало сократительную способность ЖП, положительно влияло на метаболический статус.

Петюнин П.А., Золотайкина В.И.

МЕСТО БИОФЛАВОНОИДА КВЕРЦЕТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Обследовано 95 больных ИБС, находившихся на стационарном лечении по поводу ОСН в условиях отделения интенсивной терапии ГКБ №27. Контрольную группу составили 15 пациентов с ИБС без признаков сердечной недостаточности, репрезентативных по возрасту и полу. У больных ОСН с сохраненной систолической функцией в результате лечения с подключением к стационарной терапии кверцетина достоверными были снижение уровня диеновых конъюгат (ДК) на 43,6% ($p < 0,001$), увеличение каталазы на 19,3% ($p < 0,001$), церулоплазмина (ЦП) на 18,4% ($p < 0,05$), отсутствовали достоверные изменения уровня малонового диальдегида (МДА). Достоверных изменений КДР, КСР, КДО, КСО, которые и до лечения были в норме, не происходило. ФВ увеличилась на 25,4% ($p < 0,05$), показатель диастолической дисфункции E/A вырос на 25,4% ($p < 0,05$), показатель клинического состояния снизился с $8,67 \pm 0,09$ до $4,84 \pm 0,01$ баллов, т.е. на 44,2% ($p < 0,001$). При использовании стандартной терапии без кверцетина динамика указанных значений была следующей: уровни МДА, ДК, каталазы достоверно не изменились, отмечалось достоверное увеличение уровня ЦП на 21,7% ($p < 0,001$). Фракция выброса увеличилась на 4%

($p < 0,05$), показатели гемодинамики до и после лечения существенно не менялись, показатель клинического состояния понизился с $8,68 \pm 0,06$ до $5,73 \pm 0,12$ баллов или на 34% ($p < 0,001$).

При лечении больных с систолической дисфункцией, получавших кверцетин, уровень ДК понизился на 27% ($p < 0,001$), МДА — понизился на 46,4% ($p < 0,001$), каталазы — повысился на 3% ($p < 0,01$), ЦП — практически не изменился. Одновременно происходила стабилизация гемодинамики и клинического статуса: у больных ОСН с систолической дисфункцией, получавших в сочетании со стандартным лечением кверцетин, уровень КДР снизился на 11% ($p < 0,05$), КСР — на 9% ($p < 0,05$), КДО — на 41,6% ($p < 0,001$), КСО — на 30% ($p < 0,001$). ФВ увеличилась на 28,2% ($p < 0,001$), показатель диастолической дисфункции E/A вырос на 22% ($p < 0,05$), показатель клинического состояния понизился с $12,48 \pm 0,6$ до $9,28 \pm 0,1$ баллов или на 49,8% ($p < 0,001$). У пациентов ОСН с систолической дисфункцией, которые получали стандартную терапию без кверцетина, значение КДР снизилось на 8,4% ($p < 0,05$), КСР — на 5% ($p < 0,05$), КДО - на 18% ($p < 0,001$), КСО — на 12,4% ($p < 0,001$), ФВ увеличилась на 20% ($p < 0,05$), показатель клинического состояния снижался на 33,5% ($p < 0,001$) (с $11,75 \pm 0,9$ до $7,81 \pm 0,11$ баллов). Уровень МДА понизился на 13% ($p < 0,001$), ДК — понизился на 23,9% ($p < 0,05$), каталазы — повысился на 2% ($p < 0,01$), ЦП — практически не изменился. Включение кверцетина в терапию ОСН, особенно протекающую с систолической дисфункцией, способствует более выраженному снижению напряженности оксидативного стресса, преимущественно за счёт снижения процессов пероксидации, что сочетается с улучшением клинического и гемодинамического статуса.

Пилипенко С.А., Аманов Б.А., Ёвшанова А.Б.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СТАРШЕ 40 ЛЕТ.

**Кафедра внутренней медицины № 2 клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

К настоящему времени во всем мире сахарным диабетом (СД) страдают более 60 млн. человек. Атеросклероз у больных СД характеризуется ранним развитием и распространением, что позволяет говорить о СД как о естественной модели атеросклероза.

По данным статистического исследования (Украина 2013), было изучено показатели липидного обмена и уровня С-пептида и иммунореактивного инсулина (ИРИ) у больных СД 2 типа с нормальной массой тела 35 больных и с ожирением 84 в зависимости от возраста и пола. Изучались следующие показатели: ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, концентрация холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) в крови общепринятыми методами. Контрольная группа состояла из 50 женщин и 46 мужчин аналогичного возраста без избытка массы тела.

У мужчин в возрасте 40–49 лет, страдающих СД 2 типа, отмечается достоверное увеличение ЛПОНП ($36,4 \pm 1,9$ г/л) и ЛПВП ($18,8 \pm 0,7$ г/л) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). В группе больных СД 2 типа мужчин в возрасте 50–59 лет наблюдалось достоверное увеличение концентрации ХС ($6,9 \pm 0,4$ ммоль/л, $p < 0,01$) и ЛПНП ($43,1 \pm 1,3$ г/л, $p < 0,001$) при сравнении с аналогичной возрастной группой здоровых лиц. В возрастной группе мужчин больных СД 2 типа в возрасте 60–69 лет содержание ТГ ($3,8 \pm 0,4$ ммоль/л), ХС ($6,4 \pm 0,4$ ммоль/л) и ЛПОНП ($31,2 \pm 1,8$ г/л) было существенно выше, чем в контроле. У больных СД 2 типа мужчин

с возрастом имелась тенденция к увеличению в сыворотке крови ТГ, ЛПНП с максимумом в возрастной группе 60–69 лет. Максимальное содержание ЛПОНП в крови отмечалось у больных СД 2 типа мужчин в возрастной группе 40–49 лет. У женщин больных СД 2 типа в возрасте 40–49 лет содержание ТГ ($2,6 \pm 0,3$ ммоль/л), ХС ($5,7 \pm 0,5$ ммоль/л), ЛПОНП ($30,8 \pm 1,9$ г/л), ЛПВП ($30,6 \pm 2,2$ г/л) было выше, чем в контроле. Таким образом, при сахарном диабете 2 типа как у мужчин, так и у женщин наблюдаются возрастные изменения показателей липидного обмена в сочетании с гиперинсулинемией, что необходимо учитывать при разработке терапии данного заболевания.

Просоленко К.А., Лапшина Е.А.

**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
ПОД ВЛИЯНИЕМ СЕЛЕНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Определить особенности изменения уровня артериального давления (АД) под влиянием селенотерапии на у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов с АГ на фоне ХП. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц. Уровень артериального давления определялся ежедневно. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа получала стандартную терапию: метопролола сукцинат 10мг, рамиприл 10мг/сут, индапамид 1,5мг/сут, риабал 30мг/сут, пантопразол 40мг/сут на протяжении 30 дней. Вторая группа получала стандартную терапию и селенит натрия по схеме 300 мкг/сут 3 раза первые 5 дней, затем по 200 мкг/сут в 2 приема до 30 дней.

Результаты и их обсуждение. Выявлены достоверные отличия гемодинамических показателей между группами. Измеряемые уровни АД были снижены в обеих группах, но достоверно отличались: САД в 1 группе было снижено на 26,3 мм рт. ст., во 2 – 34,2 мм рт. ст.; ДАД снизилось на 11,8 мм рт. ст. в 1 группе, и на 16,1 мм рт. ст. во 2 группе ($p < 0,01$). Таким образом, исследование показало, что изменение уровня АД имело тенденцию к снижению САД и ДАД в обеих группах. Более выражено снижение АД произошло в группе 2, получавшей дополнительно селенит натрия.

Просоленко К.А., Сытник К.А., Куринная Е.Г., Гарькавец Л.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бабак О.Я.

Проблема избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения (ОЖ) в настоящее время приобрела характер «неинфекционной пандемии». Перспективной группой препаратов для лечения ОЖ являются препараты влияющие на каннабиноидную систему.

Цель: оценить влияние приема препарата афинноочищенных антител к каннабиноидному рецептору I типа «Диетресса» у пациентов с ИМТ или ОЖ 1-2 степени на пищевое поведение.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов, в том числе 13 мужчин и 17 женщин, средний возраст составил ($32,3 \pm 5,8$) лет с ИМТ или ожирение 1-2 степени. Оценка пищевого поведения по данным суммарного балла доменов опросника DEBQ.

Все пациенты получали препарат «Диетресса» по 1 таблетке 3 раза в сутки. Длительность лечения – 90 дней.

Результаты. Степень выраженности чувства голода практически у всех пациентов начинала снижаться уже в течение первых четырех недель лечения. Анализируя данные по данным суммарного балла доменов опросника DEBQ, полученные относительно пищевого поведения обследованных пациентов в динамике лечения, отмечались значимые сдвиги в сторону нормализации по рубрике экстернального пищевого поведения. Регистрировалось снижение до $(2,8 \pm 0,25)$ баллов на 12 неделе наблюдения против $(3,5 \pm 0,22)$ баллов до начала лечения. При этом не было выявлено существенной разницы показателей по рубрикам эмоциогенного и ограничительного пищевого поведения.

Выводы. Применение препарата «Диетресса» в течение 12 недель у исследуемых существенно уменьшило желание принимать пищу, что позволило 76% пациентов снизить массу тела, уменьшить окружности талии и бедер.

Пылёв Д.И.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В НА ТЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Е.М. Кривоносова

Терапия сахарного диабета многогранна. Целью лечения больных диабетом является компенсация углеводного обмена, что впоследствии предотвращает и улучшает течение поздних осложнений. Известно, что витамины группы В занимают одно из ведущих мест в лечении диабетической полинейропатии. Однако остается неизученным их влияние на течение сосудистых осложнений СД.

Цель. Определить влияние витаминов группы В на течение диабетической нефропатии.

Материалы и методы. Было обследовано 20 пациентов с СД типа 1 и 2, средний возраст которых составлял $45,5 \pm 11$ лет с клиническими проявлениями диабетической нефропатии 3-5 стадий (экскреция альбумина с мочой составляла не менее 300 мг/сут) в условиях эндокринологического отделения КУОЗ «ОКБ и ЦЭМП» г. Харькова. Верификация диагноза основывалась на проведении лабораторных методов исследования, включающих определение общего гомоцистеина в плазме крови (как маркера, свидетельствующего о повреждении сосудистой стенки) с помощью иммуноферментного анализа и исследование скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью проведения пробы Реберга-Тареева. Все пациенты были разделены на две группы по 10 больных в каждой и получали сахароснижающую терапию. Дополнительно, пациенты 2-ой группы принимали витамины, содержащие фолиевую кислоту (2,5 мг/сут), витамин В6 (25 мг/сут) и витамин В12 (1 мг/сут) в течение 3-х месяцев.

Результаты. При исследовании уровня гомоцистеина исходное его содержание в плазме крови у всех пациентов было $15,5 \pm 5,32$ мкмоль/л. На фоне проводимой терапии в 1-й группе пациентов уровень его увеличился на 2,6 мкмоль/л, во 2-й группе, при применения больших доз витаминов, - снизился на 2,2 мкмоль/л ($p < 0,001$), в результате чего наблюдалась значительная средняя разница -4,8 в пользу 2-й группы больных. В связи с наличием диабетической нефропатии, средняя исходная СКФ у 68% всех пациентов составляла $54,7 \pm 7,32$ мл/мин. При определении СКФ в 1-й группе больных было обнаружено ее снижение на фоне проводимой

терапии на 10,7 мл/мин, во 2-й же группе СКФ снизилась на 16,5 мл/мин ($p=0,02$). Средняя разница между группами составила -5,8 в пользу 1-й группы пациентов.

Вывод. Высокие дозы комбинированных витаминов группы В (фолиевой кислоты, витамина В6 и витамина В12) значительно снижают содержание в плазме крови гомоцистеина у пациентов с диабетической нефропатией, что связано с участием данных витаминов в его обмене, таким образом, предотвращая дальнейшее развитие сосудистых осложнений. Однако группа больных, принимающих В-витаминную терапию, имела более выраженное снижение функции почек, соответственно, более высокий риск развития почечной недостаточности, сердечно-сосудистых осложнений. Данный эффект, по-видимому, необходимо связать с развитием сосудистой токсичности при применении больших доз водорастворимых витаминов группы В, а так же с ролью фолиевой кислоты в синтезе тимидина, что могло способствовать пролиферации клеток сосудов, и со способностью данных витаминов увеличивать метилирование L-аргинина, ингибитора оксида азота.

Резник М.А.

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА – 1У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины», Украина, г.Харьков

Цель работы – изучить возрастные особенности содержания инсулиноподобного фактора роста - 1 (ИФР-1) и его взаимосвязь с сократительной функцией левого желудочка у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 35 больных ГБ II стадии, 2-3 степени среднего возраста и 28 больных ГБ II стадии, 2-3 степени пожилого возраста. Сократительную функцию левого желудочка сердца оценивали методом эхокардиографического исследования по стандартной методике. В исследование включались больные с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) левого желудочка > 45%). Содержание ИФР-1 определяли иммуноферментным методом - с помощью наборов фирмы DSL (США).

Результаты. Установлено повышение уровня ИФР-1 в крови больных ГБ среднего возраста в сравнении с больными ГБ пожилого возраста - ($184 \pm 14,2$) нг/мл и ($152,3 \pm 10,7$) нг/мл соответственно, $p < 0,05$. Изучение сократительной способности левого желудочка выявило более высокие показатели ФВ в группе пациентов с ГБ среднего возраста в сравнении с пожилыми больными - 58% и 52% соответственно, $p < 0,05$. Анализ взаимоотношений ИФР-1 и ФВ выявил положительную корреляционную взаимосвязь между данным фактором роста и сократительной способностью миокарда у больных ГБ как среднего ($r = + 0,46$; $p < 0,01$), так и пожилого возраста ($r = + 0,43$; $p < 0,05$).

Выводы. Установлено снижение уровня ИФР-1 в крови больных ГБ пожилого возраста в сравнении с больным ГБ среднего возраста. Выявленная положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем ИФР 1- и ФВ левого желудочка свидетельствует о роли данного ростового фактора в поддержании нормальной сократительной функции миокарда. Таким образом, дефицит продукции ИФР-1 у больных ГБ может способствовать развитию и прогрессированию систолической сердечной недостаточности, особенно у лиц пожилого возраста.

Риндіна Н.Г.

РІВЕНЬ ЕРИТРОПОЕТИНУ У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК II СТАДІЇ

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є покращення якості життя та загальної виживаності хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН). Хронічна хвороба нирок (ХХН) і анемія – найбільш часті супутники ХСН, які суттєво впливають на її прогноз.

Метою дослідження є оцінити динаміку еритропоєтину (ЕПО) у хворих на ХСН та ХХН II стадії з анемічним синдромом.

Обстежено 90 хворих на ХСН II-IV ФК внаслідок ішемічної хвороби серця, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27 (середній вік 71,42±8,66 років). До основної групи увійшли 60 анемічних хворих на ХСН, у якого діагностовано ХХН II стадії. Групу порівняння склали 30 хворих на ХСН без анемії та ХХН. Концентрацію ЕПО визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «PeptideEnzymeImmunoassay (EIA-3646)» (DRG, USA).

У пацієнтів основної групи порівняно з групою зіставлення знайдено вірогідне зниження рівня Hb, еритроцитів, кольорового показника, ШКФ, ЕПО (5.49±0.65 мМО/мл порівняно з 16.7±0.64 мМО/мл, $p \leq 0,05$). 62% хворих основної групи мали рівень ЕПО у межах норми, у 38% рівень ЕПО був нижче норми. Відсутність компенсаторної реакції підвищення центрального регулятора еритропоєзу за умов низьких рівнів Hb може свідчити про існування відносного дефіциту ЕПО у досліджуваній когорти хворих.

Рындина Н.Г.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Исследования последних лет показывают, что наличие сопутствующей анемии во многом определяет неблагоприятное клиническое течение ХСН, ухудшает функциональный статус и качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель исследования – оценить КЖ пациентов с анемией, развившейся на фоне ХСН, с помощью опросника FACT-An.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 больных с ХСН II-IV функционального класса (ФК) вследствие ишемической болезни сердца. В основную группу вошли 69 больных с диагностированной анемией. Группу сравнения составляли 58 больных без признаков анемии. Для оценки КЖ у пациентов с анемией на фоне ХСН использовали опросник FACT-An.

Результаты исследования. Результаты исследования показателей КЖ показали достоверное снижение всех параметров у анемичных больных с ХСН по сравнению с больными ХСН без признаков анемии. Низкие значения наблюдались по шкалам FWB, SWB и FACT-G у больных основной группы при сопоставлении с группой сравнения – на 39,1%, 33% и 47,4% соответственно. Несколько меньшие отличия отмечены при сравнении шкал PWB (на 27,3%), AnS (на 25,3%) и FACT-Аntotal (на 25,3%). Найдены положительные корреляционные связи между SWB и PWB ($r=0,32$), FWB ($r=0,45$), FACT-G ($r=0,68$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты указывают на то, что пациенты с ХСН и анемическим синдромом повышено утомляемы, испытывают недостаток энергии, что мешает социальному функционированию.

Рогачева Т.А.

ДИСЛИПИДЕМИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Изучить роль дислипидемии на проявления суставного синдрома и суточный ритм артериального давления (АД) у больных остеоартрозом (ОА) в сочетании с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материалы и методы. У 120 больных ОА коленных суставов I–II рентгенологической стадии по Kellgren в сочетании с ЭГ и у 60 больных ЭГ (группа сравнения) определяли липидный спектр крови, содержание С-реактивного белка, интерлейкина-1 β , фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α), С-концевые телопептиды, транспорт кальция между скелетом и кровью, альгофункциональный индекс Лекена, суточный ритм АД, функцию эндотелия с помощью сонографического исследования дилатации плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией (РГ) и измерения содержания нитритов (NOx) в плазме крови, проводили рентгеновскую денситометрию позвоночника.

Результаты. У больных ОА в сочетании с ЭГ в большей степени ($p < 0,05$), чем в группе сравнения выражены дислипидемия, дисфункция эндотелия, повышение уровня маркеров воспаления, костная резорбция, замедление транспорта кальция между внеклеточным и костным секторами и ухудшение суточного профиля АД. Между уровнями холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и величинами эндотелийзависимой вазодилатации ($r = 0,543$; $p < 0,05$), интенсивностью транспорта кальция ($r = -0,557$; $p < 0,05$) и альгофункциональным индексом Лекена ($r = 0,551$; $p < 0,05$) установлена умеренная корреляционная связь. Нарушения транспорта кальция наиболее выражены у больных с суточным ритмом АД – “night-reakers” и высоким уровнем ($> 3,80$ ммоль/л) ХС ЛПНП.

Выводы. Дислипидемия является одним из общих патогенетических механизмов ОА и ЭГ. Дислипидемия активизирует системные и локальные воспалительные процессы, усугубляет дисфункцию эндотелия, что, с одной стороны, способствует прогрессированию ЭГ, ухудшению суточного профиля АД, а с другой - путем прямого разрушения суставного хряща и опосредованно через повреждение субхондральной кости (резорбция, деминерализация) приводит к более выраженным проявлениям суставного синдрома при ОА.

Савченко А.Г.

ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Оценить клиничко – инструментальные особенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) у женщин пожилого возраста с сахарным диабетом (СД) 2 типа и дислипидемией.

Методи дослідження. Наблюдали 30 жінок пожилого віку з СД 2 типу і дисліпідемією, в віці від 60 до 73 років ($64,5 \pm 3,8$ років), з тривалістю СД від 1 року до 15 років ($5,6 \pm 4,9$). Більшість пацієнток отримували комбіновану терапію препаратами сульфонілмочевини і метформіном. По результатах проби с 6 – хвилинової ходьбою оцінювали функціональний клас (ФК) ХСН, тяжкість клінічних проявів визначали за шкалою оцінки клінічного стану (ШОКС). Досліджували рівень загального холестерину (ОХС) і тригліцеридів (ТГ), проводили ЕХО-КГ з визначенням фракції викиду (ФВ) і індексу маси міокарда (ИММ). Статистична обробка даних здійснювалася з використанням електронної програми Excel для Windows XP. Результати представлені в формі $M \pm \sigma$, де M – середнестатистичне значення, σ – стандартне відхилення. Проводився кореляційний аналіз, різниця при $p < 0,05$ вважалася статистично значимою.

Результати: у всіх жінок пожилого віку з СД 2 типу і дисліпідемією відзначаються клінічні ознаки ХСН з одышкою при фізичній навантаженні і набряками нижніх кінцівок. У більшості пацієнток спостерігається комбінована дисліпідемія з рівнем ОХС $5,4 \pm 1,1$ ммоль/л і ТГ – $2,3 \pm 1,1$ ммоль/л. По результатах проби с 6 – хвилинової ходьбою виявлена ХСН I-II ФК у 68% і у 32% хворих, відповідно, і за ШОКС – ХСН I-II ФК у 82% і у 18% хворих, відповідно. Усі пацієнтки мали серцеву недостатність з збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, з ФВ від 56% до 63% ($58,0 \pm 1,5$). Виявлені кореляційні зв'язки результату проби с 6 – хвилинової ходьбою з ФВ ($r = 0,46$) і з ИММ ($r = -0,36$), а також віку пацієнтки з ФВ ($r = -0,6$).

Висновки. У жінок пожилого віку з СД 2 типу і дисліпідемією відзначається висока поширеність ХСН I-II ФК, що вимагає раннього виявлення захворювання з оцінкою тяжкості клінічних проявів за ШОКС і з визначенням ФК ХСН за результатами проби с 6 – хвилинової ходьбою.

Степанова О.В., Баранова Є. В., Сьомова О.В.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛУ СУКЦИНАТУ В КУПУВАННІ НЕУСКЛАДНЕНОГО ГІПЕРТОНІЧНОГО КРИЗУ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор О. Я Бабак

Ціль: оцінити ефективність і безпеку застосування метопрололу сукцинату для купування неускладнених гіпертонічних кризів в амбулаторних умовах.

Матеріали і методи: нами обстежено 23 пацієнта, у котрих на прийомі у лікаря артеріальний тиск (АТ) відповідав: систолічний артеріальний тиск (САТ) >170 мм. рт. ст., та/або діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) >110 мм. рт. ст., без об'єктивних ознак гострого ураження органів-мішеней. Усім хворим назначався перорально метопролол в дозі 100 мг одноразово. В ролі критеріїв ефективності препарату враховувалися час настання антигіпертензивного ефекту і ступінь зниження АТ по вимірюванню АТ від моменту прийому на 15, 30 і 60 хвилині.

Результати: вихідний рівень САТ у пацієнтів був $185,6 \pm 11,3$ мм. рт. ст., ДАТ $106 \pm 7,8$ мм рт.ст. Прийом метопрололу сукцинату в дозі 100 мг через 15 хв призводив до зниження САТ на 10-15 мм рт.ст. у половини пацієнтів. Через 30 хв САТ достовірно знизилося на $24 \pm 3,3$ мм рт.ст., а ДАТ - на $11,4 \pm 2,6$ мм рт.ст. Через 60 хв САТ достовірно знизилося на $27 \pm 7,9$ мм рт.ст., а ДАТ - на $12,5 \pm 4,6$ мм рт.ст. Крім

того, зниження АТ супроводжувалося поліпшенням самопочуття хворих. У одного хворого препарат викликав надмірний гіпотензивний ефект (падіння АТ більше 30% від вихідного). У 1 пацієнта знизити АТ не вдалося і його довелося госпіталізувати до стаціонару. Висновок: Таким чином, метопролол сукцинат безпечний для пацієнтів і може розглядатися в якості ефективного препарату для лікування неускладненого гіпертонічного кризу в умовах поліклініки.

Степанова Е. В., Железнякова Н. М., Кебашвили С.В., Вьюник Т.В.
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С
ДЕБЮТОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Кафедра внутренней медицины № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О. Я. Бабак

Цель: Исследовать показатели липидного спектра крови в зависимости от степени поражения коронарных артерий у пациентов с дебютом ишемической болезни сердца.

Материал и методы: Обследовано 22 пациента (14 мужчин и 8 женщин) в возрасте $56,7 \pm 6,9$ лет, поступивших в стационар с дебютом ишемической болезни сердца (ИБС) в виде впервые возникшей стенокардии. Диагноз ИБС был верифицирован коронарографией. Проведен анализ показателей липидного спектра: общего холестерина (ОХС), коэффициента атерогенности (КА), соотношения липопротеинов низкой плотности и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП/ЛПНП), фракции ретенции холестерина (ФРХ), рассчитанного как (ЛПНП-ЛПВП) / ЛПНП.

Результаты: Поражение одного сосуда наблюдалось у 10 пациентов (45,4%), двух сосудов - у 5 пациентов (22,7%), трех сосудов - у 7 пациентов (31,8%). ОХС у пациентов с поражением 1 сосуда составлял $4,9 \pm 1,07$ ммоль/л; 2 сосудов - $6,3 \pm 1,1$ ммоль/л; 3 сосудов - $6,9 \pm 1,3$ ммоль/л ($p=0,012$). КА составлял, соответственно, $3,8 \pm 1,2$; $5,1 \pm 0,2$; $6,3 \pm 1,1$ ($p=0,001$). Соотношение ЛПВП/ЛПНП было: $0,34 \pm 0,1$, $0,26 \pm 0,02$, $0,20 \pm 0,03$ ($p=0,01$). ФРХ составляла, соответственно, $0,65 \pm 0,11$, $0,72 \pm 0,02$, $0,78 \pm 0,03$ ($p=0,02$).

Заключение: У пациентов с клиническим дебютом ИБС имеется взаимосвязь между тяжестью поражения коронарного русла и девиациями в показателях липидного спектра, что позволяет рассматривать изменения данных параметров как прогностически неблагоприятный фактор.

Степанова Е.В., Железнякова Н.М., Рускова Е. В.
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Цель исследования. Оценить и сравнить эффективность разных вариантов гиполипидемической терапии у мужчин и женщин с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Исследовано 44 пациента с МС. Средний возраст – (59 ± 7) лет. Мужчин - 21 (48%), женщин - 23 (52%). Все пациенты принимали симвастатин 20 мг/сут. Через месяц больных, не достигших целевого уровня липопротеинов низкой плотности (ЦУ ЛПНП) $< 2,5$ ммоль/л (20 мужчин и 19 женщин) разделили на группы:

в 1-й (n=16) принимали симвастатин по 40 мг/сут; во 2 (n=23) - симвастатин 20 мг и эзетемиб 10 мг/сут. Исходно и через 6 месяцев биохимическими тестами определяли общий холестерин (ОХС), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), ЛПНП, индекс атерогенности (ИА).

Результаты. В 1 группе ЦУ ЛПНП достигнут у 6 мужчин (75%) и 4 женщин (50%), а во 2 группе - у 9 женщин (81,8%) и 6 мужчин (50%) (p<0,05). Через 6 месяцев у мужчин 1 и 2 групп снизились соответственно: ОХС на 24,14% и 24,66%, ЛПНП на 33,7% и 34,74%, ТГ на 22,6% и 25,5%, ИА на 42,8% и 42,9%; повысились ЛПВП на 16,5% и 16,8%. У женщин 2 группы - более выражены: снижение ОХС (23,51% и 26,05%), ЛПНП (33,24% и 38,75%), ТГ (18,37% и 26%), ИА (41,26% и 46%); повышение ЛПВП (15% и 18%) (p<0,05). У женщин комбинированная терапия оказалась более эффективной, а у мужчин лучшие результаты были достигнуты при помощи монотерапии удвоенными дозами статинов, что помогает выбрать дальнейшую тактику ведения таких пациентов.

Степанова Е.В., Зеленая И.И., Бардинов Д.В.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает первое место по распространенности в структуре заболеваний сердечно сосудистой системы. Некоторые исследования показали, что современные стратегии терапии ИБС у пациентов женского пола менее эффективны в сравнении с пациентами мужского пола. При этом отмечается, что как врачи общей практики, так и кардиологи менее склонны назначать препараты для терапии ИБС пациентам женского пола.

Цель: изучить гендерные особенности назначения фармакотерапии при ИБС.

Материалы и методы: нами был проведен фармако-эпидемиологический анализ 76 историй болезни пациентов с ИБС. Мужчин (М) - 51, женщин (Ж) - 25.

В ходе нашего исследования мы получили следующие данные. Ж были в среднем на 10,6 лет старше М, среди Ж была достоверно выше частота тяжелых коморбидных состояний (p<0,05), при этом достоверно реже назначались препараты, потенциально способные улучшить прогноз заболевания – антиагрегантная терапия (21% у Ж против 50% у М, p<0,05), статины (20% Ж против 53% М; p<0,05), β - адреноблокаторы (84 % Ж против 91% М; p<0,05). В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что в фармакотерапии ИБС существуют следующие гендерные различия: женщинам реже назначаются β –адреноблокаторы, статины, антиагрегантная терапия, что свидетельствует о необходимости коррекции терапевтического подхода у пациентов с ИБС женского пола.

Степанова Е.В., Зеленая И.И., Левашова А.И.

ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить перспективные методы лечения анкилозирующего спондилоартрита (АС).

Материалы и методы: нами было проанализировано и оценено с помощью индекса активности BASDAI 38 историй болезни пациентов с выраженными проявлениями АС, для лечения которых использовались ингибиторы ФНО- α , и группы плацебо, которая составила также 38 человек.

Результаты: уже на следующий день после введения ингибитора ФНО- α 5 мг/кг у всех больных наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) уменьшение утренней скованности на $55 \pm 5,0\%$, болей в суставах и позвоночнике на $80 \pm 5,0\%$, вплоть до полного их прекращения, в группе плацебо – соответственно $7 \pm 2\%$ и $15 \pm 3\%$. У 53% больных на 12 неделе лечения определялось достоверное ($p < 0,001$) снижение суммарного индекса активности BASDAI на $53 \pm 3\%$ по сравнению с $9 \pm 2\%$ в группе плацебо. К 48 неделе у 50% больных состояние достоверно ($p < 0,001$) расценивалось как индуцирование ремиссии заболевания. На фоне проводимой терапии достоверно ($p < 0,001$) больше было больных и с частичной ремиссией АС по сравнению с группой плацебо – соответственно 40% и 12%. При приеме ингибитора ФНО- α достоверно ($p < 0,001$) повышалось на $85 \pm 4\%$ качество жизни по сравнению с группой плацебо – $12 \pm 3\%$.

Выводы: итак, применение ингибиторов ФНО- α для лечения АС является эффективным, о чем свидетельствуют достоверное уменьшение утренней скованности, болей в суставах и позвоночнике, снижение суммарного индекса активности BASDAI, индуцирование ремиссии заболевания и, что наиболее существенно, повышение качества жизни таких больных по сравнению с группой плацебо.

Степанова Е.В., Кербаж Н.Р.

РОЛЬ И МЕСТО ЭРИТРОЦИТОВ В ПРОЦЕССАХ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ТРОМБИНООБРАЗОВАНИЯ

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Цель. Определение роли эритроцитов в образовании тромбина по данным литературы.

Материалы. Проведен ретроспективный анализ литературных данных за последние 15 лет, посвященных изучению роли эритроцитов в тромбинообразовании.

Результаты. В 1999 году PeyrouV. etal. впервые провели эксперименты по выявлению образования тромбина эритроцитами в человеческой крови *in vitro*. Они выяснили, что $0.51 \pm 0.075\%$ эритроцитов экспрессируют на своей наружной оболочке прокоагулирующие фосфолипиды, которые участвуют в процессе образования тромбина. Добавление факторов свертывания Ха и Va к очищенным эритроцитам, взятым в обедненной тромбоцитами крови, привело к значительному и постоянному увеличению активности протромбиназы. HorneM.K. etal. (2006) подтвердили результат PeyrouV. etal. проведя эксперимент в условиях, приближенных к *in vivo*. С целью уменьшения воздействия на эритроциты внешних факторов, исследователи добавляли к препаратам крови кальций и зерновой ингибитор трипсина. При увеличении гематокрита с 0 до 60% концентрация протромбина возрастала в линейной зависимости. Авторы выявили, что максимальная концентрация тромбина достигается быстрее и оказывается выше при добавлении в исследуемый материал гемолизированных эритроцитов, по их мнению это объяснялось вовлечением эритроцитарных микрочастиц в образование тромбина. WhelihanM.F., MannK.G. в

2013 году продолжив исследования вышеупомянутых ученых определили, что фосфатидилсерин, находящийся на поверхности эритроцитов, является одним из важнейших факторов синтеза меизотромбина, который выполняет функцию посредника в процессе образования α -тромбина из протромбина. Преимущество меизотромбина перед протромбином-2, который адсорбируется на тромбоцитах, состоит в первичном отщеплении белка Arg 320, необходимого для образования α -тромбина.

Выводы. Эритроциты принимают активное участие в тромбообразовании за счет многих факторов, одним из которых является синтез тромбина. Относительно небольшое количество эритроцитов, которое эквивалентно 20% общего числа тромбоцитов, принимает активное участие в образовании тромбина, что может значительно влиять на процессы гемокоагуляции.

Степанова Е.В., Острополец А.С.
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ
ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА У ЖЕНЩИН В
ПЕРИМENOПАЗУЕ

кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина,

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) является одним из маркеров репродуктивного старения женщины. Показано, что уровень ФСГ связан с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС), однако факторы, влияющие на его повышение изучены недостаточно.

Целью нашей работы было изучение факторов, влияющих на повышение уровня ФСГ у пациенток в перименопаузе.

Материалы и методы. В исследование было включено 160 пациенток с патологией ССС, находящихся в периоде перименопаузы. Они были разделены на две группы в зависимости от уровня ФСГ. В первую группу вошли 76 женщин с уровнем ФСГ менее 25 МЕ/л, во вторую – 84 с уровнем ФСГ более 25 МЕ/л. Статистическая обработка была проведена с использованием параметрической и непараметрической статистики, для разработки модели прогнозирования повышения ФСГ был использован метод логистической регрессии.

Результаты. Пациентки в группе 1 были достоверно моложе, чем пациентки в группе 2 (средний возраст составил 49 и 55 лет соответственно, $p=0,03$). Достоверных различий между группами по уровню систолического и диастолического артериального давления, фракции выброса, уровням холестерина и его фракций не было выявлено. В группе 2 было достоверно меньше пациенток с сахарным диабетом II типа (5,9% и 19,7%, $p=0,009$). При сравнении гормонального статуса в группах достоверно отличался уровень эстрадиола (103,05 пг/мл и 38,87 пг/л, $p=0,0001$).

Была разработана математическая модель прогнозирования роста ФСГ у пациенток в перименопаузе.

Выводы. Таким образом, нами был выявлен ряд факторов, которые могут влиять на риск повышения уровня ФСГ более 25 МЕ/л. К ним относятся возраст, наличие сахарного диабета, уровень эстрадиола. Разработана математическая модель прогнозирования повышения уровня ФСГ у женщин.

Степанова Е.В., Попова Т. О.
**ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИЙ С ПОМОЩЬЮ КАСКАДНОЙ
ПЛАЗМАФИЛЬТРАЦИИ**

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Лечение гиполипидемическими препаратами малоэффективно у пациентов с семейной гиперхолестеринемией, рефрактерными дислипидемиями и ишемической болезнью сердца. Рискованно использовать гиполипидемические препараты у беременных женщин, при заболеваниях печени, аллергии или осложнениях. В данных ситуациях возможно применение каскадной плазмафильтрации (КПФ).

Цель. Изучение и проведение анализа лечения дислипидемий с помощью КПФ на основе литературных данных.

Материалы и методы. Нами был проведен метаанализ 20 рандомизированных клинических исследований, где изучалось влияние КПФ на следующие исходные показатели клинического и биохимического анализа крови: общий холестерин (ОХС), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), фибриноген (ФГ), тромбоциты.

Результаты. После проведения процедуры были получены следующие данные: ОХС - 241 ± 38 мг/дл (-57,9%, $p < 0,013$), ЛПНП - 145 ± 43 мг/дл (-70,8%, $p < 0,011$), ТГ - 54 ± 10 мг/дл (-59,2%, $p < 0,018$), ФГ - 154 ± 62 мг/дл (-59,7%, $p < 0,012$), тромбоциты - 248 ± 47 *10⁹/л (-14,2%, $p < 0,043$). Согласно исследованию REMUKAST были описаны побочные явления у 34 человек (2%, $n=1702$), включая гипотонию (у 41%), тошноту и рвоту (у 18%), отеки (у 17%).

Выводы. Лечение дислипидемий с помощью КПФ может стать хорошей альтернативой при невозможности использовать лекарственную терапию по различным причинам. Высокая эффективность и низкая частота побочных эффектов являются преимуществами данного метода, но его массовое применение ограничено высокой стоимостью и наличием противопоказаний.

Степанова Е.В.¹, Фельдман Д.А.¹, Сёмова О.В.²

**ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ
ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

¹Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

²Национальный институт терапии им.Л.Т.Малой НАМН Украины, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Цель исследования: изучить гиполипидемический эффект статинов и урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени НАЖБП.

Материалы и методы исследования: обследовано 45 пациентов с дислипидемией и НАЖБП (по данным ультразвукового исследования). Всем пациентам до и после лечения был произведен биохимический анализ крови (общий холестерин (ОХС), ЛПНП, триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (АГ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ) и УЗИ печени.

Пациенты были разделены на 3 группы. Пациенты первой группы ($n=15$) применяли монотерапию статинами (Аторвастатин, 10 мг в сутки), пациенты второй группы ($n=15$) - УДХК (10 мг/кг в сутки), пациенты третьей группы ($n=15$) - статины

в сочетании с УДХК (Аторвастатин, 10 мг в сутки, УДХК-10мг/кг в сутки). Эффект от терапии был оценен через 6 месяцев после начала исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У первой группы пациентов ОХС снизился на 5,8%; уровень ЛПНП - на 17%; ТГ - на 5,0%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У второй группы пациентов ОХС снизился на 4,3%; уровень ЛПНП - на 13,2%; ТГ - на 5,5%; коэффициент АГ - на 38%; уровень ЛПВП повысился на 37,5%. У третьей группы пациентов ОХС снизился на 10%; уровень ЛПНП - на 18%; ТГ - на 15,8%; коэффициент АГ - на 42,2%; уровень ЛПВП повысился на 44,4%. У пациентов всех групп АСТ и АЛТ оставались в норме, без изменений. У пациентов первой группы, по сравнению с пациентами второй группы, отмечалось более выраженное снижение уровня липидов, однако при использовании комбинированной терапии (статины+ УДХК) отмечался наиболее выраженный гиполипидемический эффект. Статины хорошо переносились пациентами с НАЖБП, побочные эффекты не выявлялись.

Выводы: таким образом, данное исследование показало, что статины являются необходимым компонентом дислипидемической терапии у больных с НАЖБП. Комплексная терапия (статины+ урсодезоксихолиевая кислота) в течении 6 месяцев и более эффективна в достижении целевого ОХ, ЛПНП, ТГ, ЛПВП в сыворотке крови по сравнению с монотерапией статинами.

Степанова Е.В., Червань И.В., Зеленая И.И.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И СТАТИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН

Кафедра внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.Я. Бабак

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) - основная причина смерти в индустриально развитых странах мира. Согласно американским исследованиям, заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин превалирует преимущественно до 60 лет, у женщин - после 60 лет. Безусловно, существуют гендерные различия в развитии ССЗ. С точки зрения кардиологии, эстрогены выполняют важнейшую протекторную функцию, а сочетание заместительной гормональной терапии (ЗГТ) с приёмом статинов у женщин обеспечивают более выраженное действие на липидный профиль.

Целью исследования стало проведение анализа по эффективности ЗГТ и статинотерапии (СТ) при ССЗ у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: Нами был проведен метаанализ 30 рандомизированных клинических исследований, где изучалось влияние ЗГТ в сочетании со статинами у женщин в постменопаузе и оценивались показатели липидного обмена: липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП)

Результаты исследования и их обсуждения: ЗГТ снижает риск развития ССЗ у женщин в постменопаузе; длительное применение ЗГТ в сочетании с СТ снижает распространенность и частоту ССЗ от 25 до 50%; ЗГТ снижает уровень ЛПНП в среднем на 10% и повышает уровень ЛПВП на 10-15%. Кроме того, у женщин, начавших ЗГТ вскоре после менопаузы, отмечено снижение риска ИБС по сравнению с теми, кто начал лечение позже. Таким образом, своевременно начатая ЗГТ в сочетании со СТ является важнейшим аспектом профилактики и лечения ССЗ.

Сухонос Н.К.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМІНУ ЕЙКОЗАНОЇДІВ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ТА ВІБРАЦІЙНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Дослідження ейкозаноїдів обумовлено, тим, що вони беруть участь у формуванні всіх компонентів і багатьох проявів запалення. Найбільш виражено їх вплив на: тонус стінок мікросудин (артеріол, прекапілярів, капілярів, венул); регуляція кровопостачання тканин при запаленні, еміграції у вогнище запалення лейкоцитів і фагоцитозу; утворення інших медіаторів запалення; стан системи гемостазу; проникність стінок мікроциркуляторного русла. Крім того, ЕД – це, перш за все, дисбаланс між продукцією вазоділятаційних факторів (ПГЕ₂) і вазоконстрикторних факторів (ЛТС₄, ПГФ_{2α}).

Мета дослідження. Оцінка обміну ейкозаноїдів у хворих з поєднаним перебігом гіпертонічної та вібраційної хвороби

Матеріали і методи. Клінічною базою для проведення досліджень був НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. У дослідження були включені 107 хворих з діагнозом ВХ від впливу локальної вібрації I та II ступеня, у віці від 41 до 66 року (середній вік (54 ± 6,17 років). З них у 60 хворих ВХ з ГХІІ (основна група), а у 47 хворих ізольована ВХ (група порівняння).

Результати дослідження. У обстежених нами осіб спостерігалось достовірне збільшення вмісту ЛТВ₄–49,9 пг/мл МЕ[46,12;55,12] проти 25,71 пг/мл МЕ[20,68;28,09] в групі контролю. Вміст ЛТС₄ майже не змінився в групі хворих на ВХ, достовірне збільшення вмісту всіх груп простагландинів у порівнянні з контролем: ПГЕ₂–2154 пг/мл МЕ[1836;2428] проти 1649 пг/мл МЕ[1211;1867], ПГФ_{2α}– 26,10 пг/мл МЕ[23,20;29,14] проти 16,9 пг/мл МЕ[14,33; 19,20] (p<0,05)

Висновки. Аналіз результатів дослідження показав наявність хронічного запалення при ВХ, що підтверджує високий рівень ЛТВ₄ в групі хворих на ВХ. Також отримані дані свідчать про активацію синтезу простагландинів при ВХ. В першу чергу ці зміни відносяться до пресорного простагландину ПГФ_{2α} рівень якого значно підвищувався, депресорний простагландин ПГЕ₂ також збільшується. Такі зміни характерні для ангіоспастичного синдрому, який проявляється у більшості хворих вже на початку ВХ. Переважання змін у простагландинів над лейкотриєнами свідчить про участь простагландинів у реалізації судинних реакцій і гемодинамічних порушень при ВХ, та наявність вазоділятації вже на початку ВХ.

Табаченко О.С.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АПЕЛІНУ-12 У РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор П.Г. Кравчун

Апелін-12 є одним із маркерів метаболічних порушень, що об'єднуює в єдиний симптомокомплекс ожиріння, гіперліпідемію, порушення толерантності до глюкози, артеріальну гіпертензію (АГ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Мета дослідження – оцінити патогенетичне значення апеліну-12 у розвитку артеріальної гіпертензії у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 105 хворих на АГ, які були розподілені на групи, у залежності від наявності ЦД 2 типу. До першої групи увійшли хворі на АГ у поєднанні з ЦД 2 типу (n=75). Другу групу склали хворі на АГ без діабету (n=30) та контрольна група практично здорових осіб (n=25). Визначення рівня апеліну-12 проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест системи «Human Apelin 12 (AP12) ELISA Kit». Оцінку відмінностей між групами при розподілі проводили за допомогою критерію Пірсона.

Результати та їх обговорення. Було визначено патогенетичне значення апеліну-12 у розвитку АГ з ЦД 2 типу шляхом встановлення позитивних кореляційних зв'язків між рівнем апеліну-12 та наявністю ЦД 2 типу ($r=0,72$; $p<0,05$), проти ($r=0,13$; $p>0,05$) у хворих без супутнього діабету, а також з контрольною групою ($r=0,08$; $p>0,05$).

Висновки. Одержані результати свідчать про взаємозв'язок серцево-судинних захворювань з метаболічними порушеннями у даної когорти хворих за рахунок оцінки адипоцитокіну – апеліну-12.

Тверезовская И.И.

ВЛИЯНИЕ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель доцент Котовщикова Н.Н.

Желчнокаменная болезнь – одна из распространенных патологий наравне с заболеваниями сердечнососудистой системы и сахарным диабетом на сегодняшний день. Этиопатогенез заболевания разнообразен, особое место в нем занимает развитие заболевания на фоне приема гормональных препаратов (женщины пред- и менопаузального периода), либо состояний, связанных с естественным повышением гормонального фона, к примеру, беременность.

Цель исследования. Проследить зависимость между уровнем женских половых гормонов и частотой возникновения желчнокаменной болезни.

Методы исследования. Анкетирование с указанием количества беременностей и приёма оральных контрацептивов, образа жизни, пищевого поведения. Определение уровня холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТАГ и эстрадиола в сыворотке крови. Измерение ИМТ.

Результаты. В наших исследованиях принимали участие 22 женщины гинекологического и хирургического отделений. Все испытуемые были перименопаузального возраста от 43 до 64 лет (средний возраст $53,5 \pm 2,67$ лет), из которых 10 человек получали на данный момент или в течение последних трёх лет заместительную гормональную терапию. 6 женщин отметили, что ухудшение состояния желчного пузыря произошло после гормонотерапии. Среди женщин, которые не принимали никаких гормональных средств, но имевших в анамнезе двое (5 человек) или трое (2 человека) родов, 5 человек утверждали, что заболевания желчного пузыря началось в течение двух лет после последних родов. Лабораторные исследования показали, что у женщин, получающих гормональную терапию, средние показатели общего холестерина – $5,97 (\pm 0,13)$ ммоль/л, ЛПВП – $2,16 (\pm 0,45)$ ммоль/л, ЛПНП – $2,89 (\pm 0,39)$ ммоль/л, ТАГ – $1,37 (\pm 0,43)$ ммоль/л, а у женщин, не принимавших таковую, общий холестерин – $4,65 (\pm 0,5)$ ммоль/л, ЛПВП – $1,87 (\pm 0,35)$ ммоль/л, ЛПНП – $2,47 (\pm 0,26)$ ммоль/л, ТАГ – $0,95 (\pm 0,22)$ ммоль/л. Измерение ИМТ показало, что ИМТ >25 имеют 9 из 22 пациенток (5 женщин, принимающие гормональные препараты, 4 женщины, не принимающие

гормональные препараты). Среднее значение эстрадиола в крови у женщин первой группы составляло – 86,6 пг/мл, а у женщин второй группы – 54,75 пг/мл.

Выводы. Частота возникновения ЖКБ находится в прямой зависимости от изменения гормонального фона. У женщин, имеющих в анамнезе повторные роды, или принимающие терапию гормональными препаратами и комбинированными оральными контрацептивами, вероятность появления ЖКБ выше, чем у женщин, не имеющих таковые.

Тимошенко Е. В.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАССАЖА И ЛФК.

Кафедра внутренней медицины №2 и медсестринства

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: Бездетко Т.В.

Бронхиальная астма (БА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитии которого принимают участие множество элементов, включая гладкие мышечные клетки и эозинофилы. Доказано лечебное действие физических упражнений и массажа при различных заболеваниях. Особенно дискутируется воздействие лечебной физической культуры (ЛФК) и массажа на дыхательные пути, которые богаты разнообразными рецепторами. Важную роль играют рецепторы легких, грудной клетки и дыхательных мышц.

Цель: оптимизация эффективности лечения больных БА с использованием ЛФК и массажа.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач обследовано 62 больных БА в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $34,5 \pm 9,8$ лет), преимущественно женщины, проходивших лечение в Областной клинической больнице г. Харькова, а также курсы физической реабилитации в период 2012-2014 годов. Для оценки качества жизни был использован международный опросник SF-36. Все больные были разделены на 11 групп. Все обследуемые больные получали базисную противовоспалительную терапию ингаляционными стероидами в малых (≤ 500 мкг/сут) или средних ($> 500-1000$ мкг/сут) дозах в пересчете на беклометазона дипропионат, 8 чел. из которых – в сочетании с ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия, мембрано-стабилизирующие препараты, β_2 -агонисты короткого действия «по требованию».

Курсы физической реабилитации, которая включала массаж и ЛФК, на фоне базисной медикаментозной терапии курсом 15 процедур получали 32 пациента, включенных в исследование (I группа). Вторая группа, 30 человек, (II группа) получала только базисную терапию. В соответствии с задачами все больные были обследованы в лаборатории Областной клинической больницы г. Харькова аллергологическом отделении ОКБ. Вентиляционную функцию легких оценивали по показателям жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объемом форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1).

Сравнивая результаты лечения больных 1 и 11 групп отмечено, что у больных 1-й группы отмечено улучшение показателей качества жизни и ФВД. У пациентов 1-й группы выявлено: ОФВ1 возрос в среднем на 14% и составил $80,3 \pm 8,9\%$ ($p < 0,05$). Во 11-й: ОФВ1 возрос в среднем на 6% и составил $78,9 \pm 9,4\%$ ($p > 0,05$). Анализ данных опросника свидетельствует, что занятия по методике физической реабилитации с использованием массажа и ЛФК улучшают общее состояние пациентов, повышает их

физические возможности, уверенность в собственных силах. Отмечено повышение шкалы "Физическое функционирование" на 6%; шкалы "Общее состояние здоровья" на 6%; шкалы "Жизненная активность" на 9%; шкалы "Психическое здоровье" на 9%.

Выводы. Физическую реабилитацию с использованием ЛФК, необходимо включать в план лечения больных БА.

Титова Г.Ю., Глєбова О.В., Калініченко А.О.

ПОРУШЕННЯ ОКСИДАНТНОГО ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Причиною розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН) є ішемічна хвороба серця (ІХС) і перенесений інфаркт міокарда (ІМ). Важливим чинником ризику ІХС є ожиріння. Поєднання ІХС та ожиріння збільшує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень і залишається провідною проблемою у багатьох країнах світу.

Мета – встановити порушення оксидантного та антиоксидантного дисбалансу у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та ожирінням.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 60 хворих з постінфарктним кардіосклерозом. Активність супероксиддисмутази (СОД) крові визначалася спектрофотометричним методом за ступенем пригнічення реакції окислення кверцитину на спектрофотометрі СФ-46. Маалоновий діальдегід (МДА) визначався в сироватці крові спектрофотометричним методом. Статистична обробка даних проводилася за методом визначення дескриптивних показників: медіани (Mediana) і середнього значення (Mean).

Рівень супероксиддисмутази був вище на 23% у хворих з ожирінням, що дорівнює 9,26 мг/л, а рівень маалонowego деальдегіду – вище на 9% і склав 39,28 мкмоль/л.

Висновки: перебіг постінфарктного кардіосклерозу супроводжується збільшенням рівнів маркерів оксидативного стресу та активації вазодилаторних механізмів, що залежить від наявності ожиріння. Таким чином, у хворих на постінфарктний кардіосклероз та ожиріння визначаються більш значущі порушення оксидантного та антиоксидантного дисбалансу порівняно з хворими з нормальною масою тіла.

Титова Г.Ю., Кадикова О.І., Калініченко А.О.

ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Серцево-судинні захворювання посідають одне з перших місць у структурі захворюваності та смертності в більшості країн світу. Причиною розвитку хронічної серцевої недостатності є ішемічна хвороба серця (ІХС), яка займає домінуючі позиції серед хвороб системи кровообігу та перенесений інфаркт міокарду. Поєднання ІХС та ожиріння збільшує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень.

Мета – встановити роль оксиду азоту у прогресуванні ендотеліальної дисфункції у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та ожирінням.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 60 хворих з постінфарктним кардіосклерозом, які знаходилися на лікуванні в інфарктному відділенні ХМКЛІ № 27. Визначення нітритів (NO₂-) у сироватці крові проводилося методом діазореакції з

реактивом Гріссу з подальшим колориметричним визначенням азосполуки на аналізаторі Labline – 80 (Австрія).

Статистична обробка даних проводилася за методом визначення дескриптивних показників: медіани (Mediana) і середнього значення (Mean).

У групі хворих з ПКС рівень нітритів склав $7,66 \pm 0,3$ мкмоль/л, а у хворих з ПКС та ожирінням - $9,66 \pm 0,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$); рівень нітратів – $12,91 \pm 1,6$ мкмоль/л у хворих з ПКС та ожирінням склав $15,42 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$) відповідно.

Висновки: порушення метаболізму оксиду азоту відіграє провідну роль у дисфункції ендотелію, яка проявляється в активації вазодилататорних механізмів, що залежить від наявності ожиріння і є невід'ємною складовою патогенезу у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та ожирінням.

Трикоз В.Г, Фадеев П.В
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЯЗКИ HYDROFERABLUE ПРИ СИНДРОМЕ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра внутренней медицины №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Огнева Е.В.

Синдром диабетической стопы (СДС) является в последнее годы актуальным у больных с сахарным диабетом (СД), который приводит к анатомо-функциональным изменениям, обусловленным диабетической нейропатией, микро-, микроангиопатией, остеоартропатией и развитием гнойно-некротических процессов в тканях конечности, приводящих к ее ампутации. Не смотря на тот факт, что распространенность СДС составляет от 1,5 до 6%, на больных СД с диабетической стопой приходится 40-60% всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера.

Для предупреждения прогрессирования патологических изменений в тканях стопы необходимо совершенствовать терапевтические методы лечения, поскольку любое хирургическое вмешательство у больных с СД может повлечь за собой каскад нежелательных последствий.

Цель исследования - изучить действие повязки HydroferaBlue при СДС и оценить ее эффективность.

Результаты. Повязка оказывает абсорбирующее местное влияние, корректирует бионагрузку и подавляет рост бактерий, которые могут привести к инфицированию раневой поверхности, обеспечивает барьерную функцию благодаря водонепроницаемой части; обеспечивает поддержание бактериостатической среды благодаря двум органическим пигментам Метиленовому синему и Генциан фиолетовому и защищает от широкого спектра микроорганизмов, в том числе метициллин-резистентного стафилококка и ванкомицин-резистентного энтерококка. Пористая структура HydroferaBlue обеспечивает вакуумное воздействие на капилляры и абсорбирует жидкость и выделения из раневой поверхности, а также физически связывает вредные эндотоксины, удаляет нагруженный бактериями экссудат и выводит из раны, что способствует дальнейшему заживлению раны.

В кабинете диабетической стопы эндокринологического отделения КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» за период с сентября по декабрь 2014 г. лечение с использованием данной повязки проводилось 8 больным с тяжелой формой субкомпенсированного СД 1-го и 2-го типов, осложненного СДС. Наблюдаемым больным проводилось лечение основного заболевания, антибиотикотерапия, перевязки HydroferaBlue через день до исчезновения воспалительной инфильтрации (до очищения раны), далее

ежедневно в чередовании с наложением мази Левомиколь. На фоне терапии отмечался достаточно быстрый положительный эффект, который заключался в уменьшении раневой поверхности, активной грануляции раны и ее очищении. В среднем, спустя 1 месяц после лечения наблюдалось полное формирование рубца. Требуется дальнейший мониторинг эффективности применения данной повязки.

Выводы. Hydrofera Blue оказалась эффективным средством комплексного лечения СДС, которая непосредственно ликвидирует местные патологические изменения, создает адекватную среду для скорейшего заживления, препятствует попаданию и развитию бактериальной инфекции в раневой поверхности. Повязка полностью соответствует рекомендациям Международного соглашения по диабетической стопе 2000 года при местном лечении.

Чернякова А.Е., Каушнян Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЁГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней №2 и медсестринства
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Т.С.Оспанова

Хронические обструктивные заболевания лёгких, ХОЗЛ и БА, представляют для человечества демографическую, социальную и экономическую угрозы. По прогнозам ВОЗ к 2020 г. ХОЗЛ выйдет на 5 место по ущербу, наносимому болезнями в глобальном масштабе. Выделение фенотипов ХОЗЛ и БА свидетельствует об определённом сходстве этих заболеваний по основным признакам, ингаляционному источнику повреждений и различиям по механизмам развития и ответу на терапию. Концепция фенотипов ХОЗЛ и БА перспективна для индивидуализации терапии, улучшения качества жизни (КЖ). В настоящее время обсуждаются две концепции ХОЗЛ и БА: британская, согласно которой это отдельные болезни со своими генетическими основами, патогенезом, клиникой, разными подходами к лечению и прогнозу, и голландская, рассматривающая ХОЗЛ и БА как фенотипы или синдромы в рамках единого хронического обструктивного заболевания лёгких. Совместный проект GOLD и GINA 2014 чётко разграничивает БА и ХОЗЛ, выделяя при этом перекрёстный (overlap) синдром БА-ХОЗЛ (ACOS). Мы сравнили показатели качества жизни, связанного со здоровьем (КЖ), у 30 больных ХОЗЛ III ст. (23 мужчины и 7 женщин, возраст от 26 до 72 лет) и 30 больных БА (22 женщины и 8 мужчин, возраст от 20 до 61 года). Для изучения КЖ использован общий опросник (MOSF-36), который позволяет оценить профиль здоровья и благополучия на психометрической основе физического (PCS) и психического (MCS) здоровья в баллах (от 0 до 100). Показатели КЖ были значительно снижены при обоих заболеваниях, особенно PCS у больных ХОЗЛ ($31,7 \pm 5,8$) и БА IV ст. ($30,4 \pm 4,5$). У пациентов с БА II и III ст. этот показатель был достоверно выше ($41,0 \pm 4,8$ и $34,2 \pm 5,0$). MCS при ХОЗЛ составил $35,9 \pm 4,8$; при БА IV ст. - $33,9 \pm 4,4$; при БА II ст. - $38,2 \pm 6,3$ и при БА III ст. - $43,7 \pm 8,1$. Обнаружена зависимость КЖ от пола пациентов: при ХОЗЛ у женщин PCS $28,5 \pm 3,7$ и MCS $31,3 \pm 4,2$, у мужчин PCS $35,8 \pm 4,6$; MCS - $33,4 \pm 5,2$. У женщин с БА PCS составляет $33,9 \pm 3,8$; MCS - $41,3 \pm 5,4$; у мужчин - $40,5 \pm 5,0$ и $35,3 \pm 5,1$. Артериальная гипертензия (АГ) у пациентов с ХОЗЛ значительно снижает PCS и сопровождается парадоксальным увеличением MCS, при БА с АГ снижаются оба показателя. У пациентов с ХОЗЛ и ИБС снижается PCS, достоверно не изменяется MCS. Таким образом, ХОЗЛ и БА IV ст. значительно снижают КЖ пациентов

за счёт показателей физического и психического здоровья. При БА Пст. и Шст. влияние болезни на КЖ менее выражено. Это подтверждает существование т.н. перекрестного (overlap) синдрома ХОЗЛ-БА, при котором различия между болезнями, отчётливо проявляющиеся на ранних этапах БА, практически исчезают у пациентов с тяжёлым течением ХОЗЛ и БА. Полученные данные позволяют выделить фенотип ХОЗЛ с низким КЖ: это женщины молодого возраста с недостаточной массой тела и АГ. При БА выделяются 4 фенотипа с высокими и низкими показателями КЖ (гетерогенность). К фенотипу с низким PCS относятся женщины старших возрастных групп, страдающих БА IVст. с АГ показатели КЖ при этом фенотипе БА близки к показателям пациентов, страдающих ХОЗЛ. Отличия показателей КЖ и фенотипов, связанных с КЖ, подтверждают существование двух болезней – ХОЗЛ и БА, несмотря на большое количество общих для них симптомов, синдромов и фенотипов.

Шалімова А.С.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ α -ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ PPAR γ_2

Кафедра терапії та нефрології

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

Патогенетичні механізми, які обумовлюють розвиток гіпертонічної хвороби (ГХ) і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т), багато в чому перекликаються і призводять до прогресування захворювань. Нормальна чутливість тканин до інсуліну багато в чому залежить від функціональної активності пероксисомальних проліфератор-активуючих рецепторів (peroxisome proliferator-activated receptors (PPAR) – транскрипційних факторів з родини ядерних гормональних рецепторів, що управляють активністю багатьох генів і є центральними регуляторами ліпідного та вуглеводного обміну, розвитку і диференціації жирової тканини, модуляторами експресії генів у багатьох тканинах. В останні роки активно вивчаються групи препаратів, які можуть здійснювати вплив на PPAR, зокрема α -ліпоєва кислота (α -ЛК).

Мета роботи: оцінка впливу генетичного поліморфізму PPAR γ_2 на ефективність комплексної терапії з використанням α -ЛК у пацієнтів з ГХ і ЦД 2т. Обстежено 169 пацієнтів віком від 45 до 60 років із наявністю ГХ II стадії, 2 ступеня у сполученні з ЦД 2т, середньої важкості, субкомпенсованим. Контрольна група складалася з 20 практично здорових осіб.

Проведене дослідження показало, що у пацієнтів з ГХ і супутнім ЦД 2 типу ступінь вираженості гемодинамічних і метаболічних порушень відрізняється в залежності від генетичного поліморфізму PPAR γ_2 . Встановлено, що терапевтичний ефект α -ЛК в умовах IP відрізняється при протективному і несприятливому поліморфізмах PPAR γ_2 . Суттєве зниження рівнів глікозильованого гемоглобіну і тригліцеридів у пацієнтів при застосуванні α -ЛК на тлі базисної терапії реєструвалося лише у пацієнтів з Pro12Ala/Ala12Ala генотипом, який може розцінюватися як протективний поліморфізм.

Шевченко Я.А., Ромасько Е.И.

ПРОБЛЕМА ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и аллергологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Проблема побочного действия (ПД) лекарственных средств (ЛС) на сегодняшний день приобретает все большее медико-социальное значение в связи с растущим

потоком новых медикаментов и увеличением количества осложнений в процессе лечения. Сегодня в мире используется около 30 тысяч ЛС, в том числе более 12 тысяч в Украине. Среди всех побочных эффектов медикаментозной терапии около 25% составляют аллергические реакции.

По данным Отдела фармакологического надзора в Украине (за 2013 год) среди ЛС, которые являются причиной аллергических реакций, чаще встречаются антибиотики (особенно пенициллинового ряда) – до 55%, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) – до 25%, сульфаниламиды – до 10%, местные анестетики – до 6%, йод и бромсодержащие препараты – до 4%, вакцины и сыворотки – до 1,5%, препараты, что влияют преимущественно на тканевые процессы (витамины, ферменты и другие средства, которые влияют на метаболизм), - до 8%, другие группы медикаментов – до 18%. Для врача любой специальности весьма важно знать какие медикаментозные аллергии (МА) встречаются чаще в клинической практике. Именно поэтому в дальнейшем нам представилось интересным проанализировать количественные и качественные проявления аллергических реакций на ЛС.

Целью нашей работы было изучение, анализ и обобщение информации о случаях МА.

Материалы и методы: В работе использованы материалы мониторинга МА на ЛС в отделении аллергологии ГКБ №27 г.Харькова за период с 2013 по 2014 гг.

Результаты. На основании проведенного ретроспективного анализа частоты МА среди 324 лиц, было выявлено 196 положительных результата, что составило 59,6% от общего количества исследованных. Наиболее потенциально опасными в плане возникновения лекарственной аллергии выявлены анестетики – 32,6% положительных результата из всех обследованных больных. Далее - НПВС – 26,9%, антибактериальные средства – 17,1%, ингибиторы АПФ – 10,4%, анальгетики – 6,7%, стероиды – 6,2%. Достаточно низкий процент, в сравнении с общей статистикой, аллергической реакции на антибиотики объясняется тем, что в большинстве случаев при назначении их в стационарах проводят кожные пробы на чувствительность. В большинстве случаев клинически МА наблюдалась в виде кожных проявлений. А так же в виде анафилактического шока, отека Квинке, гипертермии.

Таким образом, лекарственная аллергия относится к достаточно распространенным и серьезным видам побочных реакций на лекарственные средства. Основная задача врача лечебного стационара, зная о частоте и качестве проявления ЛА, предусмотреть возможность появления нежелательных эффектов, своевременно их обнаружить, дифференцировать, не допустить осложнения, проявления нового, ятрогенного заболевания, при необходимости отказаться от применения препарата.

Шкильнюк М.С., Гончарь А.В.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

**Кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биозтики и биобезопасности
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Т.В. Ащеулова

Лучевые методы диагностики заболеваний сердца в последнее время становятся все более актуальными благодаря быстрому техническому прогрессу. Применение магнитно-резонансной томографии (МРТ) при сердечно-сосудистой патологии постоянно возрастает. МРТ обладает уникальной способностью одновременного определения анатомических и функциональных характеристик, позволяет получать снимки высокого разрешения с широким полем обзора в любой плоскости, точно

измерять скорость кровотока и объем полостей сердца, выполнять неинвазивную ангиографию. МРТ-диагностика у больных с клапанными пороками сердца решает следующие задачи: - выявление пораженного клапана; - определение анатомических особенностей исследуемого клапана; - оценка клапанной функции (степень стеноза или регургитации); - определение влияния клапанной дисфункции на структуры и функцию сердца.

Применяя специальные импульсные последовательности, чувствительные к движению крови (trueFISP – Siemens), возможно определить зоны турбулентности, которые видны как при стенозе, так и при недостаточности клапанного аппарата. Наиболее показательной в этом смысле является диагностика стеноза аортального клапана, где МРТ с помощью кино-режима позволяет визуализировать турбулентные потоки крови, а также оценить степень гипертрофии миокарда левого желудочка.

Востребованность МРТ при диагностике патологии клапанов сердца продолжает расти благодаря уникальным возможностям программно-аппаратного комплекса, к преимуществам которого относят: - неинвазивность процедуры и отсутствие лучевой нагрузки; - получение данных за одно обследование; - возможность количественной оценки клапанной недостаточности с точностью, превосходящей другие методы; - возможность дифференцировать физиологические и патологические потоки крови без применения контрастных агентов.

Использование МРТ в клинической практике при патологии клапанов сердца позволяет установить правильный диагноз, выявить показания и обеспечить индивидуальный подбор метода хирургического вмешательства, а также контроль проведения процедуры у конкретного пациента.

ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Ehab Nafa Dahe

MYXOMA WITH ATRIAL MYXOMA AND SURGICAL TREATMENT

Department of surgical diseases, operative surgery and topographical anatomy

Karazin Kharkov National University, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor :Dr . German I. Andreev, PhD

Introduction: Onco-cardiology is a medical subspecialty concerned with the diagnosis and treatment of heart disease in cancer patients. Clearly, this field is not limited to cardiologists, but also includes medical oncologists, radiation oncologists, surgical oncologists, and all others who are interested in caring for cancer patients with cardiac problems. And a examples of topics that were common in recent times is the world's cancers and their relationship to heart disease and diseases that we will address them in our research this is (myxoma) and how it is diagnosed and Prevention (CDC) and even surgical treatment, and these topics that relate to (myxoma) is (Atrial myxoma). And also a(myxoma) is a myxoid tumor of primitive connective tissue. It is the most common primary tumor of the heart in adults, but can also occur in other locations. And an atrial myxoma is a benign tumor of the heart, commonly found within the left and right atria on the interatrial septum. And also according to WHO about 8.2 million people worldwide died from cancer in 2014. And 17.3 million people died from cardiology disease in the worlds in 2014

Objective: To study the incidence and severity of cases of patients with (Atrial myxoma) before and after (Atrial myxoma) surgery performed in the world today.

Materials and Methods: Analytical Resources WHO case histories of patients with (Atrial myxoma), "NCDs" _ "IARC" and GU "IGIC AMSU "

Results: Based on the materials studied in patients with (Atrial myxoma) after (Atrial myxoma) surgery conducted revealed that the main reasons for delays in seeking patients with this pathology in Ukraine are the presence of social problems (low wages , high cost of treatment, lack of medical insurance and elements etc.), lack of awareness of the possible consequences and complications after a delay of therapeutic interventions , the low culture of patients in relation to their health , bad habits (chronic intoxication , smoking, alcoholism, drug addiction , etc.), etc. To improve the performance and culture awareness among patients , we have developed a newsletter and scale assessment of the overall condition of the patients before and after (Atrial myxoma) surgery they also developed recommendations for the management of patients without life held and after (Atrial myxoma) surgery. This, in turn, increased the uptake of patients to specialized professionals Thus, identification of patients , an information and analysis of patients with (onco-cardiology) disease increased uptake of patients to specialized professionals

Petiunin P.O., Ievtushenko O.V.

ACUTE – ON - CHRONIC LIVER FAILURE: RISK FACTORS AND PROGNOSIS AT SURGICAL TREATMENT OF LIVER CIRRHOTIC PATIENTS

Department of General surgery №2

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor of studies - professor Syplyviy V.O.

Background. Acute-on-chronic liver failure (ACLF) is the most dangerous complication of surgical treatment in liver cirrhotic patients, leading to their death in 33,9% - 53% of cases.

The purpose of this study is to improve the results of surgical treatment in liver cirrhotic patients by the determination of risk factors and prognosis of ACLF at choice of surgical treatment method.

Materials and methods. 137 patients with liver cirrhosis, at whom surgical treatment was performed, were included in this study. In 81(59,12%) cases the distal splenorenal shunt by Warren was performed, in 56 (40,88%)– devascularization surgery. Clinical and biochemical blood examinations, morphological examinations with morphometry of intraoperative liver biopsies by V.Sypliyviy method, doppler ultrasound of portal blood vessels at admission by Moriyasu et al. method were done.

Results. It was established, that ACLF developed in 33,57% patients with liver cirrhosis and was a reason of their death in 18,97% cases. The highest risk of ACLF development (33,9%) is after shunting operations, at presence of ascities (47,16%), combination of ascities and hemorrhage from esophageal and gastric variceal veins (90%). Development of ACLF is accompanied by hypoproteinemia, hypoalbuminemia, hyperfibrinogenemia, increased concentration of bilirubin, urea, creatinine, hyperactivity of the asparagineaminotransferase, alaninaminotransferase, alcalain phosphatase, increase of anemia, leucocytosis, lymphopenia. Morphological changes in liver at liver cirrhosis reflects it's functional reserves, and risk of the ACLF is different for morphological types of cirrhosis – in case of A-type hepatic failure didn't develop, in case of B-type – it developed in 34 (52,3%) patients, in case of C-type - in 19 (79,16%) patients. Decrease of the general hepatic blood flow, linear portal velocity, increase in diameter of portal and splenic veins with portal congestion index indicates were diagnosed in patients with postoperative ACLF. At Child-Turcotte-Pugh scoring ACLF developed in 33 (34,7%) class A patients and 33 (78,58%) class B patients.

Conclusion. The highest risk of a ACLF is after shunting operations, at presence of ascities, combination of ascities and hemorrhage from esophageal and gastric variceal veins. Preoperative increase in general bilirubin, urea, creatinine, asparagineaminotransferase to alaninaminotransferase ratio indicates high risk of a postoperative ACLF. Morphological changes in liver at cirrhosis reflects it's functional reserves, risk of the ACLF is on the highest level in case of a C- type cirrhosis. The Child-Turcotte-Pugh score may be used for the complex prognosis of the ACLF in patients with liver cirrhosis and choice of treatment tactics. Patients with portal vein diameter more than 1,5 cm, linear portal blood velocity less than 10,8 cm/sec, portal congestion index more than 0,14 cmxsec are in risk of an ACLF .

Robak V.I., Jevtushenko D.V., Jevtushenko O.V.
UNFAVORABLE OUTCOME RISK FACTORS OF ACUTE NECROTIZING
PANCREATITIS

Department of general surgery №2
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Scientific Director: Professor Sypliyvi V.O.

Introduction: Severe acute pancreatitis remains one of the most difficult diseases in diagnostic and treatment. To optimize medical tactics is important to find criteria that will quickly and accurately separate patients requiring more intensive medical tactics.

The purpose of research: to identify clinical and laboratory parameters, which reflect the high probability of an unfavorable course of the disease.

Methods: There is an analysis of surgical treatment of 125 patients with severe acute pancreatitis. In postoperative period 34 (27,2%) patients died. Reaction of periphery blood by hematological indexes, estimation of severity of the patient's state by the Acute Sepsis

Severity Evaluation Scale; presents of parapancreatic fat injury; presents of concomitant diseases in dynamics of treatment of the patients were studied.

Results: Infected necrosis revealed at 80 (64,0%) patients. Sterile necrosis revealed at 45 (36,0%) patients. In the group of died infected necrosis revealed at 30 (88,2%) patients, sterile necrosis revealed at 4 (11,8%) patients ($p < 0.05$). Parapancreatic fat injury revealed at 80 (64,0%) patients. At 26 (76,5%) patients from 34 died parapancreatic fat injury revealed. Thus infected pancreatic necrosis increase lethality risk in 37,5%, parapancreatic fat injury increase lethality risk in 32,5%. In the analysis of concomitant diseases has been revealed that among patients with cachexia, obesity and alcoholism, the mortality rate was 100%. Among patients with chronic liver disease and kidney disease mortality rate was 54,2%, among patients with pathology of the cardiovascular system rate was 47.6% ($p < 0.05$).

It was revealed, that values of the index of organism's resistance less than 31,59; the leukocyte intoxication index more than 8,18; the reactive neutrophilic response index more than 40,77; the intoxication indicator more than 1,14 are the factors of adverse outcome of severe acute pancreatitis ($p < 0,05$). At severity of the patient's state by the Acute Sepsis Severity Evaluation Scale in a preoperative period more than 13 points lethality in a postoperative period was 51,85%, less than 13 points - 19,44%. In an early postoperative period at severity of the patient's state more than 16 points lethality was 70,59%, less than 16 points - 11,11%.

Conclusions: Postoperative mortality from complications of acute necrotizing pancreatitis is 27.2%. However infected pancreonecrosis and parapancreatic fat injury revealed at 64% of patients with acute necrotizing pancreatitis. High risk of developing of post-operative complications in patients with severe acute pancreatitis is caused by the nature of the injury of the pancreas and retroperitoneal fat, age, alcoholic etiology of the disease, presents of disorders of body weight, diseases of liver, kidneys, cardiovascular system. The indexes of peripheral blood, individual estimation of patient's state by the Acute Sepsis Severity Evaluation Scale are prognostic criteria of course of severe acute pancreatitis.

Бабич Я.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Кафедра травматологии и ортопеди

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Истомина Д.А.

Согласно последним данным, остеопорозом в Украине страдают около 2,5 млн. женщин и 900 тыс. мужчин. Особенности течения заболевания у первых имеют четкую возрастную зависимость от пика развития в постменопаузальном возрасте. Цель: изучить эффективность лечения постменопаузального остеопороза заместительной гормональной терапией и бифосфонатом III поколения.

Материалы и методы: В городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова было проведено обследование, лечение и наблюдение 50 женщин, страдающих постменопаузальным остеопорозом. Для сравнительной оценки эффективности лечения в зависимости от проводимого метода больные были распределены на две группы. Лечение первой группы (25 человек) проводилось ЗГТ, второй - БФ III поколения (ибандронат).

Результаты: Относительный риск общих переломов благодаря ЗГТ снизился на 23%, переломов тел позвонков и бедра - на 34%. Но доказана высокая клиническая эффективность БФ в отношении предупреждения связанных с остеопорозом

переломов. В исследовании было установлено, что БФ III поколения максимально снижают риск переломов тел позвонков на 62%. Важно подчеркнуть, что анализ, включавший пациенток с высоким риском внепозвоночных переломов, показал, что прием ибандроната достоверно снижает и риск их возникновения на 69%. Таким образом, согласно исследованиям, проведенное лечение постменопаузального остеопороза с использованием бифосфонатов III поколения (ибандронат) явилось наиболее рациональным и эффективным. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать БФ III поколения в травматологической практике.

Басилайшвили С.Ю.

ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ VEGF У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Кафедра онкологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Стариков В.И.

Рак легкого занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности среди злокачественных новообразований у мужчин.

Цель. Определить уровень экспрессии VEGF у больных немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ) до и после радикальной операций.

Материал и методы исследования. Обследовано 17 больных НМРЛ, находившихся на лечении в торакальном отделении Харьковского клинического онкоцентра. У всех больных диагноз рака был верифицирован цитологически или гистологически. По стадии заболевания больные распределились следующим образом: T1N0M0 – 1, T2N0M0 – 6; T1N1M0 – 1; T2N1M0 – 5; T2N2M0 – 3, T3N3M0 – 1 больной. Периферический рак был у 12 больных, центральный – у 5. Влияние пола на результаты лечения исключался, т.к. среди обследуемых больных большинство составляли мужчины – 14 больных. Возраст больных колебался от 35 до 73 лет (средний 57,7). Всем больным выполнялись радикальные оперативные вмешательства: пневмонэктомии – 4, лобэктомии – 10, резекции легких – 3. Преобладание лобэктомий обусловлено большим количеством периферических раков. При анализе морфологической структуры опухолей плоскоклеточный рак разной степени дифференцирования встречался у 11 больных, аденокарцинома у 5, смешанный у 1 больного. Для изучения исходного содержания уровня VEGF у больных НМРЛ забор крови проводился на кануне операции. Для определения динамики в послеоперационном периоде, после удаления опухоли легкого, исследования проводили на 14 сутки и через 1 месяц или более после операции.

Клинически больные были разделены на две исследуемые группы. В первую вошли больные у которых, по данным гистологического исследования, в представленных препаратах метастазов в регионарные лимфоузлы не выявили - 7 (41,2%), во вторую - больные с метастазами в регионарные лимфоузлы 10 (58,8%). Среди осложнений была отмечена частичная несостоятельность культи бронха у одного больного (5,9%), по поводу которой больной был повторно госпитализирован. Проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Послеоперационной летальности не было. Умер один больной 3В стадии (5,9%) от прогрессии основного заболевания через 6 месяцев после операции. В первой группе получили следующие результаты: дооперационная медиана значений составила - 212,8 пг/мл (норма до 182 пг/мл), через 2 недели после операции - 632 пг/мл, через месяц и более - 149,3 пг/мл. Из полученных данных следует, что в среднем VEGF до операции имеет диагностическое значение. Значительное повышение уровня через 2 недели после операции мы связываем активными репаративными процессами в ране и такой ранний забор не отображает

истинной картины. Более удачным оказался анализ сыворотки крови через месяц и более. Уровень VEGF вернулся к норме, что отражает радикализм произведенных операций. Во второй группе получили результаты: до операции - 343 пг/мл, через 2 недели - 560 пг/мл, через месяц и более - 283,7 пг/мл. Ввиду более распространенного процесса в этой группе изначальный уровень маркера выше, чем в первой. Через месяц уровень VEGF не снизился до нормы, однако, значительно снизился относительно исходных показателей. Мы связываем это с повышением ангиогенеза на фоне послеоперационной лучевой терапии и адьювантной полихимиотерапией проводимой данной группе больных. Таким образом, VEGF у больных НМРЛ имеет диагностическое значение даже при нераспространенном процессе. Целесообразно проводить контроль показателей маркера через месяц и более после операции или другого специального лечения. VEGF можно использовать в качестве маркера радикализма проведенного специального лечения.

Бережной Б.Ю.

РАННЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Ходак А. С.

В Украине каждый год удаётся зафиксировать около 17 тысяч случаев рака молочной железы. 5 летняя выживаемость в среднем составляет 56%. По данным ВОЗ главный аспект в борьбе с женской онкологией – ранняя диагностика заболевания, что позволяет облегчить как лечебный процесс, так и увеличить продолжительность жизни пациенток.

Маммография относится к рентгенологическому методу исследования. В современной медицине при наличии цифровых маммографов данное исследование информативно и безопасно. Исследование проводится ежегодно, начиная с 40 лет. На этом этапе решается вопрос о проведении дополнительных методов диагностики. УЗИ является информативным методом исследования молочных желез, особенно у женщин моложе 40 лет. Преимущество его в том, что он является абсолютно безопасным и позволяет дифференцировать доброкачественные образования и метастазы в лимфоузлы. Риск развития рака молочной железы и рака яичников у носителей мутаций в генах BRCA1/2 возрастает в несколько раз, поэтому выявление наследуемых мутаций позволяет подтвердить наличие наследственной предрасположенности к раку. При выявлении опухоли большого размера или подозрительной на злокачественную показано выполнение трепанобиопсии, с забором материала для гистологического исследования и обработкой в течение 7–10 дней. Несмотря на наличие прогрессивных диагностических методик в наше время самообследование 1 раз в месяц на 6-12 день от начала менструаций остаётся методом, позволяющим заподозрить патологию в ранние сроки с максимальным охватом всего женского населения.

Бережной Б.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МУШЕ

Кафедра травматологии и ортопедии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Среди травматических повреждений костей стопы особо сложно поддаются лечению переломы таранной кости, которые в среднем составляют 0.5 – 1% от всех

переломов и 1-2.5% вивихов костей стопы. Отсутствие мышечного футляра, кровоснабжение за счёт мозаичных артерий и значительное покрытие суставными хрящами является предпосылкой для развития асептического некроза таранной кости – болезни Муше. Низкая эффективность стандартных схем лечения требует рассмотрения перспективных методик лечения.

Нами был проанализирован случай больного С., которому в ранние сроки после травмы стопы была проведена мозаичная остеохондропластика коническим костно-хрящевым аутотрансплантантом с плотной фиксацией фрезами. Больной принимал хондропротекторы в течении 3 мес. Осевая нагрузка разрешалась больному не ранее чем через 6 недель. Было отмечено снижение уровня болевого синдрома, который практически нивелировал к 1-му году после травмы, а также увеличение средней величины объёма активных движений более на 53% $p < 0,01$ по сравнению с типичными показателями при проведении стандартного лечения данной патологии.

В случае развития асептического некроза таранной кости у пациентов рекомендуется применение мозаичной остеохондропластики, так-как стандартная субхондральная остеоперфорация и формирование артродеза не восстанавливает в должном объёме функций голеностопного сустава.

Бобро В.В., Прахарадж Пуджа
СПОСІБ ФОРТОВАНОГО ФОРМУВАННЯ СТІНКИ НЕЗРІЛОЇ
ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Кафедра загальної хірургії № 1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Шевченко Р.С.

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози шляхом прискореного формування стінки незрілої псевдокісти.

Матеріал та методи. Обстежено 14 пацієнтів із післянекротичними незрілими псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ). Середній вік пацієнтів складав $44,3 \pm 2,6$ років. За 2-3 тижні до операції проводили курс формування стінки ПКПЗ шляхом щоденного заповнення порожнини кісти через катетер 0,02% розчином декаметоксина до 2/3 від попереднього об'єму з експозицією 30 хвилин, з подальшою повною декомпресією і пасивним дренажуванням. Дренажування здійснювали за методикою «стиллет-катетер» під місцевою анестезією. Товщину стінки кісти оцінювали за допомогою УЗД, яке проводили 1 раз на тиждень (Пат. № 77851, 25.02.2013). Додатково у 6 пацієнтів з відсутністю зв'язку ПКПЗ із протоковою системою ПЗ з метою стимулювання процесів фібротизації у дренажну суміш вводили 5 МО окситоцину 2 рази на тиждень. При збільшенні стінки кісти до товщини $\geq 3-4$ мм, згідно із даними контрольного УЗД, проводили накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу.

Результати і обговорення. Швидкість потовщення стінки ПК при запропонованій підготовці із застосуванням окситоцину складає $0,70 \pm 0,02$ мм/тиждень, при відсутності окситоцину в дренажній суміші - $0,49 \pm 0,08$ мм/тиждень ($t=2,5$, $p \leq 0,05$). Товщина стінки збільшилася в перший тиждень в 1,5 разів у пацієнтів без окситоцину, з окситоцином - 2,2 рази. Період формування стінки ПКПЗ до товщини, придатної до оперативного втручання, у пацієнтів з активним методом формування із застосуванням окситоцину склав $28 \pm 2,5$ днів, без окситоцину - $35 \pm 1,8$ ($p \leq 0,05$). Товщина стінки при застосуванні окситоцину через 4 тижні статистично достовірно була більше, ніж у пацієнтів без окситоцину ($p \leq 0,05$), що підтверджує літературні

дані про фібротизуючі властивості окситоцину. Після завершення формування стінки ПК усім пацієнтам проведено накладення внутрішнього цистодигестивного анастомозу лапаротомним способом. До кінця госпіталізації у 12 (85,7%) хворих відзначено повний регрес кісти. Через 6 місяців хворих із залишковою порожниною ПК виявлено не було. Летальність була відсутня.

Висновки. Застосований спосіб дозволив скоротити процес формування стінки ПК до 4-5 тижнів і виконати накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу на ранніх термінах від початку захворювання, що сприяло оптимізації результатів хірургічного лікування.

Брек О. О., Ахмед Раліат Балогун
ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ М'ЯЗОВИХ ШАРІВ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВНИМИ ГРИЖАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.

Кафедра загальної хірургії №1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: профсор Шевченко Р.С.

З метою визначення показань до вибору способу герніопластики проведено доплеровське ультразвукове дослідження топографії епігастральних судин передньої черевної стінки. Швидкість кровотоку в епігастральних судинах у хворих з вираженими дегенеративними змінами прямих м'язів живота достовірно нижче, ніж у хворих, у яких дегенеративні зміни відсутні або помірно виражені ($p < 0,05$), тобто є прямий зв'язок між ступенем атрофії м'язово-апоневротичних структур і швидкістю кровотоку. Середнє значення ЛСК в епігастральних артеріях прямого м'яза живота у хворих з незміненою м'язовою тканиною склала 10,3 м/с в систолу і 3,2 м/с в діастолу. Визначено зниження швидкісних показників у 13 (26%) пацієнтів з вираженими дегенеративними змінами елементів черевної стінки. Більш виражені доплерографічні порушення визначені у пацієнтів з ожирінням, та у хворих на діабет старшої вікової групи (7,9 м/с в систолу і 2,6 м/с в діастолу). Середнє значення ІР в артеріях у хворих, у яких не виявлено дегенеративних змін, або відзначається слабка ступінь дегенеративних змін прямих м'язів черевної стінки $0,62 \pm 0,016$ м/с. У пацієнтів з вираженими дегенеративними змінами ІР збільшувався більше 0,7 м/с і склав $0,72 \pm 0,028$ м/с. Таким чином, ступінь пригнічення артеріального кровотоку знаходиться в прямій залежності від ступеня дегенеративних змін у м'язово-апоневротичних структурах передньої черевної стінки. При порівняльному аналізі дегенеративних змін м'язово-апоневротичних шарів черевної стінки у гриженосіїв виявлені більш виражені дегенеративні зміни. Виявлено залежність виразності змін від термінів гриженосіння і величини грижі. У пацієнтів з термінами гриженосіння до 3 років спостерігалася слабка ступінь дегенеративних змін в 4 (8%) випадків; помірні - у 2 (4%), виражених змін не спостерігалася. У хворих з терміном захворювання від 3 до 10 років слабка ступінь дегенеративних змін відзначена у 8 (16%), помірні - у 4 (8%) і виражені дегенеративні зміни в 2 (4%). У гриженосіїв з терміном захворювання більше 10 років ступінь дегенеративних змін склала 12%, 10% і 8% відповідно. Чим більше величина грижі і термін захворювання, тим більш виражені дегенеративні зміни. Швидкість кровотоку в епігастральних судинах у хворих з великими і гігантськими ПОВГ достовірно нижче ($p < 0,05$). У хворих з великими і гігантськими ПОВГ показники ЛСК зазнавали змін у бік погіршення кровотоку по артерії - 6,4 м/с в систолу і 2,1 м/с в діастолу. Середнє значення ІР у даної категорії хворих збільшувалося більше 0,7 м/с і склав $0,75 \pm 0,028$ м/с. Таким чином, ступінь пригнічення

артеріального кровотоку перебувала в прямій залежності від термінів гриженосіння, розмірів грижового мішка і грижових воріт, тобто від ступеня дегенеративних змін до м'язово-апоневротичних структур передньої черевної стінки. Таким чином, використання сучасних методів в обстеженні хворих з ПОВГ дозволяє на доопераційному етапі отримати точне уявлення про розміри грижових воріт і грижового мішка, виразності дегенеративних змін у м'язово-апоневротичних структурах передньої черевної стінки, визначитися з топографією епігастральних судин і характеристикою кровотоку в них. Описані діагностичні критерії дають можливість хірургу правильно вибрати спосіб реконструкції передньої черевної стінки, і, відповідно зменшити кількість ранніх післяопераційних ускладнень і рецидивів у віддаленому періоді.

Голованова А.Ю. Стародубцев Д.С.

АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ВИНИКНЕННЯ ПІЗНІХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ГРУДІ З ВІКОМ НА ЧАС ДІАГНОЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра радіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент М. Є. Слабодчиков

Рак грудної залози – злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози. Це найчастіша форма рака у жінок та друге за частотою після рака легень онкологічне захворювання в популяції загалом.

Мета роботи - встановити наявність зв'язку пізнього метастазування з віком хворих на час встановлення діагнозу РГЗ.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом розпочатого дослідження будуть клінічні, патоморфологічні, лабораторні, часові, демографічні, конституціональні характеристики у онкологічних хворих із віддаленими в часі пізніми метастатичними пухлинами, які акумулюються в електронній базі даних.

Результати дослідження. Аналізуючи вік хворих, було встановлено, що переважну більшість хворих склали жінки у віці від 60 до 69 років (32,5%), 34 (29,8%) жінки у віці 50–59 років, у 20 (17,6%) хворих віком 70–79 років та в незначній кількості пацієнтки в віці 40–49 років (12 хворих – 10,5%), 7 (6,1%) жінок в віці 80–87 років (3,5%) молодого віку – 30–39 років. Тобто, як свідчать ці дані переважна більшість хворих перебувала в середньому та похилому віці (від 60 до 89 років) – в 64 (56,2%) випадках.

Висновки. Довідково-аналітична система «база даних хворих» дозволяє накопичувати медичну інформацію щодо клінічних, патоморфологічних, лабораторних, антропометричних характеристик у хворих-жінок на РГЗ. Вік хворих на РГЗ в переддіагностовому часі склав в середньому 61,2 роки, в 56,2 % випадків.

Гоні С.-А. Т., Лапшин Д.В.

МІСЦЕВІ ПРОМЕНЕВІ УРАЖЕННЯ

Кафедра хірургії №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Променеві ураження (ПУ) – це патологічні зміни, що виникають у організмі вцілому та у окремих органах та тканинах під впливом іонізуючої радіації. Розрізняють загальні та місцеві променеві ураження. За строками виникнення ПУ поділяють на ранні (виникають впродовж перших 3 місяців після опромінення) та пізні. У патогенезі пізніх ПУ основну роль відіграють ураження генетичного апарату клітин радіорезистентних тканин та органів, що характеризуються низькою

проліферативною активністю. Це такі тканини, як ендотелій судин, м'язова, кісткова та нервова тканини, печінка. У цих тканинах не виявляються ніякі ознаки ураження ні одразу після опромінення, ні у ранні строки після нього. Однак ураження генетичного апарату неактивних клітин при хоч й рідких поділах виявляються виникненням нежиттєздатних нащадків. Поступово це призводить до таких наслідків, як облітерація та тромбоз судин, поява пізніх променевих виразок, склероз тканин, остеопороз, малігнізація.

Мета – дослідити частоту ураження кісткової тканини у хворих, що пройшли променеву терапію.

Матеріали та методи. Проведено аналіз рентгенографічних досліджень 36 хворих, що знаходилися на лікуванні у ІМР в період з 2000 до 2014 року. Хворі зверталися через 10-18 місяців після проходження променевої терапії з приводу раку грудної залози зі скаргами на тупий біль та неприємні відчуття у місці опромінення. При аналізі рентгенограмм огранів грудної клітини було виявлено остеопороз ребер та ключиці опроміненої зони у 10 хворих (28%), а у 26 хворих (72%) рентгенологічно структурних змін кісткової тканини виявлено не було. Патологічний перелом виявлено у одної хворої (3%) та був розцінений як наслідки променевої терапії.

Висновки. Найменш чутливою до опромінення тканиною є кісткова тканина. ПУ кісткової тканини при рентгенологічному дослідженні вдається виявити не завжди, однак при гістологічному дослідженні виявляються значні структурні зміни та остеопороз. Найбільш часто виникає променевий остеопороз ребер та ключиці при променевій терапії рака молочної залози. Це ураження має незначне клінічне значення через низьку частоту патологічних переломів цієї локалізації. Правильна постановка діагнозу та диференційний діагноз променевого та метастатичного ураження кістки має велике значення для вибору тактики лікування та реабілітації хворих.

Гоні С.-К.Т.

СУЧАСНІ МЕТОДИ СТИМУЛЯЦІЇ АНГІОГЕНЕЗУ ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ДИСТАЛЬНОЮ ФОРМОЮ УРАЖЕННЯ СУДИННОГО РУСЛА.

Кафедра хірургії №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Поширеність хронічної ішемії нижніх кінцівок (ІНК) становить в середньому 2-3%, при цьому в осіб у віці до 50 років це захворювання діагностують у 9-10% випадків, а в осіб старше 60 років - 35-50%. Кількість людей з хронічною ІНК продовжує збільшуватися, в найближчі роки очікується зростання числа пацієнтів даної категорії на 5-7%. Частота ампутацій при судинній патології як в Україні, так і за її межами сягає 59%, а показник летальності доходить до 48%. Незважаючи на проведені консервативне лікування, хвороба в переважній більшості випадків неухильно прогресує. Виконання реконструктивних операцій дає шанс на порятунок кінцівок, але наявність важких супутніх патологій, неоперабельних уражень дистального судинного русла, системність і поширеність захворювання унеможливають їх виконання у 50-75% пацієнтів. Методи непрямой ревазуляризації є альтернативою ампутації кінцівки в неоперабельній клінічній ситуації. В останні 30 років метою багатьох досліджень стало вивчення способів нормалізації кровообігу нижніх кінцівок шляхом стимуляції ангіогенезу. Вивчається можливість використання клітинних технологій для пошуку нових методів екзогенної стимуляції ангіогенезу за

допомогою прогеніторних стовбурових клітин периферичної крові, кісткового мозку, ембріональної і жирової тканини, тромбоцитів.

Нещодавній метааналіз 12 рандомізованих клінічних досліджень, що вивчали ефекти введення ангіогенних клітин кістковомозкового походження 510 хворим з Кінк, підтвердив позитивний ефект клітинної терапії на вираженість болю в спокої, дистанцію безболевої ходьби, ЛПП і транскутанне напруження кисню (всі $p < 0,00001$). Клітинна терапія приводила до зниження частоти високих ампутацій ($RR = 0,58$, $p = 0,004$), проте цей ефект виявився статистично значущим при виключенні з аналізу досліджень без плацебо-контролю ($RR = 0,78$, $p = 0,46$). Незважаючи на позитивні результати, отримані в окремих дослідженнях, метааналіз 12 рандомізованих клінічних досліджень, присвячених лікуванню облітеруючих захворювань периферичних артерій за допомогою ангіогенних факторів росту (VEGF, FGF, HGF, Del-1, HIF-1a), не виявив достовірного впливу даного виду лікування на частоту ампутацій і динаміку загоєння трофічних виразок.

"Галас навколо БТП виразно приїхав перед наукою", сказав Веллінгтон Хсу, доктор медичних наук, доцент ортопедичної хірургії та нейрохірургії Північно-Західного університету «Feinberg School of Medicine» - "У медицині, ми покладаємося на наукові дані, щоб підтримати оптимальне використання процедур, але з БТП, який так не сталося. Інтерес до БТП стрибнув далеко попереду дослідження". БТП не містить будь-яких ліків або хімічних речовин" БТП є цілком природним і використовує власні тромбоцити крові пацієнта для підвищення біологічного процесу загоєння в організмі," сказав Майкл Террі, доктор медичних наук, ад'юнкт-професор ортопедичної хірургії в «Feinberg School of Medicine», "-Є дуже мало задокументованих ускладнень, пов'язаних з БТП, це безпечний метод, та він показав хороші результати у багатьох випадках."

Пошук нових, альтернативних методів стимуляції ангіогенезу актуальний. Постійно вдосконалюються вже існуючі методи поліпшення реваскуляризації. Комплексне лікування з використанням фракції моноклеарних прогеніторних клітин, тромбоцитів та генна терапія проводяться для стимуляції ангіогенезу у пацієнтів з неоперабельними ураженнями дистального судинного русла нижніх кінцівок та/або анатомо-функціональною недостатністю колатеральних шляхів кровотоку при повній прохідності проксимального сегмента артерій і наявності ішемії критичної, хворих похилого віку та з вираженою супутньою патологією. Лікування хронічної ІНК за допомогою описаних шляхів стимуляції ангіогенезу мультипотентними прогеніторними клітинами є ефективним методом непрямої реваскуляризації.

Гончарова Н.М.

ВИКОРИСТАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії № 2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Криворучко І.А.

Хірургічне лікування хворих на ускладнені псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ) залишається однією з актуальних проблем сучасної панкреатології. Проаналізовано результати хірургічних втручань 390 хворих з ускладненими ПКПЗ у віці від 21 до 79 років. Всіх хворих було обстежено згідно розробленому алгоритму. Інфікування ПК визначалося у 228 (58,5%) пацієнтів, кровотеча у порожнину ПК – 56

(14,4%), перфорація – 23 (5,9%), цисто плевральні нориці – 9 (2,3%), стиснення суміжних органів – 74 (18,9%). Пункції під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) виконані у 79 (34,6%) хворих, дренажування під контролем УЗД – у 28 (12,3%) хворих з гострими ПК, з вірогідністю їх с перфорації, а також з інфікованими ПК без токсемії. При стисненні ПК суміжних органів 5 (6,7%) хворим виконані пункції ПК. При несформованих ПК у 9 (12,2%) хворих використовували дренажування їх під контролем УЗД. Зовнішнє дренажування ПК виконано у 112 (49,1%) пацієнтів, у яких інтраопераційно виявлено макроскопічні ознаки інфікування кісти; при ПК з тонкими стінками, при кровотечах у порожнину ПК, при перфораціях ПК з розвитком перитоніту, а також у пацієнтів після неефективного пункційного дренажування з наростаючими симптомами токсемії. Лапароскопічне зовнішнє дренажування ПК виконано у 9 (4%) пацієнтів, при неможливості виконання пункційного дренажування під контролем УЗД. При перфорації ПК 1 хворому виконано пункційне дренажування черевної порожнини, 1 хворому – лапароскопічну санацію та дренажування черевної порожнини. 38 (66,9%) хворим виконано лапаротомію: з наступним прошиванням та лігіруванням судин та зовнішнім або внутрішнім дренажуванням ПК у 23 (41,6%), або резекцію ПЗ разом із ПК: панкреатодуоденальну резекцію – у 9 (16,6%), дистальну резекцію ПЗ – у 5 (8,3%). При кровотечах у порожнину ПК у 18 (32,1%) хворих виконано селективну або суперселективну оклюзію судин під контролем ангіографії. При щільному приляганні до задньої стінки шлунка у 37 (50%) хворих виконано ендоскопічну цистогастростомію. При ПК зі сформованими стінками 14 (18,9%) хворим виконано лапароскопічну цистоеюностомію (ЦЄС), у 9 (12,2%) – лапаротомію з ЦЄС. Загальна летальність склала 1,2%. Таким чином, при лікуванні ускладнених ПКПЗ переважно слід використовувати мініінвазивні методики, а при неможливості їх використання чи незадовільних результатах показані відкриті оперативні втручання.

Гончарова Н.М., Дроздова А.Г., Чернякова О.Є., Каушмян Д.В.
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ГОСТРИХ ІНФІКОВАНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра хірургії №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Криворучко І.А.

Збільшення кількості хворих з гострими ускладненими псевдокістами (ПК) підшлункової залози (ПЗ) у загальній структурі захворюваності до 4,5%, наявність великого різноманіття методик оперативних втручань та відсутність єдиного погляду щодо їх застосування не піддає сумніву актуальність цього питання.

Проаналізовано результати оперативних втручань 43 хворих на інфіковані гострі ПКПЗ, віком від 21 до 79 років, які проліковані у хірургічних відділеннях КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків та відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, м. Київ, за період з 2000 по 2014 рр. Всіх пацієнтів обстежено за загально клінічними методиками, а також із використанням ультразвукового дослідження (УЗД), спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), фіброгастродуоденоскопії (ЕФГДС), ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), ангіографії, морфологічних методів дослідження. Діагноз гострої ПКПЗ встановлювали при наявності рідинного скупчення з добре обмеженою стінкою, пов'язаною з панкреатичним

паренхіматозним некрозом, існуючим не менш ніж 4 тижні від епізоду гострого панкреатиту. Наявність інфікування ПКПЗ підтверджувалась бактеріологічним дослідженням культури, яку брали під час хірургічного втручання чи черезшкірному дренируванні при пункції ПКПЗ під контролем УЗД.

Ускладнені гострі ПКПЗ на тлі гострого панкреонекрозу виявлені у 12 (27,9 %) пацієнтів, інфіковані ПКПЗ - у 31 (72,1 %) хворих. У 21 хворих із інфікованими ПКПЗ виконували їх пункції під контролем УЗД, з них у 2 (при неефективності пункції) – зовнішнє дренирування ПКПЗ під контролем УЗД з встановленням дренажу за типом «pig tail» до їх порожнини, у 1 хворого накладено цистопанкреатоентероанастомоз після сформування стінок кісти. У 11 пацієнтів з обмеженим панкреонекрозом та наявністю гострої інфікованої ПКПЗ операція включала зовнішнє дренирування ПК з наступним ушиванням черевної порожнини, у тому числі у 2 хворих дренирування супроводжувалось тампонадою порожнини ПК великим чепцем за методикою клініки. У 3 пацієнтів з поширеним панкреонекрозом та інфікованою ПКПЗ виконана лапаротомія з наступним зовнішнім дренируванням порожнини ПК та її біологічною тампонадою великим чепцем за методикою клініки з формуванням оментобурсостоми. У 6 хворих виконана панкреатонекроеквестректомія, з них у 2 пацієнтів операція завершена формуванням оментобурсостоми. У 1 хворого з панкреонекрозом, інфікованою ПКПЗ та розповсюдженим перитонітом операцію завершено санацією та дренируванням черевної порожнини з формуванням оментобурсостоми. Померло 2 хворих, причиною смерті яких були тяжкий перебіг панкреатогенного сепсису з розвитком синдрому поліорганної недостатності та арозивна кровотеча з судин ПЗ.

Таким чином, у хворих з гострими інфікованими ПКПЗ та поліорганною недостатністю, черезшкірне дренирування застосовується з метою вичікувальної тактики, для полегшення загального стану хворого та перебігу сепсису. Виконання радикальних оперативних втручань на ПЗ залежить від тяжкості стану пацієнтів, розповсюдженості панкреонекрозу та його вираженості.

Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.

ФОРМУВАННЯ ШТУЧНИХ РЕЗЕРВУАРІВ ПРЯМОЇ КИШКИ ПІСЛЯ НИЗЬКИХ ПЕРЕДНІХ РЕЗЕКЦІЙ ЯК ФАКТОР ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ

Кафедра хірургії №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: Шевченко О. М.

Загальною тенденцією при оперативному лікуванні захворювань прямої кишки є розширення показань до відновлення природного пасажу по товстій кишці зі збереженням або відтворенням анального сфінктера і відмовою від формування постійної ілео- або колостоми. Крім кількісних показників, що характеризують результати хірургічних втручань, все більшого значення набувають якісні методи дослідження, одним з яких є оцінка якості життя пацієнтів. Проте в даний час відзначається певна нестача інструменту, який дозволяє адекватно досліджувати якість життя після втручань на прямій кишці, чим і обумовлена актуальність нашої роботи. У дане клінічне дослідження увійшли 82 хворих. Основну групу склали 44 хворих, оперованих із застосуванням розробленої методики формування шароподібного резервуара з низводимого відділу ободової кишки. Група порівняння - 38 пацієнтів - після операцій з прямим колоректальним анастомозом. При проведенні

обстеження пацієнту пропонували заповнити анкети, на підставі відповідей за якими судили про рівень якості життя до і після операції, а також ступеня соціальної та трудової реабілітації в післяопераційному періоді.

Визначення якості життя до і після операції проводили за опитувальником SF-36, який включає 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 представляє повне здоров'я, всі шкали формують два показники: духовне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, складеним таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя. Оцінюючи якість життя за опитувальником SF-36, відзначали зниження показників рівня якості життя в ранні терміни після операції, що обумовлено як безпосередньо операційною травмою, так і виниклими новими анатоמו-фізіологічними взаєминами. Однак динамічне спостереження за пацієнтами в найближчі та віддалені терміни після операції демонструє «зростання» якості життя в обох групах. Встановлено, що вже в найближчому, а тим більше у віддаленому післяопераційному періоді показники якості життя в основній групі наближаються до середніх значень по всіх категоріях питань. При цьому у віддаленому післяопераційному періоді відзначаються достовірні відмінності якості життя у пацієнтів з кишковим резервуаром і після стандартної операції. В основній групі відносно низькі показники МН (психічне здоров'я) і VT (життєва активність) можна пояснити характером процесу, що призвів до операції. Разом з тим порівняно високі показники шкали RP (рольове функціонування) і SF (соціальне функціонування) свідчать про відновлення фізичного та соціального стану пацієнта, що сприятливо позначається на його повсякденній діяльності.

Можна зробити висновок, про те, що формування кишкового резервуара після низької передньої резекції дозволяє значно підвищити рівень якості життя, зменшити прояви анальної інконтиненції, забезпечуючи високу ступінь соціальної та трудової реабілітації хворого.

Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ КИШЕЧНОЙ НЕПРЕРЫВНОСТИ

Кафедра хирургии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Шевченко А.Н.

Частота выполнения оперативных вмешательств на толстой кишке, которые завершаются формированием колостомы, достигает 60% от всех пациентов, оперированных в экстренном порядке на толстой кишке. Несмотря на совершенствование техники хирургических вмешательств, разработку и внедрение новых схем и приемов лечения, сохраняется высокая степень послеоперационных осложнений. Это объясняется тем, что любое вмешательство на толстой кишке, содержащей большое количество патогенной и условно-патогенной микрофлоры, связанное с вскрытием просвета последней, опасно возникновением гнойно-септических осложнений, наиболее тяжелым из которых является перитонит.

Проанализированы результаты лечения 107 пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных операций

толстой кишки. Основную группу составили 52 больных. Рак левой половины ободочной кишки был у 24 пациентов, рак прямой кишки у 6 больных, воспалительные инфильтраты и флегмоны сигмовидной кишки у 9 больных, некроз сигмовидной кишки наблюдали в 6 случаях, травмы прямой и сигмовидной кишок у 3 больных, прочие заболевания – 4. Все больные прошли полное общеклиническое обследование, микробиологическое исследование флоры из колостомы с последующим индивидуальным подбором к ней антибиотиков, предоперационную подготовку. Антибактериальные препараты вводились интраоперационно и в послеоперационном периоде в катетеризированный паховый лимфатический узел.

Контрольную группу составили 55 больных, получавших стандартную предоперационную подготовку, обследованных теми же методами и подвергшихся антибактериальной терапии интраоперационно и в послеоперационном периоде по стандартным схемам, включая традиционные способы введения препаратов. В подавляющем большинстве случаев для восстановления непрерывности кишечной трубки использовали внутрибрюшинные анастомозы. Соустье формировали по типу "конец в конец" в три ряда узловых монолитных швов, которые не обладают "фитильными" свойствами, что уменьшает воспаление в тканях анастомоза и усиливает репаративную фазу заживления.

В обеих группах больных существенная доля осложнений приходилась на гнойно-септические. В основной группе их констатировали в 3 случаях. Частота этого рода осложнений в контрольной группе была существенно выше - 15 человек. Здесь было отмечено увеличение доли нагноений послеоперационных ран. Частичная несостоятельность швов анастомоза отмечалась только в контрольной группе у 4 больных, дефекты зажили после проведения консервативных мероприятий.

Таким образом, мы сделали вывод, что реконструктивные операции по восстановлению кишечной непрерывности относятся к тяжелым вмешательствам: они нередко сопровождаются послеоперационными осложнениями (особенно гнойно-септическими). Как показали наши исследования, комплекс профилактических мероприятий, а именно использование метода пролонгированного эндолимфатического введения антибактериальных препаратов, позволяет практически полностью избежать развития гнойно-септических осложнений.

Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Евтушенко А.В., Олефир А.С.
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ
ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ

Кафедра общей хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Сипливый В.А.

В современном мире желчекаменная болезнь (ЖКБ) принимает масштабы эпидемии. ЖКБ страдает 10-15% мужчин и 25% женщин, при этом количество больных увеличивается с каждым годом, что сопровождается увеличением частоты осложненных форм. Холедохолитаз, как осложнение ЖКБ, встречается в 20-30% случаев.

Цель: Провести анализ эффективности малоинвазивных хирургических вмешательств у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза.

Результаты: Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена 139 пациентам, при этом она была успешной в 113 (81.2%) случаях. Как второй этап операции у 50 (35.9%) пациентов через 3-4 суток выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). 19 пациентам ЛХЭ выполнена ранее. У 5(7.5%) пациентов

была выполнена повторная ЭПСТ, успешная в 4 случаях. Одному пациенту выполненная лапаротомия с дренированием желчных протоков. В 18(12.9%)случаях из-за выраженных изменений анатомии органов гепатобилиарной системы и выраженности патологического процесса тотчас после ЭПСТ было выполнено открытое вмешательство: в 11 случаях холедохолитомия с дренированием желчных протоков, в 7 случаях- наложение билиодигестивного анастомоза.

Заключение: Малоинвазивные эндоскопические вмешательства являются эффективным методом лечения обтурационной желтухи. В то же время, лечение больных с обструктивной желтухой является достаточно сложной задачей и требует максимального взаимодействия эндоскопистов и хирургов для определения оптимальной хирургической тактики.

Истомин Д. А., Орлова Т. В., Четвериков С. А.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Кафедра травматологии и ортопедии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Истомин Д. А.

Перелом лучевой кости в типичном месте чаще всего случается при падении на ладонную поверхность кисти. Частота этих переломов составляет 60–90 % среди повреждений костей предплечья.

Материалы и методы: Для исследования эффективности лечения были взяты истории болезней 100 пациентов, обратившихся ХГКБСНМП №4 с диагнозом - перелом лучевой кости в типичном месте, в 2012 году. Из них 85 женщины и 15 мужчины. При вторичном смещении выполнялась закрытая репозиция с использованием устройства для закрытой репозиции переломов плеча и предплечья. Преобладал консервативный метод лечения, примененный у 72 пациентов. Основным методом оперативного лечения было применение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Аппарат внешней фиксации применялся у 28 пациентов.

Результаты: Сроки временной нетрудоспособности составили при консервативном лечении от 42 до 64 дней. Положительные результаты при консервативном лечении составили 94,25 %, при оперативном 98,12 %. Осложнения отмечены у 26 больных: контрактуры пальцев кисти, легко выраженный вегетодистрофический синдром, боль при движениях. Проведение репозиции, определение хирургической тактики лечения требуют выбора щадящих способов, обеспечивающих минимизацию воздействия на ткани в области перелома и возможность ранней функции. Среди способов хирургического лечения при методе чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза обеспечиваются условия минимальной травматичности и ранней функции, что позволило получить положительные результаты в 98,12 % случаев.

Калашник Ю.М., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра оториноларингологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

В настоящее время отмечается значительный удельный вес хронического полипозного риносинусита (ХПРС) в патологии полости носа - около 40%. ХПРС

является не только фактором риска развития бронхиальной астмы (БА), но оказывает заметное негативное влияние на течение уже имеющейся у пациента астмы.

Цель. Сравнение эффективности результатов методов лечения у пациентов с ХПРС и сопутствующей БА в катамнезе через 7-9 месяцев.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование 62 пациентов с ХПРС и сопутствующей БА. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе, состоящей из 30 пациентов, наряду с оперативным вмешательством – полипотомией носа, проводилась инсуффляция назальными кортикостероидами на протяжении 2-4-х месяцев. Во второй группе - 32 пациентам проводилось изолированное оперативное вмешательство в полости носа. Все пациенты получали стандартную схему терапии по поводу бронхиальной астмы и находились под наблюдением врача - аллерголога. Диагноз устанавливался на основании клинико-anamnestической картины, данных рентгенографии или компьютерной томографии, риноманометрии.

Результаты. В первой группе у 22 пациентов (73,3%) отмечалось значительное улучшение носового дыхания, восстановление обоняния, снижение частоты рецидивов носовой обструкции, отсутствие выделений из носа, уменьшение одышки и частоты приступов удушья, восстановление работоспособности. У 8 (26,7%) сохранялось нарушение носового дыхания, у 3 (10%) явления anosмии, у 4 (13,3%) - гипосмии, у 9 (30%) - периодические слизистые выделения из носа, у 8 (26,7%) - головные боли. В то же время, во второй группе, значительное улучшение клинических данных отмечалось лишь у 53% - 17 пациентов. У 12 больных (37,5%) сохранялось периодическое затруднение носового дыхания, у 3 (9,4%) – наблюдалась постоянная обструкция носового дыхания, у 8 (25%) - anosмия, у 10 (31,3%) - гипосмия, слизистые выделения из 15 (47%), слизисто-гнойные выделения из носа у 5 больных (15,6%) и у 17 (53%) - головные боли. При передней риноскопии в первой группе у 21 пациента (70%) отмечалось отсутствие полипозных образований в общих носовых ходах, у 6 (20%) полипозные образования отмечались в верхних отделах носовой полости и у 3 (10%) в верхне-средних отделах. Во второй группе объективно при ринологическом исследовании: у 16 пациентов (50%), 11 (34,4%) и 5 (15,6%) соответственно. Результаты риноманометрии показали, что в первой группе среднее значение суммарного объема потока составляло 510 ± 154 см³/с в отличие от второй группы, где среднее значение суммарного объема потока было 425 ± 110 см³/с. Таким образом, проводя оценку клинико-диагностических данных, можно отметить, что в терапии ХПРС в сочетании с БА для предупреждения рецидивов ХПРС целесообразно использовать комплексное лечение, включающее оперативное вмешательство в полости носа и назальные кортикостероиды. Выраженный регресс полипозных образований и снижения носового сопротивления с восстановлением функции носового дыхания приводит к уменьшению бронхиальной обструкции, улучшению и восстановлению дыхательной функции нижних дыхательных путей и повышению качества жизни пациентов.

**Китченко С.С., Зайцева О.В., Любомудрова Е.А., Котелевская В.И., Бережной Б.Ю.
КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

Кафедра хирургии №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: чл.-корр. НАМНУ Лупальцов В.И.

Механическая желтуха и холангит остаются важной проблемой современной

хирургии, несмотря на то, что широкое внедрение эндоскопических методов декомпрессии желчевыводящих путей (ЭПСТ, назобилиарное дренирование) в качестве первого этапа лечения данной патологии значительно снизили летальность и частоту осложнений.

Цель исследования - проанализировать результаты применения в комплексе лечения больных с механической желтухой и холангитом эндоскопических методов декомпрессии желчевыводящих путей

Материалы и методы. Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 43 больных с механической желтухой осложненной холангитом. Мужчин было 11 (32,5%), женщин 29 (67,5%), средний возраст $52 \pm 6,4$ лет.

Результаты. Клиническими проявлениями были кожный зуд, желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, боли в правом подреберье, сопровождавшиеся ознобами и гипертермией до $39-40^{\circ}\text{C}$. В клинико-лабораторных показателях у больных отмечалось повышение показателей общего, активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ) лейкоцитоз, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации до 4,5-4,8, повышение уровня мочевины. Объем инструментального обследования включал УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, что позволяло определить диаметр холедоха, наличие или отсутствие в нем конкрементов, состояние БДС. В зависимости метода оперативного лечения на втором этапе все больные были распределены следующим образом: ЭПСТ с назобилиарным дренированием холедоха без второго этапа хирургического лечения выполнена у 15 (34,8%) пациентов: у 6 ввиду отказа от дальнейшего оперативного лечения и 9 ввиду отсутствия показаний к нему (в 4 случаях причиной механической желтухи был папиллит, у 5 больных - стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Двухэтапное хирургическое лечение - ЭПСТ и холецистэктомия выполнено у 28 (65,2 %) больных. Из них у 6 пациентов ЭПСТ была неэффективна и больным была выполнена открытая холедохолитотомия и холецистэктомия с дренированием холедоха (4) или наложением холедоходуоденоанастомоза (2). После ЭПСТ конкременты извлекались путем отмывания протоков «до чистых вод» или корзинкой Дормиа, у части пациентов придерживались выжидательной тактики, рассчитывая на самостоятельное отхождение конкрементов после достаточно широкого рассечения БДС и терминального отдела холедоха. Разрез при ЭПСТ в зависимости от анатомических и индивидуальных особенностей достигал длины от 1,0 до 1,5 см, что приводило к достаточно широкому раскрытию дистального отдела холедоха. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентген-контрастирования холедоха сразу после сфинктеротомии. Осложнениями, развившимися непосредственно после ЭПСТ являлись: панкреатит, потребовавший целенаправленных консервативных мероприятий у 3 больных, в 2 случаях - кровотечение из папиллотомной раны, потребовавшее консервативного лечения. У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит - 2 (7,1%) подпеченочный абсцесс 1 (3,6%) случай, пневмония - 2 случая (7,1%). Умер 1 (1,9%) пациент старческого возраста вследствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

Выводы. ЭПСТ с литоэкстракцией или назобилиарным дренированием проведенные в ранние сроки являются оптимальной тактикой лечения механической желтухи и холангита доброкачественного генеза.

Кулакова Е.А., Татьяна Л.С.
ПРОГРАММИРОВАННЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И
ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ,
ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кафедра общей хирургии № 2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Гринченко С.В.

Целью нашего исследования является изучение эффективности программированной санации в лечении брюшной полости у больных с перфоративной язвой, язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной разлитым гнойным перитонитом в сочетании с лапаростомией.

Материалы и методы. Наше исследование было основано на проспективном анализе историй болезней 115 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной разлитым перитонитом. Мужчин было 65 (56,5%), женщин – 50 (43,5%). Возраст пациентов колебался от 18 до 81 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выявлена у 88 (76,5%) пациентов, желудка – у 25 (21,8%), а двойная локализация язв – у 2 (1,7%). Сопутствующая патология отмечена у 90 (78,2%) больных. В течение 24 часов от появления боли в животе обратились за помощью 40 (34,8%) пациентов, в течение 25-72 часов – 33 (28,7%), позднее 72 часов – 42 (36,5%). Индекс брюшной полости у всех пациентов, включенных в изучаемую группу, был более 13 баллов. Первая степень Мангеймского индекса перитонита (МИП) выявлена у 30 (26%) пациентов, вторая – у 60 (52,2%), третья – у 25 (21,8%). Абдоминальный сепсис выявлен у 75 (65,2%) пациентов, а полиорганная недостаточность – у 35 (30%). У всех пациентов выполняли иссечение перфоративной язвы. При сочетании перфоративной язвы со стенозом использовали методику расширяющей пилоро- или дуоденопластики по Барри – Хиллу, а при локализации перфоративной язвы на передней полуокружности двенадцатиперстной кишки использовали методики Джадда – Хорсли и Джадда – Танаки. При иссечении язвы двенадцатиперстной кишки предпочтение отдавали дуоденопластике. Кроме хирургического вмешательства, всем пациентам до, во время и после операции проводили комплексную терапию: коррекция гемодинамики, водно-электролитного баланса и метаболических нарушений, детоксикационная терапия, устранение функциональной недостаточности кишечника.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от тактики лечения все пациенты разделены на две группы. В 1 группу вошло 64 (55,7%) пациента, у которых после хирургического вмешательства брюшная полость зашивалась наглухо. При развитии осложнений выполняли релапаротомию. В послеоперационном периоде осложнения развились у 20 (17,4) пациентов. Во 2 группу включен 51 (44,3%) пациент для лечения разлитого гнойного перитонита. Первая степень МИП выявлена у 20 (17,4%) пациентов без летальных исходов. Вторая степень МИП выявлена у 25 (21,8%), умерли 5 (4,3%), а третья степень – у 10 (8,7%), умерли 6 (5,2%). Умерли все пациенты, у которых МИП был более 33 баллов. Послеоперационные осложнения развились у 5 (4,3%). Общая летальность составила 9,6% (умерли 11 человек).

Выводы. Применение лапаростомии с частичным сведением краев раны в сочетании с программированными санациями брюшной полости позволяет у больных с разлитым гнойным перитонитом на почве перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки снизить летальность и число послеоперационных осложнений. Не отмечено развитие таких осложнений, как абсцессы брюшной

полости и эвентрация. У большинства пациентов достаточным было выполнение 2 – 3 программированных санаций брюшной полости. Критическим значением МИП при перфоративной язве, осложненной разлитым гнойным перитонитом, является 33 балла. Одно из преимуществ применения лапаростомы с дозированным сведением краев лапаротомной раны -практически полное отсутствие в послеоперационном периоде синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Лапшин Д.В., Гони С.А.Т.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ОСТЕОСИНТЕЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЙ

**Кафедра экстренной неотложной медицинской помощи, ортопедии травматологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Березка Н.И.**

Цель исследования: определить оптимальную хирургическую тактику и объем оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате у пострадавших с политравмой на основе использования унифицированной шкалы оценки тяжести состояния и повреждений.

Материалы и методы: результаты исследования базируются на анализе литературных данных, а также изучении результатов лечения 98 больных с сочетанной травмой, которые находились на лечении в отделении политравмы «Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» в 2009-2012 гг.

Демографические характеристики больных: мужчин - 64 (65%), женщин - 34 (35%), в т.ч. до 40 лет - 54 (55%), в возрасте 41-60 лет - 27 (28%), 61-70 лет - 12 (12%), старше 70 лет – 5 пациентов (5%). Основные причины полученных больными травм: дорожно-транспортные происшествия - 70 (71%), падения с высоты - 25 (26%), драки – 3 пациента (3%). У пострадавших зафиксированы следующие сочетания повреждений: скелетная + ЧМТ - 24 (25%), скелетная + абдоминальная - 21 (21%), скелетная + торакальная - 29 (30%), скелетная + абдоминальная + торакальная - 18 (18%), скелетная + ЧМТ+ абдоминальная + торакальная – 6 пациентов (6%). Тяжесть повреждений оценивалась по шкале ISS; статистически представлены следующие группы: до 25 баллов - 16 (17%), 26-40 баллов - 70 (71%), более 40 баллов - 12 пациентов (12%).

Проведенный анализ методов и результатов лечения указанной группы больных позволил сделать следующие выводы: 1. Определение оптимальной хирургической тактики и объема оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате у пострадавших с политравмой возможно только при условии оценки тяжести повреждения и состояния с помощью унифицированной шкалы, способной зафиксировать соответствующие объективные и прогностические показатели с высокой степенью достоверности. 2. Сравнительный анализ шкал *ISS*, *ВПХ-П*(МТ), *APACHE-II* и *ВПХ-СП*, проведенный с помощью методов математической статистики с использованием критерия χ^2 Пирсона и коэффициента ранговой корреляции Спирмена, показал, что наибольшую степень достоверности при оценке тяжести травмы и вероятности выживания/летальности пострадавших с политравмой демонстрирует шкала *ISS*. 3. Для пострадавших, тяжесть травмы которых по шкале *ISS* составляет менее 25 и более 40 баллов, хирургическая тактика лечения четко определена и предполагает реализацию концепций «*EarlyTotalCare*» и «*DamageControlOrthopedics*» соответственно; при этом возраст больных не является

значимой переменной. 4. Для пострадавших, тяжесть травмы которых по шкале ISS составляет 25-40 баллов, оптимальная хирургическая тактика четко не определена, непосредственно коррелирует с состоянием больного и его возрастом, поэтому мы предлагаем у данной группы пациентов дополнительно использовать шкалу оценки тяжести состояния ВПХ-СП, дополненную показателями возраста. 5. Оптимальной хирургической тактикой при политравме с тяжестью повреждений по шкале ISS 25-40 баллов и тяжестью состояния по шкале ВПХ-СП, дополненной показателями возраста, менее 22 баллов является применение любого внеочагового остеосинтеза, интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза за исключением погружного остеосинтеза; при тяжести состояния по шкале ВПХ-СП, дополненной показателями возраста, более 22 баллов применяется концепция «Damage Control Orthopedics».

Майорова М.В., Олейник А.А., Истомин Д.А.
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ПЕРЕЛОМАХ проксимального отдела БЕДРенной кости

Кафедра травматологии и ортопедии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Истомин Д.А

Наиболее частыми вариантами повреждения бедренной кости есть переломы ее проксимального отдела. Тромбоэмболии являются грозными осложнениями переломов проксимального отдела бедренной кости и занимают первое место по летальности среди всех осложнений. Это обусловлено длительной иммобилизацией, которая приводит к ухудшению венозного кровообращения, а также изменениями реологических свойств крови в послеоперационном периоде и собственно хирургическими манипуляциями в зоне сосудов повышенного риска.

Целью работы: оценка эффективности медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с переломами проксимальных отделов бедренной кости.

Материалы и методы. В исследование были вовлечены 85 пациентов, из них 38 мужчин и 47 женщин в возрасте от 39 до 81 года. Все они находились на лечении в отделениях травматологии ХГКБСНП им. проф. Мещанинова с диагнозом «Закрытый перелом проксимального отдела бедренной кости». Больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 56 пациентов, леченные хирургическим методом в течение 2-10 суток после получения травмы. Вторую группу составили 29 пациентов, леченные консервативно, методом постоянного скелетного вытяжения. Для пациентов первой группы использовали чрескожный МОС винтами, МОС пластинками с угловой стабильностью, эндопротезирование тазобедренного сустава в зависимости от типа повреждения. Больным обеих групп проводили профилактику тромбоэмболии. Риск тромбоэмболии оценивали по критериям: данные анамнеза и жалобы, объективное исследование, клинический анализ крови, коагулограмма. Для профилактики тромбоэмболии использовали надрупарин кальция. Для пациентов 1-й группы применяли схему профилактики: за 12 часов до операции и через 12 часов после нее, на 2-й и 3-й день после операции вводили по 0,2-0,4 мл надрупарина кальция подкожно, с 4-го по 10-й день вводили по 0,3-0,6 мл. Для пациентов 2-й группы применяли следующую схему: в течение 10 дней вводили по 0,4-0,6 мл надрупарина кальция. Соблюдали принцип максимально раннего начала физической

активности и применяли эластическую компрессию нижних конечностей в интра- и послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждение. В первой группе пациентов после применения надропарина кальция явления тромбоземболии были отмечены только у одной пациентки с варикозной болезнью в анамнезе, у остальных пациентов этой группы клинических и лабораторных данных, свидетельствующих о появлении тромбоземболических осложнений выявлено не было. Средний срок их нахождения в стационаре составил 18 дней. Во второй группе пациентов ни у одного пациента не выявлены клинические и лабораторные данные, свидетельствующие о появлении тромбоземболий. Средний срок их нахождения в стационаре составил 48 день.

Выводы. Хирургический метод лечения поврежденных проксимальных отделов бедренной кости является наиболее рациональным в связи с минимализацией вероятности появления тромбоземболических осложнений и сокращением сроков госпитализации. Медикаментозная профилактика препаратом надропарина кальция существенно снижает вероятность тромбоземболических осложнений у пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости как при хирургическом, так и при консервативном методах лечения.

**Малик А. С., Тетерник О. А., Суховой В. В., Биленко И. А., Курбанов А. К.
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА У ПАЦИЕНТОВ С
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОП, РАЗВИВШИХСЯ
НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМН Украины,
Харьков, Украина**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель к.мед.н Шевченко А. Н.**

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 410 больных с гнойно-воспалительными осложнениями СД. Из них мужчин - 36,4%, женщин - 63,6%. Подавляющее большинство больных (86,5%) было в возрасте от 50 до 79 лет. У 14% пациентов был СД I типа, у 86% - СД II типа. Ампутация на разных уровнях - от пальцев стоп до бедра в анамнезе выполнена у 11,7% больных. СД тяжелой степени тяжести был у 72,5%, средней степени тяжести у 24,3%, легкой степени у 3,2% больных. Лечение больных СД строилось на следующих принципах: хирургическая санация гнойного очага; компенсация углеводного обмена; целенаправленная антибактериальная терапия; дезагрегантная и антикоагулянтная терапия; лечение нейропатии; купирование явлений ишемии; экстракорпоральная гемокоррекция и озонотерапия. В состав комплексного лечения включали гипербарическую оксигенацию (ГБО), ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез, системную озонотерапию, плазмозритросорбцию (ПЭС). Системная озонотерапия применена у 36 пациентов с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей. Инсулинзависимый сахарный диабет был у 18 больных и инсулиннезависимый - у 12 больных. Результаты лечения в этой группе сравнили с результатами лечения 29 больных, которым провели 77 операций обменного дискретного плазмафереза (ДПА). Возраст больных в обеих группах был одинаков и составил $63,4 \pm 2,7$ года.

Результаты и обсуждение. После первых сеансов озонотерапии отмечалось снижение интенсивности болей, парестезии, стихали местные признаки воспаления. Использование озона позволяло ускорить сроки очищения и заживления ран.

Появление грануляций и начало эпителизации отмечалось к 10-13 дню. Среднесуточный уровень гликемии снижался с первых суток применения озонотерапии, что повлекло за собой уменьшение суточной потребности в инсулине, а также способствовало купированию глюкозурии на 3 сутки. К концу курса озонотерапии происходила нормализация лейкоцитарной формулы, снижение лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы на 31,5%, бактериальной обсемененности ран в 1,5 раза, по сравнению с контролем. Через 8 недель полная эпителизация трофических язв отмечена у 72,0%, а в контрольной группе у 51,0% больных. Местная озонотерапия оказывала выраженное бактерицидное действие. У 46,6% больных раны становились стерильными. После проведения плазмоэритросорбции у больных наблюдали значительное уменьшение болей в ногах, восстановление тактильной и болевой чувствительности, уменьшение отека и повышение кожной температуры стоп, отграничение некрозов пальцев стоп, рост грануляций и краевую эпителизацию ран. Происходило снижение числа возникающих в процессе лечения осложнений на 12,3% и уменьшение количества повторных операций на 15%. Количество неоперированных больных в группе, где проводили ПЭС было в 3 раза больше, чем в группе ДПА. Ампутации на уровне средней трети бедра (высокие) выполнены первично лишь в 27%, в то время как в группе с использованием ДПА - в 41%. У больных тяжелым СД при диабетической микро-макроангиопатии, недостаточной коррекции гипергликемии, выраженной остеоартропатии, кетоацидозе, рана медленно очищалась от некротических тканей. На месте удаленных некротических масс появлялись новые, У таких пациентов выполняли ампутацию конечности на уровне средней трети бедра.

Заключение. В комплексное лечение гнойно-некротических поражений ДС рекомендуется включать озонотерапию и плазмоэритросорбцию. Системная озонотерапия снижает сроки стационарного лечения на 7 дней и процент высоких ампутаций до 23,6%, применение плазмоэритросорбции снижает число возникающих в процессе лечения осложнений на 12,3% и уменьшает количество повторных операций на 15%.

Михайлуков Р.Н., Гужва Н.Ю., Юзюк М.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН.

Кафедра эндоскопии и хирургии

Харьковская медицинская академия последиplomного образования, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Велигоцкий А.Н.

Лечение гнойных ран является важной медицинской, социальной и экономической проблемой. По данным современных авторов от 15 до 30% всех хирургических больных – это больные с хирургической инфекцией. Количество этих пациентов за последние десятилетия не уменьшается.

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – новый метод лечения онкологических и неонкологических заболеваний, основанный на разрушении с помощью светового излучения патологических тканей и микроорганизмов предварительно избирательно окрашенных специальными веществами фотосенсибилизаторами.

Цель работы – улучшить результаты лечения пациентов с гнойными ранами, путём применения метода ФДТ.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находилось 37 (100%) больных с гнойными ранами в возрасте от 19 до 68 лет. Средний возраст пациентов (32,2±3,1) года. Из них 17 (46%) больным наряду со стандартным

лечением, проводилось дополнительное воздействие методом ФДТ на область раны, они составили основную группу. Контрольную группу составили 20 (54%) пациентов, получавших стандартное лечение. В обеих группах преобладали лица мужского пола (88,2% в основной группе и 90% в контрольной). Обе группы были репрезентативны по полу, возрасту, площади и локализации ран. Все пациенты основной группы дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. При применении метода ФДТ нами использовался фотосенсибилизатор разрешённый к клиническому применению раствор Viride Nitens, в концентрации 0,04% и источник излучения: «Универсальный портативный светодиодный терапевтический аппарат ХМАПО», с излучателем длиной волны 670 нм, доза облучения составляла 7 Дж/см² за сеанс. Сеансы ФДТ проводились ежедневно. Курс лечения составлял от 2 до 5 процедур до очищения раны.

Результаты исследований. Анализируя полученные данные, можно отметить, что сроки нормализации температуры (менее 37⁰С) составили в основной группе 2,2±0,61 суток, в контрольной 3,8±1,13 суток (p<0,05). Контроль нормализации частоты сердечных сокращений (менее 90 в минуту) в основной группе составил 1,7±0,34 суток, в контрольной 3,1±0,72 суток (p<0,05). В основной группе время очищения ран составило 3,2±0,41 суток, в контрольной группе 6,8±1,73 суток, появление грануляций в основной группе 3,8±0,30, в контрольной 5,6±1,84, эпителизация началась в основной группе 4,3±1,13, в контрольной группе 8,1±2,62 (p<0,05). Показатель ЛИИ высчитывался у всех пациентов на 1, 3, 5, 7 сутки лечения. На 1 сутки у пациентов основной группы ЛИИ составил 3,55±1,12, в контрольной группе 3,28±1,49. На 3 сутки у пациентов основной группы 2,64±0,87, контрольной 3,11±1,30. К 5 суткам лечения у пациентов основной группы 1,58±0,79, контрольной группы 2,50±0,76. К 7 суткам в основной группе 1,74±0,5, в контрольной 2,41±0,72 (p<0,005). Нормализация количества лейкоцитов в периферической крови (ниже 9×10⁹/л) наблюдалось у больных основной группы на 2,2±1,02 сутки, контрольной группы на 3,8±1,47 сутки (p<0,001).

Выводы. Простота, доступность и эффективность применения метода ФДТ позволяет включать его в комплекс лечения пациентов с гнойными ранами. В результате применения метода ФДТ достоверно сокращаются сроки длительности раневого процесса, уменьшается выраженность показателей общей и местной воспалительной реакции. Осложнений, противопоказаний и негативных побочных реакций при применении метода ФДТ нами не выявлено.

Мясоедов К.В.

ПРОБЛЕМА НЕОИНТИМАЛЬНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра хирургии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бойко В.В.

Актуальность: неointимальная гиперплазия является одним из значительных источников тромботических осложнений в отдаленном послеоперационном периоде и ее роль по данным O'Donnell T.F. Jr. et al. (1984) составляет 19%. При этом роль в развитии данного состояния играют множественные факторы, в том числе различные цитокины и факторы, вырабатываемые эндотелием и гладкомышечными клетками сосудов, в том числе эндоглин (CD105).

Цель: изучить значение гиперплазии неоинтимы в зоне дистального анастомоза, наложенного ниже подколенного сустава, определить возможные предикторы данного состояния.

Материалы и методы: нами обследовано 20 больных на базе ГУ 'ИОНХ им.В.Т.Зайцева НАМНУ перенесших бедренно-тибиальное шунтирование по поводу критической ишемии нижних конечностей с тромботическими осложнениями в позднем послеоперационном периоде (и в сроке от 6 месяцев до 2 лет) и 10 здоровых доноров. В обеих группах определяли уровни эндоглина, в группе больных данный показатель определяли на до- и послеоперационном периоде, а также в данной группе определяли толщину неоинтимы в зоне анастомоза на синтетическом протезе.

Результаты и обсуждение: в группе здоровых уровни эндоглина в среднем составляли 11 нг/мл ($p < 0,05$), при этом в группе больных данный исходный показатель составлял менее 7 нг/мл (в среднем 6,7 нг/мл), а в послеоперационном периоде в среднем 7,5 нг/мл. Причиной тромбоза у всех исследуемых больных была гиперплазия неоинтимы в зоне анастомоза, которая в среднем составляла 1,7 мм на синтетическом протезе. 14 больным удалось выполнить повторное шунтирование, в то время как 6 больным выполнена ампутация нижней конечности.

Выводы: гиперплазия неоинтимы по-прежнему играет существенную роль в развитии тромботических осложнений в отдаленном послеоперационном периоде. При этом низкие уровни эндоглина у больных с критической ишемией нижних конечностей коррелируют с риском развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде, в том числе за счет неоинтимальной гиперплазии.

Носова Я.В., Бардинов Д.В, Кирилович Е.И.
ВОЗМОЖНОСТИ ЦИФРОВОГО АНАЛИЗА СТЕПЕНИ ГИПЕРЕМИИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра оториноларингологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: профессор Аврунин О.Г., Калашник Ю.М.

Изменение микроциркуляции слизистой оболочки полости носа как ведущего звена в механизме развития вазомоторного ринита является общепризнанным. Однако в патоморфогенезе атрофического и гипертрофического ринита большинством исследователей сосудистому фактору также отводится немаловажная роль. Известно, что функциональное состояние полости носа в значительной степени определяется гемодинамикой в области носовых раковин. Поэтому определение характера кровоснабжения слизистой оболочки полости носа, как одного из патогенетических механизмов развития хронического ринита является актуальным и может использоваться для совершенствования диагностической тактики и как тест в оценке эффективности лечения.

Таким образом, исследовательской задачей являлась разработка средства цифрового анализа риноскопических изображений слизистой оболочки носовой полости с целью выявления объективной степени гиперемии для дальнейшей диагностики, а также лечения заболеваний верхних дыхательных путей.

С помощью разработанного программного обеспечения возможно получение информации, которая иллюстрирует наличие аддитивных цветных компонент (R - красного, G - зеленого, B - синего) в изображении-оригинале, гистограмм их распределений и ширины спектра оттенков цветных компонент. Определение объективной степени гиперемии участка слизистой оболочки проводится в соответствии с разработанной

методикой (Носова Я.В., Аврунин О.Г., 2013), основанной на получении статистических зависимостей распределений компонент (цветового тона H , насыщенности S и яркости V) диагностического изображения в норме и при наличии различных по происхождению, глубиной инфицированности и обширностью патологических процессов. При анализе риноскопических изображений в патологическом состоянии (скарлатина) слизистая оболочка полости носа имеет характерный малиновый окрас значение цветового тона колеблется в пределах $300^0 - 360^0$. В норме значение цветового тона находится в пределах от $0^0 - 60^0$.

Перспективой работы является численное определение диапазонов цветового тона для различных патологий, а также проведение дополнительного анализа с целью выявления корреляционных зависимостей между поставленным диагнозом и информативными параметрами исследуемого эндоскопического изображения для повышения эффективности ранней диагностики и сокращения времени постановки диагноза, что позволит существенно уменьшить время лечения.

Омельченко-Селюкова А.В.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

**Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.**

Старіння населення є однією з основних світових демографічних тенденцій. За оцінками експертів, 50% літніх людей зазнають оперативного втручання з використанням загальних анестетиків і одним із тяжких медико-соціальних ускладнень загальної анестезії є розвиток післяопераційної когнітивної дисфункції (ПОКД).

Доведено, що з віком ризик розвитку ПОКД збільшується. З точки зору фармакодинаміки, головною мішенню препаратів, що застосовуються в анестезіологічній практиці, є центральна нервова система (ЦНС), а точніше - головний мозок. Проведені на сьогоднішній день дослідження переконливо свідчать, що для нормального старіння характерні інволютивні процеси ЦНС. З боку ЦНС процес старіння проявляється зменшенням обсягу головного мозку і числа синаптичних зв'язків. В клінічних умовах виявлено зміну перфузії головного мозку при використанні засобів для анестезії, які обумовлюють виникнення різних порушень нервової діяльності в післяопераційному періоді. Можливо патогенний вплив загальних анестетиків і наркотичних анальгетиків проявляється в порушенні системної та регіонарної гемодинаміки, зриві ауторегуляції мозкового кровотоку, прямій токсичній дії на нервові клітини і порушенні синтезу і вивільнення нейротрансмітерів, що може призвести до виникнення інтра- і післяопераційних церебральних ускладнень, особливо у пацієнтів старшого віку. З урахуванням описаного вище, стає очевидною необхідність вивчення епідеміології, патогенезу, шляхів профілактики та корекції ПОКД у пацієнтів похилого віку.

Орлова Т. В., Четвериков С. А.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В «ТИПИЧНОМ МЕСТЕ»

Кафедра травматологии и ортопедии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Истомин Д. А

Актуальность темы: Перелом лучевой кости в типичном месте чаще всего случается при падении на ладонную поверхность кисти. Частота этих переломов

составляет 60–90 % среди повреждений костей предплечья. В случае смещения отломков лучевой кости либо осложненных переломов требуется хирургическое вмешательство.

Материалы и методы: Для исследования эффективности лечения были взяты истории болезней 100 пациентов, обратившихся в травмпункт ХГКБСНМП №4 и которым был поставлен диагноз перелом лучевой кости в типичном месте В 2012 году. Из них 85 — женщины и 15 — мужчины. При вторичном смещении у лиц с развитой мышечной системой выполнялась закрытая репозиция с использованием устройства для закрытой репозиции переломов плеча и предплечья. Особенностью репозиции является возможность распределять усилия противотяги по всей поверхности плеча и возможность контролировать усилие при выполнении манипуляций. Преобладал консервативный метод лечения, примененный у 72 пациентов. Основным методом оперативного лечения было применение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Аппарат внешней фиксации применялся у 28 пациентов.

Результаты: Сроки временной нетрудоспособности (или возможности самообслуживания без посторонней помощи) составили при консервативном лечении от 42 до 64 дней. Положительные результаты при консервативном лечении составили 94,25 %, при оперативном 98,12 %. Осложнения отмечены у 26 больных: контрактуры пальцев кисти у 3 пациентов, легко выраженный вегетодистрофический синдром наблюдался у 8 больных, боль при движениях средней и выраженной интенсивности наблюдалась у 15 пациентов.

Выводы: Проведение репозиции, определение хирургической тактики лечения требуют выбора щадящих способов, обеспечивающих минимизацию воздействия на ткани в области перелома и возможность ранней функции. Среди способов хирургического лечения при методе чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза обеспечиваются условия минимальной травматичности и ранней функции, что позволило получить положительные результаты в 98,12 % случаев.

Пажин С.А., Прокопенко К.А., Шадрин В.С.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА (ГМЦР) БРЮШИНЫ ПРИ
РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ.**

Кафедра общей хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Гринченко С.В.

Несмотря на несомненные достижения современной хирургии, перитонит остается важной общепатологической проблемой, летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет 25-30%.

Цель: сравнительное морфологическое изучение нарушений микроциркуляции в брюшине в динамике острого серозного перитонита.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводили на половозрелых белых крысах линии Wistar, массой 180-200гр. Разлитой асептический перитонит был вызван введением 5мл γ – карагинена на 1мл изотонического раствора. Животные были разделены на группы по 6 особей, а также по временному течению патологического процесса от начала развития асептического перитонита: контрольная; через 12 часов; через 24 часа; через 48 часов; через 72 часа. Для изучения микроциркуляции всем крысам подкожно за 40 мин. до забора органов

вводился 1 мл 1% раствор трипанового синего (по методике Э.У.Липшиц.). Все процедуры с животными, а также вывод животных проводились под наркозом с использованием тиопентала натрия. Для морфологического исследования материал подвергали стандартной проводке через спирты увеличивающейся концентрации, жидкость Никифорова, хлороформ, после чего заливали парафином. Изучение микропрепаратов проводили под микроскопом Olympus BX-41.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что для группы сравнения характерно умеренное, равномерное полнокровие сосудов брюшины, отсутствие воспалительных изменений. В начальном периоде острого перитонита в сосудах париетальной брюшины значительно возрастает артериоло-капиллярный кровоток. В реактивной стадии разлитого перитонита нарастает серозное воспаление брюшины с характерными резкими нарушениями гемомикроциркуляции в виде стаза, эритроцитарных агрегатов и тромбов в сосудах ГМЦР. В париетальной брюшине наблюдается отек, умеренная лимфоцитарная инфильтрация с примесью макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов. Количество и диаметр сосудов всех типов увеличен по сравнению с показателями группы сравнения, то есть имеет место выраженная гиперемия брюшины. В токсической стадии экспериментального перитонита отмечается прогрессирование воспалительного процесса в брюшине, сохраняется гиперемия париетальной брюшины, ее отечность и экссудация в полость живота в связи с повышенной проницаемостью капиллярного русла, десквамация мезотелия. В поздней стадии экспериментального перитонита сохраняется гиперемия и отек соединительнотканного слоя париетальной брюшины, ее отечность, экссудация, а также десквамация мезотелия и лимфогистиоцитарные инфильтраты со значительной примесью нейтрофильных гранулоцитов.

Выводы: Основными морфологическими признаками, отражающими динамику гемомикроциркуляторных нарушений в брюшине при распространенном перитоните являются: диаметр кровеносных сосудов, количество сосудов на единицу площади. На основании проведенного морфологического исследования подтверждена стадийность течения экспериментального перитонита с характерными для каждой стадии микрососудистыми изменениями в брюшине. Нарушение микроциркуляции в брюшине нарушает ее экссудативную, резорбтивную и барьерную функции, ведет к развитию тяжелой интоксикации за счет быстрого наводнения организма токсинами как бактериального, так и не бактериального (эндогенного) происхождения.

Прийменко Д.С., Чопозидис Христос
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ
СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко Р.С.

Распространение гнойно-некротических процессов на стопе у больных сахарным диабетом может приводить к высоким ампутациям нижних конечностей и дальнейшей инвалидизации пациента. Учитывая это, изучение синдрома диабетической стопы является актуальным вопросом.

Целью нашего исследования является изучение изменений лейкоцитарных индексов интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИК) и Островскому (ЛИИО).

Материалы и методы. Мы обследовали 48 больных, которые были распределены на три равные группы в зависимости от стадии гнойно-некротического процесса согласно классификации Меггитт-Вагнера (3–5 стадия).

В группе больных с третьей стадией ЛИИК составляет $2,59 \pm 0,67$; с четвертой – $2,52 \pm 0,63$; с пятой – $5,19 \pm 0,84$. По ЛИИО получены соответственно следующие значения: $3,52 \pm 0,35$; $3,41 \pm 0,61$; $5,22 \pm 0,9$. Таким образом, существуют достоверные отличия ЛИИК и ЛИИО в группе больных с пятой стадией по сравнению со значениями в группах больных с третьей и четвертой стадиями согласно классификации Меггитт-Вагнера.

Можно констатировать, что рост значений указанных индексов свидетельствует о повышении уровня эндогенной интоксикации и активизации процессов раневого распада. Показатели ЛИИК, ЛИИО, на наш взгляд, способствуют более точной оценке глубины и распространенности гнойно-некротического процесса, являясь важным диагностическим критерием при выборе лечебной тактики.

Робак В.І., Курбатов В.О.
ОЦІНКА ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра загальної хірургії №2
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сипливий В.О.

У хворих на гострий некротичний панкреатит одним з ключових факторів прогресування поліорганної недостатності є синдром ентеральної недостатності - симптомокомплекс, що супроводжується порушенням всіх функцій травної системи, перетворюючи кишечник на основне джерело інтоксикації.

Мета роботи: оцінити ступінь ентеральної недостатності у хворих на гострий некротичний панкреатит залежно від форми панкреонекрозу.

Матеріали та методи: проведено оцінку хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Згідно класифікації Атланта (2010), пацієнти були розподілені на дві групи: 80 (64,0%) хворих на інфікований панкреонекроз та 45 (36,0%) хворих на стерильний панкреонекроз. У кожній групі відокремлено підгрупи хворих з парапанкреатитом. У першій групі парапанкреатит виявлено у 60 (75,0%) хворих, у другій – у 20 (44,4%) хворих. Оцінку ступеня ентеральної недостатності проведено за допомогою Шкали діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності ендогенного походження, викликаного перитонітом.

Результати: У хворих на стерильний панкреонекроз ступінь ентеральної недостатності оцінено у $27 \pm 3,62$ бали; у хворих на інфікований панкреонекроз - у $38 \pm 3,56$ балів ($p < 0,05$). Проведено оцінку ступеня ентеральної недостатності у підгрупах хворих, розподілених залежно від наявності парапанкреатиту. У хворих на стерильний панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінено у $24 \pm 2,62$ балів, у хворих на стерильний панкреонекроз з парапанкреатитом – у $29 \pm 1,93$ балів ($p < 0,05$). У хворих на інфікований панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінено у $34 \pm 2,13$ балів, у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом $42 \pm 1,89$ балів ($p < 0,05$). Перебіг гострого некротичного панкреатиту супроводжується розвитком вторинної ентеральної недостатності ендогенного походження. Ступінь ентеральної недостатності залежить від форми панкреонекрозу та наявності у хворого парапанкреатиту: найбільш виражена ентеральна недостатність у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом.

Кожемяка К.О, Гричаная Е.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В
ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Кафедра хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Свирепю П.В.

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости. Число больных острым панкреатитом в последнее время существенно возросло. В 2013 году в Украине частота заболевания составила 1300 - 1500 случаев на 1 млн. населения. Основными этиологическими факторами острого панкреатита являются алкоголь \approx (70%), патология желчевыводящих путей \approx (25-30%), травмы поджелудочной железы, вмешательства на органах брюшной полости в том числе эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и прочие \approx (4-9%). Одним из дискуссионных вопросов при остром билиарном панкреатите (ОБП) является диагностическая и лечебная тактика. Основным пусковым механизмом при ОБП является протоковая гипертензия при ущемлении камня в большом дуоденальном сосочке, сдавление устья Вирсунгова протока камнем или рубцовой стриктурой дистального отдела холедоха.

Цель исследования: оценка эффективности ЭРПХГ и ЭПСТ у больных ОБП.

Материалы и методы: проведен анализ лечения 117 пациентов с ОБП в период с 2007 по 2013 годы. Из них было мужчин 79 (67,5%), женщин 38 (32,5%). Средний возраст больных составил 48,5 лет. По срокам выполнения ЭРПХГ, ЭПСТ пациенты были разделены на две группы: I группа (основная) 63 пациента, которым выполнялось ЭРПХГ, ЭПСТ в первые 48-72 часа после госпитализации; II группа (группа сравнения) 54 пациента, ЭРПХГ, ЭПСТ выполнялось в более поздние сроки 5-7 сутки после госпитализации. Исследовались клинические и лабораторные показатели: клинический анализ крови и мочи, коагулограмма, уровни альфа-амилазы, липазы и общего билирубина крови, диастаза мочи. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале APACHE II. В стандартную схему обследования больных входило: ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), компьютерная томография (КТ), рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости. Основанием к выполнению ЭРПХГ, ЭПСТ явилась гипербилирубинемия и данные УЗИ. Полученные результаты были обработаны с применением t-критерия Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Острый панкреатит (ОП) был диагностирован у 101 (86,3%) больного, панкреонекроз у 16 (13,7%). В I группе больных холедохолитиаз выявлен у 9 (14,3 %) во II у - 7 (12,97%). На 5-7 сутки после выполнения манипуляций в I группе средние биохимические показатели сыворотки крови достоверно ($p < 0,05$) снизились в среднем на: 55,3% (альфа-амилаза); 44,5% (липаза); 61,1% (общий билирубин) . Во II группе ЭРПХГ, ЭПСТ выполнялись после уменьшения болевого синдрома и улучшения состояния, больных. На 5-7 сутки после выполнения манипуляций в данной группе средние биохимические показатели крови статистически значительно снизились в среднем на: 40,1% (альфа-амилаза); 38,5% (липаза); 37,5% (общий билирубин). Осложнений после выполнения ЭРПХГ, ЭПСТ в обеих группах больных не отмечено. Наличие холецистолитиаза явилось показанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии в I группе у 32 (50,8%) и во II у

20 (37%) пациентов, через 12-14 суток после ЭПСТ, при нормализации общего состояния больных. Отек парапанкреатической клетчатки с образованием жидкостных скоплений диагностирован у 6 (9,5%) больных в I группе и был купирован консервативно. Во II группе острые жидкостные скопления в парапанкреатической клетчатке диагностированы у 13 (24%) пациентов с тенденцией к их образованию в более поздние сроки пребывания в стационаре. У всех больных потребовалось выполнение пункционных и пункционно-дренирующих методов лечения жидкостных скоплений. Общая летальность составила 4,3% (5 больных).

Выводы: Выполнение ЭРПХГ при остром панкреатите позволяет выявить холедохолитиаз и не приводит к ухудшению состояния пациентов с острым панкреатитом. Выполнение ЭПСТ у больных с острым панкреатитом в первые 48-72 часа после поступления в стационар является эффективным методом лечения острого билиарного панкреатита.

Трофимова А.В., Еремченко А.В., Шевченко Я.А.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ
БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Кафедра хирургии №3

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: чл.-корр. НАМНУ Лупальцов В.И.

Спаечная болезнь брюшины (СББ) остается одной из сложных проблем абдоминальной хирургии. Заболеваемость по данным отечественных исследований составляет 5,3-5,9 на 1000 населения. Для уменьшения степени операционной травмы при лечении СББ в последнее используются эндовидеохирургические методики, но отдельные вопросы тактики их применения требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования - оценка эффективности лапароскопического адгезиолизиса при лечении СББ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 29 больных с клиникой СББ, развившейся в сроки от 1 до 5 лет после различных операций на органах брюшной полости. Показаниями к плановому лапароскопическому вмешательству определялись на основании клинических данных и результатов инструментальных методов исследования, подтверждающих наличие у больного СББ (рентгенологический контроль пассажа бария по ЖКТ, ирригоскопия, колоноскопия, полипозиционное УЗИ).

Наиболее постоянными жалобами у пациентов были схваткообразная боль в животе, запор, периодическая рвота и метеоризм, положительные симптомы Склярова, Хунафина и Леотта. Обзорная рентгенография брюшной полости и контроль пассажа бария обычно не давали четкого представления о характере спаечного процесса. УЗИ позволяло определить на передней брюшной стенке безопасные зоны для введения первого троакара. Всем больным выполнено лапароскопическое рассечение спаек. При обзорной лапароскопии оценивалась распространенность и выраженность спаечного процесса и возможность лапароскопического адгезиолизиса. У 20 больных обнаружены висцеро-париетальные и у 9 - висцеро-висцеральные спайки. Выраженность и распространенность спаечного процесса, его локализация, вид и плотность сращений не всегда соответствовали интенсивности и продолжительности абдоминального болевого синдрома, что объясняется индивидуальными особенностями и характером сопутствующих заболеваний. Объем рассекаемых сращений у каждого пациента определялся

индивидуально. Рыхлый спаечный процесс ликвидировали механическим рассечением, плотные спайки рассекались или механически, или с применением монополярной электрокоагуляции. При рассечении плоскостных спаек использовали гидропрепаровку тканей физиологическим раствором через пункционную иглу. Операцию завершали постановкой бифокального дренажа, который извлекали на 3-4 сутки послеоперационного периода, на 7-9 сутки все больные были выписаны из стационара. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

Результаты. Хорошие результаты лапароскопического лечения достигнуты у 26 (90, 1%) больных, что проявлялось в исчезновении болевого синдрома. У части пациентов в послеоперационном периоде оставались легкие болевые ощущения в области старого послеоперационного рубца. Эти пациенты были комплексно обследованы спустя 6, 12 месяцев после видеохирургического вмешательства. Во всех случаях наступило выздоровление, данных в пользу прогрессирования СББ не были выявлено.

Выводы. Лапароскопические вмешательства при СББ позволяют определить характер и распространенность спаечного процесса, максимально малотравматично провести рассечение спаек. Лапароскопический адгезиолизис надежно устраняет симптоматику СББ и обуславливает быструю реабилитацию больных в послеоперационном периоде.

**Трофимова А.В., Тышко А.С., Сапай А.В., Шульга А.А., Петренко Т.А.
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Кафедра хирургии №3

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: чл.-корр. НАМНУ Лупальцов В.И.**

По данным мировой литературы кисты (ПНК) при деструктивном панкреатите в 20-50% случаев сопровождаются развитием осложнений (разрыв кисты, нагноение, кровотечение) при летальности до 20-60%.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения осложненных ПНК поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Под наблюдением было 39 больных с ПНК ПЖ, из которых у 22 отмечено нагноение кисты, у 11 – кровотечение в полость кисты, у 6 - перфорация кисты. Мужчин было 23 (56,4%), женщин 16(43,6%). Локализация кист: головка – 12 больных, тело – 22, тело и хвост – 5 больных.

В период формирования кисты, в случаях ее нагноения отмечалось повышение температуры до 39-40°, нарастал лейкоцитоз до $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, со сдвигом формулы влево, ускорялась СОЭ. В отдельных случаях отмечалось усиление болевого синдрома. Из 22 больных с нагноением ПНК у 17 произведено наружное дренирование кист (из них 5 под контролем УЗИ), у 5 – марсурпализация. При дренировании полости кисты использовали трубчатые дренажи, с последующей активной санацией полости кисты антисептиками. При разрыве кисты и развитии перитонита у 6 больных произведена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости и полости кисты. У больных с кровотечениями в полость кисты во всех случаях использовали лапаротомный доступ. После вскрытия кисты производили прошивание и лигирование кровоточащего сосуда с последующим наружным дренированием. Метод дренирования зависел от места расположения кисты. В одном случае отмечено кровотечение из селезеночной артерии в области хвоста ПЖ, где одной из стенок кисты частично являлась селезенка. Произведена резекция хвоста ПЖ с удалением селезенки и иссечением стенок ПНК. У

4-х больных с кровотечением в просвет ПНК использована активно-выжидательная тактика, которая заключалась в проведении интенсивной гемостатической терапии при динамическом наблюдении. Кровотечение было остановлено за счет сдавления сгустками кровоточащего сосуда вследствие высокого давления в полости кисты. После стабилизации гемодинамики на 3-4 сутки. После освобождения полости кисты от сгустков крови аррозивные сосуды были прошиты, полость кисты дренирована. Умерло 7 больных. Двое из них - от разлитого гнойного перитонита, четверо - от рецидивного профузного кровотечения в брюшную полость и полость кисты, в одном случае смерть наступила от прогрессирующего панкреонекроза и печечно-почечной недостаточности. У 4 сформировались наружные неполные панкреатические свищи.

Выводы. При лечении больных с нагноением ПНК ПЖ могут быть применены как малоинвазивные, так и лапаротомные методы хирургического вмешательства. Кровотечение полость ПНК ПЖ остается одним из наиболее тяжелых, требующих срочного хирургического вмешательства осложнений, которое сопровождается большой смертностью. При перфорации нагноившихся ПНК ПЖ показана общепринятая тактика лечения перитонита.

Ходак А.С.

**РАСШИРЕННЫЕ, КОМБИНИРОВАННЫЕ ГАСТРЭКТОМИИ С
ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ
РАКЕ ЖЕЛУДКА**

Кафедра онкологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Стариков В.И.

Заболевание раком желудка, одно из часто встречаемых злокачественных патологий органов брюшной полости.

Целью нашего исследования, явилось изучение результатов хирургического лечения больных местнораспространенным раком желудка и развитие рецидивов.

Объект и методы исследования. С 2012 по 2014 гг. по поводу местнораспространенных форм рака желудка было прооперировано 20 больных. У 13 больных отмечалась инвазия в соседние органы, у 5 больных метастатическое поражение брюшины и сальника, у 2 пациентов были выявлены солитарные метастазы в печени. 5 пациентов были госпитализированы экстренно, в связи с угрожающей жизни осложнениями. Всем больным была выполнена расширенная субтотальная резекция желудка в блоке с большим сальником и лимфоузлами, у 2 больных выполнена резекция метастазов печени. Непрерывность ЖКТ восстанавливали сформированным межжелудочно-кишечным анастомозом бок в бок.

Результаты. Полная циторедукция достигнута у 19 (90.5%) пациентов. Послеоперационные осложнения отмечались у 4 пациентов 20% больных. Продолжительность жизни колебалась от 3 до 45 месяцев. Трехлетняя выживаемость отмечалась у 3 пациентов, что составила 35%.

Заключение. Расширенные, комбинированные операции с лимфодиссекцией при местнораспространенном раке желудка не ухудшают непосредственные результаты хирургического лечения и увеличивают продолжительность жизни больных и безрецидивный период.

Черняев Н.С.

**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЗЕКЦИОННОГО КРАЯ
ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ
ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СВАРКИ И МОНОПОЛЯРНОГО
ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА**

Кафедра хирургии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бойко В.В.

Материалом для исследования служили 136 биопсийных препаратов резекционного края печени кроликов после использования аппарата высокочастотной электрохирургической сварки «Патонмед ЕКВЗ-300» в автоматическом и ручном режимах электросварки и монополярного электрокоагулятора в различные сроки давности от момента оперативного вмешательства. Экспериментальные животные были разделены на 3 основные группы в зависимости от сроков давности после оперативного вмешательства (непосредственно после операции, на 7 и 21 сутки). Каждая из основных групп, в свою очередь, была подразделена на 3 подгруппы, в зависимости от типа используемого коагулятора, либо режима его работы.

Согласно морфологическим данным, электрохирургическая сварка в ручном режиме в динамике (0, 7 и 21 сутки после вмешательства) приводит к неглубокому повреждению печеночной паренхимы, минимальному воспалению и повреждению эндотелия сосудов, умеренному нарушению печеночной микроциркуляции и формированию тонкого рубца.

Электрохирургическая сварка в автоматическом режиме в динамике вызывает умеренное повреждение и реактивное воспаление паренхимы печени, формирование широкого рубца. Монополярный электрокоагулятор в динамике приводит к тяжелому повреждению печеночной паренхимы в крае резекции, вызывает интенсивное воспаление, приводит к тяжелому нарушению микроциркуляции, венозному застою, повреждению эндотелия и формированию широкого грубого рубца.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Adeyemi A.A, Romanenko A.A., Hussein N.Y.

A BRIEF OVERVIEW OF PROBLEM UTERINE PROLAPSE

Department of Obstetrics and Gynecology № 2

Kharkiv National Medical Universtiy, Kharkiv, Ukraine

Scientific Advisor: Prof. Y.S. Parashchuk

Pelvic floor defects are created as a result of childbirth and are caused by the stretching and tearing of the endopelvic fascia and the levator muscles and perineal body. Partial pudendal and perineal neuropathies are also associated with labor. Impaired nerve transmission to the muscles of the pelvic floor may predispose them to decreased tone, leading to further sagging and stretching. Therefore, multiparous women are at particular risk for UP. Genital atrophy and hypoestrogenism also play important contributory roles in the pathogenesis of prolapse. Prolapse may also result from pelvic tumors, sacral nerve disorders, and diabetic neuropathy. Other medical conditions that may result in prolapse are those associated with increases in intra-abdominal pressure (eg, obesity, chronic pulmonary disease, smoking, constipation). Certain rare abnormalities in connective tissue (collagen), such as Marfan disease, have also been linked to genitourinary prolapse.

Evaluation: Identification of concomitant pelvic defects before surgery facilitates simultaneous repair of other defects and minimizes the chance for recurrence. Optimally, surgeons should plan the most appropriate procedures necessary to correct all defects at the same surgical setting. When a patient presents with complaints of UP, a detailed history and a site-specific assessment of all pelvic floor defects are critical to the evaluation. Patients are often referred for asymptomatic prolapse. The gynecologist's responsibility is to address the individual needs and wishes of patients.

Assessment of quality of life is also helpful in determining appropriate treatment. A detailed sexual history is crucial, and focused questions or questionnaires should include quality-of-life measures. Voiding difficulties and urinary frequency, urgency, or incontinence are common symptoms associated with POP. If present, these symptoms should be investigated because advanced prolapse may contribute to lower urinary tract dysfunction, including hydronephrosis and obstructive nephropathy. Surgery for the correction of incontinence is less successful in patients with POP.

The staging system for UP consists of stage I, which is defined as descent of the uterus to any point in the vagina up to 1 cm proximal to the hymen; stage II, as descent from 1 cm proximal to the hymen, to the hymen, or up to 1 cm distal to the hymen; stage III, as descent beyond 1 cm distal to the hymen; and stage IV, as total uterine prolapse or uterine procidentia. Evaluate the patient in both the lithotomy and standing positions, during relaxation and maximal straining. To perform the evaluation, place a standard double-bladed speculum in the vaginal vault to visually examine the vagina and cervix. The speculum is removed and taken apart, leaving only the posterior blade, which is then replaced into the posterior vagina, allowing visualization of the anterior wall. The monovalve speculum is then everted to view the posterior wall. Note the point of maximal descent of the anterior, lateral, and apical walls in relation to the ischial spines and hymen. Next, place 2 fingers into the vagina such that each finger opposes the ipsilateral vaginal wall, and ask the patient to bear down. After evaluating the lateral vaginal support system, assess the apex (cervix and apical vagina). Repeat the examination with the patient standing and bearing down in order to note the maximum descent of the UP.

Next, grade the strength and quality of pelvic floor contraction, asking the patient to tighten the levators around the examining finger. Assess the external genitalia, noting estrogen status, diameter of the introitus, and length of perineal body. Perform a careful bimanual examination and note uterine size, mobility, and adnexa. Lastly, perform a rectal examination, assessing the external sphincter tone and checking for the presence of rectocele or enterocele.

Аралова В.О.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 женщин в возрасте 20-25 лет. I (контрольную) группу составили 20 (50%) небеременных женщин. Во II-у группу включено 20 (50%) с физиологическим течением беременности в сроке 39-40 недель.

Допплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях проводили датчиком с частотой 3,5 МГц на ультразвуковом приборе Medison 8000 SE в положении женщины лежа на спине по методике, разработанной [А.Н. Стрижаковым и др., 1990 г.]. В работе определялись: систолодиастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2000.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного обследования было установлено, что при физиологическом течении беременности показатель СДО в 2 раза ниже, чем у небеременных женщин, что составило $1,72 \pm 0,23$ и $3,45 \pm 0,31$ соответственно. ПИ во II-й группе ($0,71 \pm 0,28$) в 3 раза ниже, чем в контрольной ($2,12 \pm 0,34$) ($p < 0,05$). ИР у пациенток с физиологическим течением беременности был в 2 раза ниже, чем у небеременных женщин, $0,42 \pm 0,08$ и $0,81 \pm 0,09$ ($p < 0,05$).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что при беременности происходит достоверное снижение периферического сосудистого сопротивления в маточных артериях для увеличения притока крови к плацентарной площадке, что способствует нормальному росту и развитию плода.

Беленькая Е.С.

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А., к. мед. н. Щедров А.А.

Аномалии родовой деятельности (АРД) это одна из самых актуальных акушерских проблем на современном этапе. Благоприятный исход родов зависит от характера, качества и эффективности родовой деятельности.

Целью работы явилось изучение гуморальных факторов и эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) для определения функционального состояния эндотелия у женщин с аномалиями родовой деятельности.

Материалы и методы: обследовано 100 беременных в сроках гестации 38-40 недель, которые были разделены на 3 группы. 1 – составили 50 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности (ПСРД), 2 – 20 рожениц с развившейся вторичной

слабостью родовой деятельности (ВСРД), 3 – 10 рожениц с дискоординированной родовой деятельностью (ДРД). В группу контроля вошли 20 женщин с физиологическим течением родов. Определяли показатели вазоконстрикторного пептида ЭТ-1, циклического нуклеотида –цГМФ. Оценка ЭЗВД производилась методом триплексного ультразвукового сканирования системы ALOKASSD-900.

Результаты: выявлено достоверное снижение содержания ЭТ-1 и повышение уровня цГМФ у пациенток с ПСРД. Концентрация ЭТ-1 при ДРД достоверно увеличивалась и, соответственно, уменьшались показатели уровня цГМФ. Также, отмечалось снижение показателей ЭЗВД во всех группах по сравнению с контрольной.

Выводы: Результаты данного исследования показывают, что развитие АРД связано с нарушением функции эндотелия. Выявленные изменения функции эндотелия позволяют прогнозировать характер АРД и оптимизировать тактику родоразрешения.

Бородай И.С., Болховецкая И.В., Градиль О.Г.
УРОВЕНЬ АНТИМЮЛЛЕРОВА ГОРМОНА КАК МАРКЕР
ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Овариальный резерв – это индивидуальный запас ооцитов, неизрасходованных к данному возрасту и способных адекватно отвечать на овариальную стимуляцию ростом полноценных фолликулов, содержащих здоровые яйцеклетки. На сегодняшний день проблема оценки овариального резерва является актуальной при бесплодии, в программах вспомогательных репродуктивных технологий. Существует множество методов позволяющих определить овариальный резерв (трансвагинальное ультразвуковое исследование, определение уровня гормонов, динамические тесты), но большинство из них достоверны лишь при комплексном применении.

Было обследовано 30 женщин репродуктивного возраста. У пациенток с числом 6 и менее ооцитов уровень антимюллера гормона (АМГ), измеренного перед началом стимуляции составил $1,0 \pm 0,4$ нг/мл, а у пациенток, с 11 и более ооцитов, уровень АМГ - $2,5 \pm 0,3$ нг/мл. Также было проведено исследование, подтверждающее зависимость АМГ и возраста женщины. Исследовали 40 здоровых женщин в возрасте 25-46 лет. До 35 лет уровень АМГ составлял более 2 нг/мл – нормальный овариальный резерв, в возрасте от 35 до 39 лет нормальный овариальный резерв сохранен в 60% случаев, в возрасте от 40 до 43 лет уровень АМГ снизился до 1,5 нг/мл, в возрасте 43- 46 лет он составляет 1,0 нг/мл – сниженный и крайне низкий овариальный резерв соответственно. На сегодняшний день АМГ можно считать одним из самых точных маркером, оценивающих состояние овариального резерва и прогнозирующих снижение и угасание репродуктивной функции.

Бородай И. С., Кебашвили С. В.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ПУТИ РЕШЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н. Аралов О.Н.

В настоящее время одним из резервов повышения рождаемости является снижение удельного веса невынашивания беременности и увеличения срока гестации при недонашивании плода, в 30-40 % случаев которого причиной является формирование

несостоятельности шейки матки. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациенток с диагнозом «истмико-цервикальная недостаточность» (ИЦН). Все женщины были разделены на четыре группы: 1 группа - 15 беременных, которым проведена коррекция разгружающим пессарием; 2 группа - 16 беременных с хирургической коррекцией ИЦН; 3 группа - 14 беременных с комбинированной коррекцией (серкляж шейки матки и введение акушерского пессария); 4 группа – группа сравнения из 15 женщин, которым не проводилась хирургическая или механическая коррекция ИЦН (женщины соблюдали постельный режим, им проведена этиотропная антибактериальная терапия, токолиз). Исследование показало, что у беременных 1-й группы имели место угрожающие преждевременные роды (УПР) в 57,3% случаев, преждевременные роды (ПР) в 34-36 недель у 12,0% женщин, стремительные роды (СР) - в 75,3% случаев. У женщин 2-й группы данные показатели составляют 28%; 22,2%; 89% соответственно. В 3-й группе - 72%; 20%; 91,3%. В 4 группе УПР выявлены у всех женщин, в 28 недель беременности шейка матки была оценена как зрелая у 88%, ПР в 30-32 недели - у 11,5% женщин, в 33–34 недели - у 76,1%, в 35–36 недель - у 9,4%, СР отмечены в 96,4% наблюдений.

Таким образом, для снижения удельного веса недонашивания беременности целесообразно проводить дифференциальный подход к коррекции ИЦН, в частности, достаточно эффективным методом является применение акушерского разгружающего пессария.

Бородай И.С., Тихонович Ю.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Мерцалова О.В.

С каждым годом увеличивается число женщин репродуктивного возраста, которые страдают сахарным диабетом (СД) 1 типа. В последнее время идет дискуссия о более оптимальном способе контроля уровня глюкозы у беременных. Особого внимания заслуживают 2 режима введения инсулина: постоянную подкожную инфузию инсулина (ППИИ) и множественные инъекции инсулина (МИИ).

Было обследовано 20 женщин с СД 1 типа во время беременности. Возраст больных колебался от 17 до 40 лет и в среднем составил $27 \pm 7,5$ года. Женщин разделили на группы по 10 человек. 1 группа получала ППИИ, 2 группа – МИИ. Индекс массы тела у больных 1 группы составил $21,9 \pm 0,2$, у больных 2 группы - $21,7 \pm 0,2$. В 1 группе суточные дозы инсулина в I, II и III триместре беременности составили $31 \pm 0,9$ ЕД; $46 \pm 1,6$ ЕД и $73 \pm 2,4$ ЕД соответственно, во 2 группе - $44,8 \pm 1,6$ ЕД; $59,4 \pm 2,2$ ЕД и $83,6 \pm 4,4$ ЕД. В 1 группе - $28 \pm 5,5$ гипогликемических эпизодов за период беременности, во 2 - $89 \pm 7,7$. В III триместре беременности протеинурия отсутствовала у 27% больных 1 группы и у 19,7% больных 2 группы. Средний уровень суточной потери белка с мочой в 1 группе составил $0,15 \pm 0,05$ г/л, а во 2 группе - $0,53 \pm 0,11$ г/л ($p < 0,001$). Средний уровень глюкозы в 1 группе - $6,4 \pm 0,1$ ммоль/л, во 2 группе - $7,3 \pm 0,2$ ммоль/л. Значения САД и ДАД в 1 группе составили $118 \pm 1,8$ мм рт. ст. и $73,7 \pm 1,2$ мм рт. ст.; во 2 группе - $131,8 \pm 2,3$ мм рт. ст. и $83,8 \pm 1,4$ мм рт. ст. соответственно. Частота средних и тяжелых форм гестоза в 1 группе - 16,5% , а во 2 группе - 45,8% . Таким образом, применение ППИИ позволяет снизить риск развития гестоза у беременных с СД 1 типа.

Боярский А.А.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОТЕКАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н. Юркова О.В.

Проблема неразвивающейся беременности (НБ) продолжает оставаться актуальной и социально значимой в практике акушера-гинеколога. В последнее время достигнут значительный прогресс в понимании этиологии и патогенеза НБ, но данных относительно протекания последующих беременностей и родов после НБ достаточно мало.

Цель работы. Определить закономерности протекания беременности и родов после перенесенной НБ в анамнезе.

Материал и методы: Был проведен ретроспективный анализ 34 истории родов, у которых в анамнезе была НБ. Для достижения цели изучались характер беременности и протекание родов у данных пациенток (результаты кардиотокографии, показатели сократительной активности матки, полученные с помощью гистерографии).

Результаты исследования. В 13,6% случаев беременность и роды после НБ в анамнезе протекали без значительных отклонений, в 72,35% наблюдались первичная слабость родовой деятельности и дискоординированная родовая деятельность, преждевременные роды – в 14,85%. Следует отметить, что кесаревым сечением завершилось 21,53% беременностей от общего количества, стимуляцией родовой деятельности – 48,97%. Таким образом, наличие в анамнезе НБ является серьезным фактором, осложняющим протекание последующих беременностей и родов, и требует пристального наблюдения со стороны акушера-гинеколога.

Ганчева Е. В.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель профессор Ю.С.Паращук

Частота пиелонефрита у беременных за последние 10 лет выросла в 6 раз и тенденции к снижению не отмечается. Наличие пиелонефрита может усугублять течение беременности и состояние плода, новорожденного: невынашивание достигает 30%, угроза выкидыша -76,1 %, низкая плацентация-74,1%, задержка роста плода -17,1%, хронический дистресс плода -21,3% Значительную роль в адаптационных изменениях при беременности играет липидный обмен, направленный на стабилизацию мембран, обеспечение организма достаточным количеством холестерина. Поэтому изучение показателей липидного обмена у беременных, больных пиелонефритом, представляет несомненный интерес.

Целью работы было изучение липидного спектра сыворотки крови у здоровых беременных и при пиелонефрите.

Материалы и методы: Обследовано 85 беременных, госпитализированных в Харьковский региональный перинатальный центр КЗОЗ „ОКЛЦЕМДиМК”. Определяли активность органоспецифического („почечного”) фермента – трансаминазы – в сыворотке крови беременных спектрофотометрическим методом, содержание провоспалительных цитокинов – ИЛ-1 β и ФНО- α – иммуноферментным методом с помощью наборов реагентов фирмы Вектор-Бест (Новосибирск). Содержание общих

липидов, общего холестерина (ХС), триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови определяли спектрофотометрически с помощью наборов реагентов фирмы Ольвекс (Россия). Концентрацию общих фосфолипидов (ФЛ) в сыворотке крови определяли спектрофотометрически с помощью наборов реагентов фирмы Spectro-Med (Молдова). Концентрацию липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) определяли расчетным методом.

Проведенное исследование показало, что при пиелонефрите беременных происходят специфические изменения липидного обмена. Так при хроническом пиелонефрите у беременных повышается содержание общего ХС (по сравнению с уровнем при физиологической беременности) и ЛПНП при уровне фосфолипидов и триглицеридов соответствующем физиологической норме. При гестационном пиелонефрите снижается содержание ХС, ФЛ, ЛПНП и ЛПВП. При всех вариантах воспалительного процесса в почках у беременных повышается соотношение ХС/ФЛ в сыворотке крови, а, следовательно, и в мембранах клеток, что может стать причиной нарушения метаболических процессов в тканях и в результате привести к патологии плода. Изменение липидного спектра материнской и пуповинной крови однонаправлены, более выражены при повышенном уровне провоспалительных интерлейкинов и трансамидиназы в сыворотке крови беременных с пиелонефритом.

Выводы: При хроническом пиелонефрите беременных в сыворотке крови повышается содержание провоспалительных интерлейкинов (ФНО- α и ИЛ-1 β), в большей степени ИЛ-1 β , что приводит к активации синтеза холестерина и повышению содержания его транспортных форм в сыворотке крови. При гестационном пиелонефрите повышается синтез провоспалительных интерлейкинов, но в большей степени ФНО- α , который увеличивает катаболизм холестерина в печени, и, как следствие, способствует снижению концентрации ХС и его транспортной формы в сыворотке крови. При хроническом и гестационном пиелонефрите в сыворотке крови беременных отмечается увеличение соотношения ХС/ФЛ.

Гахраманова Н.Ф. Бойко Н.И.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА МЕТИОНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Липко О.П.

Несмотря на достигнутые большие успехи в лечении преэклампсии за последние 10 лет, частота ее возникновения не имеет тенденции к снижению и достигает по некоторым регионам 23-24 %. В настоящее время выделяют более 30 патогенетических теорий развития позднего гестоза, объясняющих его развитие с позиций нейро-эндокринно-обменного, иммунологического дисбаланса, эндотелиальной дисфункцией и т.д. Важное место в развитии эндотелиальной дисфункции отводится гипергомоцистеинемии, которая напрямую связана с нарушениями метаболизма метионина. Биохимические реакции реметилирования гомоцистеина происходят при непосредственном воздействии коферментов, которые представляют из себя витамины В₆, В₁₂. Метиониновый цикл с участием метионин-синтетазы пересекается с обменом фолатов, а донором метильной группы выступает коферментная форма витамина В₉.

Целью настоящего исследования была разработка параметров назначения витаминов В₆, В₉, В₁₂ беременным из группы риска по возникновению позднего гестоза и определение эффективности этой профилактики.

Для выполнения поставленных в работе задач нами было обследовано 8 беременных с поздним гестозом легкой и средней степени тяжести (1 клиническая группа), 10 беременные с признаками прегестоза (2 клиническая группа) и 6 здоровая беременная в сроках беременности 27-32 недели (контрольная группа). Все беременные были первородящими. 1 клиническая группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от тяжести течения гестоза. 1-А подгруппу составили 4 беременных с легким течением гестоза, 1-В – 4 беременные с гестозом средней степени тяжести. Беременные с прегестозом были так же разделены на 2 подгруппы. 2-А подгруппу составили 5 беременных, которым после установления прегестоза никакое лечение не проводилось и 5 беременных, которые составили 2-В подгруппу, которым после установления прегестоза были назначены витамины В₆, В₉, В₁₂ индивидуально в зависимости от их концентрации в организме. Всем беременным кроме общепринятого обследования проведено определение в крови гомоцистеина, витаминов В₆, В₉, В₁₂.

В результате исследования установлено, что у беременных с прегестозом имеется достоверное увеличение гомоцистеина и снижение витаминов В₆, В₉, В₁₂ по сравнению со здоровыми беременными, а также достоверное снижение этих показателей при средней степени тяжести гестоза по сравнению с прегестозом. В то же время указанные показатели у беременных с гестозом легкой степени тяжести достоверно не отличались от беременных с прегестозом, что свидетельствует о низкой грани различий между прегестозом и легким его течением.

5 беременным с прегестозом было назначено лечение витаминами В₆, В₉, В₁₂. Витамин В₁₂ назначался в дозе 500 мкг подкожно 1 раз в сутки в течение 10 дней. Витамин В₆ назначался применением препарата Магне В₆ по 2 табл. 3 раза в день в течение 2-х недель и фолиевая кислота в дозе 5 мг в сутки в течение 3 недель. Повторное определение в крови гомоцистеина, витаминов В₆, В₉, В₁₂ проводилось у всех беременных с прегестозом через 3 недели от начала исследования.

В результате проведенного лечения у всех беременных произошло снижение содержания гомоцистеина в 2 раза и увеличение содержания витаминов. В то же время, у беременных с прегестозом, которые не получали терапию, произошло дальнейшее ухудшение исследуемых показателей, что совпадало с ухудшением клинической симптоматики и переходом прегестоза в гестоз легкой и средней степени тяжести.

Данькина В.В.

КРОВОБІГ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ЮНИХ ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства і гінекології №1

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Донецьк, Україна

Науковий керівник: доцент Данькина І.А.

Проблема репродуктивного здоров'я підлітків є актуальною у всьому світі. Дефіцит маси тіла і анемія відносяться до чинників ризику виникнення порушень кровообігу в системі мати-плацента-плід і є найбільш частою причиною порушень стану плоду під час вагітності. У вагітних з дефіцитом маси тіла і анемією відмічена висока частота синдрому затримки розвитку плоду. Діти матерів підліткового віку частіше мають масу тіла нижче нормальною порівняно з матерями оптимального репродуктивного

віку. Ультразвукове дослідження проведене 50 вагітним підліткам, з них 25 - здорові підлітки, 15 - з анемією і 15 - з дефіцитом маси тіла. Методом доплерометрії було досліджено кровообіг в артерії пуповини, матковій артерії і в судинах плоду у юних вагітних при терміні вагітності 33-37 тижнів. Найбільш виражені зміни кровообігу виявлені в системі маткової артерії, як здорових підлітків, так і у підлітків з дефіцитом маси тіла і анемією. Порушення гемодинаміки в плодово-плацентарному комплексі виявлена як у здорових вагітних підлітків, так і у підлітків тих, що страждають анемією і з дефіцитом маси тіла. Про порушення кровообігу в системі плодово-плацентарного комплексу централізація мозкового кровообігу. Плацентарний коефіцієнт, який є найбільш інформативним показником ранньої діагностики порушень в усій системі матково-плацентарно-плодового кровообігу, був достовірно низьким. Як і слід було чекати, середня маса новонароджених, що народилися у підлітків була значно низькою $2253,0 \pm 72,4$. Таким чином, порушення кровообігу у функціональній системі мати-плацента-плід, висока частота народження дітей з малою масою тіла при доношеному терміні вагітності виявлено у 2/3 вагітних підлітків.

Диннік О.О., Прокопенко А.М.

ОСОБЛИВОСТІ УЗД ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ У ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ У ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харківський національний медичний університет, Харков, Україна

Науковий керівник: професор Щербина М.О.

В сучасний період все більш широкого розповсюдження набуває ультразвукова діагностика (УЗД) органів малого таза. Вона стала невід'ємною частиною діагностичного алгоритму в гінекологічній практиці. Її перевагою є повна відсутність протипоказань до застосування, іонізуючого випромінювання, використання у якості ультразвукового вікна наповненого сечового міхура, який здатен відтиснути заповнені газом петлі кишечника, отримання висновку відразу після закінчення дослідження. Ехосонографія дозволяє надійно оцінити анатомічні особливості і гормональний статус. Окрім діагностичної цінності, значення ехографії полягає у тому, що вона надає можливість забезпечити динамічне спостереження. Таким чином УЗД є неінвазивним, високоінформативним методом, який можна вважати золотим стандартом у діагностиці багатьох захворювань. Все це набуває особливого сенсу при обстеженні дітей та підлітків. Тобто УЗД органів малого таза є методом вибору у дитячій та підлітковій гінекології.

Метою дослідження було виявлення особливостей стану внутрішніх органів малого таза у пацієнток з аномальними матковими кровотечами (АМК) з урахуванням індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 156 пацієнток віком 11-18 років, з АМК. Дослідження здійснювалося за допомогою УЗ діагностичного апарату "Toshiba" Sal 50A (Японія). У режимі сірої шкали оцінювали розміри матки та яєчників, їх ехоструктуру. Статистична обробка одержаних результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 5.5 (Stat. Soft. Inc., США).

Результати та їх обговорення. Аналіз даних, отриманих при УЗД органів малого таза у дівчат-підлітків із АМК свідчив, що незважаючи на індивідуальні особливості, середні значення довжини матки, передньо-заднього і поперечного розмірів не мали суттєвих розбіжностей в обстежених групах. Порівняння індивідуальних

ехосонографічних показників у хворих із різним перебігом АМК з'ясувало, що більш ніж в половини дівчат I і III гр. розміри матки відповідали нормативним значенням (58,3 % і 60,5 % відповідно). У підлітків II групи фізіологічні параметри спостерігалися значно рідше, проте вірогідно частіше мали місце збільшені розміри матки (48,3% проти 38,2% в I гр. і 34,2% в II гр., $p_{\chi^2} < 0,01$). Наявність «М-ехо» більш ніж 10 мм (серединна маткова структура яка відображає стан ендометрію), що розцінювалося нами як гіперплазія спостерігалася з однаковою частотою у всіх трьох групах незалежно від перебігу захворювання (I гр.–60,9%, II гр.–60,3%, III гр.–68,4%).

Під час аналізу характеру ультразвукових ехограм яєчників виявлено, що середні розміри яєчників не мали суттєвих розбіжностей у хворих різних груп. Проте у частини пацієнок в яєчниках визначалися фолікулярні кистоподібні утворення від 10 до 20 мм і фолікулярні кисти від 25 до 40 мм у діаметрі. Питома вага дівчат із персистуючими фолікулами або кістами у I гр. склала 33,9 %, у III гр. – 44,7 %, а у II гр. –20,7 %, що вірогідно менше ніж в інших групах ($p_{\phi 1} < 0,03$; $p_{\phi 2} < 0,001$).

Таким чином на розміри матки у пацієнок з АМК впливав рівень інсулінемії, за виключенням хворих з надмірною масою тіла. При гіперінсулінемії збільшувався відсоток дівчат зі збільшеними параметрами матки (I гр.– з 22,2% без ГІ до 60,7 % при ГІ, $p_{\phi} < 0,001$; III гр. – з 26,7 % без ГІ до 66,7 % при ГІ, $p_{\phi} < 0,001$).

Дудниченко Н.А., Дякова І.В., Ткаченко А.С., Фесенко Е.А.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРПЛАЗИИ
ЭНДОМЕТРИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Миома матки традиционно рассматривается как доброкачественная опухоль женской половой сферы, она, так же как и пролиферативные процессы в эндометрии, сопровождается рядом эндокринно-метаболических сдвигов, а пик её заболеваемости приходится на перименопаузальный возраст. У женщин гиперплазия эндометрия (ГЭ) в сочетании с миомой матки сопровождается увеличением частоты дисфункциональных маточных кровотечений. Сочетание таких факторов как гиперплазия эндометрия и миома матки увеличивает риск развития рака эндометрия в 2 раза. Таким образом, сочетание ГЭ с миомой матки является частой патологией женской репродуктивной системы. Изучение сочетанной патологии миометрия представляет интерес не только с точки зрения выявления возможных общих патогенетических моментов, но и в плане выявления объективных критериев онкологического риска у больных с сочетанной патологией миометрия.

Цель исследования. Выявить клинико-диагностические особенности сочетания гиперплазии эндометрия и миомы матки.

Материалы и методы. В КУОЗ «Харьковский родильный дом №1» под наблюдением находилось 30 женщин в возрасте от 35 до 45 лет с ГЭ. Основную (1-ю) группу составили 15 пациенток с ГЭ в сочетании с миомой матки. 2-я группа (сравнения) составили 15 женщин с ГЭ без миомы матки. С целью диагностики гиперплазии и миомы матки женщинам было проведено полное клиническое обследование, сбор анамнеза, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза с помощью УЗ-аппарата Medison 6000СМТ (Ю.Корея). Все пациентки заполняли анкету-опросник. Статистическую обработку

полученных результатов проводили с использованием программных продуктов Microsoft Excel, Statistika 6,0.

Результаты. Основными проявлениями ГЭ в сочетании с миомой матки в анамнезе явились ациклические маточные кровотечения (60%), обильная менструация (38%), длительная менструация (41,4%), выраженная дисменорея (26,3%). У женщин с ГЭ без миомы матки в анамнезе основными клиническими проявлениями были нарушение овариально-менструального цикла (24,8%), ациклические маточные кровотечения (20,7%). Данные гистологического исследования соскоба эндометрия у женщин с ГЭ в сочетании с миомой матки показали наличие атипических клеток у 1,3%, в то время как у женщин с ГЭ без миомы матки в соскобе эндометрия атипические клетки не были выявлены.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует про взаимно отягощенное влияние ГЭ и миомы матки. Клинические симптомы более выражены при сочетании гиперплазии эндометрия с миомой матки.

Кириенко М.А., Антонян М.И.

АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Лазуренко В.В.

Вопросы невынашивания беременности (НБ), наступившей после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), продолжают сохранять свою актуальность, что обусловлено их медицинской и социальной значимостью. Известно, что у 40-50% женщин, беременность у которых получена с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, отмечается ее прерывание уже в первом триместре гестации.

Цель работы - разработка амбулаторных методов профилактики НБ, наступившей после применения ЭКО.

Материал и методы исследования. Для достижения указанной цели было обследовано 122 беременных, из них 92 женщины, у которых беременность была получена после использования ЭКО, и 30 женщин со спонтанно наступившей беременностью (контрольная группа). Беременные после применения ЭКО были разделены на 2 клинические группы. В основную группу вошли 45 женщин, которым для профилактики НБ амбулаторно применялись озонотерапия в сочетании с иммунокорректором полиоксидонием. Группу сравнения составили 47 беременные, получавшие только общепринятую стандартную методику ведения беременности после применения ЭКО.

Методы обследования включали клинико-лабораторное и ультразвуковое исследование, иммунограмму, определение уровня гормонов (прогестерон, эстрадиол, кортизол), концентрации цитокинов (IL-1, IL-6, TNF) sFAS факторов эндотелиальной дисфункции (СЭФР, эндотелин-1, нитритов, нитратов), маркера апоптоза (sFAS). Статистическую обработку проводили с использованием методов вариационной статистики и определения критерия Стьюдента.

Результаты работы. В результате проведенного исследования было выяснено, что через 10-12 дней после переноса эмбриона у женщин, которые в дальнейшем имели признаки угрожающего аборта уровень прогестерона равнялся $9,2 \pm 1,3$ нмоль/л,

эстрадиола $-5,7 \pm 1,7$ нмоль/л ($P < 0,05$). В иммунограмме выявлено повышение общего количества Т-лимфоцитов (СД3+) до $62,3 \pm 8,1\%$ ($P < 0,05$), Т-хелперов (СД4+) до $32,8 \pm 1,3\%$ ($P < 0,05$) и Т-супрессоров (СД8+) до $21,6 \pm 1,3\%$ ($P < 0,05$). При изучении эндотелиинового статуса было выявлено: СЭФР в среднем составил $595,8 \pm 45,6$ пкг/мл, эндотелин-1 - $16,5 \pm 2,3$ нг/мл, нитриты — $0,77 \pm 0,03$ мкмоль/л, нитраты и нитриты $-27,9 \pm 3,9$ мкмоль/л ($P < 0,05$).

Полученные результаты обследования женщин после ЭКО достоверно отличались от женщин контрольной группы ($P < 0,05$) и были расценены как нарушение ангиогенеза, сопровождающееся эндотелиальной дисфункцией и нарушениями иммунного статуса, что в дальнейшем подтвердилось клиническим и ультразвуковыми данными угрожающего аборта. После проведенного лечения симптомы угрожающего аборта наблюдались у 8 (26,6%) беременных основной группы и 26 (81,3%) женщин группы сравнения ($P < 0,05$). Также об эффективности комплексной профилактики осложнений течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) свидетельствуют результаты проведенного ультразвукового исследования (отсутствие сегментарных сокращений миометрия, ретрохориальной гематомы, несоответствие сроку беременности и др) у большинства женщин основной группы (73,3%) в отличие от группы сравнения (16,7%) ($P < 0,05$).

Вывод. Таким образом, предложенный комплекс мероприятий, направленный на оптимизацию ведения беременности после ЭКО позволяет улучшить течение беременности, снизить число НБ, путем нормализации нарушенных звеньев регуляторных механизмов эндотелиальной системы и иммунологического гомеостаза у беременных уже на ранних сроках гестации в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ковель А.Ф.

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А., к.мед.н. Салтовский А.В.

Одной из наиболее частых и труднокорректируемых причин развития бесплодия, различной патологии беременности и родов являются аномалии развития женских половых органов. Анатомо-физиологическая неполноценность стенки матки при пороках развития, недостаточное кровоснабжение и неполноценная секреторная трансформация эндометрия, а также перегородки различной степени выраженности создают серьезные препятствия на всех этапах беременности - от зачатия до родов. Неполноценность миометрия, истончение ветвистого хориона с последующей гипоплазией плаценты, выраженные сосудистые изменения с участками отслойки в месте плацентации могут приводить к неблагоприятному течению и исходу беременности.

В работе проведен анализ 17 случаев родоразрешения у женщин с различными вариантами аномалий развития матки. Общими чертами для всех пациенток с аномалиями матки явились высокая частота досрочных родов и развития различных осложнений в родах, что обусловило высокую частоту абдоминального родоразрешения. Прогностически неблагоприятными являются случаи двурогой матки, внутриматочной перегородки, однорогой матки.

Учитывая высокую вероятность осложнений в виде преждевременной отслойки

плаценти, розвитку аномалій родової діяльності, порушення плацентарного кровообращення, разрива аномально розвитої матки в родах целесообразним можна считать проведення у пацієнток с прогностически неблагоприятними типами пороков внутрєнних полових органів родоразрєшення путем операції кесарева сєчення в плановом порядку.

Коновал А.О.

ВИДОВИЙ СКЛАД МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ ПРИ САЛЬПІНГООФОРИТІ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Паращук Ю.С.

Дисбіотичні порушення відіграють суттєву роль у патогенезі сальпінгоофориту й поглиблюють тяжкість перебігу ускладнєнь, тому визначення видового складу мікрофлори піхви має велике значення у визначенні комплексної терапії.

Мета роботи: визначити видовий склад мікрофлори піхви при сальпінгоофориті.

Матеріали та методи дослідження: При дослідженні оцінювали мікробіоценоз піхви у 70 пацієнток віком від 25 до 39 років з сальпінгоофоритом порівняно з пацієнтами без сальпінгоофориту (n=35). Групи були розподілені таким чином: 1-група – пацієнтки з сальпінгоофоритом тривалістю до 10 років (n=35); 2-група – пацієнтки з сальпінгоофоритом понад 10 років (n=35); 3-група - контрольна група. Склад мікробіоценозу вивчали шляхом визначення біологічних характеристик виділєних штамів бактерій, ідентифікації мікроорганізмів за загальноприйнятими мікробіологічними схемами виділення.

Результати дослідження: В результаті дослідження пацієнток 1 й 2 груп було встановлено порушення мікробіоценозу піхви. Аналізуючи дані, які одержано, можна довести, що найбільш частими мікроорганізмами, які вилучені з відокремлюваного піхви, були: *Peptostreptococcus* spp – 78% й 75%, *Enterococcus* – 69% й 57%, *S.aureus* – 62,9% й 60,1%, *E.coli* - 64,2% й 69,3%, *Fusobacterium* spp – 61,0% й 58,0%; *S. pyogenes* – 58,0% й 60%, *Candida* spp – 47,0% й 44%. У пацієнтів 1 групи кількість видів, що зустрічались у трьох біотопах жіночих статєвих органів, практично однакова, а рівні бактеріального обсєменіння цих ділянок вірогідно відрізнялись один від одного. Причому найбільш висока щільність мікроорганізмів виявлена на задньому склепінні піхви. Наведена характеристика мікробного стану жіночих статєвих органів дозволяє виявити основні етіологічні чинники розвитку сальпінгоофориту й визначити основні напрямки коригування протимікробної терапії. В результаті проведеного дослідження асоціацію грибів роду *Candida* із *Staphylococcus* було виявлено у 21% випадків, *Streptococcus* – у 38% випадків, *Proteus* й *Staphylococcus* – у 14%, *Neisseria* – 9%, *Neisseria* й *Staphylococcus* – 5%. Серед представників кокової флори виявлялись *Staphylococcus*, які зустрічались у осіб двох досліджуваних груп, обсєменіння якими в середньому дорівнювало $1,7 \cdot 10^5 \pm 1,2 \cdot 10^4$ і $4,1 \cdot 10^4 \pm 1,5 \cdot 10^3$ КУО/одсуб. відповідно, серед яких найбільш часто був *S.aureus* при щільності мікробної колонізації $6,3 \cdot 10^4 \pm 1,2 \cdot 10^3$ й $7,5 \cdot 10^4 \pm 1,3 \cdot 10^3$ КУО/од. суб. відповідно. Мікробіоценоз анаеробної флори у пацієнток був різноманітним. Так, у мікрофлорі піхви досліджуваних груп *Veillonella* spp й *Prevotella* spp. виявлялись з обсєменінням, що дорівнює $1,8 \cdot 10^4 \pm 1,2 \cdot 10^4$ та $2,9 \cdot 10^4 \pm 1,6 \cdot 10^3$ й $1,5 \cdot 10^4 \pm 1,6 \cdot 10^4$ та $3,7 \cdot 10^3 \pm 1,4 \cdot 10^2$ КУО/од.суб. відповідно. *Bacteroides* spp виявлявся з обсєменінням $4,4 \cdot 10^2 \pm 1,8 \cdot 10^1$ й $1,3 \cdot 10^3 \pm 1,6 \cdot 10^2$ КУО/од.суб. Одночасно з цим у мікробіоценозі піхви реєструвався *Propionibacterium* spp., щільність колонізації якого дорівнювала $1,9 \cdot 10^5 \pm 1,6 \cdot 10^4$ й $5,7 \cdot 10^4 \pm 1,2 \cdot 10^3$ КУО/од.суб. відповідно.

Висновки: У пацієток з сальпінгофоритом відбуваються зміни мікрофлори піхви, які супроводжуються дискоординацією її функціонування як єдиної екосистеми, що проявляється порушеннями мікробіологічного статусу. Висока мікробна щільність бактеріального консорціуму, який колонізує піхву, складається з умовно-патогенних видів, робить можливим швидкий розвиток деструктивно-запальних процесів слизових оболонок та потребує індивідуального підходу до отримання антибактеріальних препаратів на основні чутливості та видового складу мікроорганізмів.

Кулик А.Ю., Кошман С.К.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Потапова Л.В.

Многочисленными исследованиями доказана роль анемии как фактора, увеличивающего вероятность нарушений в системе гемостаза и изменяющего толерантность к кровопотере в родах. Данные ряда зарубежных и отечественных авторов о том, что до 30% и более анемий беременных не связаны с дефицитом железа, свидетельствуют о существовании других патофизиологических механизмов развития анемии у беременных. Малоизученной является роль провоспалительных цитокинов в снижении и угнетении эритропоэза. Данные литературы свидетельствуют, что неадекватно низкая продукция эритропоэтина (ЭПО) является одним из важных патогенетических механизмов развития анемии беременных.

Целью работы явилось изучение влияния эритропоэтина на течение анемии у родильниц, перенесших кровотечения в родах и имевших предшествующую гестационную анемию, что даст возможность оптимизировать реабилитационные мероприятия.

Под нашим наблюдением находилось 25 родильниц, у которых на фоне гестационной анемии развилась постгеморрагическая анемия. Основными причинами, которые привели к кровопотере и послеродовой постгеморрагической анемии были разрывы шейки матки и влагалища (24 %), дефекты дольки плаценты (16 %), гипотония матки (20 %), интимное прикрепление плаценты (8 %), а также сочетание двух и больше причин (32 %).

В зависимости от метода лечения все обследованные были разделены на 4 клинических групп: I клиническую группу составили 28% родильниц с железodefицитной анемией, которые получали 200 мг сульфата железа (Fe^{2+}) в сутки перорально. II клиническую группу составили 20% родильницы с B_{12} -дефицитной анемией, которым для лечения назначали цианокобаламин 1000 мкг внутримышечно 1 раз в неделю в течение 5-6 недель. В III клиническую группу вошло 24% родильниц с фолиеводефицитной гестационной анемией, получавших фолиевую кислоту 1-5 мг в сутки. IV клинической группе – 28% родильниц, независимо от вида анемии, в комплекс лечения был включен рекомбинантный эритропоэтин β . Рекомбинантный эритропоэтин β (рекормон) назначался в дозе 2 тыс. ЕД подкожно 2 раза в неделю в течение 2-х недель. Исследованы уровни цитокинов (IL-1 β , IL-4, IL-6, TNF- α), проводился контроль уровня Hb, Ht, эритроцитов и содержания железа.

В результате проведенных исследований выявлено, что у больных с анемией увеличивалось содержание провоспалительных цитокинов: IL-1 β , IL-6, TNF- α , что может быть связано с патологией эритропоэза, нарушениями в иммунной системе.

Через 1 неделю лечения у родильниц 1, 2 и 3 клинических групп отмечалась тенденция к повышению показателей Нв, Нт, эритроцитов и содержания железа, в 4 клинической группе эта тенденция была более выраженной. Через 2 недели лечения в IV клинической группе показатели красной крови соответствовали цифрам родильниц с физиологическим течением послеродового периода. Таким образом, проведенное исследование показало, что включение в комплекс антианемической терапии у родильниц с постгеморрагической анемией препаратов рекомбинантного эритропоэтина β приводит к более быстрому и выраженному повышению Нв, Нт и эритроцитов, что особенно важно для успешной послеродовой реабилитации.

Литвинова А.В.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЛАЦЕНТ ПРИ АНОМАЛИЯХ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор О.А.Кузьмина

Морфологические изменения в плаценте определяют функциональное состояние плода, приводят к нарушению гемодинамики, изменению сократительной активности матки и способствуют развитию аномалий родовой деятельности (АРД).

Цель исследования – изучение морфологических изменений в плацентах женщин, роды которых осложнились АРД.

Материал и методы исследования. Проведено морфологическое исследование 24 последов от родильниц с АРД, из которых, 10 плацент от женщин со слабостью родовой деятельности (СРД) - 1 группа, 8 - с чрезмерно сильной родовой деятельностью (ЧСРД) - 2 группа и 6 - с дискоординированной родовой деятельностью (ДРД) - 3 группа. Контрольную группу составили 8 последов от родильниц с физиологическим течением беременности. Для гистологического исследования предварительно материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, после промывки и стандартной проводки заливали в парафин. Степень васкуляризации оценивали как хорошую, умеренно и значительно сниженную. В родах, при АРД, проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) плаценты и доплерографию.

Результаты и их обсуждение. Во всех группах исследования, при АРД наблюдались воспалительные изменения плаценты, однако при СРД (1 группа) чаще встречались плацентарный хориоамнионит, субхориальный и краевой интервиллузит. Воспалительная реакция была умеренно выражена, в частности лейкоцитарная инфильтрация. Лейкоциты определялись в базальной пластинке, межворсинчатом пространстве, стенках пупочных сосудов. Скопления лейкоцитов в пуповине и хориальной пластинке определялись и при длительных родах, и при запоздалом вскрытии плодного пузыря. При инфекционном поражении последа часто наблюдались расстройства кровообращения, альтерация эпителия ворсин, продуктивное воспаление в строме ворсин и плодных оболочках. В плацентах от родильниц с ЧСРД (2 группа), выявлены структурные изменения, которые можно охарактеризовать в виде следующих процессов: компенсаторные изменения, хроническая плацентарная гипертензия. При ДРД (3 группа), обнаруживалась патология по типу диссоциированного нарушения созревания ворсинчатого хориона, недостаточного развития сосудов ворсин, свидетельствующие о ранних проявлениях осложнения гестации или наличии экстрагенитальной патологии. В отдельных случаях (5,5 %) выявлены зоны пролиферации синцития, кальцинатов, фибриноида; в

других (2,1 %) – массы слоистого фибриноида склеивали и замуровывали десятки мелких ворсин, образуя, так называемые, афункциональные зоны ворсинчатого хориона. Во всех группах наблюдения отмечались компенсаторно-приспособительные реакции: гиперплазия терминальных ворсин и увеличение размеров капиллярных клубочков, истончение покровного хориального эпителия, накопление числа синцитиальных узелков, ангиоматоз ворсин, полнокровие опорных ворсин. Нарушения маточно-плацентарного кровообращения при незрелости ворсин выявлены в 4,8 % наблюдений. В контрольной группе АД не наблюдалось и морфологические изменения в плацентах соответствовали норме.

Выводы. Морфологические нарушения в плаценте связаны с видом АД: при СРД, в большинстве случаев, наблюдается воспаление, при ЧСРД имеют место компенсаторно-приспособительные изменения, при ДРД – нарушения плацентации, патологическая незрелость ворсин плаценты, расстройства кровообращения. Своевременная профилактика и лечение морфологических нарушений плацентарного комплекса позволит снизить число родов с АД.

Луцкий А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АГОНИСТОВ ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ-ГОРМОНА В КАЧЕСТВЕ ТРИГЕРА ФИНАЛЬНОГО СОЗРЕВАНИЯ ООЦИТОВ В ЦИКЛАХ ЭКО С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Грищенко Н.Г.

Грозным осложнением контролируемой стимуляции яичников в циклах ЭКО является синдром гиперстимуляции яичников (СГСЯ), который может привести к летальному исходу. В группу риска по данному осложнению входят пациенты с мультифолликулярными яичниками, когда при введении гонадотропинов происходит инициированный рост более 20 фолликулов.

В данной работе проведен анализ циклов ЭКО у пациенток с мультифолликулярными яичниками с использованием агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона в качестве тригера финального созревания ооцитов.

Под наблюдением находились пациентки в возрасте от 30 до 35 лет с трубным фактором бесплодия. Показатель антимюллера гормона у этих пациенток колебался в пределах от 8 до 16 нг/мл. Стимуляция проводилась малыми дозами фолликулостимулирующего гормона. При показаниях эстрадиола в день назначения тригера более 4000 пг/мл принималось решение об использовании в качестве тригера финального созревания ооцитов трипторелина (0,3 мг подкожно). В группу исследования вошло 17 пациенток. У 8 перенос не был проведен в связи с получением более 30 ооцитов и высоким риском вторичного СГСЯ. Все эмбрионы, достигшие стадии бластоцисты были витрифицированы. У 9 пациенток было перенесено в полость матки 1 или 2 эмбриона. СГСЯ не развился ни в одном из случаев. Введение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона в качестве тригера финального созревания ооцитов позволило получить яйцеклетки хорошего качества и надежно предотвратить наступление СГСЯ у пациенток с высоким риском данного осложнения.

Маракушина Е.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Покрышко С.В.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

В последнее время в современном акушерстве значительно обострилась проблема гестационного пиелонефрита. С 2005 по 2014 частота его возникновения, по данным Минздрава Украины, у беременных выросла в 3,6 раза. В большинстве случаев у женщин пиелонефрит развивается до 40 лет, чаще во время беременности. Это ограничивает их репродуктивную функцию, может стать причиной преждевременных родов, ведет к рождению детей, склонных к заболеваниям почек. Гестационный пиелонефрит имеет негативное влияние на течение беременности и состояние плода.

Цель работы. Ретроспективно определить факторы риска развития гестационного пиелонефрита.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1». Всего обследовано 60 беременных в сроки гестации 30-40 недель. Все женщины были разделены на 3 клинические группы. I - женщины с гестационным пиелонефритом, которым проводилось хирургическое вмешательство (стентирование), II – женщины с гестационным пиелонефритом без хирургического вмешательства, III - женщины с физиологическим течением беременности. Для реализации поставленной цели был проведен ретроспективный анализ историй родов (ф 096/о), обменных карт беременных женщин (ф 113/о) за период 2012-2014р.

Результаты и их обсуждение. При ретроспективном анализе историй родов и обменных карт установлено, что в I группе у матерей 13 (65%) беременных, принимавших участие в исследовании имел место гестационный пиелонефрит, а во II и III группе 9 (45%) и 2 (10%) соответственно. Общие инфекционные заболевания незадолго до наступления беременности встречались у 14 (70%) беременных I группы, 8 (40%) беременных II группы, и 4 (20%) беременных III группы. У 10 (50%) беременных I группы в анамнезе воспалительные заболевания гениталий, а во II группе и III - 8 (40%) и 3 (15%) соответственно. Заболевания почек до беременности (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) имели место у 9 (45%) беременных I группы, 6 (30%) и 3 (15%) II и III групп соответственно.

Выводы. Гестационный пиелонефрит является полиморфно обусловленным заболеванием. Важную роль в развитии которого играет наследственный анамнез, заболевания репродуктивной системы и инфекционный фактор на фоне которого наступает беременность. Учет всех этих факторов при планировании беременности может существенно снизить риск возникновения гестационного пиелонефрита и тем самым предотвратить осложнение родов и возникновения негативных последствий для будущего ребенка.

Нагута Л.А., Драганчук Ю.В.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ
МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Частота аномальных маточных кровотечений (АМК) колеблется от 15 до 20%. АМК могут быть не только проявлением патологических процессов в

репродуктивной системе, но и первым признаком нарушений основных звеньев системы гемостаза.

Цель и задачи исследования. Важность проблемы совершенствования существующих методов лечения АМК заключается в том, что устранение причин АМК не всегда приводит к выздоровлению. Гормональная терапия сопровождается целым рядом серьезных осложнений и нередко является противопоказанной, это приводит к поиску перспективного метода лечения женщин с АМК с использованием фитоэстрогенов. Таким образом, использование фитоэстрогенов может быть перспективным методом лечения АМК, что и было целью нашей работы.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности применения фитоэстрогенов в лечении больных с АМК был проведен сравнительный анализ результатов лечения 36 больных, получавших традиционное лечение: гемостатическую и гормональную терапию (группа сравнения) и 33 пациенток, которые получали комплексную терапию, включавшую применение фитоэстрогенов. Контрольную группу составили 16 здоровых женщин. Все больные имели жалобы на общую слабость, нарушение менструального цикла. Все больные были обследованы, что включало клиничко-лабораторное обследование, тесты функциональной диагностики, определение гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон), УЗИ органов малого таза, также гистологическое исследование соскоба эндометрия.

Результаты и их обсуждение. Полная нормализация менструальной функции, отсутствие болезненных месячных была отмечена у 33 (93,9%) пациенток основной группы в сравнении с 28 (77,8%) женщинами группы сравнения. При применении фитоэстрогенов наблюдалась положительная динамика, осложнений выявлено не было. Клиническая эффективность фитоэстрогенов в лечении больных с АМК подтверждена данными клиничко-лабораторного, гормонального, гистологического и ультразвукового исследований. У пациентов основной группы значительно улучшилось общее состояние, исчезли жалобы, уменьшилась менструальная кровопотеря. У 1-й (2,7%) пациентки группы сравнения возникла потребность отмены гормональной терапии из-за побочных эффектов. У 2-х (5,6%) больных этой же группы в связи с обильными менструациями через 6 месяцев было проведено повторное выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба полости матки была обнаружена гиперплазия эндометрия. У всех больных, лечение которых проводилось с применением фитоэстрогенов, через 6 месяцев после окончания терапии был проведен УЗ мониторинг, где патологии эндометрия выявлено не было.

Выводы. Таким образом, полученные данные, отсутствие рецидивов у больных с ДМК применявших фитоэстрогены, свидетельствует о высокой эффективности проведенной терапии и может быть перспективным методом лечения АМК и рекомендована к широкому применению в гинекологической практике.

Небесная А. А.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А., к.мед.н. Щедров А.А.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее распространенных эндокринопатий у женщин репродуктивного возраста. Частота СПКЯ среди женщин составляет 4-7%, а среди женщин с эндокринным бесплодием 50-60%

Цель исследования: установить наиболее оптимальные методы диагностики и лечения бесплодия у пациенток с СПКЯ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 120 пациенток, возрастом $27,5 \pm 4,5$ лет, которые были разделены на 3 группы: 1 – с включением в комплексную терапию кломифена цитрата и метформина; 2 - с выполнением каутеризации яичников при лапароскопии, 3 - проведено экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

Результаты: Первичное бесплодие определено у 65% пациенток, вторичное – у 35%. Эндокринное бесплодие в сочетании с трубно-перитонеальным в 34% случаев. При анализе индекса массы тела у 57% имели место избыточный вес и ожирение 1-2 степени. По данным УЗИ органов малого таза признаки СПКЯ были выявлены в 67% случаев. Были выявлены статистически значимые показатели наступления беременностей у женщин, которым производилась лапароскопическая каутеризация яичников - 43%, а также у женщин с применением ЭКО 55% .

Выводы: У женщин с СПКЯ при наличии ожирения необходимо определять маркеры инсулинорезистентности и проводить терапию с использованием бигуанидов перед идукцией овуляции. После комплексного обследования пациенток и неэффективности проводимой консервативной терапии показано лапароскопическое вмешательство и вспомогательные репродуктивные технологии.

Никулочкина А.И.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Весич Т.Л.

Проблема невынашивания беременности чрезвычайно актуальна в медицинском и социальном аспектах. Ее решение является весьма сложной задачей и требует привлечения последних достижений медицинской науки и практики. Несмотря на многочисленные исследования этиологии и патогенеза преждевременного прерывания беременности, частота этой патологии остается высокой и колеблется от 10 до 20-25% от общего числа осложнений. Согласно обобщенным данным литературы, 15-20% клинически диагностированных беременностей заканчивается спонтанным прерыванием, при этом на первый триместр приходится до 78-80% случаев, а угрозой выкидыша осложняется течение беременности почти у 40% женщин. Диагностика и лечение этой патологии затруднительна, так как в большинстве случаев невозможно определить факторы, препятствующие нормальному течению беременности. Ретроспективные исследования последних лет показали достаточно большую распространенность среди женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности, генерализованных микроангиопатий и тромбофилий связанных с иммунными нарушениями, гипергомоцистеинемией, наследственным дефектом гемостаза. Особый интерес, в условиях современного состояния общества, его урбанизации и феминизации, представляет включение в исследование курящих женщин.

Материалы и методы. В своем исследовании мы изучили состояние гомеостаза и возможные пути коррекции тромбоцитопатий у курящих и некурящих пациенток с привычным невынашиванием беременности. В исследовании приняли участие 54 женщины в сроке беременности 8-21 неделя, с привычным невынашиванием в анамнезе (2 и больше самопроизвольных аборта), у которых были выявлены

повышение гомоцистеина и дефицит витаминов В12 и фолиевой кислоты. Группу контроля составили 20 женщин с нормальным течением беременности. Исследуемая группа беременных была разделена на 2 подгруппы: I – женщины, которые не курили - 28 человек; II – курящие женщины - 26 человек. Все женщины принимали фолиевую кислоту по 5мг в сутки на протяжении 2,5 месяцев и витамин В12 0,5 мг в сутки на протяжении 30 дней.

Результаты исследования показали, что у женщин I подгруппы гомоцистеин снизился до нормальных цифр и составил 6,5 – 11мкг\мл, клинических признаков дефицита В12 и фолиевой кислоты не обнаружено; у женщин II подгруппы – сохранялась гипергомоцистеинемия (32%), выявлены признаки дефицита В12 и фолиевой кислоты (28%).

Выводы: Уровень гомоцистеина корректируется длительным приемом профилактических доз фолиевой кислоты и витамина В12. Фактор курения препятствует коррекции тромбоцитопатий у беременных с привычным невынашиванием в анамнезе.

Олифер А.С.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Куричева Н.Ю.

У женщин перименопаузального возраста наиболее частой гинекологической патологией являются маточные кровотечения и кровянистые выделения из половых путей, которые занимают первое место среди причин госпитализации. По установившейся традиции маточные кровотечения у пациенток перименопаузального возраста диагностируются как климактерические. Патогенетическая сущность климактерических кровотечений заключается в возрастных инволютивных изменениях гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, сопровождающихся дисбалансом гонадотропных гормонов. В результате нарушений циклического выделения гонадотропинов развивается относительная гиперэстрогения на фоне абсолютной гипопрогестеронемии.

Целью настоящего исследования явилась оценка частоты хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов у пациенток перименопаузального возраста, страдающих маточными кровотечениями.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов гистологического исследования соскобов (аспиратов) слизистой оболочки цервикального канала и эндометрия, операционного материала, взятого у 62 пациенток перименопаузального возраста. Перименопаузальный возраст у обследованных пациенток колебался от 47 до 52 лет. Соскобы эндометрия и слизистой оболочки цервикального канала получены при раздельном выскабливании у 42 пациенток. Экстирпация (ампутация) матки с придатками произведена у 10 пациенток. Соскобы эндометрия и слизистой оболочки цервикального канала поступали с клиническим диагнозом дисфункционального маточного кровотечения и климактерического кровотечения.

Результаты и их обсуждение. По результатам гистологического исследования материал был распределен на 2 основные группы: 1-я группа - невоспалительная патология тела и шейки матки (гиперпластические процессы, включая полипы эндометрия, гипопластический эндометрий, полип цервикального канала, миома

матки, злокачественные опухоли шейки и тела матки, яичников); 2-я группа - хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов. Невоспалительные заболевания тела и шейки матки часто ассоциировались с хроническим воспалительным процессом в одном из внутренних половых органов и/или более. Следующей причиной маточных кровотечений и кровянистых выделений из половых путей у женщин перименопаузального возраста явились хронические воспалительные заболевания одного, двух отделов полового тракта и более. Таким образом, воспалительные заболевания внутренних половых органов, преимущественно хронический эндометрит, в $22,5 \pm 1,3\%$ наблюдений явились причиной так называемых климактерических кровотечений у пациенток перименопаузального возраста. В общей сложности хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов были обнаружены у 40 пациенток. При этом следует отметить неравномерное распределение между изолированными и ассоциированными с невоспалительной патологией формами хронических воспалительных заболеваний.

Выводы. В основе маточных кровотечений и кровянистых выделений из половых путей в период перименопаузы в подавляющем большинстве случаев лежит ассоциированная с невоспалительной патологией шейки и тела матки форма хронических эндоцервицита и эндометрита.

**Паламарчук В.В., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В., Рогачова Н.Ш.
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ КЛІМАКТЕРИЧНОГО
СИНДРОМУ НА ТЛІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ**

**Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковій керівник: професор Тучкіна І.О.**

Висока частота ранніх клімактеричних розладів, що коливається, за даними різних авторів, від 25 до 90%, а також підвищення захворюваності на лейоміому матки (ЛМ), частота якої складає від 25 до 84%, зумовлюють актуальність вивчення особливостей перебігу клімактеричного періоду в жінок з ЛМ. Психопатологічні та вегетосудинні порушення, які прийнято об'єднувати терміном «клімактеричний синдром» (КС), значно знижують якість життя та працездатність жінок у віці їх найбільш високої професійної та соціальної активності (N. Albery, 2008; E. Qvisgstad, 2006).

Мета роботи. Вивчення психологічних аспектів перебігу клімактеричного синдрому у жінок з лейоміомою матки для подальшого розроблення принципів його профілактики та лікування.

Матеріали та методи. На базі КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» було обстежено 60 жінок віком від 45 до 55 років у перименопаузальному періоді. I група – 30 жінок з КС на тлі ЛМ. II група – 30 жінок з КС без ЛМ. З метою діагностики ЛМ проведено клінічне обстеження шляхом гінекологічного огляду та ехографічного обстеження органів малого тазу за допомогою вагінального транс'юсера, обчисленням об'єму матки та фіброматозних вузлів за формулою G. B. Naely (1989). Проводилось обчислення індексу Купермана (ІК) та менопаузального індексу (МПІ) в модифікації Є.В.Уварової та В.П.Сметник, дослідження самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейн у модифікації Т. М. Габріял (1972), рівня тривожності за шкалою Спілбергера, адаптованої Ю. А. Ханіним (1978), оцінено якість життя за шкалою «SF-36 Health Status Survey» (1993). Результати досліджень опрацьовані методами

варіаційної статистики з використанням сучасних стандартних комп'ютерних програм.

Результати досліджень. У жінок з ЛМ виявлено переважання психопатологічної складової КС, у той час як у гінекологічно здорових пацієнок – вегето-судинної (86,7% проти 60,0%; $p < 0,05$), так і середні показники МПІ відносно таких порушень (відповідно $12,06 \pm 0,8$ проти $4,6 \pm 0,5$ бала; $p < 0,05$). У структурі психоемоційних розладів за наявності КС на тлі ЛМ переважали такі прояви, як загальна втомлюваність (63,3%), зниження працездатності (46,7%), дратівливість (56,7%), погіршення пам'яті (43,3%), неухважність (36,7%), а також онкофобії (73,3%), вегетосудинні прояви КС. Проведене анкетування серед пацієнок з КС та ЛМ виявило найбільш питому вагу (73,3%) жінок із онкофобіями та страхом перед необхідністю проведення гістеректомії (ГТ) з огляду на можливий ріст пухлини. Це негативно впливало на відношення пацієнок до лікування та формувало їхнє упереджене ставлення до ГТ. За результатами аналізу якості життя за шкалою SF-36 виявлено суттєво нижчі її показники у хворих з КС та ЛМ ($320,5 \pm 25,5$ бала) в порівнянні з показниками як у жінок, у яких діагностовано окремо КС ($452,5 \pm 20,5$ бала; $p < 0,05$). При цьому зазначено нижчий рівень якості життя як стосовно фізичних відчуттів, так і особливо психоемоційних характеристик.

Висновки. Проведені дослідження свідчать про взаємообтяжливий вплив клімактеричного синдрому та лейоміоми матки. Прояви клімактеричних розладів як в перед-, так і в постменопаузальний період більш виражені у пацієнок із симптомним перебігом лейоміоми матки.

**Паращук В.Ю., Любомудрова Е.С., Красковская Т.Ю., Зайцева О.В.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ
ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ФЕРТИЛОСКОПИИ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Грищенко Н.Г.

Восстановление репродуктивной функции является одной из задач фертилоскопии. Фертилоскопия является малоинвазивным методом диагностики, который позволяет выявлять причины бесплодия и одновременно устранять некоторые из них. Так во время первого этапа – гистероскопии, возможно проводить рассечение синехий в полости матки и полипэктомии. Во время второго этапа – гидролапароскопии, удается провести дриллинг яичников, каутеризацию яичников, разъединение сращений в брюшной полости.

С целью анализа отдаленных результатов фертилоскопии по восстановлению детородной функции в клинике репродуктивной медицины имени академика В. И. Грищенко был проанализирован катамнез за 2013-2014 годы у 100 женщин после проведения фертилоскопии.

В основную группу (I) вошли 75 больных с трубно-перитонеальной и яичниковой формой бесплодия, которым была проведена трансвагинальная гидролапароскопия, во время которой произведены полипэктомия, дриллинг яичников и рассечение синехий. Контрольную группу (II) составили 25 женщин с бесплодием, у которых при проведении гидролапароскопии не выявлено патологии полости матки, маточных труб и яичников. В основной группе пациенткам для наступления беременности были использованы вспомогательные репродуктивные технологии. Эта группа была разделена на две подгруппы: Ia – пациентки, которым была применена процедура

экстракорпорального оплодотворения; Ib – женщины после проведения искусственной инсеминации спермой мужа. В первой группе беременность наступила у 28 женщин (37,3%), из них 25 (89,2%) беременностей получены в Ia подгруппе и 3 (10,8%) – в Ib подгруппе. Одноплодная беременность возникла у 24 (85,7%), двухплодная – у 4 (14,3%) женщин. Роды произошли у 5 (17,8%) беременных, остальные донашивают беременность. В одном случае беременность (0,35%) оказалась неразвивающейся.

При исследовании реализации репродуктивной функции у пациенток контрольной группы выявлено наступление самостоятельной беременности у 2 (0,8%) женщин.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что фертилоскопия является одним из результативных методов подготовки к наступлению беременности.

Паращук В.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА
ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ В КЛИНИКЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Грищенко Н.Г.

Синдром гиперстимуляции яичников (СГСЯ) это ятрогенное осложнение овариальной стимуляции. Он может возникать как при применении вспомогательных репродуктивных технологий, так и в результате стимуляции овуляции при ановуляторных циклах. В основе возникновения данного синдрома лежит кистозная трансформация, увеличение в размерах яичников, а также трансудация жидкой фракции крови из сосудистого русла в брюшную, плевральную полость и перикард. Развивается СГСЯ в лютеиновую фазу менструального цикла, в результате увеличения овариального неоангиогенеза на фоне чрезмерного ответа на контролируруемую стимуляцию яичников (КСЯ).

Целью работы было выявление первичных факторов риска и разработка профилактических мероприятий возникновения СГСЯ при КСЯ.

Проведен анализ случаев СГСЯ на базе клиники репродуктивной медицины им.В.И.Грищенко. Пациентки были разделены на две группы: I группа – больные, которым использовались лечебные схемы согласно протоколов экстракорпорального оплодотворения и не проводилась профилактика СГСЯ (n=1486). Во вторую группу вошли женщины, которым были проведены меры первичной профилактики СГСЯ при применении КСЯ (n=3063). Во второй группе комплекс мер по профилактике СГСЯ включал в себя: раннее выявление пациенток, имеющих первичные факторы риска (синдром склерокистозных яичников, СГСЯ в анамнезе, молодой возраст), повышение концентрации антимюллерового гормона. В процессе лечения проводилось наблюдение за скоростью увеличения концентрации эстрадиола и количеством антральных фолликулов, которые являются предикторами развития СГСЯ. У больных с высоким риском СГСЯ, определенным как на основании анализа первых, так и вторых факторов риска были использованы минимальные дозы гонадотропинов. Методом выбора у этих больных был протокол с антагонистами гонадотропин-релизинг гормонов (ант-ГнРГ). Такая «мягкая» стимуляция позволила снизить риск СГСЯ за счет сокращения когорты рекрутированных фолликулов и получения меньшего количества ооцитов при их хорошем качестве. Также широко

использовали в качестве триггера финального созревания ооцитов препараты агонистов гонадотропин-релизинг гормонов (а-ГнРГ). После проведения анализа статистических данных в первой группе получены следующие результаты: СГСЯ возник в 1,08% случаев (ранняя форма - в 0,3%, поздняя форма - в 0,7%). Во второй группе пациенток СГСЯ развился в 0,55% случаев (ранняя форма в 0,52%, поздняя форма - в 0,03%). Полученные данные свидетельствуют об эффективности выявления среди пациенток групп первичного риска развития СГСЯ и проведения у них предложенного в клинике комплекса профилактических мероприятий.

Прудивус А.А., Чумак А.М., Буравель Б.О.
СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет,
Научный руководитель профессор Тучкина И.А.

Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в современном акушерстве, так как не только влечет за собой нарушение репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на рождаемость, обуславливая значительное повышение уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде. Несмотря на многофакторность этиологии невынашивания, одной из ведущих причин, вызывающих прерывание беременности во втором триместре, является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Частота данной патологии колеблется от 0,2 до 65%. Сроки прерывание беременности с ИЦН варьируются от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель.

Цель. Оценить различные способы коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациенток с ИЦН.

Результаты и их обсуждение. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от формы ИЦН. Первая группа включала 30 пациенток с анатомическим типом ИЦН, обусловленной появлением рубцовой ткани после внутриматочных вмешательств, сопровождающихся инструментальным расширением шейки матки, или после разрывов шейки матки в родах. Во вторую группу вошли 30 пациенток, у которых были выявлены дисгормональные нарушения. Коррекция ИЦН всем пациенткам проводилась в условиях стационара. С целью коррекции ИЦН во время беременности предложены консервативные и хирургические методы лечения. К консервативным методам относят соблюдение постельного режима, использование колец, применение акушерского pessaria, гормональную, токолитическую терапию. Хирургическая коррекция ИЦН – наложение швов на шейку матки была проведено у 24 (40%) беременных. Шести пациенткам было выполнено элективное наложение швов на шейку матки в связи с наличием в анамнезе трех и более поздних потерь беременности. У 30 (50%) пациенток была выполнена установка акушерского pessaria. Сроки введения pessaria и большинство случаев проведения церкляжа зависели от времени начала прогрессирования ИЦН. Основными осложнениями после проведения коррекции несостоятельности шейки матки явились кольпит, который был выявлен у 5 (16%) пациенток после установки акушерского pessaria. Наложение швов осложнилось их прорезыванием у 2 (8%) пациенток в сроке 35-37

недель, деформация шейки матки, приведшая к невозможности проведения родов через естественные родовые была выявлена у 1 (4%) пациентки. В срок родоразрешились 25 (85%) пациенток, перенесшие хирургическую коррекцию ИЦН. У 5 (15%) пациенток произошли преждевременные роды в сроке от 22 до 37 недель беременности. Среди пациенток, получавших нехирургическую коррекцию ИЦН беременность закончилась срочными родами у 22 (73,5%). У 4 (7,5%) пациенток произошли преждевременные роды, у 2 (9,5%) поздние самопроизвольные выкидыши в сроке 19-20 и 20-21 неделя. Двоим пациенткам (9,5%) в связи с прогрессированием ИЦН потребовалось дополнительное наложение швов на шейку матки. Обращает на себя внимание тот факт, что наиболее неблагоприятные исходы беременности при нехирургической коррекции были зарегистрированы в группах, где пессарий устанавливался на ранних сроках гестации.

Вывод: Дифференцированный подход к коррекции ИЦН у пациенток с органической и дисфункциональной формой несостоятельности шейки матки позволяет избежать неоправданных хирургических вмешательств, снизить количество поздних самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов в 4 раза.

Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н., Пироженко Ю.С., Колисник А.И.
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Тучкина И.А., к.мед.н. Выговская Л.А.

Эндометриоз – это заболевание, сопровождающееся разрастанием эндометриоподобной ткани вне полости матки, сопровождающееся хронической воспалительной реакцией, с преимущественным поражением женщин репродуктивного возраста вне зависимости от принадлежности к той или иной этнической и социальной группе. Заболеваемость эндометриозом наблюдается во всем мире с негативной тенденцией в сторону «омоложения» данной патологии. Поражение яичников среди всех локализаций заболевания по частоте встречаемости стоит на втором месте после эндометриоза тела матки.

Цель. Определить эхографические признаки эндометриоза яичников у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Было комплексно обследовано 125 пациенток в возрасте от 18 до 25 лет, с различной степенью тяжести эндометриоидного поражения яичников. Всем женщинам проводилось полное клинико-лабораторное обследование, включая трансабдоминальную, трансвагинальную эхографию органов малого таза с использованием УЗ сканера Medison 6000 СМТ. Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета прикладных компьютерных программ «Statistica for Windows v. 7.0».

Результаты и их обсуждения. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза получены следующие эхографические показатели: симптом дорсального усиления эхосигнала (38%), одностороннее поражение яичника (24%), двустороннее поражение (39%), удвоение контура кисты (62%), содержимое кисты – гомогенная эхогенная взвесь (99%), васкуляризация по периферии кисты (34%), васкуляризация в области ворот яичника (66%), пристеночные включения высокой эхогенности (94%), боль при трансвагинальном обследовании (89%), отсутствие регресса в динамике (100%).

Выводы. В ходе проведенного исследования выделены ультразвуковые критерии эндометриоидного поражения яичников, такие как наличие гомогенной эхогенной

взвеси, пристеночные включения высокой экзогенности, боль при трансвагинальном обследовании, отсутствие регресса в динамике.

**Сайтарли Д.П., Демиденко О.Д., Рубінська Т.В., Меренкова І.М.
ОСОБЛИВОСТІ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ОЗНАКАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ
ТКАНИНИ**

**Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Тучкіна І.О.**

Останнім часом відмічається ріст гінекологічних захворювань в молодому віці, в структурі яких переважають порушення менструальної функції, частота даної патології складає близько 15% (Гречаніна О.Я., 2014, Жадан І.А., 2008).

Мета роботи. Вивчення особливостей менструального циклу у жінок репродуктивного віку з ознаками дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали та методи. було обстежено 50 жінок, які не народжували, віком 20-28 років, яких було поділено на дві групи: 30 молодих жінок (основна група) з клінічними проявами ДСТ, 25 жінок без ознак ДСТ – контрольна група.

Обстеження жінок включало: аналіз клініко-анамнестичних даних; загально клінічне обстеження, цілеспрямоване виявлення ознак дисплазії сполучної тканини за шкалою, розробленою С.Н.Буяною, ультразвукове обстеження органів малого тазу.

Результати дослідження. При обстеженні середній вік пацієток основної групи склав $23,5 \pm 2,5$ років, контрольної – $22,5 \pm 2,5$ років. Серед ознак дисплазії сполучної тканини виявлених у пацієток основної групи були характерними астенічний тип тілобудови та зниження маси тіла (78,9%), у контрольній групі – 6,1%. У пацієток основної групи були виявлені такі ознаки як гіпермобільність суглобів та схильність до перерозтягнення зв'язкового апарату (16,4%), що не спостерігалось у групі контролю. У 8,8% жінок основної групи виявлено варикозне розширення вен нижніх кінцівок та малого тазу, а в контрольній групі даних ознак не було діагностовано. В основній групі частіше діагностувалися порушення менструального циклу: менше 24 днів – у 25%, більше – 26,8%, тоді як у контрольній групі 10,0% та 6,7% відповідно. У жінок основної групи вторинна аменорея виявлена у 12,4%, і контрольній групі 3,0%. Для пацієток основної групи характерною клінічною ознакою була дисменорея. Болючі менструації відмічалися у 70,2% випадків, що у 2 рази частіше, ніж у групи контролю (35,7%).

Висновок. Приведені дані свідчать про те, що клінічні прояви дисплазії сполучної тканини достовірно відрізнялися в досліджуваних групах. ДСТ є одним із факторів ризику формування порушень менструального циклу у жінок репродуктивного віку.

Сендецкий С.С.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОТЕЛИОЗА В РАЗВИТИИ ГЕСТОЗА.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А., к.мед.н. Щедров А.А.

Согласно данным ВОЗ, гестоз диагностируется в 2-8% беременностей, составляя основную часть всех гипертензивных нарушений при беременности. В Украине, по данным разных авторов, гестоз диагностируется в 12-17% беременностей, являясь одной из ведущих причин материнской, а также перинатальной заболеваемости и смертности. Серьезную роль в развитии гестоза отводят нарушению функции эндотелия сосудов.

Целью нашего исследования явилось определение значения эндотелиоза в развитии гестоза.

Материалы и методы: было изучено содержание маркеров дисфункции эндотелия: TNF- α , VCAM, ICAM и NSE в сыворотке крови у 80 беременных в основной группе, у которых развился гестоз различной степени тяжести в сроки гестации от 20 до 42 недель беременности, контрольную группу составили 20 здоровых беременных таких же сроков гестации.

Результаты. Определена тенденция к увеличению уровней TNF- α , VCAM, ICAM и NSE при нарастании степени тяжести гестоза по сравнению с этими показателями в контрольной группе. Показатели содержания TNF- α , VCAM, ICAM после родоразрешения снизились на 0,5%; 4,6% и 13,1% соответственно. Концентрация NSE достигала наибольшего снижения концентрации и достигала 28%.

Выводы: для дебюта гестоза характерен острый сосудистый эндотелиоз. Концентрации маркеров дисфункции эндотелия TNF- α , VCAM, ICAM и NSE коррелирует со степенью выраженности эндотелиоза при гестозе и может использоваться в оценке его степени тяжести, а также в эффективности проводимой терапии.

Скорбач О.І., Левашова А.І.

**ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ**

Кафедра акушерства та гінекології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Щербина М.О.

Упродовж 10 років зростала частота захворювань органів репродуктивної системи в жінок, які потребують радикального хірургічного лікування. Гістеректомія (ГЕ) залишається найбільш поширеною операцією в гінекологічній практиці та незалежно від обсягу операції в 60-80% хворих розвивається постгістеректомічний синдром (ПГС). ПГС це вегето-судинні, психоемоційні та обмінно-ендокринні порушення, які у свою чергу знижують працездатність та якість життя хворої. Таким чином, питання уточнення клініко-патогенетичних особливостей порушень ПГС далекі від остаточного вирішення, а їх актуальність зумовлює доцільність досліджень у цьому напрямку.

Метою дослідження було вивчення патогенетичних особливостей перебігу ПГС на основі даних проведеного клініко-імунологічного та гормонального обстеження.

До дослідження було залучено 120 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на такі клінічні групи: контрольна (I) група – 30 практично здорових жінок; основна (II) група – 90 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників. Визначення особливостей перебігу ПГС проводили шляхом обстеження з оцінкою психоемоційного стану та вегетативного статусу хворих. Оцінку гормонального статусу проводили в плазмі крові методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія). Визначення вмісту основних про- та протизапальних цитокінів у сироватці крові проводили із застосуванням твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою комерційних тест-систем виробництва ТОО «Протеїновий контур». При аналізі клініко-анамнестичних даних виявлено, що в жінок II групи достовірно частіше, ніж у I групі, був відзначений обтяжений соматичний анамнез, порушення менструальної функції та патологічні пологи, гінекологічні захворювання в анамнезі.

Результати обстеження за опитувальником О.М.Вейна (1998) підтвердили формування в післяопераційному періоді синдрому вегетативної дистонії в 75,5%

жінок II групи ($p < 0,05$). Для психологічних розладів у жінок II групи характерні високі показники рівня як особистісної, так і реактивної тривожності протягом усього терміну спостереження ($p < 0,05$). Дані гормонального обстеження жінок II групи показали достовірне підвищення рівня гонадотропних гормонів, зокрема фолікулоstimулюючого гормону і лютеїнізуючого гормону крові ($20,5 \pm 2,36$ МО/л і $13,3 \pm 1,02$ МО/л, відповідно) та відзначалося зниження стероїдних гормонів (естрадіол та прогестерон) порівняно з величиною цих показників у жінок I групи ($p < 0,05$). Співвідношення ЛГ/ФСГ у жінок II групи було нижчим за 1,0, що свідчило про естрогенний дефіцит. Вивчення цитокінового статусу в жінок II групи виявило виражений дисбаланс, який проявлявся підвищенням у 2 рази рівня прозапальних цитокінів (IL-1 β , IL-6), поєднаних зі зниженням в 1,4 рази рівня їх антагоністів – протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) порівняно з I групою ($p < 0,05$).

Аналізуючи отримані нами дані, можна стверджувати, що в жінок після ГЕ порушується механізм негативного зворотнього зв'язку в системі гіпофіз-яєчники й призводить до глибоких змін гормонального статусу, які можуть впливати на імунну систему жінки та приводити до значних імунологічних порушень.

Таравнех Д.Ш.

ТРОМБОЦИТОПАТИИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР БЕСПЛОДИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А.

Генетические и приобретённые формы тромбофилии приводят к бесплодию, в том числе неясного генеза и могут быть причинами ранних преэмбрионических потерь вследствие дефектов имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Среди факторов, снижающих рецептивность эндометрия, на первое место выносят анатомические дефекты матки, хронический эндометрит, несоответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла, сочетанную гинекологическую патологию (аденомиоз, миома матки), соматические заболевания (в том числе аутоиммунные), тромбофилии. Вероятнее всего, разная патология реализуется через различные механизмы нарушения рецептивности эндометрия. Предполагают сходство механизмов, лежащих в основе имплантационных потерь, с привычным невынашиванием беременности на раннем сроке. При этом, по мнению большинства авторов, от 30 до 60% случаев привычного невынашивания беременности связано с состоянием тромбофилии.

Цель исследования. Оптимизация наступления беременности, снижение эмбрионических потерь у пациенток на фоне тромбофилии путем прегравидарной подготовки, ведения фертильного цикла и гестационного периода.

Материалы и методы. Было обследовано 60 бесплодных женщин. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, включающее общеклинические, биохимические, иммунологические, генетические, бактериологические, гормональные методы исследования.

Результаты и выводы. Гипергомоцистеинемия у пациенток с бесплодием неясного генеза, выявлялась в 63,6% случаев при наличии мутации гена MTHFR C677T (гомозиготная форма - у 18,2%, а гетерозиготная - у 45,5%). Неблагоприятными факторами имплантации, согласно нашим данным, являются циркуляция АФА у пациенток с бесплодием неясного генеза - 34,5%, в сочетании с генетически обусловленным эндогенным гипофибринолизом - 69,1%. Сочетание высокой частоты генетических форм тромбофилии, PAI-1, MTHFR C677T, полиморфизм «I/D» в гене

ангиотензинпревращающего фермента, мутация протромбина G20210A, влияют на уровень эндогенного фибринолиза в сочетании с циркуляцией АФА. При АФС или генетической тромбофилии (мутация FV Leiden, мутация протромбина G20210A, MTHFR C677T, полиморфизм гена PAI-1 или другие тромбогенные дефекты фибринолиза и тромбоцитов), наблюдается снижение и противотромботических механизмов, что необходимо учитывать и своевременно проводить соответствующую терапию. Применение низкомолекулярного гепарина, антиоксидантной терапии и витаминотерапии позволило добиться и выносить беременность у пациенток с бесплодием неясного генеза.

Теряник А.В., Дусматова А.К., Сасенко В.П.
ЛЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ

Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.

Патология звеньев репродуктивной системы, наблюдаемая у взрослых женщин, часто является следствием перенесенных гинекологических заболеваний в детском или подростковом возрасте. Вульвовагинальные инфекции занимают первое место в структуре заболеваемости органов урогенитальной системы у детей и подростков, составляя, по данным различных исследователей, от 70 % до 93 % гинекологической патологии детского и подросткового возраста.

Цель. Изучение эффективности применения препарата Вагисан для лечения вульвовагинальных инфекций у девочек-подростков.

Материалы и методы. На обследовании и лечении находилось 60 девочек-подростков. Диагноз вульвовагинита был установлен на основании полного клинического обследования и микробиологического исследования влагалищного содержимого с помощью комплексной количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР). 30 девочек-подростков с вульвовагинитом получившие стандартную антибактериальную терапию составили контрольную группу и 30 девочек-подростков – основную группу, которые получали дополнительно к лечению по 2 капсулы в сутки препарата Вагисан в течении недели.

Результаты. Пациентки основной группы отметили уменьшение выраженности воспалительного процесса влагалища и снижение интенсивности выделений уже после первых двух дней лечения, тогда как девочки-подростки контрольной группы улучшение состояния отметили на 5 сутки лечения. Все симптомы (бели, боль, воспаление), характерные для вульвовагинита, которые были диагностированы до лечения в основной группе, после лечения наблюдались только у 2 (6,7%) девочек-подростков, причем интенсивность их была значительно менее выраженной, чем в контрольной - (9 (30%)). По данным комплексной количественной ПЦР, отмечалась нормализация влагалищного микробиоценоза у большинства пациенток основной группы – 24 (80%), контрольной группы – 18 (60%).

Выводы. Применение препарата Вагисан в лечении вульвовагинальных инфекций является эффективным и способствует быстрому восстановлению микробиоценоза влагалища.

Ткачёва А.И.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина Н.А., к.мед.н. Мурызина И.Ю.

За последние несколько десятилетий отмечен всплеск нарушений процесса становления менструальной функции (НМФ) в подростковом возрасте, что, возможно, связано с современным образом жизни подростков с явным увеличением продолжительности активности в тёмное время суток. Циркадианные ритмы задаются характеристиками биологических колебаний. Мелатонин (МТ) – известный преобразователь световой информации. МТ угнетает экспрессию гена гонадотропного рилизинг-фактора (GnRH) в его циклической активности. МТ вовлечён в процесс выбора фолликула и раннего фолликулогенеза, поскольку совместно с фолликулостимулирующим гормоном определяет созревание фолликула.

Доказано, что у детей прогрессирующее снижение ночного уровня МТ в сыворотки крови снижается по мере увеличения возраста. Подавляющее влияние МТ на ритм GnRH постепенно по мере взросления ослабевает как следствие снижения экспрессии функционирующих рецепторов МТ. Также МТ захватывается из крови и транспортируется в фолликулярную жидкость, где выполняет роль обезвреживания свободных радикалов.

Целью работы было изучение секреции МТ у подростков с НМФ (I группа – 78 пациенток) в сравнении с группой контроля – здоровых девочек с установившимся нормальным менструальным циклом (II – 90 подростков). Секреция МТ оценивалась путём измерения в моче метаболита МТ – 6-сульфатоксимелатонина (6СОМТ) радиоиммунным методом. Моча собиралась на протяжении двух временных интервалов: ночного 18:00–08:00, дневного 08:00–18:00. Установлено уменьшение ночной секреции 6СОМТ с незначительным увеличением дневного содержания в I группе по сравнению с группой контроля, таким образом на фоне приблизительно одинаковой суммарной суточной секреции в обеих группах, тем не менее, I группа достоверно отставала по размаху колебаний между дневной и ночной порциями. Затем I группа была разделена на две подгруппы: 35 девочек получали исключительно лечение, направленное на коррекцию НМФ, а 43 девочкам дополнительно к этим мероприятиям был назначен вита-мелатонин 1,5 мг на ночь. Достоверно замечено, что добавление вита-мелатонина улучшило клиническую картину у 63% девочек, что подтверждалось приближением соотношения между дневной и ночной порциями 6СОМТ к показателям здоровых девочек.

В заключении следует сказать, что современный образ жизни может неблагоприятно влиять на характер суточной секреции МТ, чем вносит свою лепту в нарушение становления менструального цикла, отражающегося нередко мелкокистозной дегенерацией.

Тумка А.В.

ПОИСК КРИТЕРИЕВ СНИЖЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДОВ РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Ранние репродуктивные потери (РРП), в случае отсутствия генетических факторов, подчас могут быть первыми проявлениями нарушений, ведущих к снижению

фертильности, особенно с приближением к позднему репродуктивному возрасту. Целью нашего исследования был поиск объективных критериев снижения фертильности женщины после эпизода РРП.

В исследование были вовлечены 124 женщины, из них 64 пациентки с РРП в анамнезе за последние 6 месяцев сформировали основную группу (ОГ), а в группу сравнения (ГС) вошли женщины, которым был выполнен медицинский аборт по их желанию, при условии, что их соматический и гинекологический анамнез был неосложнённым. 30 здоровых женщин, планирующих беременность, выбраны в качестве контрольной группы (ГК).

Для оценки иммунной готовности эндометрия разворачивании механизмов, обеспечивающих nidацию и развитие плодного яйца («окно трансплантации») определялось в смывах из полости матки содержание особого иммуносупрессора – α -микрोगлобулина фертильности (АМГФ) иммуноферментным методом с помощью соответствующих реагентов «Протеиновый контур», а смывы получали введением 2 мл изотонического раствора в полость матки с немедленной его аспирацией пайпель-кюреткой.

Концентрация АМГФ в ОГ в 6,3 раза уступала ГС и ГК ($1678,5 \pm 656,7$, $9787,3 \pm 2325,7$ и $10674,4 \pm 2768,5$ нг/мл соответственно, $p < 0,05$). Восстановление фертильности даже после санации очага инфекции может затрудняться нарушенными гормонально-цитокиновыми связями, определяющими полноценный менструальный цикл с адекватной функциональной активностью эндометрия, отражающейся должной продукцией АМГФ, в норме подавляющей активность клеточного иммунитета, а следовательно и реакции отторжения аллотрансплантата по отношению к плодному яйцу.

**Тысячка Г.М., Семенченко Л.А., Мирончук Е.И., Соляник В.Ю.
ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кафедра акушерства, гинекологии та детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.**

С каждым годом все больше усилий направлено на решения вопросов детской и подростковой гинекологии. Основными задачами являются профилактика, раннее выявление и своевременное лечение патологии половой системы, что необходимо для сохранения и укрепления репродуктивного здоровья будущих матерей. Среди гинекологических заболеваний, наиболее часто встречающихся в детском и подростковом возрасте, отмечают воспалительные процессы.

Цель. Определить эндотелиальную дисфункцию в процессе возникновения и течения воспалительных заболеваний половой системы у детей и подростков.

Материалы и методы. Основным методом, положенным в основу работы для определения уровня эндотелина-1 у детей и подростков с воспалительными гинекологическими заболеваниями, является метод ИФА. В ходе исследования были обследованы 43 девочки в возрасте 11-17 лет, которые составили основную и контрольную группы. В основную группу вошли 8 девочек в возрасте 11-14 лет (I группа) и 15 девочек 15-17 лет (II группа), госпитализированные для обследования и лечения по поводу воспалительных заболеваний половой системы. Контрольную

группу составили 20 девочек, не имеющих гинекологических заболеваний. У всех пациенток в динамике изучался соматический и гинекологический статусы.

Результаты исследования. Во время работы изучался уровень эндотелина-1 для оценки состояния эндотелия при запуске патогенетических механизмов воспалительных заболеваний половой системы у детей и подростков. У большинства больных было выявлено значительное повышение уровня эндотелина-1 ($57,4 \pm 20,8$; $57,02 \pm 8,8$ в I и II группах соответственно и $16,4 \pm 3,6$ нг/мл в контрольной группе - ($p_{1,2} < 0,05$)), что является признаком эндотелиальной дисфункции.

Выводы. Клиническое течение воспалительных заболеваний у детей и подростков сопровождается повышением уровня эндотелина-1 в 3 раза, что свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции.

**Федькович Л.А., Эпштейн М.М., Пилоян А.Ж., Шейко А.І.
АНОМАЛИЯ СТРОЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
(ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Тучкина И.А.**

Больная Д., 13р., поступила в КУОЗ «Харьковскую ОДКБ№1», с жалобами на нарушение менструального цикла с мая 2014 г. по типу кровотечения. Анамнез заболевания: считает себя больной с мая 2014 года, когда впервые появилось нарушение менструального цикла. С 23.05.14 по 27.05.14 находилась на стационарном лечении, по поводу ювенильного маточного кровотечения. При обследовании выявлено отсутствие правой почки. 06.06.14г. появились выделения со згустками крови, 01-02.07.14г. – «сухой промежуток времени», 03-08.07.14г. – появились обильные кровянистые выделения со згустками крови. 26.06.14г. – консультирована в детской больнице г.Алчевска, обследована. Поставлен диагноз: Аномалии развития внутренних половых органов. Удвоение матки. Полип эндометрия правой матки. Аплазия правой почки. Рекомендована госпитализация для полного обследования. 08.12.14г. госпитализирована в ОДКБ№1 для уточнения диагноза. Анамнез жизни: туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания, травмы, операции, гинекологические заболевания отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает: ветряная оспа, ОРВИ. Менструальная функция: менструации с 12 лет, по 5 дней, через 25 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Соматический статус: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Язык влажный, чистый. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тоны ясные, ритмичные. Ps – 70 уд/мин, АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. St.genitalis: обращает на себя внимание несколько атипичное строение наружных половых органов. Большие половые губы гипопластичны. Малые половые губы значительно гипертрофированы, напоминают ткань мошонки крыловидной формы. Клитор уменьшен, расположен высоко, атипично. Вульва воронкообразная. Гимен кольцевидный, цел. При ректоабдоминальном исследовании: матка увеличена, неправильной формы, безболезненная. Справа придатки не определяются, слева высоко достигается нижний полюс мягкоэластического образования (описанного при УЗИ как гематосальпинкс).

Обследование: клинический анализ крови: эр. – $4,7 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобин 138 г/л, гематокрит 41%, тромбоциты 250 тыс, лейкоциты $9,5 \times 10^9$, эозинофилы – 1%,

базофилы 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 3мм/час. Коагулограмма: протромбиновое время 14,3 сек, фибриноген 2,8 г/л, тромбиновое время 16,3 сек., этаноловый тест – отрицательный. Исследование гормонального профиля: тестостерон 0,057 нг/мл (1,4-0,9), ФСГ 5,56 нг/мл, ЛГ 6,44 нг/мл, пролактин 18,43 нг/мл, эстрадиол 16,56 нг/мл, прогестерон 0,371 нг/мл, кортизол 509,7 нмоль/л. УЗИ почек: мочевой пузырь не наполнен. Правая почка не визуализируется. Левая почка 101×49мм – компенсаторно увеличена, чашечно-лоханочная система не увеличена. УЗИ органов малого таза: Аномалия развития тела и шейки матки; удвоение тела матки, неполное удвоение шейки матки с возможным зарощением цервикального канала правой шейки. Вагиноскопия: слизистая влагалища на всем протяжении не изменена, выделения обильные белого цвета, значительно затрудняют проведение исследования. На расстоянии 8-10 см от входа во влагалище визуализируется шейка цилиндрической формы, эпителий цел, зев точечный. Шейка развернута влево на 90°. Над описанной шейкой матки визуализируется тесно прилегающая к ней выше и правее вторая шейка матки. Над левой шейкой матки и несколько левее ее слизистая влагалища несколько пролабирует. Исследование затруднено, в связи с очень высоким расположением двух описанных шеек матки.

Заключение: учитывая данные объективного, инструментального и ультразвукового исследования следует считать, что у больной имеются аномалии наружных и внутренних половых органов – удвоение матки. Учитывая отсутствие одной почки, аномалию развития мочеполовой системы, следует провести кариотипирование, исследование гормонального профиля, диагностическую лапароскопию для уточнения характера аномалий внутренних половых органов.

Чернушова Л.А., Козирь О.В., Камардіна К.О., Пшикун Ю.М.
ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ
(ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)
Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
Харківський національний медичний університ, Харків, Україн,
Науковій керівник: професор Тучкіна І.О.

Проблема маткової кровотечі пубертатного періоду на сьогоднішній день залишається актуальною у зв'язку з достатньо високою їх частотою в структурі гінекологічних захворювань (від 10% до 37%). Пубертатна маткова кровотеча є клінічним феноменом, який відображає нестійкість репродуктивної системи в період переходу її до зрілого типу функціонування (Веселова Н.М. 2007р.).

Клінічний випадок: 10.11.14 р. в гінекологічне відділення в ургентному порядку поступила хвора Л. 15 років, зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Анамнез захворювання: відмічає порушення менструального циклу з серпня 2014 р. у вигляді скудних кров'янистих виділень. Анамнез життя: туберкульоз, венеричні захворювання, хворобу Боткіна-заперечує. 3 перенесених захворювань: ГРВІ. Алергічний анамнез не обтяжений. Операцій не було.

Гінекологічний анамнез: менструації з 13 років, не регулярні, по 7 днів, помірні, безболісні. Остання менструація 03.11.14 по теперішній час. Статевим життям не живе. Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкірні покрови, видимі слизові оболонки чисті, бліді. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Температура тіла 36,3°C. При аускультатії в легенях-везикулярне дихання, хрипів немає. Серце: тони ясні, ритмічні, пульс 90 ударів у хвилину, артеріальний тиск

110/70 мм. рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Стул в нормі. Діурез достатній.

Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинені правильно, оволосіння лобка за жіночим типом. Виділення рясні, кров'янисті. Нупен-цілий, пролабує. Per rect.: матка в retroflexio versio, дещо збільшена, безболісна. При огляді з піхви виділяється кров зі згустками. Праві придатки не визначаються, ліві чутливі.

Данні лабораторних та інструментальних досліджень: в клінічному аналізі крові визначається зниження гемоглобіну до 88 г/л, зниження еритроцитів до $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, зниження гематокриту до 0,30. Біохімічний аналіз крові і коагулограма в нормі. УЗД органів малого тазу: матка в retroflexio, $62 \times 47 \times 56$ мм, контури чіткі, міометрій однорідний, М-СХО 16 мм, неоднорідної структури, шийка матки- 24×20 мм, маткові труби не візуалізуються. Висновок: Метроррагія. Консультована лікарем-неврологом, діагноз: Вегето-судинна дистонія пубертатного періоду.

План лікування: Регулон по 1 табл. 4 рази на добу (в подальшому за схемою), окситоцин 1,0+0,9 % натрій хлорід 200,0+5%, внутрішньовенно крапельно, траніксам по 1 табл. 3 рази на добу, сорбіфер по 1 табл 2 рази на добу, аскорутін по 1 табл. 3 рази на добу. 21.11.14 р. хвора виписана з гінекологічного відділення в поліпшенням під нагляд лікаря-гінеколога за місцем проживання.

Висновок: таким чином, комплексна, індивідуально підібрана терапія, дозволяє зупинити пубертатну маткову кровотечу та зменшити ризик рецидиву.

Явдак А.А., Альмарадат М.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Щербина И.Н.

Одной из самых частых причин спонтанных преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Высокая частота клинической манифестации несостоятельности шейки матки в сроки, превышающие оптимальные для хирургической коррекции и осложнения типичные для любого хирургического вмешательства, диктуют необходимость поиска эффективных консервативных методов профилактики преждевременных родов данной патологии. В настоящее время все больше внимания в современной медицине привлекает применение препаратов гиалуроновой кислоты, на основе которой созданы дермальные филлеры эффективного восстанавливающего утраченный объем, благодаря своей гидрофильности.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с ИЦН.

Нами проведено исследование течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у 10 женщин при одноплодной беременности с ИЦН.

Пациентки были разделены на 2 клинические группы: I группа (основная) – 5 женщин, которые получали предгравидарную коррекцию ИЦН путем использования филлеров на основе гиалуроновой кислоты, II группа (сравнения) – 5 беременных женщин, которым произведена хирургическая коррекция ИЦН (пациентам был наложен циркулярный шов по методу Cshirodkar) в сроках до 22 недель беременности. Средний возраст пациенток составил $28 \pm 3,1$ лет. Всем пациентам было произведено общеклиническое обследование: оценка акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии с учетом данных обменной карты беременных, микроскопия мазка из влагалища, ультразвуковое исследование.

Процедура введения филлера производилась в амбулаторных условиях, под местной анестезией (без седации) с применением анестезирующего геля местного действия. Препарат вводили интрацервикально в ткань шейки матки в количестве 0,1-0,3 мл за один «шаг» под углом 90° к шейки матки. Через 3-6 месяцев после манипуляции у пациентки наступала желанная беременность.

В результате проведенных исследований течение беременности осложнилось клинически выраженной угрозой прерывания беременности, в связи с чем госпитализирована была одна пациентка из I клинической группы и 3 пациентки из II клинической группы ($p < 0,05$). У всех беременных основной группы произошли срочные роды, в группе сравнения у 3 пациенток наблюдались преждевременные роды. В родах разрывы шейки матки наблюдались у одной пациентки основной группы и у 3 - в группе сравнения. Длительность родов в I и II клинических группах практически не отличалась и составила $10,8 \pm 2,9$ часа и $10,5 \pm 2,7$ часа, соответственно. В обеих группах нарушений внутриутробного состояния плодов и новорожденных мы не наблюдали.

Таким образом, разработанный нами метод предгравидарной коррекции ИЦН эффективен, прост и доступен в применении, что позволяет широко его использовать для профилактики преждевременных родов.

ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

Tsybmal V.M.

TO THE QUESTION OF VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN WITH DIABETIC NEPHROPATHY

Department of Pediatrics №2

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific director Prof. N.I.Makieieva

Background. Diabetic nephropathy (DN) is the most common renal complication of diabetes mellitus and a leading cause of end-stage chronic kidney disease. Serum vitamin D (sVD) deficiency may contribute to the development and progress of diabetic nephropathy (DN). The animal studies suggested that sVD deficiency may be associated with urine loss due to kidney damage. The aim was to determine associations of sVD with levels of urinary vitamin D (uVD).

Material and methods. 42 children aged 6-17 with type 1 diabetes were examined: 24 normoalbuminuric patients (1st group) and 18 microalbuminuric (2nd group). 15 healthy children were included in controls. We measured serum and urine 25 (OH) D levels. Serum 25 (OH) D levels were measured by 25(OH) vitamin D ELISA assay kit according to the manufacturer's instructions. sVD levels were characterized as <20 ng/ml - VD deficiency, 20 to 29 ng/ml -VD insufficiency, and > or =30 ng/ml - normal VD. Statistical analyses were performed with StatSoft STATISTICA Version 8.0.

Results.sVD levels were decreased in the patients of the 1st and 2nd groups, compared with controls ((22.03 (17.23; 24.44) and 14.42 (12.02; 19.63), compared with 30.65 (28.45; 35.05) ng/ml, respectively) ($p<0.001$)). uVD levels were increased in the patients of the 1st and 2nd groups, compared with control group ((3.2(2.9; 3.3) and 3.9 (3.7; 4.1), compared with 2.2 (2.1;2.6) ng/mg, respectively) ($p<0.001$)). The correlations between the levels of sVD and uVD ($r=-0,74$, $p<0,01$) were determined.

Conclusions. Using logistic regression modeling, the study demonstrates an association between VD deficiency and VD insufficiency with DN in children. There is an important impact of their underlying disease. These data suggest that, theoretically, one of the causes of VD deficiency in patients with DN is a urine loss. The association saves stable despite adjusting for gender, ACEI and other variables.

Амаш А.Г.

НЕЗАЛЕЖНИЙ МОНІТОРИНГ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Фролова Т.В.

За визначенням ВООЗ, грудне вигодовування – невід’ємна складова процесу відтворення, а також ідеальний спосіб вигодовування немовляти, незамінна біологічна й емоційна основа розвитку дитини. Приєднання України до міжнародної практики вигодовування, запропонованої відповідними підрозділами ВООЗ та ЮНІСЕФ, зафіксовано відповідними наказами МОЗ України та науковими рекомендаціями. Однак частота грудного вигодовування є недостатньою і становить 40-45%. За результатами дослідження 100 дітей, шляхом письмового анкетування було встановлено, що на першому місяці життя на грудному вигодовуванні перебували 89 % дітей, із 2-го місяця — 75 %, із 3-го — 60%, із 4-го — 48%, із 5-го місяця —

37 % дітей. Грудне молоко в шість місяців життя продовжували отримувати 30 % дітей, у сім місяців — 18%, у дев'ять місяців — 13% і в 12 місяців — 5 % дітей. Також було визначено, що відмовою від грудного вигодовування були у 70% - гіпогалактія, 10% - відмова дитини, 13% - протипоказання зі сторони матері, 5% - відмова матері, 2% - мастит. При дослідженні дітей, що знаходились на штучному вигодовуванні, вивчено, що 97,8% годувались високо адаптованими сумішами, решта отримувала низько адаптовані суміші, а саме манна каша та коров'яче молоко. Введення першого прикорму у 7 % випадках було раніше 6 місяців, що має негативний вплив на здоров'я дитини, оскільки найкращим видом вигодовування в цей період життя є виключно грудне. Таким чином було визначено, що Програма підтримки грудного вигодовування в м.Харкові не виконується в повному обсязі і потребує розробки додаткових алгоритмів та впроваджень.

Барчан Г.С.

КЛІНІКО – ТИПОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПОРУШЕНЬ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Цодікова О.А

Незрілість ферментних та метаболічних систем, відносно різке збільшення в процесі росту маси жирової та кісткової тканин призводять до депонування в організмі дитини ксенобіотиків, і можуть сприяти формуванню соматичних захворювань. Саме тому, актуальним є вивчення діагностичної цінності та прогностичного значення онтогенетичних та конституційно-біологічних факторів, зокрема м'язової (МК), жирової (ЖК) та кісткової компонентів (КК) маси тіла (МТ) у формуванні здоров'я дітей, зокрема при рецидивуючих захворюваннях органів дихання (РЗОД). Виконання цієї задачі здійснено шляхом порівняльного аналізу онтогенетичних та конституційно-біологічних факторів формування здоров'я шляхом порівняльного їх вивчення у двох клінічних групах (перша - 80 дітей I-II гр. здоров'я, друга - 90 дітей з РЗОД). В результаті порівняльного аналізу виявлено, що статеві відмінності у частоті дисгармонійної МКМТ – відсутні, однак частота таких осіб серед хлопчиків дещо переважала відповідний показник серед дівчаток (відповідно $14,6 \pm 2,3\%$ та $9,2 \pm 2,3\%$, $p > 0,05$). Частота онтогенетично дисгармонійної ЖКМТ по статевим групам коливалась у межах від $8,4 \pm 1,8\%$ до $14,4 \pm 2,7\%$, складаючи в середньому $11,0 \pm 1,6\%$, характеризуючи достовірно більшу частоту дисгармонійності за цією компонентою маси тіла серед дівчаток ($p < 0,05$). Отриманими результатами можна пояснити відмінності у частоті формування функціональних розладів, донозологічних, а також нозологічно окреслених станів, включаючи і РЗОД, що потребує подальшого вивчення адаптаційних можливостей таких дітей.

Васильченко Ю.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Одинец Ю.В.

Бронхиальная астма (БА) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний детского возраста, представляющее собой важную проблему

современной педиатрии. Поздняя диагностика данного заболевания приводит к утяжелению его течения, что требует увеличения материальных и социальных затрат.

Цель: оценить состояние эндотелия сосудов, как одного из ранних диагностических критериев формирования тяжелого течения БА.

Материалы и методы: обследовано 55 детей больных БА с различным вариантом течения БА. Группу контроля составили 15 практически здоровых детей. Обследованным детям проведено ультразвуковое исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонной артерии и эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии с помощью манжеточной пробы.

Результаты: у 15 детей со среднетяжелым и тяжелым течением БА в период обострения выявлены выраженные изменения толщины КИМ, в сравнении с контрольной группой. Умеренные изменения толщины КИМ выявлены у 26 больных со среднетяжелым и легким персистирующим течением в период обострения. У 14 больных с легким персистирующим течением в период ремиссии заболевания – без отклонений от исходных величин. У 19 больных с тяжелым течением бронхиальной астмы выявлены изменения показателей эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии, у 6 больных этой группы изменения сохранялись и в периоде ремиссии заболевания.

Выводы: для определения тяжести течения БА могут использоваться показатели эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии, а также толщины КИМ.

Головачова В.О., Одинец П.І., Черних Г.В.

ЕЛЕКТРОМАГНІТНЕ ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Кафедра педіатрії №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Одинець Ю.В.

У сучасному суспільстві актуальним є питання впливу електромагнітного випромінювання (ЕМВ) на дитячий організм, встановлення допустимих рівнів впливу ЕМВ, розробки заходів профілактики і захисту.

Мета роботи: оцінити можливий вплив ЕМВ на дитячий організм.

Матеріали і методи: проведено опитування 851 школярів 8-11 класів загальноосвітніх середніх шкіл м. Харкова. Серед опитаних дітей переважали дівчата (53,2%). Стан здоров'я школярів вивчався за допомогою медичної картки амбулаторного хворого (форма №025/о) у поліклініках за місцем мешкання дітей.

Результати анкетування показали, що найбільш триваліше застосовують прилади, які випромінюють ЕМВ, школярі 10-11 класів ($p < 0,05$) в порівнянні зі школярами 8-9 класів. Також виявлено, що достовірно частіше ($p < 0,05$) хворіють діти, які за даними анкетування, більш триваліше знаходилися під впливом ЕМВ. За результатами дослідження залежно від віку, статі та форми захворювання опитуваних дітей, частіше на поєднану патологію органів та систем хворіють хлопці з 8, 10 та 11 класів ($p < 0,05$) у порівнянні з дівчатами з тих самих класів. В основному поєднана патологія представлена захворюваннями кісткової, нервової систем, захворюваннями серця, очей та шлунково-кишкового тракту. Таким чином, проведене дослідження показало, що ЕМВ може негативно впливати на дитячий організм. Тому необхідно прагнути до мінімізації таких впливів та зменшити тривалість застосування приладів, які випромінюють ЕМВ, у повсякденному житті дітей.

Должко Н.В., Грищенко С.А., Соляник А.О.
СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научные руководители: профессор Гончарь М.А, к.мед.н., Бойченко А.Д.

На протяжении десятилетий проблема кардиоваскулярной патологии у новорожденных остается актуальной с точки зрения определения факторов риска, влияющих на развитие врожденной патологии сердечно-сосудистой системы.

Цель: определение наиболее значимых факторов риска у новорожденных, которые могут влиять на формирование кардиоваскулярных событий.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 48 матерей и обследовано 53 ребенка, в сроке гестации $37,4 \pm 1,2$ недели. Для определения факторов риска развития кардиоваскулярной патологии использовались анкеты семейного анамнеза кардиологического профиля, качество жизни матерей оценивалось с помощью опросника качества жизни SF-36. Контрольная группа – 20 здоровых новорожденных, без морфофункциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы, без отягощенного анамнеза кардиологического профиля, средний возраст родителей $24,7 \pm 2,9$ лет.

Результаты исследования: Среди опрошенных преобладали матери новорожденных девочек (54,7%). Средний возраст большинства рожениц составлял $27,9 \pm 4,5$ лет. Родились от первой беременности – 73,6% детей ($p \leq 0,05$), от второй беременности – 15,1% и 11,3% – от третьей и последующих. На учет по беременности до 12 недель стали 70,9% ($p \leq 0,05$) женщин, до 22 недель – 27,1%, после 30 недель беременности – одна женщина. Скрининговое ультразвуковое исследование было проведено всем опрашиваемым женщинам во время беременности в среднем 2-3 раза. Осложненная беременность имела место у 33,9% женщин. 50,9% ($p \leq 0,05$) матерей имели различные хронические заболевания (хронический пиелонефрит, ожирение, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, желчекаменная болезнь, первичный гипотиреоз (медикаментозно компенсированный), варикозное расширение вен нижних конечностей, эпилепсия, вегето-сосудистая дисфункция). Состояние своего здоровья во время беременности как хорошее оценивают 89,6% ($p \leq 0,05$) женщин, удовлетворительное – 8,3%, неудовлетворительное – одна женщина. Большинство детей родились в удовлетворительном состоянии, из них 86,9% ($p \leq 0,05$) имели оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, 9,4% – 7-8 баллов и только 3,7% – 4-6 баллов. 84,9% ($p \leq 0,05$) детей были здоровы, 15,1% имели морфофункциональные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде нарушений ритма сердца (1 ребенок), диабетической кардиомии (2), аневризмы межпредсердной перегородки и широкого открытого овального окна (3), врожденных пороков сердца (2). У обследованных с морфофункциональными особенностями сердечно-сосудистой системы, описанными выше, средний возраст родителей составил $32,8 \pm 3,8$ лет ($p \leq 0,05$). Отягощенный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы выявлен у 50% ($p \leq 0,05$) обследованных; 62,5% ($p \leq 0,05$) женщин имели соматическую патологию (сахарный диабет I типа, аутоиммунный тиреоидит, гиперандрогения, артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит), 25% ($p \geq 0,05$) матерей перенесли острую респираторную инфекцию во втором триместре беременности, у 25% ($p \geq 0,05$) выявлены герпетическая и хламидийная инфекции.

Опросник SF-36 имеет 8 шкал, по которым оценивают: общее здоровье, физическое функционирование, ролевую деятельность, интенсивность боли, жизнеспособность,

социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Было выявлено, что 37,5% ($p \leq 0,05$) матерей новорожденных с патологией сердечно-сосудистой системы физической и психической компоненты здоровья были снижены.

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска развития кардиальной патологии у новорожденных являются: возраст родителей после 30 лет, наличие тяжелой соматической патологии у матерей, отягощенный семейный анамнез по кардиологическому профилю. Выявление морфологических и функциональных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы у 15,1% новорожденных, диктует необходимость продолжать поиски факторов риска формирования кардиальной патологии среди детской популяции, начиная с неонатального периода.

Дриль І.С., Тихова О.І.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ДИСМЕТАБОЛІЧНИМИ НЕФРОПАТІЯМИ.

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Сенаторова Г.С.

В останні роки відмічається збільшення дисметаболических нефропатій (ДМН) серед населення, що становить від 27 до 64% в структурі захворювань дорослого населення, та до 30% - серед дитячого населення, що є проявом порушення обміну амінокислот, пуринів, кальцію, щавлевої кислоти, вуглеводів. Стимулюючий вплив сечової кислоти на рівень розумової діяльності неодноразово доведений в терапевтичній практиці.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу гіперуратурії та гіперурикозурії на когнітивну сферу діяльності та психоемоціональний стан дітей з ДМН.

Матеріали дослідження. Проаналізовано 15 випадків ДМН у дітей, з додатковим тестуванням на швидкість мислення, тестуванням на уважність «ЮСЕФО». Групу контролю склали 31 учень, без нефрологічної патології.

Отримані результати. Діти з ДМН мали зниження швидкості мислення у 100% випадків. Низьку концентрацію уваги мали 87,5%, середню - 12,5% дітей з ДМН. Рівень стійкості уваги був низьким у 81,0% дитини, середнім у 12,5%, високим у 6,5% дітей. Діти з групи контролю мали низьку швидкість мислення у 29%, середню – 22,6%, високу – 48,4%; низьку концентрацію уваги мали 70,9%, середню-22,6%, високу-6,5% дітей; низькі показники стійкості уваги мали 48,3% дітей, середні – 45,2%, високі – 6,5% дітей групи контролю.

Висновки. Діти з ДМН характеризувалися більш низькими показниками мислення та уваги, що може бути пов'язаним зі змінами в психосоматичному стані організму на фоні існування патології нирок, а також відсутністю мотивації в більш уважному написанні тестів перебуваючи в лікарні.

Дриль І.С. Петренко Є.К., Забашта І.В.

РІВЕНЬ ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: професор Сенаторова Г.С.

Одним з напрямків розвитку сучасної медицини є пошук ранніх маркерів порушення серцево-судинної системи у дітей з різними соматичними станами.

Численні дослідження демонструють наявність впливу психологічних факторів, таких як тривога, депресія, агресія та гнів, на розвиток і перебіг соматичних захворювань, що в першу чергу впливають на стан серцево-судинної системи. В першу чергу, зміни в психологічному стані призводять до артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та порушень серцевого ритму.

Мета роботи: оцінити зміни серцевого ритму у дітей зі зміненими показниками рівня психічної напруги на фоні хронічного захворювання нирок (ХЗН).

Матеріали та методи. Обстежено 49 дітей 6 - 17 років (середній вік $12,7 \pm 3,1$ р.). Домінували дівчатка: 37 ($75,5 \pm 6,2\%$) проти 12 ($24,4 \pm 6,2\%$) хлопчиків. Середня тривалість захворювання склала $4,5 \pm 3,5$ років. Всім дітям проведено нефроурологічне обстеження, оцінку серцевої діяльності (за даними ехоскопії та електрокардіографії (ЕКГ)), з додатковим анкетуванням дітей для визначення рівня психічної напруги.

Отримані результати. При аналізі отриманих результатів ЕКГ обстеження переважна більшість дітей мала різноманітні порушення. Нормальні характеристики мали лише 9 дітей ($18,3 \pm 5,5\%$). Порушення серцевого ритму у вигляді синусової брадиаритмії мали 15 дітей ($30,6 \pm 6,6\%$), 5 ($10,2 \pm 4,3\%$) дітей мали синусову тахіаритмію. Порушення передсерцевої провідності зі скороченням інтервалу PQ ($<0,1$ с) виявлено у 1 дитини ($2,0 \pm 2,0\%$), його подовженням ($>0,20$ с) у 5 дітей ($10,2 \pm 4,3\%$). У однієї дитини була виявлена екстрасистола. У 14 дітей ($28,5 \pm 6,5\%$) виявлені порушення реполяризації різного характеру.

Більшість дітей 23 ($51,1 \pm 7,5\%$) мала показники самостійної діяльності в межах середніх значень, значне зниження самостійної діяльності встановлено у 11 дітей ($24,4 \pm 6,4\%$), середній вік яких був $15,0 \pm 1,8$ роки. Від $75,6 \pm 6,7\%$ до $91,1 \pm 4,2\%$ дітей мали середні рівні тривожності, депресії, гніву та агресії. Були встановлені поодинокі випадки значного підвищення рівнів депресії та гніву, по 1 випадку ($2,2 \pm 2,2\%$). Значно підвищений рівень агресії мали 4 дитини ($9,7 \pm 4,6\%$).

Висновки. Загальна кількість дітей ($40,8 \pm 7,0\%$), що мали різноманітні порушення серцевого ритму співпадала з кількістю дітей ($48,8 \pm 7,0\%$), в яких були виявлені підвищені показники тривоги, гніву та агресії. Таким чином, виникає необхідність проведення оцінки рівня психічної напруги у дітей з різними видами порушення серцевої діяльності, та своєчасного надання психологічної допомоги дітям.

Дубинин С., Молчанюк Д., Дмитренко А.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА БАДДА-КИАРИ У РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Кафедра педиатрии № 1и неонатологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Омельченко Е.В.

Синдром Бадда-Киари - заболевание, характеризующееся затруднением оттока венозной крови от печени, обычно в связи с тромбозом нескольких крупных печеночных вен при повышении склонности к тромбообразованию. Частота развития синдрома Бадда-Киари – 1 на 100 000 человек. В связи с низкой частотой встречаемости синдрома диагностика его затруднена, что обусловило актуальность изучения данной темы.

Приводим собственное наблюдение. Девочка С., 16 лет, находится под наблюдением с двухлетнего возраста. Из анамнеза болезни известно, что ребенок болен с полуторалетнего возраста, когда впервые было отмечено резкое увеличение

живота в размерах, отеки передней брюшной стенки, конечностей, желтушное окрашивание кожи. В больнице по месту жительства заподозрено наличие опухоли печени, в связи с чем, ребенок госпитализирован в хирургическое отделение. В клинике проведена пункционная биопсия печени, дренирование брюшной полости. В медико-генетическом центре установлен диагноз: тирозинемия. В возрасте 4 лет в республиканской клинике диагноз изменен на гликогеноз IV типа (болезнь Андерса); цирроз печени, обменный, мелкоузловой, сформированный, с портальной гипертензией, варикозным расширением вен пищевода, нарушением белково-синтетической функции печени. Асцит.

За все время наблюдения сохранялся выраженный асцит, резистентный к проводимой диуретической терапии, нарастающий в динамике.

Проведено доплеровское исследование сосудов печени: общая печеночная вена расширена до 12,2 мм, кровенаполнение неудовлетворительное, макс. скорость кровотока - 14,5 см/с (снижена). Проведена биопсия печени (атрофия гепатоцитов в центрлобулярной зоне, венозный застой, тромбозы в области печеночных терминальных венул). Установлен диагноз: Синдром Бадда – Киари, вторичный цирроз печени, портальная гипертензия. В связи с ухудшением состояния ребенку в возрасте 15 лет проведена трансплантация печени от родственного донора (II-III сегменты). Состояние больной после трансплантации печени средней степени тяжести. Ребенок продолжает лечение: диета с исключением острой, жирной, жареной пищи, кофе, шоколада, копченых изделий; продолжить лечение: програф: 7.00 – 2,5 мг, 19.00 – 3,0 мг - длительно; медрол 7.00 - 4 мг - длительно; бикарбонат 1 г x 2 р/сут. - длительно, урсохол (укрлив, урсофальк) 250 мг x 2 р/сут. - длительно.

Задорожная Г.Ю., Бударних Т.А., Келеберда І.С., Лупальцова О.С.
ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ У ПРОГНОЗІ ПОСТНАТАЛЬНОЇ ДЕПРЕСІЇ
Кафедра пропедевтики педіатрії №2
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Клименко В.А.

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є післяпологова депресія матерів, що впливає на розвиток дитини в ранній період його життя і частково визначає його майбутнє.

Мета. Вивчити рівень і характер післяпологової тривожності за шкалою Норакидзе матерів в залежності від виду вигодовування немовлят.

Матеріали і методи. Обстежено 35 дітей, які знаходилися у відділенні патології новонароджених. Проведено анкетування матерів з використанням шкали тривоги Норакидзе. Сумарна оцінка шкали Норакидзе 40 - 50 балів розглядалась як показник дуже високого рівня тривоги; 25 - 40 балів - високий рівень тривоги; 15 - 25 балів - середній з тенденцією до високого рівня; 5 - 15 балів - про середньому з тенденцією до низького рівня; 0 - 5 балів - низький рівень тривоги. Жінки (n=16) з грудним вигодовуванням (45,7±8,5%) склали 1-у групу, 2-у групу (n=9) – зі змішаним (25,7±7,4%), 3-ю групу (n=9) - зі штучним (25,7±7,4%).

Результати. Аналіз даних анкетування встановив високий рівень тривоги у постнатальному періоді у 28,0±11,1% випадків 1-ої групи, у 33,3±15,7% - 2-ої групи, у 11,1±11,1% – 3-ої групи (p1-3<0.05, p2-3<0.05); середній з тенденцією до високого рівня у 25,0±11,1% – 1-ої групи, у 44,4±16,4% – 2-ої, у 77,8±14,6% – 3-ої (p1-3<0.05); середній з тенденцією до низького рівня у 50,0±12,9% - 1-ої, у 44,4±16,4% – 2-ої, у 22,2±13,8% – 3-ої групи.

Висновки: Встановлені тенденції до більш високого рівню тривоги у постнатальному періоді при штучному вигодовуванні. Збереження грудного вигодовування є важливим, тому що має важливу роль у формуванні психологічної адаптації матері до дитини.

Кириенко И.С, Сахошко С.И., Вержанская О.Н.
КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ БОЛЕЗНИ КОНОВАЛОВА-ВИЛЬСОНА У ДЕТЕЙ
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Омельченко Е.В.

Цель работы: выявить клинико-лабораторные особенности манифестации болезни Коновалова-Вильсона (БВК) у детей.

БВК - наследственное заболевание, с нарушением метаболизма меди и избыточным накоплением ее в различных органах и тканях (в большей степени в печени и базальных ганглиях).

Проявления заболевания Коновалова-Вильсона разнообразны: заболевание может протекать под масками хронического гепатита, конъюгационной желтухи, цирроза печени, заболеваний обмена веществ, нервно-психических расстройств и др.

Материалы и методы исследования: в настоящее время под наблюдением находится 6 детей с БВК в возрасте от 4 до 18 лет, из них 3 мальчика и 3 девочки.

У всех детей заболевание проявлялось гепатомегалией и повышением уровня трансаминаз печени. У 6 детей манифестировало анемическим синдромом, интоксикационным – у 4, отечным – у 3 детей, и абдоминальным у 2 детей. У всех детей имело место психическая и неврологическая симптоматика: снижение памяти (2), агрессивность (2), гиперкинезы (1). Молекулярная диагностика подтвердила диагноз по АТР7В гену, локализованному на 13 хромосоме у 2 детей. Кольца Кайзера - Флейшнера ни в одном случае не обнаружены.

Выводы. БВК дебютирует в детском возрасте. Симптомы болезни выявлены при случайном обследовании и проявлялись различными масками, что усложняло раннюю диагностику. Полиморфизм клинической симптоматики предполагает исключение БВК у каждого пациента с заболеванием печени неясного генеза, неврологической и психической симптоматикой.

Конарева В.И., Вовк Т.В., Чистяк Ю.М.
БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ
Кафедра пропедевтики педиатрии №2
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Науковий керівник: доцент Плахотная О.Н.

Открытие вакцин в 19-м веке помогло победить опасные инфекции, уносившие миллионы жизней. Современная тенденция негативного отношения к прививкам и экономические проблемы в стране привело к низкому охвату вакцинацией и может привести к эпидемиям, особенно среди детского населения.

Цель исследования – улучшение состояния здоровья детской популяции в Украине путем создания достаточного коллективного иммунитета против управляемых инфекций.

Задача исследования: установить частоту побочных реакций и осложнений после вакцинации.

Материалы и методы. В соответствии с приказом МОЗ Украины № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» в центре создана комиссия, в состав которой входит заместитель главного врача по лечебной работе КУОЗ ОДКБ №1, доцент кафедры пропедевтики педиатрии №2, иммунолог, аллерголог, отоларинголог и все другие профильные областные специалисты. Обязанностью комиссии является разбор каждого конкретного эпизода поступления ребенка с диагнозом «Неблагоприятное событие после вакцинации» для выяснения истинной причины жалоб больного. Все дети города Харькова и области с подозрением на реакцию или осложнения вакцинации направляются для разбора на комиссию. Изучены материалы работы комиссии в течение 2014 года. Результаты обработаны методами вариационной статистики на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel 7.0.

Результаты. Изучены материалы историй болезни 49 детей, поступивших в стационар с диагнозом «Неблагоприятное событие после вакцинации». Группу изучения составили 26 мальчиков и 23 девочки. Дети до года составили 7 (14,3 %) человек, от 1 года до 2 лет – 26 (53 %), от 2 до 7 лет – 15 (30,6 %) и 14 лет - 1 (2,0 %) ребенок. Наиболее частыми жалобами при поступлении были подъем температуры (33 ребенка – 67,3 %), катаральные явления (19 детей – 38,8 %) и гиперемия, отек в месте инъекции (7 наблюдений – 14,3 %). Согласно приказу МОЗ Украины возможные неблагоприятные события делятся на 2 группы – реакции и осложнения. Реакции отмечены у 13 (26,5%) пациентов в виде подъема температуры тела до 39,0°C° у 4 детей (30,8 %) и выше 39,0°C°(сильная общая реакция организма) также у 4-х. Местные реакции в виде гиперемии, отека в области инъекции зарегистрированы в 8 (61,5 %) наблюдениях и у 1 (2 %) ребенка - катаральные явления. Возраст детей, имевших неблагоприятные события, распределился следующим образом: до 1 года – 1 ребенок, до 2 лет и от 2 до 7 – по 6 человек в каждой группе. Вакцины, на которые возникали реакции – «Инфанрикс IPV» - 4, «Инфанрикс, ОПВ, Гепатит В» - 2, «Инфанрикс» - 2, «Инфанрикс гекса» 2, «Инфанрикс, ОПВ» 1, «Пентоксим» 1, «Приорикс» 1. Дети, у которых подъем температуры, беспокойство, катаральные явления, слабость совпали с проведением вакцинации и истинным инфицированием ОРЗ или другими инфекциями составили 73,5 %. В этой группе были диагностированы острый ринофарингит, острый фаринготонзиллит, бронхит, кишечные инфекции, крапивница. Все дети после нормализации состояния через 1-2 дня были выписаны под наблюдение участкового педиатра. У обследованных детей в 2014 году не было зарегистрировано ни одного осложнения на вакцинацию.

Вывод: Проведение вакцинации препаратами, зарегистрированными в Украине согласно календарю, утвержденному МОЗ, являются безопасным.

Красницкая В.А., Стрелкова М.И.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АУТОИММУНОГО
ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА I ТИПА У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Омельченко Е.В.

Цель исследования – совершенствование диагностики аутоиммунного полиэндокринного заболевания I типа.

Для аутоиммунного полигландулярного синдрома I типа (АПС1) характерно полиорганное поражение. Больная Р., 15 лет поступила в клинику с жалобами на тонико-клонические судороги в анамнезе; снижение чувствительности в нижних конечностях, усиливающихся после физической нагрузки; сухость и шелушение кожных покровов, ломкость ногтей; периодические конъюнктивиты; изменение цвета и отделение ногтевых пластинок от ногтевого ложа; отсутствие менструаций; рвоту.

При клинико-лабораторном и инструментальном обследовании установлено: онихомироз, гипопаратиреоз (судорожный синдром, низкий уровень паратгормона и ионизированного кальция сыворотки крови), диффузный зоб I степени, аутоиммунный гепатит с умеренной степенью активности (повышение активности аминотрансфераз, диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия, повышение титров антинуклеарных антител), задержка темпов полового развития (уменьшение размеров матки и яичников по данным УЗИ малого таза), первичная аменорея, синдром удлиненного QT. Синдром (АПС1) у детей встречается редко, имеет тяжелое течение, приводит к инвалидизации. Ранняя диагностика АПС1 требует мультидисциплинарного подхода и мониторингования специалистами всех составляющих данного патологического процесса.

Кулакова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ШКОЛЬНИКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра пропедевтики педиатрии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Охупкина О.В.

Физическое развитие (ФР) растущего организма является основным показателем состояния здоровья ребенка. Чем значительнее отклонения в физическом развитии, тем выше вероятность возникновения различных заболеваний. Для характеристики уровня физического развития информативными являются антропометрические показатели – масса тела (кг) и длина тела (см), с учётом социальных факторов и питания ребенка.

Цель исследования. Провести анализ уровня физического развития детей школьного возраста и определить наиболее значимые факторы его формирования.

Материалы и методы. Анонимно было проведено анкетирование 32-х детей в возрасте 14-15 лет; анкета была нами адаптирована и учитывала социально-экономический и медицинский аспекты жизни ребенка. Физическое развитие оценивали по ИМТ (согласно рекомендациям ВОЗ, 2009).

Результаты и их обсуждение. Проанализировав анкеты, были получены следующие результаты: у 25 % детей отмечается масса тела в норме (I группа), у 37,5% детей отмечается недостаточная масса тела (II группа), у 37,5 % детей отмечается риск развития ожирения (III группа). В I группе количество приёмов пищи детей составляет 3-5 раз (дробное питание), несколько раз в неделю употребляют свежие овощи и зелень, каждый день употребляют фрукты, не употребляют "Fast food", хлебобулочные изделия употребляют 1-2 раза в неделю. Во II группе дети употребляют достаточное количество животного белка, отдают предпочтение постной, вареной или паровой пище, достаточно редко употребляют "Fast food", хлебобулочные изделия употребляют 1-2 раза в неделю, практически не испытывают чувство голода, считают правильное питание необходимостью. В III группе количество приёмов пищи составляет 1-2 раза, употребление свежих овощей и зелени

в залежності від часу року, в якості гарнира діти в основному віддають картофельне пюре, часто вживають "Fast food", також в цій групі діти 3-4 рази в тиждень вживають хлібобулочні вироби.

Висновки. Таким чином, при аналізі анкет було виявлено, що раціон всіх дітей в III групі з ризиком розвитку ожиріння (37,5%) включає велику кількість простих вуглеводів, недостатню кількість овочів, надлишкову кількість жирів, що свідчить про взаємозв'язок характеру харчування і фізичного розвитку.

Лозко Л.В.

ВИПАДОК СИНДРОМУ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ В ДІВЧИНКИ ТРЬОХ РОКІВ

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Осичнюк Л.М.,

Синдром Прадера-Віллі (СПВ) - рідкісне захворювання, при якому 7 генів (деякі їх частини) на 15 батьківській хромосомі видалені або нормально не функціонують (при частковій делеції хромосоми 15Q). Розповсюдженість СПВ складає 1 на 10000-25000. На сьогодні в усьому світі налічується більше 400000 людей із СПВ. СПВ характеризується гіпотонією, невеликим зростом, гіперфагією, ожирінням, поведінковими проблемами. У хворих маленькі руки і ноги, для них характерні гіпогонадізм і легка розумова відсталість.

Ми спостерігали хвору Г., 3 років 4 міс. із синдромом Прадера-Віллі. На момент огляду мама пред'являла скарги на затримку темпів психомоторного розвитку, малий словарний запас, підвищення апетиту.

Із анамнезу життя: народилась від I вагітності, яка перебігала на фоні загрози переривання, багатоводдя, пологи передчасні (термін гестації 30 тижнів), передчасне відходження навколоплідних вод. Маса тіла 1300 г, довжина 38 см, оцінка за шкалою Апгар 5-6 балів. На першому році життя розвивалась із затримкою: голову тримає з 8 міс., сидить з 1 року 2 міс., ходить самостійно з 2 років; почала говорити окремі слова у 2 роки, з 2,5 років говорить словосполученнями.

Одразу після народження проходила лікування в перинатальному центрі з приводу: перинатальна енцефалопатія, синдром пригнічення центральної нервової системи (ЦНС), вроджена вада серця (ВВС). Протягом 17 днів знаходилась на штучній вентиляції легень. У віці 3 тижнів переведена до обласної лікарні у край важкому стані, обумовленому кардіореспіраторною, церебральною недостатністю; було діагностовано перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, синдром пригнічення ЦНС; бронхолегенева дисплазія; ВВС; анемія; двобічна пневмонія, гіпотрофія. При нейросонографії виявлена перивентрикулярна лейкомаляція, асиметрична вентрикулоділяція.

Хвора неодноразово проходила обстеження. Результати: каріотип 46, XX, 1% хромосомної нестабільності; молекулярний аналіз - поліморфізм в гені MTRR в гомозиготному стані, в гені MTHFR в гетерозиготному стані; метіонін 0,019 мкмоль/л (↓); гомоцистеїн 5,4 мкмоль/л (↑), вітамін B12 958 пг/мл (↑); холестерин 2,7 ммоль/л (↓); рівень глюкози, лужної фосфатази, заліза, тригліцеридів, АСТ, АЛТ, білірубину, ГГТ, креатиніну, сечовини, сечової кислоти, Са, Р, КФК, ЛДГ, білку в сироватці крові в межах норми. В сечі підвищення метілмалонату, фумарату, гомованілової кислоти, 5-гідроксиіндолацетату. УЗД: нерізкі дифузні зміни паренхіми печінки, перегин, гіпотонія жовчного міхура; метаболічні зміни в нирках, лоханки щілиновидні. З 1 року 10 міс. підвищення рівня АСТ 115,96 Одл (↑), АЛТ 146,12-189,13 Одл (↑), залізо 7,56

мкмоль/л (↓), білок 73,44 г/л (↑). Об'єктивно: температура тіла 36,6°C, зріст 93,5 см, маса тіла 18 кг, окружність голови 51 см, окружність грудної клітки 67 см, фізичний розвиток вище середнього. Шкірні покриви звичайного кольору, підшкірно-жирова клітковина розвинута з надлишком, розподілена рівномірно, маленькі кисті і стопи, Х-подібна форма ніг, високе вузьке чоло, мигдалевидний розріз очей, косоокість, вузькі губи, множинний карієс. У вертикальному положенні живіт збільшений. М'язова гіпотонія, рефлексії середнього ступеню живості з верхніх кінцівок, торпідні з нижніх. Ходить самостійно, робить спроби встати без опори, може переступати через невеликі перешкоди. Виконує складні маніпуляції з предметами, елементи сюжетної гри, в активній мові вживає декілька полегшених слів, на горщик проситься, їсть ложкою самостійно.

Клінічний діагноз: нижній парапарез, бронхолегенева дисплазія, класична, тяжкого ступеню, НК I-II, ВВС, мітохондріальна дисфункція, нейротрансмітерні порушення, порушення обміну сірковміщуючих амінокислот, кобаламіну, плосковальгусна деформація стоп, сенсорна афазія, затримка статокінетичного і психомовного розвитку, синдром Прадера-Віллі.

Лоскутов А. В., Зайцева О.В., Ільєнко Н.А.

**СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА СЕРОСОДЕРЖАЩИХ
АМИНОКИСЛОТ, ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ, ДЕФИЦИТА
КОБАЛАМИНА.**

Кафедра педиатрии и неонатологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Омельченко Е. В.

Клиническое наблюдение ребенка Б., 11 месяцев. На момент обращения мать предъявляла жалобы на одышку, шумное, периодически стонущее дыхание, продуктивный кашель, повышение температуры тела до 38,2 °С, адинамию, однократную рвоту. Особенность анамнеза: кефалогематома при рождении, голову удерживает с 4 мес., сидит с 8 мес. с 5 мес. отмечались эпизоды нарушения глотания. Дважды перенес ОРВИ, трижды – острый бронхит. Фенотип ребенка: голова гидроцефальной формы, высокий лоб, уплощенный затылок, насечки на левом ухе, мраморность кожи, изодактилия пальцев стопы. При поступлении запах ацетона изо рта. Перкуторно над легкими коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, обилие сухих и мелкопузырчатых влажных хрипов с обеих сторон. В неврологическом статусе: отсутствие продуктивного контакта с окружающими, малоэмоциональность, шумное «кряхтящее» дыхание, мышечная дистония по гипертоническому типу, разгибательный гипертонус, вскармливался через зонд. В динамике отмечалось увеличение размеров печени до 7 см ниже края реберной дуги, нарастание неврологической симптоматики в виде миоклонических судорог лица, дрожательных гиперкинезов, клонусов стоп, крупноразмахистого тремора верхних и нижних конечностей, мелко размахистого тремора кистей, сходящегося содружественного косоглазия, непостоянной анизокории. Дополнительные методы исследования: анемия II степени, лейкоцитоз, нейтрофилез; гипопротеинемия, гипогаммаглобулинемия; декомпенсированный метаболический ацидоз, гипокалиемия. ЭЭГ: грубые нарушения паттерна ЭЭГ, признаки выраженного снижения уровня биоэлектрической активности в лобных и правых височных отведениях. ЯМРТ головного мозга: умеренное диффузное истончение мозолистого тела, гипотрофические изменения корковых отделов обеих гемисфер, наиболее

выраженные в зоне лобных и височных долей. Проведено обследование в условиях медико-генетического центра: повышение уровня лактата - 2,44 ммоль/л (N 0,56 – 1,67), гомоцистеина – > 50,0 ммоль/л (N 6,26 – 15,07). Установлен генотип: MTHFR 677 CT (гетерозигота), MTRR 66 GG (пат.гомозигота), MTR 2756 AG (гетерозигота). Полученные результаты дообследования позволили установить окончательный диагноз: Наследственное нарушение обмена веществ: нарушение обмена в фолатно – метиониновом цикле, нарушение ремитилирования гомоцистеина в метионин, дефицит кобаламина (метилмалоновая ацидурия с гомоцистеинурией). Наследственное нервно – дегенеративное заболевание (лейкодистрофия). Иммунодефицит по гуморальному типу (дефицит субклассов Ig G). Дефицитная анемия смешанного генеза, средней степени тяжести. Лечение: Питание смесь «Хумана МСТ», в/в кап. L – лизин, в/в 5% вит. B6, в/в цефепим, амикацин, флуконазол, ванкомицин, в/в кап. биовен – моно, внутрь амброксол, линекс, био – гая, агвантар, кудесан, стомак – суппорт, карбомазепин, мидокалм, левицитам, фолиевая кислота, вентолин. На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось: нормализовалась температура тела, купированы одышка, шумное стонущее дыхание, уменьшились размеры печени, исчезли гиперкинезы, тремор конечностей, клонусы стоп, анизокория, косоглазие. Контрольное обследование в клинике через 1 мес.

Макєєва Є.А.

ФУНКЦІОНАЛЬНО-РЕЗЕРВНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н. Гончарь М.О.

Відомо, що захворювання серця та судин у дорослих беруть початок ще в дитячому віці. Рання профілактика, своєчасна діагностика патології серця та судин у подальшому дозволяють зменшити ризик їх прогресії, хронізації та інвалідизації дорослого працездатного населення України. Порушення адаптації серцево-судинної системи (ССС) до фізичного навантаження вказує на наявність предпатологічних станів і патологічних змін серця, раннє виявлення яких є важливим в дитячому віці.

Мета дослідження: визначити функціонально-резервні можливості ССС у підлітків шляхом аналізу результатів проби Руф'є, вивчення гемодинамічних показників стану серцево-судинної системи.

Матеріали та методи. Обстежено 94 підлітка, учня 9-тих класів ЗОШ (43 хлопці і 51 дівчинка) 14-15 років, 42 з яких проживають у місті Харкові та 52 – у районах Харківської області. Визначено антропометричні показники та параметри з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ). Для визначення характеру структури тіла використовували метод V.G.A. Durnin і співав. зі застосуванням нормативів для підлітків, оцінювали відсоток вмісту жиру в організмі (% жиру).

Досліджували показники вітальних функцій: частоту дихання (ЧД), частоту серцевих скорочень (ЧСС), систолічний артеріальний тиск (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ). Для оцінювання функціонально-резервних можливостей ССС проводили пробу Руф'є та визначали інотропний резерв серця (ІРС), хронотропний резерв серця (ХРС), подвійний добуток (ПД). Зазначені гемодинамічні показники розраховували за формулами, в якості складових для формул використовували параметри, які були одержані під час проведення проби Руф'є.

Результати дослідження. Хлопці, що мешкають у місті, частіше ніж дівчата ($p < 0,05$) та їхні однолітки з села ($p < 0,05$), мають нижче середнього або низький рівень пристосування ССС до фізичного навантаження. Наявні кореляційні зв'язки між результатами проби Руф'є та % жиру ($r = +0,65$, $p < 0,05$) та ІМТ ($r = +0,53$, $p < 0,05$). Достовірних відмінностей стосовно рівнів ХРС у підлітків з міста й села не було знайдено. ІРС був статистично значуще вищим у підлітків, що мешкають у районах області ($p = 0,0047$). Визначені статистично вищі рівні ХРС, ІРС, ПД (усі $p < 0,001$) у підлітків з високим рівнем рухової активності. Вірогідно вищий рівень ПД у підлітків з високим рівнем активності підтверджує наявність вищого рівня фізичної працездатності та функціонально-резервних можливостей міокарда. З'ясовано наявність сильного зв'язку між рівнями рухової активності та функціонально-резервними можливостями ССС ($r_{bs} = +0,87$, $p < 0,001$).

Висновки. Хлопці, що мешкають у місті, частіше, ніж дівчата та їх однолітки з села, мають нижче за середній або низький рівень пристосування ССС до фізичного навантаження. Наявні кореляційні зв'язки між результатами проби Руф'є та % жиру підтверджують негативний вплив надмірної ваги на функціональний стан ССС. Вірогідно вищий рівень ПД у підлітків з високим рівнем активності, порівняно із підлітками із низьким рівнем рухової активності, підтверджує наявність вищого рівня фізичної працездатності та функціонально-резервних можливостей міокарда. Підлітки з надмірною вагою, підвищеним артеріальним тиском та/або зниженим рівнем пристосування ССС до фізичного навантаження входять до групи ризику формування кардіальної патології та повинні знаходитись під наглядом фахівців.

Мірошниченко Я.М., Череднікова Т.Ю., Андрущенко В.В.
ОСОБЛИВОСТІ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ НА
СУЧАСНОМУ ЕТАПІ
Кафедра педіатрії № 2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Одинець Ю.В.

Значна захворюваність, високий рівень летальності, збільшення частоти затяжних форм пневмоній у дітей залишають негоспітальну пневмонію однією з найбільш актуальних проблем сучасної педіатрії. Ретроспективно, за даними вивчення 35 історій хвороб дітей, що перебували на лікуванні у пульмонологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні № 16 м. Харкова виявлено, що найчастішою скаргою дітей, хворих на пневмонії, при надходженні в стаціонар був кашель – він зустрічався у 92,85% хворих. Підвищена температура тіла зареєстрована у 73,2±3,9% дітей. 22,32±3,9% дітей скаржилися на кволість. На наявність задишки, утруднення дихання звертали увагу 17,86±1,9% матерів. Біль у грудній клітині непокоїла 9,82±2,8% хворих на пневмонію, головний біль 8,03±2,6% пацієнтів. Скарг не мала лише 1 (2,85±0,009%) дитина. Аналіз особливостей початку захворювання виявив, що в більшості дітей (54,3±5,5%) захворювання починалось із симптомів застуди (нежить, кволість, підвищення температури тіла). У 32,14±0,044% обстежених дітей захворювання розпочиналось із кашлю, у 3,57% хворих захворювання дебютувало болем в грудній клітині. Лише 16,25% матерів вказують на зв'язок розвитку пневмонії із перенесеним напередодні гострим респіраторним вірусним захворюванням та після загального переохолодження дитини. Інші 83,75% матерів причину розвитку пневмонії в їх дітей пояснити не змогли. Середня тривалість захворювання до госпіталізації дитини склала 10,88±2,48 діб. У 17,86% дітей будь-які

лікувальні заходи були відсутні; 3,57% батьків обрали фітотерапію, уникаючи застосування антибактеріальних засобів за наявності показань; 4,46% дітей лікувались самопризначеним невідповідним антибактеріальним засобом без нагляду педіатра. При госпіталізації у 91,96±2,6% дітей, хворих на негоспітальні пневмонії, загальний стан був середньо-тяжким; у 6,25±2,2% хворих – тяжким, у 1,79±1,3% – вкрай тяжкий. Фізикальні зміни виявлені у 94,64±2,12% дітей: локальне скорочення легеневого звуку - в 94% випадків; аускультативні зміни - в 98% (ослаблення дихання – у 73,21±4,18% дітей, вологі хрипи - в 85,36±4,69% хворих; сухі хрипи відзначалися у 8,93±2,69% хворих; крепітація – у 31,25±4,3% хворих; шум тертя плеври вислуховувався лише в 1,78±1,25% випадків). В клінічних аналізах крові виявлено лейкоцитоз – у 11,6%, нейтрофіліоз – у 28,57%, зсув лейкоцитарної формули вліво – 13,39%, прискорення ШОЕ – у 83,04% дітей, хворих на пневмонію. За даними протеїнограми, у 69,64% дітей визначалася гіпер- γ -глобулінемія. Визначено також підвищення у середньому на 10-15% глікопротеїдів – у 56,25%, сіромукоеїдів – у 29,46% хворих. Рентгенологічні ознаки пневмонії у всіх дітей проявились локальним зниженням прозорості легеневої тканини, посиленням та збагаченням легеневого малюнку. Фібринозний плеврит рентгенологічно виявлено у 8,4% дітей. Майже в усіх дітей (98%) пневмонія була з переважним розташуванням запального вогнища у нижній або середній долі легені. Більшість пневмоній (88,5%) перебігала класично, інші 11,5% набули затяжного перебігу. Отримані дані дозволили дійти висновку про те, що, не зважаючи на характерні для основної долі хворих класичні клінічні прояви та перебіг негоспітальних пневмоній, досить високим виявився відсоток пневмоній із затяжним перебігом. Можливо, це є наслідком несвоєчасної та неадекватної стартової терапії хворих, їх запізньої госпіталізації в стаціонар, що, в свою чергу, зумовлено недостатньою освіченістю батьків, їх прихильністю до народних методів лікування, передвзятим ставленням до антибактеріальної терапії при гострій бронхолегеневій патології та до медичної галузі взагалі. Вирішенням цієї проблеми має стати підвищення рівню освіченості батьків шляхом їх залучення до отримання необхідних базових знань з основних питань медицини у «школах-матерів», націлених на проведення санітарно-просвітницької роботи та налагодження контакту в стосунках системи «лікар-пацієнт».

Ольховський Є.С.

СЛИЗОВА ОБОЛОНКА ГОРТАНІ У ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ, ХВОРИХ НА БРОНХІТИ

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Сенаторова Г.С.

Мета роботи – дослідження клінічних проявів обструктивних гострих бронхітів (ГБ) у дітей раннього віку з бронхолегеневою дисплазією (БДЛ) та вивчення морфологічних змін у слизових оболонках гортані.

Матеріали і методи дослідження. Проведено співставлення клінічних проявів ГБ та морфологічних змін слизової оболонки гортані у 43 дітей віком 1 міс-2 роки, з яких 23 - з БДЛ (І група) та 20 - без будь-якої патології з боку дихальних шляхів (ІІ група).

Обговорення отриманих результатів. Визначено, що розвиток обструктивного синдрому з перших годин хвороби призводив до дуже тяжкого перебігу, супроводжувався швидким розвитком дихальної недостатності (11-47,83% і 8-40,0% випадків відповідно в групах спостереження). Строки збереження обструкції у дітей

першої групи були суттєво довшими і склали $7,54 \pm 2,46$ доби, в той час як у дітей другої – $5,61 \pm 1,46$ доби, $p < 0,05$. У 8 (34,78 %) дітей першої і 4 (20,0 %) другої групи спостерігався хвильоподібний перебіг хвороби. Нами виявлено особливості морфологічного стану слизової оболонки гортані при БЛД, а саме – посилене колагенутворення як інтерстиціального колагену III типу, так і колагену базальних мембран IV типу, дефіцит клітин-продуцентів IgA у власній пластинці слизової оболонки

Висновки. Наявність БЛД у дітей сприяє формуванню тяжкого і несприятливого (хвильоподібного) перебігу бронхіту. Виявлені зміни в слизових оболонках гортані можуть бути предикторами формування в подальшому виразних склеротичних змін, що необхідно враховувати при диспансерному спостереженні за такими хворими.

Панасюк М.С. Фадеев П.В.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИПЕРИММУНОГЛОБУЛИНЕМИИ E

Кафедра педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Алексеева Н.П., к.мед.н. Бирюкова М.К.

Синдром гипериммуноглобулинемии E – это мультисистемное, ауточномное заболевание, характеризующееся первичным иммунодефицитным состоянием, повторными стафилококковыми абсцессами кожи и мягких тканей с «холодным» течением, пневмониями с исходом в пневматоцеле, чрезвычайно высоким уровнем IgE в крови, эозинофилией, специфическими аномалиями скелета и зубной эмали. Это достаточно редкое заболевание - частота не больше 1:1 000 000 человек. Установлена роль дефекта гена STAT3 в развитии ауточомно-доминантного гипер-IgE синдрома и мутации в гене DOCK8 при ауточомно-рецессивном варианте болезни. Белок STAT3 отвечает за передачу провоспалительных (от ИЛ-6) и противовоспалительных сигналов (от ИЛ-10). Аномально высокая продукция IgE, вероятно, опосредуется через усиление влияния ИЛ-4 на В-клетки в отсутствии регулирующего действия ИЛ-10. Недостаточность DOCK приводит к снижению резистентности к грибковому, бактериальному и в особенности вирусному инфицированию. Результат этих мутаций – развитие запоздалого, неадекватного и при этом вовремя не прекращающегося иммунного ответа. В связи с редкой встречаемостью этой патологии приводим собственное наблюдение семейного случая первичного иммунодефицита – синдрома гипериммуноглобулинемии E (синдром Иова) у ребенка дошкольного возраста. Мальчик в возрасте 3 года 9 мес наблюдается педиатром по поводу рецидивирующих бронхолегочных заболеваний: пневмонии до 3-х раз в течение года, атопический дерматит в возрасте до 1-го года, стрептостафилодермия кожных покровов, рецидивирующие отиты, кандидоз ротовой полости, рецидивирующий бронхообструктивный синдром. При обследовании и ребенка выявлено повышение уровня IgE в крови ($15\,144$ IU/ml при N до 100 IU/ml), лимфоцитопения, эозинофилия. В семейном анамнезе: мать больного страдала синдромом Иова, умерла в возрасте 32 лет от лимфомы. Основной задачей терапии синдрома Иова на сегодняшний день является профилактика хронических бактериальных поражений кожи и внутренних органов с использованием антибиотиков широкого спектра действия. В перспективе терапии синдрома гипериммуноглобулинемии E разрабатываются методы аллогенной трансплантации костного мозга, применение анти-IgE- моноклональных антител. По имеющимся на сегодняшний день данным, при возможно ранней диагностике и

адекватной антимикробной и антимикотической терапии «осторожный прогноз» достаточно благоприятен.

Плехова О.А., Калужка В.Ю.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кафедра пропедевтики педиатрии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Атаманова Е.В.

Менархе у девочки-подростка обычно появляется в 12-13 лет. Время наступления первых месячных зависит от наследственности, физического развития организма, питания, перенесённых заболеваний, социально-бытовых условий и множества других факторов.

В период пубертата молодой девушке хочется выглядеть особенно стройной и красивой. И часто в таком случае прибегают к различным диетам, которые ведут к значительной потере веса. Существует даже такое понятие как критическая менструальная масса – вес, по достижении которого у девушки-подростка начинаются месячные (45-47 кг). При сильном отклонении от данной нормы могут отмечаться длительные задержки.

Целью нашей работы было: установить зависимость менструального цикла, его болезненность и регулярность от питания девочек-подростков; установить различие в питании и менструации у девушек, проживающих в городе и в селе; установить влияние диет на становление репродуктивной функции девушек; определить причины задержки или отсутствия менструального цикла.

В ходе нашей работы была разработана анкета с учетом питания, физического развития, физиологических особенностей, образа жизни подростков. В исследовании приняли участие ученики 8,9,10 и 11 классов Харьковской гимназии №23 Харьковского городского совета Харьковской области и школы с. Павловка. Возраст анкетированных составлял 13-17 лет. Было обработано 126 анкет. Анализ результатов анкетирования показал, что менархе у большинства девочек (87%) начинается в возрасте 13 лет, к 15 годам уже 97% девушек имеют менструации. Длительность менархе составляет от 2 до 7 дней, но нередко она затягивается до 2 недель и более (у 13,2% девушек). Кроме того, установлено, что первые три года после наступления менструации циклы длятся более 28-35 дней, но с возрастом они становятся короче и регулярнее. Анализ медико-социальных факторов у девочек – подростков показал, что нарушения менструального цикла вызывают: недостаточный вес (38% девушек придерживаются диеты, 5% принимают таблетки для похудения, 26% пьют чай для похудения), ожирение (60% ежедневно употребляют фастфуд, газированные напитки и т.п.), стрессовые факторы (60% испытывают постоянный стресс, 15% принимают противострессовые препараты), неправильное питание (70% школьниц отказываются от обеда из-за нехватки времени, часто перекусывают).

Также установлено, что показатель ожирения в сельской школе на 38% больше, чем в Харьковской гимназии, что связано с питанием девушек и их образом жизни. 22% девушек из г. Харьков занимаются спортом, 15% периодически посещают секции и спортивные залы. В селе этот показатель не достигает и 10%. Обращает на себя внимание, что более 50 % городских девушек испытывают постоянный стресс и часто находятся в состоянии депрессии, в селе этот показатель менее 30%. Несмотря на эти результаты, уровень олиго- и дисменореи практически одинаковый. Это

можно объяснить тем, что нарушения цикла связаны как с неправильным питанием, ожирением (в селе), так и с постоянными диетами и стрессами (в городе).

В результате исследования мы пришли к выводам, что более чем у 70% наблюдаются регулярные задержки месячных, их болезненность, что в первую очередь связано с неправильным питанием и постоянным стрессом. Исходя из этого, девушкам уже в раннем возрасте нужно пересмотреть свой образ жизни, внимательнее относиться к здоровью, в частности к репродуктивной системе, ведь основная роль женщины на земле - это родить здоровое потомство.

Потихенская К., Болдырева Е.С.
МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ЗАГАДКА ДЕТСКОЙ
ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Кафедра педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Поддубная И.Н.

Миелодиспластический синдром (МДС) является сложно диагностируемым синдромом, трансформируясь в дальнейшем в онкогематологические заболевания.

Материалы. Под наблюдением находилось 5 детей с МДС. Диспластические признаки клеток периферической крови и костного мозга при МДС характеризовались дисэритропоезом, дисгранулоцитопоезом, дистромбоцитопоезом. Помимо морфологических изменений клеток крови и костного мозга, при МДС наблюдались количественные и функциональные нарушения элементов гемопоэза. При цитогенетических исследованиях обнаружены нарушения кариотипа у 50% больных с МДС. Характерной особенностью заболевания явилась пролиферация бластных клеток с последующим развитием острой лейкемии, что отмечалось у 20% больных. У детей развивались аутоиммунная анемия и тромбоцитопения, а также тяжелый аутоиммунный синдром с артритами, кожными васкулитами и полисерозитом.

Результаты. У детей наблюдались тяжелые клинические проявления с выраженной спленомегалией, кожным васкулитом и рецидивирующими инфекциями, заболевание имеет более тяжелое течение, чем у взрослых; ремиссия отсутствует и отмечается значительно меньшая продолжительность жизни со времени манифестации. Редкость и гетерогенная природа заболевания обуславливают сложность диагностики МДС у детей. Результаты консервативного лечения на сегодня являются малоэффективными, единственным мероприятием, улучшающий прогноз, является трансплантация костного мозга (ТКМ).

Потіхенська Х.
АКТУАЛЬНИЙ ГЕМОРАГІЧНИЙ ВАСКУЛІТ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії № 2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Одинець Ю.В.

Геморагічний васкуліт (ГВ) серед системних васкулітів посідає провідне місце. Аналіз літературних даних про захворювання дітей на ГВ як в Україні, так і за кордоном показує, що в сучасний період це захворювання набуло широкого поширення. Результати останніх досліджень свідчать, що показник захворюваності на ГВ становить в Україні 4,9 на 10000 населення дітей до 14 років. Поряд з частотою і «омолодженням» ГВ за останні роки виявляється тенденція до збільшення питомої

ваги тяжких його форм (блискавичних, абдомінальних) та прогресуванням ускладнень з формуванням хронічної патології органів та систем.

Метою роботи є дослідження типових клінічних та лабораторних показників при геморагічному васкуліті у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом знаходилося 4 дітей хворих на геморагічний васкуліт на базі дитячого гематологічного відділення КУОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16». Проаналізовано клінічні прояви захворювання: комбінація папульозно-геморагічних висипань на шкірі з суглобовим і абдомінальним синдромами (типова тріада). Було відмічено чергування періодів сильного болю при абдомінальному синдромі з безбольовими проміжками (1-2 год) і купуванням болю після призначення гепаринотерапії, антиагрегантів та нікотинової кислоти. В лабораторних дослідженнях: гіперфібриногенемія, збільшення рівнів СРБ та серомукоїду, нормальний вміст тромбоцитів.

Результати. Геморагічний васкуліт у дітей набуває широко поширення останнім часом. Клінічні та лабораторні показники є типовими для перебігу геморагічного васкуліту, але до сьогодні залишається відкритим питання щодо патогенезу захворювання.

Прященко М.О., Труш А.М.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ РІВНЮ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: профсор Охупкіна О.В.

Особливої уваги в наш час заслуговують діти шкільного віку, стан здоров'я яких значно погіршується протягом навчання у школі. Звертаємо увагу на те, що сьогодні школа пред'являє значні вимоги до дитини, що нерідко не відповідають її фізіологічним можливостям. У результаті цього збільшується емоційне й нервово-психічне навантаження на центральну нервову систему. Поряд із цим спостерігається зниження фізичної активності дітей та порушення режиму їх праці та відпочинку.

Мета роботи: визначення найбільш впливових медико-соціальних факторів щодо формування рівню соматичного здоров'я школярів на сучасному етапі.

Обстежено 96 дітей віком від 13 до 16 років (52 (54,2%) хлопчика та 44 (45,8%) дівчинки), які навчаються в загальноосвітніх школах Харківської області та м. Харкова. Ураховували рівень захворюваності дітей, фізичного розвитку, а також методом анкетування проведено аналіз найбільш впливових соціально-побутових умов мешкання та способу життя дитини. Анкета була розроблена спеціально для даного дослідження.

Аналіз результатів дослідження показав, що більшість дітей не залежно від статі та місця проживання хворіють 1 раз на півроку (53,1% школярів). Звертають на себе увагу гендерні особливості більш високого рівня захворюваності, а саме: хлопчики у два рази частіше ніж дівчатка хворіють 1 раз на тиждень, та майже 19,8% хлопчиків хворіють 1 раз на місяць проти 6,4% дівчаток з цією частотою захворюваності ($p < 0,05$). При цьому встановлено, що хлопчики більш ніж на 13% на відміну від дівчаток займаються спортом та відвідують заняття фізичної культури ($p < 0,05$). Нічний сон хлопчиків складає в середньому 8-10 годин, у той час як дівчатка – менше 8 годин, а 9% дівчаток сплять від 5 до 3 годин. Хлопчики витрачають в середньому близько 1 години на виконання домашнього завдання, а дівчатка не менше 2 годин.

Окрім того, хлопчики більше ніж дівчатка проводять час на свіжому повітрі (60% дівчаток не більше 1 години). Стосовно витраченого часу біля комп'ютеру, хлопчики також значно менше ніж дівчатка знаходяться біля електронних девайсів (2 години та 5 годин відповідно, $p < 0,05$), що пояснюється більш високим інтересом дівчат до соціальних мереж.

Аналіз фактичного харчування школярів показав, що хлопчики більше ніж дівчатка споживають молочні продукти, м'ясо та рибу. Проте, 98,7% дівчаток щоденно у своєму раціоні мають овочі та фрукти, а більшість хлопчиків лише 2-3 рази на тиждень. Але найбільш шкідливий чинник щодо здоров'я дитини – вживання fast food виявлено серед хлопчиків, 45,3% яких щоденно мають його в своєму раціоні. Що, безумовно, нашло віддзеркалення у рівні фізичного розвитку дітей. Так, відповідний до віку індекс маси тіла (ІМТ) мають 34,1% дівчаток, і лише 17,3% хлопчиків. У той час, 50,0% хлопчиків мають підвищений ІМТ і 22,7% дівчаток. Зниження ІМТ спостерігалось у 43,2% дівчаток і 26,9% хлопчиків ($p < 0,05$).

Таким чином, саме рівень фізичного розвитку, а саме підвищення маси тіла являється найбільш впливовим фактором щодо зниження рівню соматичного здоров'я дитини, що необхідно враховувати при диспансерних оглядах та посилювати санітарно-просвітну роботу у цьому напрямку.

Пушкар М.Б.

ПОРІВНЯННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ РІЗНИХ ШКАЛ БОЛЮ ПІСЛЯ АДЕНОТОМІЇ У ДІТЕЙ.

Кафедра дитячої анестезіології та інтенсивної терапії

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Георгіянц М.А.

Лікування післяопераційного болю як і раніше являє істотну проблему для анестезіолога. Післяопераційне знеболювання відіграє первинну роль у задоволеності пацієнта лікуванням, особливо дитини, яка має своє власне сприйняття болю. Для адекватної оцінки інтенсивності болю та ефективності його лікування необхідно обирати відповідну шкалу.

Мета: оцінка ефективності післяопераційного знеболювання за допомогою різних шкал болю після аденотомії у дітей.

Матеріали та методи: у дослідження увійшло 55 дітей віком від 6 до 11 років, яким була проведена аденотомія. Залежно від способу проведеної анестезії пацієнти були розподілені на дві групи. Пацієнти порівнюваних груп достовірно не відрізнялися за віком, зростом, вагою та обсягом оперативного втручання ($p > 0,05$). У I групі ($n=24$) індукцію анестезії виконували з використанням 1% розчину пропофолу (2,5-3 мг/кг), підтримання здійснювали його фракційним введенням з розрахунку (1 мг/кг), приблизно через 2,5-3 хвилини після попереднього введення. У II групі ($n=31$) індукцію анестезії здійснювали севофлюран-кисневою сумішшю "болюсною" методикою без попереднього заповнення дихального контура 8 об% севофлюрана при потоці кисню 4 л/хв. По досягненні клініки хірургічної стадії наркозу, підтримання анестезії здійснювали подачею 2-2,5 об% севофлюрана при потоці свіжого газу 2 л/хв. Використовували наркозно-дихальний апарат МК-1 (Респект-Плюс, Білорусь). З метою профілактики нудоти та блювоти пацієнтам I групи інтраопераційно вводили ондансетрон (0,1 мг/кг), а пацієнтам II групи - у поєднанні з дексаметазоном (0,1-0,15 мг/кг). У I групі анальгезія інтраопераційно забезпечувалася фентанілом (2 мкг/кг), а у II групі анальгезія здійснювалася поєднанням фентаніла (2 мкг/кг) з анальгіном (8-

10 мг/кг). Післяопераційне знеболювання в обох групах проводилося ібупрофеном per os (10 мг/кг). Оцінка ефективності знеболювання в ранньому післяопераційному періоді проводилась за допомогою шкали Wong and Baker FACES Pain Scale ("Обличчя"), поведінкової шкали FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, and Consolability) і шкали Oucher. Результати дослідження: середня інтенсивність больового синдрому за шкалою "Обличчя" через 1 годину після операції в групах склала (1,0±0,3 бали і 1,5±0,2 бали, відповідно), (p>0,05), згідно зі шкалою ця кількість балів належить "обличчю" - "трохи болить". В динаміці спостереження на наступних етапах дослідження в обох групах відзначалась тенденція до зниження інтенсивності больового синдрому та прагненню до "обличчя" - "не болить" (p>0,05). Звертає на себе увагу, що в ранньому післяопераційному періоді середня інтенсивність больового синдрому за шкалою "Oucher" через 1 годину після операції була більш вираженою у дітей II групи - 1,8±0,3 бали, у порівнянні з I групою - 0,5±0,2 бали (p<0,001), незважаючи на інтраопераційне поєднання фентанілу з анальгіном у пацієнтів II групи. За шкалою "Oucher" надалі відзначається тенденція до зниження інтенсивності больового синдрому, в той же час інтенсивність болю в групах відповідає картинці - "не болить" (p>0,05). За даними поведінкової шкали FLACC за весь час спостереження між групами не відзначалося достовірної різниці (p>0,05), інтерпретація балів на всіх етапах дослідження говорить про те, що пацієнти в обох групах почували себе комфортно. За результатами нашого дослідження, ми припускаємо, що шкала FLACC не продемонструвала практичної значущості у дітей без когнітивних розладів. Таким чином, враховуючи результати цього дослідження, можна припустити, що на підставі вивчення реакцій больової поведінки у дітей обох груп, післяопераційне знеболювання ібупрофеном у дозі 10 мг/кг після проведенної аденотомії в умовах загальної анестезії забезпечує ефективну післяопераційну анальгезію.

Семенюк М.О.

ВПЛИВ ПЕРИНАТАЛЬНИХ І ПОСТНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА ЗДОР'Я ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Кафедра пропедевтики педіатрії № 1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Охупкіна О.В.

Грудне молоко - найкраще природне харчування для немовлят, емоційна та біологічна основа для повноцінного розвитку новонародженого, і один з головних чинників зміцнення здоров'я матері. Тільки материнське молоко може забезпечити малюка всіма необхідними речовинами. Грудне вигодовування має ряд переваг: легко засвоюється і повноцінно використовується організмом дитини; грудне молоко проходить через травну систему дитини в 2 рази швидше, ніж штучні суміші; захищає малюка від різних інфекцій, алергій, сприяє формуванню власної системи імунітету; забезпечує ріст і розвиток дитини; забезпечує емоційний контакт матері і дитини; сприяє інтелектуальному і пізнавальному розвитку; захищає здоров'я матері - сприяє нормальному перебігу післяпологового періоду, здійснює профілактику виникнення мастопатії, пухлин молочних залоз, матки, яєчників; значно дешевше ніж суміші. Тим не менш, на сьогоднішній день тільки 22% дітей отримують грудне вигодовування, що безумовно впливає на рівень здоров'я дітей до року.

Мета: встановити найбільш значущі чинники пери- і постнатального анамнезу, що впливають на рівень здоров'я дітей до 1 року.

Обстежено 19 дітей від 2 місяців до 17 місяців, які перебували на лікуванні в МКЛ №17 міста Харкова. Враховували рівень фізичного і нервово-психічного розвитку, захворювання дитини в період новонародженості і дані акушерського анамнезу. Для даного обстеження була розроблена спеціальна анкета.

При аналізі результатів встановлено, що у 26% матерів відмічались загрози зриву, 11% матерів під час вагітності хворіли, режим харчування у 5% незадовільний, у 16% пологи не в строк. Середня маса при народженні обстежених дітей становить 3308 грам з коливанням від 2490 до 4000 грам, середня довжина тіла 52 сантиметра з коливанням від 46 до 56 сантиметрів. У 100% обстежених дітей нервово-психічний розвиток відповідає віку, у 11% дітей спостерігалися захворювання в період новонародженості. Усі обстежені діти мали середньоважкий та важкий перебіг захворювання, довготривалий перебіг лихоманки.

Таким чином, для дітей саме першого року життя пери- і постнатальні фактори мають суттєве значення у формуванні рівня здоров'я, що необхідно враховувати при проведенні до- і післяпологових патронаж.

Тихонова О.О., Жаркова Т.С*., Яворович М.В.

ТАКТИКА И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии № 2, кафедра детских инфекционных болезней*

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Губарь С.О.

Осложненные пневмонии остаются одной из ведущих причин летальности детей в отделениях ИТАР. В большей степени это касается внутрибольничной инфекции. Группу особого риска составляют онкобольные, с несостоятельностью специфических и неспецифических факторов защиты как в результате основного заболевания, так и проводимой полихимиотерапии.

Цель исследования: изучить эффективность этиотропной и иммунокорректирующей терапии осложненных пневмоний у детей с иммуносупрессией и тяжелым преморбидным фоном.

Проведен анализ 123 больных в возрасте 2 мес. - 18 лет, находившихся на лечении в отделении ИТАР ГДКБ № 16 г. Харькова с негоспитальной пневмонией (НГП) - 76 детей, с нозокомиальной (НКП) – 57. У больных НГП гнойно-септические осложнения регистрировали в 21 %, с НКП - у 37 %. Доминировали очагово-сливные и лобарные пневмонии, а по осложнениям при НГП чаще выявляли общетоксический синдром, сердечно-сосудистую недостаточность, экссудативный плеврит, реже инфекционно-токсический шок (ИТШ), при НКП – развитие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), ИТШ, респираторный дистресс-синдром (РДСВ), ДВС-синдром и синдром полиорганной недостаточности (СПОН). У всех больных лейкозом (ОЛ) развивалась цитостатическая болезнь. Фоновые заболевания у больных НГП – перинатальные повреждения ЦНС, боковой амиотрофический склероз, бронхолегочная дисплазия, церебральный паралич – часто требовали проведения респираторной поддержки. У больных НГП из мокроты чаще выделяли *Str.pneumoniae*, *St.aureus*, *Str.pyogenes*, *Str.faecium*, при НКП - *St.aureus*, *P.aeruginosa*, *E.coli*, *K.pneumoniae*, и др. При НГП назначали цефалоспорины III (Ц-3) поколения совместно с макролидными антибиотиками в/венно, резервными были фторхинолоновые, а при *St.aureus* – ванкомицин и таргоцид. При НКП применяли тактику деэскалационной терапии: назначали комбинацию 2-3 препаратов с целью

максимально перекрыть спектр возможных возбудителей: Ц-4 или карбопенемы с аминогликозидами или фторхинолонами. При идентификации возбудителя терапия корректировалась. При стафилококковой инфекции препаратом выбора были гликопептиды, а резерва – оксазолидоны. Такая тактика была успешной у 85% больных с НГП и у 72 % - НКП. При неэффективности применяли иммуноглобулины в/венно в дозе до 2 г/кг массы тела у 24 больных (у 9 с НГП и у 15 – с НКП). У 16 больных результат оценивали как хороший и очень хороший, у 2 больных удовлетворительный со стабилизацией общего состояния, у 6 онкогематологических больных развился СПОН. Этим больным дополнительно проведена терапия в/венным введением ИЛ-2 в дозе 0,5 мг 2 раза с интервалом в 24 часа. У 3 больных ИЛ-2 применен в начальную фазу ССВО, что сопровождалось ранним восстановлением гемодинамики, гомеостаза и костномозгового кроветворения. У 3 больных СПОН прогрессировал, с летальным исходом на 3 – 7 сутки.

Для повышения эффективности терапии осложненных пневмоний у детей иммунокомпрометированных и с тяжелым преморбидным фоном, необходимо включать препараты заместительного и иммунорегуляторного действия. Важно своевременное, до развития СПОН, превентивное в начальную фазу ИТШ применение ИГ и ИЛ-2. Перспективным и патогенетически обоснованным в терапии гнойно-септических осложнений, особенно у больных НКП, является применение ИЛ-11, гранулоцитарно-макрофагальных колониестимулирующих факторов.

Хоменко М.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор М.А.Гончарь

Качество жизни (КЖ) - интегральный показатель физической, психической, эмоциональной и социальной деятельности человека, основанный на его субъективном восприятии. При помощи специально разработанных опросников возможно охарактеризовать КЖ пациента с целью объективизации оценки состояния здоровья согласно рекомендациям ВОЗ.

Цель исследования: оценить качество жизни детей с артериальной гипертензией (АГ) с использованием адаптированного универсального опросника SF-36.

Материалы и методы. На базе КЗОЗ «Областная детская больница» г.Харькова обследовано 27 мальчиков в возрасте 14-17 лет ($15,4 \pm 0,2$) с АГ. Среди обследованных было 20 пациентов с вегето-сосудистой дисфункцией по гипертоническому типу (ВСД) и 7 детей с АГ в составе гипоталамического синдрома (ГСПП). Проанализированы данные клинико-anamnestического исследования, в том числе, индекс массы тела (ИМТ), результаты опроса по шкале SF-36. Контрольную группу составили 16 здоровых мальчиков в возрасте 15-16 лет ($15,1 \pm 0,08$).

Изучены данные, основанные на субъективном восприятии обследованных, по 36 пунктам опросника, сгруппированным в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), соматическая боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH). По результатам шкал сформировано два показателя: «физическое» (ФК: включает PF, RP, BP, GH) и «психологическое» (ПК:

включает МН, RE, SF, VT) благополучие. Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100, где 100 представляет «полное здоровье».

Результаты. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям у родственников первой степени родства выявлена у 19(70,3%) обследованных с АГ. Наиболее частыми жалобами у детей с ВСД были: головная боль у 17(85%), головокружение у 13(65%), повышенная утомляемость у 10(50%); боли в сердце, не связанные с физической нагрузкой - у 12(60%), ощущение сердцебиения - у 13(65%) детей. Среди жалоб у детей с АГ в составе ГСПП преобладали головная боль у 7(100%), головокружение у 2(28,5%), кардиалгии - у 3(42,8%) детей. Установлено, что средний индекс массы тела (ИМТ) детей с АГ в составе ГСПП составил $32,5 \pm 1,1$; у детей с ВСД - $23,2 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). По данным опроса по шкале SF-36 показатели в группе пациентов с АГ ниже по всем шкалам в сравнении с группой контроля: PF ($92,0 \pm 1,7$ против $97,5 \pm 0,9$; $p < 0,05$), RP ($73,1 \pm 5,9$ против $87,5 \pm 5,5$), BP ($79,6 \pm 3,0$ против $92,0 \pm 2,0$; $p < 0,05$), GH ($64,4 \pm 3,2$ против $80 \pm 2,7$; $p < 0,05$), VT ($70,7 \pm 2,7$ против $69,3 \pm 2,9$), SF ($81,4 \pm 3,0$ против $85,9 \pm 2,9$), RE ($71,5 \pm 5,5$ против $79,1 \pm 8,5$), МН($68,5 \pm 2,9$ против $71,0 \pm 1,6$), ФК($52,8 \pm 0,9$ против $57,6 \pm 0,4$; $p < 0,05$), ПК($48,1 \pm 1,4$ против $50,0 \pm 1,2$). Единственная шкала, по которой не было выявлено достоверных различий в сравнении со здоровыми сверстниками, отображала психическую компоненту здоровья (МН). При сравнении КЖ между группами детей с АГ в составе ГСПП и пациентами с ВСД достоверных различий не выявлено.

Выводы. Качество жизни детей с АГ по всем шкалам опросника SF-36 достоверно снижено в сравнении с показателями здоровых школьников, преимущественно за счет физической компоненты здоровья.

Цымбал Е.Ю.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: к.мед.н. Бойченко А.Д.

Нарушения маточного или плацентарного кровотока, ведут к задержке внутриутробного развития плода, что является фактором риска развития кардиоваскулярной патологии после рождения (Д.О.Иванов, Ю.В.Петренко, 2013).

Цель: определить морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой системы в раннем неонатальном периоде у новорожденных с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР).

Материалы и методы. Обследовано 32 новорожденных со ЗВУР (мальчики – 53,1%, девочки – 46,9%), средний гестационный возраст $37,6 \pm 1,7$ недели. Группа контроля – 20 «условно» здоровых доношенных новорожденных, у которых внутриутробное развитие и ранний неонатальный период протекал без соматических и неврологических осложнений.

Результаты исследования: Установлено, что новорожденные с ЗВУР (диагноз согласно МКБ X) рождены от матерей, средний возраст которых составил $26,7 \pm 4,6$ лет. 25% детей рождены от второй и последующих беременностей, от многоплодной беременности – 9,4% младенцев. 15,6% детей рождены путем кесарева сечения. У 90,6% ($p \leq 0,05$) матерей имело место осложненное течение беременности в виде угрозы преждевременных родов у 25%, преэклампсии и гестоза – у 18,8%, субкомпенсированной дисфункции плаценты у 18,8% у рожениц. Анемия беременных

зарегистрирована у 21,9% женщин. 68,8% родильниц имели соматическую патологию: эндокринные нарушения; заболевания желудочно-кишечного тракта (желчекаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки); варикозное расширение вен нижних конечностей, эпилепсия. Обострение хронического пиелонефрита во время беременности выявлено у 21,9% женщин. У 15,6% женщин отягощенная наследственность со стороны сердечно-сосудистой системы (врожденный порок сердца, вегето-сосудистая дисфункция, гипертоническая болезнь). Аускультативная характеристика сердца у детей обеих групп не отличалась специфичностью и была представлена систолическим шумом в проекции легочной артерии и/или митрального клапана, что обусловлено незакрытым артериальным протоком у 50% и наличием дополнительной трабекулы в полости левого желудочка у 18,6% новорожденных. Для новорожденных со ЗВУР у 53,1% характерна тенденция к брадикардии (ЧСС $114 \pm 7,0$ уд/мин). Внутрисердечная гемодинамика у обследованных детей представлена в виде дилатации полости правого желудочка у 46,9% ($p \leq 0,05$), дилатации полости левого предсердия и повышения среднего давления в стволе легочной артерии у 12,5% новорожденных, снижение сократительной способности миокарда у 6,2% обследованных. У 53,1% ($p \leq 0,05$) детей отмечается уменьшение диаметра правого желудочка ($10,7 \pm 0,7$ мм, $p \leq 0,05$) и левого предсердия ($9,1 \pm 0,7$ мм, $p \leq 0,05$), что связано с более ранним закрытием ОАП у 28,1% новорожденных по сравнению со здоровыми детьми. Нормокинетический тип центральной гемодинамики зарегистрирован у 46,9% новорожденных, гиперкинетический у 28,1% обследованных, гипокинетический тип – у 25,0% детей ($p \leq 0,05$ по сравнению с контрольной группой). Таким образом, можно сделать выводы, что в раннем неонатальном периоде у 53,1% ($p \leq 0,05$) новорожденных с ЗВУР отмечается уменьшение диаметра правого желудочка, левого предсердия и более раннее закрытие ОАП. Гипокинетический тип центральной гемодинамики у 25,0% ($p \leq 0,05$) является маркером низкого адаптационного резерва сердечно-сосудистой системы.

**Червань И.В., Фельдман Д.А., Яновская А.А.
МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ
Кафедра медицинской генетики**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: член-корреспондент НАМН Украины Гречанина Е.Я.

Муковисцидоз (МВ) - это наиболее распространенное моногенное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регуляторного белка (ТРБМ)МВ, которое характеризуется тяжелым поражением экзокринных желез жизненно важных органов.

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных и генетических особенностей у больных МВ детей и взрослых в Харьковской популяции.

Материалы и методы исследования: молекулярно-генетическое исследование, микроскопия мокроты, УЗИ органов брюшной полости у пациентов с МВ в ХСМГЦ

Результаты: при проведении молекулярно-генетических исследований были выявлены следующие мутации: $delF508/del 21 kb$, $delF508/F508$, $delF508/X$, $del 21kb/2184insA$, $delF508/1677delTA$ с показателями уровня хлоридов пота более 100 ммоль/л. Согласно данным микроскопии мокроты у 40 больных с МВ *Staph.epidermidis* встречается в 18% случаев, *Enterokokkus*-9%, *Staph.aureus*-54,5%, *E.coli*-18%, *Enterobacter*- 18%, *Pseudomonasaeruginosa*-36,4%, *Str.piogenes*-9%, *Str. Pneumonica*-9%, *Micrococcus*-9%, комбинация микроорганизмов-63,5%. При УЗИ больных до 15 лет наиболее часто

виявлялись диффузні зміни в печінці, а після 15 років – підвищення ехогенності підшлункової залози, ознаки панкреатопатії. Таким чином, в результаті проведеного дослідження були вивчені клініко-генетичні особливості течії МВ у дітей і дорослих в Харківській популяції, що створює можливість ранньої діагностики МВ у пацієнтів з хронічними захворюваннями бронхолегочної і шлунково-кишкової систем.

Черненко Л.Н., Авдейчик Е.В.

ИНГИБИТОРЫ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ В ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Усовершенствование лечения легочной гипертензии у детей с хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Материалы и методы. Обследование 70 детей в возрасте от 1 месяца до 3-х лет с хроническими обструктивными заболеваниями легких, из них с бронхолегочной дисплазией – 50 детей, хроническими облитерирующим бронхоолитом – 3 пациентов и фиброзирующим альвеолитом – 2 больных. Давление в легочной артерии (рЛА) определялось до лечения методом Допплерэхокардиографии. Легочная гипертензия диагностировалась при рЛА выше 25 мм рт.ст. Обследованные были разделены на группы. Дети основной группы (45 пациентов) получали ингибиторы фосфодиэстеразы (ФОС) (доза 2 мг/кг/сут), группа сравнения (25 детей) – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) (доза 0,5 мг/кг/сут). Через 30, 60, 90 дней после начала терапии было определено рЛА повторно.

Результаты. У обследованных детей среднегрупповые показатели рЛА в основной группе составляли $31,7 \pm 2,3$ мм рт.ст., в группе сравнения – $31,5 \pm 1,98$ мм рт.ст. У пациентов, получавших ингибиторы ФОС через 30 дней среднегрупповое рЛА снизилось на $9,2 \pm 0,7$ %, что достоверно лучше чем у детей, получавших ингибиторы АПФ ($p < 0,05$). Через 60 дней у детей, получавших ингибиторы ФОС среднегрупповое рЛА нормализовалось и составляло $24,47 \pm 1,9$ мм рт.ст. В группе сравнения среднегрупповое рЛА составляло $28,68 \pm 1,9$ мм рт.ст., что достоверно хуже чем в основной группе ($p < 0,05$). К 90 дню терапии среднегрупповое рЛА у детей, получавших ингибиторы ФОС оставалось на нормальных цифрах – $23,67 \pm 1,6$ мм рт.ст. У пациентов на терапии ингибиторами АПФ на 90 суток лечения среднегрупповое рЛА сохранялось высоким и составляло $26,98 \pm 2,3$ мм рт.ст. У детей с хроническими обструктивными заболеваниями легких для эффективного снижения давления в легочной артерии, предупреждения прогрессирования гипоксии и фиброзирования, рационально стартовое назначение ингибиторов фосфодиэстеразы в дозе 2 мг/кг/сут.

Черненко Л.М., Майорова М.В.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет, Харьков, Украина

Завдяки тісному морфофункціональному взаємозв'язку зміни при бронхолегеневій дисплазії (БЛД) призводять до ранніх порушень легенево-серцевих відносин, результатом чого є гіпоксична легенева вазоконстрикція, механічне звуження судин і

обструкція судинного легеневого ложа, що, в свою чергу, призводить до легеневої гіпертензії та формування хронічної серцевої недостатності.

Мета – визначити маркери формування кардіоваскулярних ускладнень у дітей із бронхолегеневою дисплазією.

Матеріали й методи. Обстежено 83 дитини з бронхолегеневою дисплазією віком від 1 місяця до 3 років. Діагноз був встановлений згідно міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (шифр P27.0). Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою статистичного пакету програми Statistica 7.0.

Результати. У переважній більшості хворих на бронхолегеневу дисплазію ($75,9 \pm 4,7\%$; $F=49,2$, $p<0,001$) було діагностовано вторинну легеневу гіпертензію переважно 1-го ступеня та зареєстрована наявність діастолічної дисфункції лівого шлуночка ($F1=40,0$, $p<0,001$; $F2=9,8$, $p<0,01$; $F3=23,0$, $p<0,001$). З метою визначення прогнозу формування патологічної геометрії правих камер та діастолічної дисфункції виконано процедуру множинного логістичного регресивного аналізу. За незалежні змінні обрано як кількісні, так і якісні ознаки, що є найбільш доступними для лікаря під час спостереження за дитиною із БЛД. Кількісними предикторами обрано середній тиск у легеневій артерії, термін гестації, масу тіла під час народження, тривалість ШВЛ, ЧСС. Було з'ясовано, що до чинників, значення яких слід враховувати під час прогнозування формування дилатації або гіпертрофії правих камер, відносяться термін гестації ($p=0,009$) та маса тіла під час народження ($p=0,044$). Маркерами прогнозування діастолічної дисфункції є наявність значного фіброзу легенів за даними комп'ютерної томографії ($p=0,045$), середній тиск у легеневій артерії ($p=0,020$), ЧСС ($p=0,048$). Маркерами прогнозування кардіоваскулярних ускладнень у дітей з бронхолегеневою дисплазією слід вважати малий термін гестації, низьку масу тіла при народженні, значний фіброз легеневої тканини, середній тиск в легеневій артерії, частоту серцевих скорочень. Діти із бронхолегеневою дисплазією потребують ретельного кардіологічного обстеження з проведенням доплероехокардіографії серця з метою попередження розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи.

Яворович М.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Одинец Ю.В.

Геморрагический васкулит (ГВ) представляет собой значительную медико-социальную проблему, влекущую за собой инвалидизацию детского населения, вследствие развития различных осложнений.

Цель: исследование функционального состояния эндотелия сосудов у детей с различными формами ГВ и их оценка.

Материалы и методы: обследовано 30 детей с ГВ, 6 детей с кожной и 24 ребенка со смешанной формой заболевания. Всем детям проводилось ультразвуковое исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА), проба реактивной гиперемии и определение показателей количественной оценки параметров кровотока. Группу контроля составили 15 практически здоровых детей аналогичного возраста и пола.

Результаты исследования: у 24 детей со смешанной формой заболевания выявлено умеренное увеличение толщины КИМ ОСА, у остальных детей изменений не

выявлено. У всех детей при проведении эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии обнаружены изменения сосудодвигательной функции эндотелия и повышение значения систолодиастолического соотношения. Выявлена взаимосвязь между показателями толщины комплекса интима-медиа ОСА и тяжестью течения заболевания. Изменения показателей эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии, определяемые даже при легком течении заболевания, свидетельствуют о снижении эластических свойств сосудов и изменении периферического сосудистого сопротивления у всех больных, что напрямую связано с функциональным состоянием эндотелия.

Яновская Е.А., Белокур А.С., Заяц О.В., Проценко М.Р.

КЛИНИКО – ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ КОЛОНИЗАЦИЕЙ *P.AERUGINOSA*

Кафедра пропедевтики педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Муковисцидоз является наиболее распространенным летальным наследственным заболеванием с аутосомно-рецессивным наследованием у лиц европеоидной расы. Большинство больных муковисцидозом страдает хроническими респираторными инфекциями, вызванными оппортунистическим бактериальным патогеном *Pseudomonas aeruginosa*.

Цель. Улучшить качество жизни детей с муковисцидозом. Задача. Дать клинико-параclinical характеристику детей с муковисцидозом и хронической колонизацией *P.Aeruginosa*.

Материалы и методы. обследовано 23 ребенка с муковисцидозом: 12 мальчиков и 11 девочек. Проведены клинические, параclinical и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждения. Пренатально диагноз муковисцидоз установлен у 8,7% детей, в первый год жизни 52,1%, в дошкольном периоде 43%, в раннем школьном возрасте у 4% ребенка. Выделена группа детей с тяжелым течением муковисцидоза 35% больных. В группе больных с тяжелым течением муковисцидоза: пренатально основное заболевание выявлено у 12,5% ребенка, в возрасте до 1 года у 87,5% детей. Определены основные клинические проявления заболевания в группе больных с тяжелым течением: хроническая панкреатическая недостаточность у 100% детей, диффузный пневмофиброз 100%, распространенные бронхоэктазы 75%, хронический обструктивный бронхит 62,5%, хроническая дыхательная недостаточность II ст. 75%, легочная гипертензия I ст. отмечалась у 62,5% детей. Установлены осложнения основного заболевания: цирроз печени, макронодулярная форма, портальная гипертензия; аллергический бронхопульмональный аспергиллез; распространенная подкожная эмфизема. Из 23 детей, которые находились на лечении в пульмонологическом отделении при бактериологическом исследовании мокроты выделены следующие респираторные патогены, специфичные для муковисцидоза: *Pseudomonas aeruginosa* у 56,5% детей, *Staphylococcus aureus* у 43,4% больных. В группе тяжелых больных хроническая колонизация *Pseudomonas aeruginosa* выявлена у 100% детей, из них у 50% детей совместно с *Staphylococcus aureus*, *Stenotrophomonas maltophilia* (1), *Acinetobacter* (1), *Alcaligenes xylosoxidans* (1), *Achromobacter xylosoxidans* (1), *Bulkholderia cepacia complex* (3). Таким образом одной из основных причин тяжести состояния данной группы детей является низкая эффективность терапии *Pseudomonas aeruginosa* и *Bulkholderia cepacia complex*.

ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА

Sokol M.

LAWYER'S QUERIES IN MEDICAL PRACTICE: LEGAL REGULATION

Department of forensic medicine, medical law

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: MD, professor V. Olkhovsky

Many questions arise when health institutions provide responses to lawyers' queries on medical information about patients. There are specific grounds of failure to meet the lawyers' query.

Respond to queries on health and other personal information about patient is inseparably linked with compliance of medical confidentiality (secrecy). Medical secrecy is properly documented information about the disease, medical examination of a patient, inspection and its results, information about the intimate life of a person. According to Ukrainian Law medical officers: have the duty to preserve medical secrecy (Civil Code of Ukraine, article 286; the Law of Ukraine "Fundamentals of legislation on health care", article 40; the Law of Ukraine "On information", article 46); bear legal liability for medical secrecy disclosure (the Criminal Code of Ukraine, article 145); have specified grounds for disclosure of medical secrecy. On getting a lawyer's query to share information on provision of medical assistance to a patient, the management of a medical institution should remember that lawyers in discharging of their duties have the right of access to the documents and materials except for those which contain secret and are protected by the law (the Law of Ukraine "On Advocacy", article As well, they have the right to obtain documents or copies from enterprises, institutions, organizations, associations, and from citizens upon their consent, as a respond to their queries.

Specific rules for lawyers' queries content are not defined by Ukrainian law. On getting a lawyer's query and getting prepared with an answer, management of a medical institution should observe the following provisions: preserve medical secrecy; act for the benefit of a patient; get permission or deny from a patient to disclose confidential information; get documents confirming identity and authority of a lawyer. Primarily, the patient should be notified of the query to disclose confidential information about his health, as well as he should be informed that this information is treated as medical secrecy and protected by law. A lawyer's query can be provided by both: a legal defender of a patient and a representative of his opponent in the court. The patient may confirm or deny disclosure of the requested personal data. The obtained confirmation or refusal to share confidential information should be documented. The patient makes his decision by writing it in his medical documents, marking signature and date. If another person is authorized to represent the patient's interests, then this person should confirm or deny disclosure of the requested information.

Secondly, the management of a health institution should get ready with an answer to a query. In case the patient refused to share confidential information, the management of a health institution should respond that the requested data is treated as medical secrecy and may not be disclosed. In case the patient confirmed disclosure of personal information, the management of a health institution should inform the lawyer of getting confirmation from the patient. However, medical documents/copies are eligible to be transmitted to the lawyer only after getting proof of the lawyer's identity and authority. The fact of the medical documents/copies transmission to the authorized lawyer within the lawyer's query should be mentioned in these medical documents.

Баранова М. С.
КОЛЛАГЕН І ТИПА В ДЕНТИНЕ КРЫС–ПОТОМКОВ
ГИПОКИНЕТИЧНЫХ САМОК
Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Г.И.Губина-Вакулик

Проблема гипокинезии принадлежит к наиболее актуальным проблемам современного общества, т.к. малоподвижный образ жизни очень распространен в настоящее время и является риск-фактором многих заболеваний. Малоподвижный образ жизни часто присущ современным женщинам в период беременности, что обуславливает формирование некоторых негативных особенностей строения органов у потомков. При исследовании стоматологического аспекта проблемы гипокинезии беременных было предположено, что, поскольку коллаген I типа является органической составляющей дентина, целесообразно оценить присутствие коллагена I типа в дентине зубов потомков гипокинетичных самок, что и явилось целью данного фрагмента работы.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах линии Вистар. Самки контрольной группы были помещены в клетку с размером 40x60см. У самок гр. ГК (гипокинезия) площадь для передвижения была уменьшена в 3 раза. Потомки содержались в одинаковых условиях, выведены из эксперимента в возрасте 3мес. 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 имеет вид тонких фибрилл, локализованных в дентине радиально, интенсивность свечения неодинакова. В группе ГК коллагеновые фибриллы люминесцируют менее ярко, есть участки отсутствия коллагена.

Вывод. Гипокинезия беременной самки приводит к гипоплазии коллагенового аппарата дентина зубов у взрослых потомков.

Ковальцова М. В., Сіренко В. А., Бережний Б. Ю.
ПАТОГЕНІЙ ВПЛИВ СТРЕСУ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН
ЕКЗОКРИННОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ВАГІТНИХ ЩУРІВ

Кафедра патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор О. В. Ніколаєва

Актуальною проблемою медицини є патологія підшлункової залози (ПЗ). Вплив екзогенних патогенних факторів на розвиток дисфункції ПЗ недостатньо вивчено. Загальновідомим є той факт, що сучасні умови життя людини, у тому числі й вагітних жінок, створюють проблему тривалого психічного та фізичного напруження.

Метою дослідження було вивчення морфофункціонального стану екзокринної частини ПЗ вагітних щурів внаслідок дії хронічного стресу.

Матеріали та методи. Вивчено стан ПЗ щурів, які знаходилися в умовах стресу (1 гр.) і в звичайних умовах віварію (2 гр.). Проводилось морфологічне та біохімічне дослідження.

Результати. У 100% щурів 1-й гр. виявлено зменшення площі ацинусів на 8,2% (p=0,028) від показника 2-ї гр.; дистрофічні зміни ядер екзокриноцитів у вигляді

каріопікнозу, каріолізісу, маргінації хроматину (у $40\% \pm 15,5$), вакуольну дистрофію цитоплазми ациноцитів, набряк строми, порушення гемодинаміки: розширення і переповнення кров'ю судин з явищами стазу. За результатами біохімічного дослідження у 100% щурів 1-ї гр. рівні α -амілази та ліпази, більш ніж у 3 рази перевищують показник тварин 2-ї гр.; при цьому рівень α_1 -антитрипсину знижений у 1,5 рази.

Виводи. Вплив хронічного стресу під час вагітності щурів обумовлює виникнення інволютивних змін у ПЗ, сприяє гемодинамічним порушенням. При цьому рівень зовнішньосекреторної активності ПЗ за вмістом у сироватці крові ферментів суттєво підвищений, тобто має місце порушення функціонального стану ПЗ, у вигляді гіперпанкреатизму.

Гасан А. А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И СМЕРТНОСТИ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Хижняк В.В.

В настоящее время при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз по вопросам неблагоприятных исходов в перинатальной и акушерской практике недостаточно изучены факторы, к воздействию которых плод и новорожденный ребенок сильно восприимчивы. Одним из таких факторов является боль. Развитие структур, участвующих в передаче болевого ощущения, начинается на 6-й неделе гестации. Завершение полного формирования ноцицептивной системы происходит к 30-й неделе. В настоящее время полагают, что боль, перенесенная в период новорожденности, нарушает развитие системы ноцицепции и приводит к необратимым функциональным и структурным изменениям в ЦНС, а также имеет поздние поведенческие и психологические последствия. На разрешение судебно-медицинского эксперта обычно ставятся вопросы о возможности причинения сильной боли, развития шоковой реакции на боль и др. Решение вопроса о сильных болевых ощущениях следует проводить с учетом как морфологических, так и патофизиологических параметров повреждений. Для квалифицированного разрешения вопросов о причинении физических страданий, сильной боли целесообразно проводить комиссионные судебно-медицинские экспертизы с привлечением специалистов соответствующего профиля. В этом аспекте возникает вопрос о наличии факторов необоснованной или вынужденной акушерской агрессии по отношению к плоду в перинатальном периоде, являющихся причиной перинатальной патологии, инвалидизации и смертности. С судебно-медицинских позиций их можно расценивать как причинение мучений и/или истязаний. Мучения и истязания представляют собой действия, из-за которых возникает вред здоровью. Это юридические понятия, поэтому судебно-медицинский эксперт не квалифицирует повреждения как мучения и истязания, однако он должен установить наличие и характер повреждений, их локализацию; орудие, механизм и способы возникновения повреждений, давность и одновременность их нанесения, их степень тяжести.

При оценке перинатального периода, как источника патологии и смертности с позиции судебной медицины, очевидно, что указанные проблемы обусловлены тупой травмой в процессе родов и различными видами асфиксии или гипоксии в период гестации, родов и сразу после рождения. При рассмотрении указанных понятий

уголовным или гражданским судопроизводством возникают большие затруднения, поскольку до настоящего времени ни с медицинской, ни с юридической точки зрения нет единого их толкования. Следует отметить отсутствие широкого применения полученных знаний в смежных областях науки и чётких стандартов и протоколов в работе медицинских работников и юристов. Ощущается острая потребность в унификации законодательной базы, защищающей права врача и пациента, и учебной литературы по соответствующим специальностям. Восполнение этих пробелов в будущем позволит решить множество разногласий в медицине и праве, а самое главное – снизить процент перинатальной заболеваемости и смертности.

Губин Н.В., Шматко Е.В.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТА ПРИ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ ОТ
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ОРГАНИЗМА**

**кафедра судебной медицины и медицинского правоведения Харьковский
национальный медицинский университет, Харьков, Украина.**

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Качество экспертной работы определяется тремя критериями: сроками проведения, количеством исследований и доказательной ценностью. Первые два критерия достаточно конкретны. Третий – доказательная ценность – включает такие показатели, как объективность, информативность и степень обоснованности выводов.

На современном этапе основным направлением в совершенствовании судебно-медицинской диагностики причин смерти является исследование значимости признаков, встречающихся при том или ином её виде. Диагностика причин смерти при переохлаждении является одной из самых актуальных проблем судебно-медицинской науки и практики, а также медицины и биологии в целом. Смерть от действия низких температур в судебно-медицинской практике составляет 2,6% от всех случаев насильственной смерти. 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.

Цель исследования заключается в улучшении диагностики причины смерти от переохлаждения организма путём использования современных математико-статистических приёмов.

Задачи исследования – определение частоты внешних и внутренних признаков смерти от переохлаждения, установление коэффициента значимости каждого признака.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили 167 трупов лиц разных возрастных групп, причиной смерти которых явилось переохлаждение организма. В ходе работы исследовались морфологический макро- и микроскопический токсикологический статистический и математический, с использованием постулата Байеса, методы.

Результаты исследования: В наших наблюдениях смерть от переохлаждения преобладала среди лиц мужского пола в возрасте 21-46 лет (84%). Две трети жертв во время смерти находились в состоянии алкогольной интоксикации различной степени тяжести, что должно учитываться при оценке патогенеза смерти как способствующий фактор. Наиболее часто встречались следующие признаки: пятна Вишневского (100%), отёк мозга и мягких мозговых оболочек (90%), пятна Фабрикантова (90%),

карминово-красный и или светло-красный цвет лёгких на разрезе (90%), расширение зрачков при алкогольной интоксикации (79%), красный цвет трупных пятен у замороженных (63%), признак Пупарева (43%), свёртки крови в полостях сердца и аорты (25%). Была определена статистическая вероятность диагностических признаков смерти от переохлаждения с помощью математического аппарата постулата Байеса, которая соответствует уровню частоты их встречаемости. Создана таблица диагностических коэффициентов, с помощью которой можно устанавливать достоверность выводов эксперта о причине смерти. Если сумма статистической вероятности диагностических признаков составляет 95% и более, тогда выводы эксперта о причинах смерти должны расцениваться как достоверные.

Использование предлагаемого метода обоснования выводов эксперта о причине смерти даст возможность повысить объективность, доказательную ценность и качество судебно-медицинской диагностики.

Дакалов Д.С., Калюшко В.Ю., Маркевич Н.В., Шутова І.В.
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКЦІЙ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ЩУРІВ
НА ТЛІ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

Кафедра патологічної фізіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Наукові керівники: професор Ніколаєва О.В., доцент Шутова Н.А.

В роботі досліджено вплив електромагнітного випромінювання (ЕМВ) діапазону мобільного телефону на реакції периферичної крові щурів. Ціль – вивчити зміни клітинного складу периферичної крові нелінійних щурів на тлі короткотривалого (30 хв/на добу), та довготривалого (2 год/доб) ЕМВ діапазону 890-915 МГц.

Дослідження проведено на 3-х та 5-и місячних нелінійних білих щурах. Випромінювання діапазоном 890-915 МГц моделювали за допомогою апарату «ЕМІБІО» (Україна). Підрахована загальна кількість еритроцитів та лейкоцитів, описана лейкоцитарна формула периферичної крові щурів на тлі короткотривалого та довготривалого опромінювання ЕМВ.

Встановлено, що через 30 діб після 30 хв опромінювання ЕМВ кількість еритроцитів, відносно контролю, було зменшено в 1,2 ($p \leq 0,05$), після 120 ($p \leq 0,05$) хв опромінювання в 1,1 рази. При дослідженні лейкоцитарної формули в обох термінах спостерігається розвиток лейкопенії: за рахунок зниження, насамперед, лімфоцитів – в 1,4 рази, еозинофілів – в 2,6, та моноцитів – в 2,8 при 30 хв опромінюванні, та за рахунок всіх клітинних форм при 120 хв опромінюванні. Отримані результати дають можливість припустити, що ЕМВ має вразливу дію на реакції периферичної крові щурів обох груп. Показано, що прояви реакцій периферичної крові залежать від терміну впливу, оскільки тенденція до зсуву кількості клітин периферичної крові у бік зменшення є більш виразним на тлі довготривалого опромінювання, ніж при короткотривалій дії ЕМВ.

Демидчук К.В.

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА

Кафедра судової медицини, медичного правознавства

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Ольховський В. О.

Питанню вини в діяннях медичних працівників присвячено чимало популярних публікацій та 11 статей Кримінального кодексу України (далі - ККУ), за якими можна

притягнути до відповідальності медичного працівника (ст.ст. 131, 132, 136, 137, 139-145). На нашу думку, більший тиск кримінального законодавства на медицину не вирішить проблеми, що нині існує. Законодавчо закріпленого поняття «лікарська помилка» не існує. Відмінним є розуміння цього поняття медичними працівниками та юристами. У медичній літературі під лікарською помилкою розуміють дії (бездіяльність) лікаря, що мають у своїй основі недосконалість сучасної медичної науки, об'єктивні умови роботи. Лікарська помилка в медичній літературі описується найчастіше як зловмисна омана лікаря у його професійній діяльності, якщо при цьому виключається недбалість і несумлінність. Підміна поняття «лікарська помилка» поняттям «лікарський злочин» неприпустима, оскільки призводить до деструктивного конфлікту інтересів пацієнтів та медичних працівників. Будь-який лікар не вільний від професійних помилок, також, як і представник будь-якої спеціальності. Однак, слід пам'ятати, що неналежне виконання професійних обов'язків також не може бути кваліфіковане як лікарська помилка, оскільки перше тягне за собою настання юридичної відповідальності.

ККУ зазначено, що для настання відповідальності за вчинений злочин необхідні 3 умови: умисел, вина, причинно-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника і наслідками для здоров'я чи життя пацієнта. Тобто дії медпрацівника були такими, що суперечили загальноприйнятим правилам медицини. При цьому медичний працівник залежно від отриманої освіти та займаної посади повинен був усвідомлювати що дії його є неправильними і можуть заподіяти шкоду хворому. Навмисне скоєння «медичного» злочину зустрічається не так часто, у переважній більшості випадків правопорушення вчиняються через необережність (злочинну самовпевненість або злочинну недбалість). Відповідно до ст. 25 ККУ, необережність є злочинною недбалістю, якщо особа не передбачала можливості настання суспільно небезпечних наслідків свого діяння (дії або бездіяльності), хоча повинна була і могла їх передбачити. Головне й найтяжче завдання, яке повинно бути вирішено законодавчим механізмом – порядок доведення того, що недбалість лікаря стала причиною завданої шкоди. Не те що лікар не зміг йоговилікувати від недуги, а те, що при лікуванні він істотно відхилився від загальноприйнятих норм, і саме це негативно вплинуло на стан здоров'я позивача. Що на сьогоднішній час є важко здійсненним.

Зараз, для визначення дефектів у наданій медичній допомозі чи послугі, судом беруться до уваги чинні стандарти та протоколи з певної спеціальності та призначається експертиза. Найбільш вагомим доказом наявності чи відсутності дефектів у наданні медичної допомоги є судово-медична експертиза. Експерт чи група експертів роблять свій висновок на підставі наданої медичної документації. Тому кожен лікар має не тільки пам'ятати про правила ведення медичної документації, але й вести документацію належним чином.

Дмитренко П.С., Дмитренко А.С.

УЧАСТИЕ С-КІТ-ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК-ПРЕДШЕСТВЕННИЦ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОПУЛЯЦИИ КЛЕТОК ОСТРОВКОВ ЛАНГЕРГАНСА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Марковский В.Д.

На сегодняшний день сахарный диабет (СД) I типа является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в педиатрии. Ранняя инвалидизация и

высокая смертность среди больных определяют СД приоритетным в национальных системах здравоохранения.

Перспективным решением проблемы СД может стать применение клеточных технологий, которые дадут возможность этиологического лечения диабета за счет восстановления популяции β -клеток островков Лангерганса. Одним из наиболее перспективных маркёров клеток-предшественниц эндокриноцитов поджелудочной железы (ПЖ) является рецептор фактора роста стволовых клеток C-kit, или CD117, играющий важную роль и в пренатальном развитии островков ПЖ. Доказано, что C-kit-положительные клетки островков ПЖ могут участвовать в коррекции морфологических изменений в островках и уровня глюкозы в крови путем дифференцировки в β -клетки через стадию глюкокагон-продуцирующих клеток.

После повреждения β -клеток в крови повышается уровень глюкозы, стимулируя активацию стволового компартмента островков. На мембране клеток-предшественниц островков появляется C-kit, связывается с фактором стволовых клеток и запускает процесс дифференцировки C-kit-позитивных клеток. Далее C-kit-позитивные клетки начинают синтезировать глюкокагон и инсулин, постепенно становясь только инсулин-продуцирующими, так же, как и при клеточной дифференцировке в пренатальном периоде. По мере дифференцировки эндокринных клеток количество C-kit на мембране уменьшается, и образуются дифференцированные эндокриноциты. Это подтверждает существование одной общей клетки-предшественницы для β - и α -клеток ПЖ, что требует дальнейшего изучения и пересмотра патофизиологических основ развития СД I типа. Также можно предположить, что при СД I типа гипергликемия является следствием не только недостатка инсулина, но и избытка глюкокагона: клетки-предшественницы, чтобы восполнить недостаток инсулина, начинают дифференцироваться, однако сначала синтезируется глюкокагон, который еще более усугубляет ситуацию.

Следовательно, можно утверждать, что маркёр C-kit действительно характерен для клеток-предшественниц эндокриноцитов и перспективен для разработки новых методов лечения сахарного диабета I типа путем трансплантации C-kit-позитивных клеток поджелудочной железы, которые будут синтезировать инсулин и корректировать нарушенный углеводный обмен.

Дудник О. С.

**ДАНИИЛ ЕВСЕЕВИЧ АЛЬПЕРН
(К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Кафедра патологичной физиологии им. Д. Е. Альперна

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков. Украина

Научный руководитель: доцент Ещенко В.Е.

15 декабря 2014 г. исполнилось 120 лет со дня рождения профессора Даниила Евсеевича Альперна.

Вся жизнь Даниила Евсеевича Альперна (1894 – 1968 гг.) связана с Харьковским университетом, Харьковским медицинским институтом. Он родился в г. Харькове, после окончания гимназии поступил на медицинский факультет Харьковского университета, где под руководством проф. А. В. Репрева начал свою научную деятельность. В 1929г. избран заведующим кафедрой патофизиологии Харьковского медицинского института.

Научные исследования вначале были продолжением начатых у А. В. Репрева выяснений роли гипофиза в регуляции обмена веществ, системы крови и

кровообращения. Затем исследования были посвящены изучению функций вегетативной нервной системы, в частности ее влиянию на химизм тканей. Больше всего эти явления изучались на модели воспаления. Именно воспаление заняло в дальнейшем внимание Д. Е. Альперна и его сотрудников. Его работы по медиаторам воспаления получили всеобщее признание. Д. Е. Альперн обосновал концепцию нейрогуморальных расстройств: состояние нейрогуморальной компенсации, субкомпенсации, декомпенсации («Холинергические процессы в патологии», 1963 г.). Д.Е. Альперн 40 лет заведовал кафедрой патологической физиологии, со всеми обязанностями и заботами (лекции, занятия и пр.), был блестящим лектором, педагогом. В 1938 году он издал учебник «Патологическая физиология», а в последующем его постоянно перерабатывал и дополнял в соответствии с достижениями науки и медицины. Последнее шестое издание было в 1965 году.

Зеленцова А.С.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА ПРИ РАБОТЕ С «ВРАЧЕБНЫМИ ДЕЛАМИ»

Кафедра судебной медицины, медицинского правопедания

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Губин Н.В.

Бесспорно каждая профессия имеет свои трудности и особенности, но все же именно врачи несут самую большую ответственность за свои действия, а именно моральную ответственность. Именно он должен помочь больному, объяснить важность тех или иных манипуляций, необходимость назначаемой терапии. А тем более трудно в ситуации, когда человек все же умер и необходимо сообщить родным и близким. Все люди разные и реагируют на такую информацию тоже по разному.

Здесь дело за судебно-медицинским экспертом, который должен без предвзятого отношения и личных чувств определить причину смерти, и оценить правильность оказанной помощи и лечения. В соответствии с инструкцией о проведении судебно-медицинской экспертизы судебный медик не в праве высказывать свое суждение о правильности или дефектности врачебных действий. Высказанное необоснованное суждение о якобы неправильной или поздней медицинской помощи может быть передано родным покойного, часто в искаженном виде, и явиться источником жалоб, которые при проверках не подтверждаются.

Почти каждое заключение эксперта, являющееся доказательством в уголовных и гражданских делах, влечет за собой важные социальные последствия, это накладывает на эксперта высокую не только профессиональную, но и моральную ответственность. Судебно-медицинский эксперт — это прежде всего врач, поэтому соблюдение принципов медицинской деонтологии - для него обязательно. Эксперт обязан относиться к человеку, хоть уже и мертвому, как к высшей ценности, уважать его достоинство.

Илюха С.Э., Каримова З.М.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА КАНЦЕРОГЕНЕЗ.

Кафедра патологической физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: Сулхост И.А.

Хроническое воспаление — патологический процесс, характеризующийся персистенцией патологического фактора, снижением иммунитета, что обуславливает

разнообразии морфологических изменений, течение по принципу порочного круга, затруднение репарации и восстановления. Опухолевый процесс часто развивается на фоне снижения иммунологической реактивности и является одной из наиболее частых причин смерти населения планеты, смертность от опухолей занимает второе место после сердечнососудистой патологии.

По данным литературы, хроническое воспаление увеличивает риск возникновения опухолевой патологии. В среднем в 2 раза частота развития рака пищевода, поджелудочной железы и желчного пузыря имеет связь с воспалительными процессами, такими как эзофагит, пищевод Баррета и хронический панкреатит. Существует связь между длительно не заживающими язвами и развитием рака кожи, асбестозом и мезотелиомой, кварцевым песком, сигаретным дымом, обладающими раздражающим действием, и раком бронхов, бронхиальной астмой и раком легких, саркоидозом и опухолями легких, кожи и печени, воспалительными процессами органов малого таза у женщин и раком яичников. Хронический простатит, вызванный агентами инфекционной и неинфекционной природы, также ассоциирован с раком простаты. Таким образом, исследования показывают тесную взаимосвязь между воспалительными процессами в организме и развитием опухолевой патологии на месте воспаления в дальнейшем.

Калужина О.В.

ОСОБЛИВОСТІ КОЛАГЕНОУТВОРЕННЯ В ЛЕГЕНЕВІЙ АРТЕРІЇ ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Кафедра патологічної анатомії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор В.Д. Марковський

Численні дослідження вітчизняних та іноземних вчених присвячені проблемі одного з найтяжчих ускладнень вагітності – преєклампсії (ПЕ), патогенезу її розвитку, лікуванню, профілактиці, наслідкам для здоров'я матері та дитини. Розкриті питання щодо морфологічних змін у деяких органах і системах (імунної, гепатобіліарної, чоловічої статевої) плода та новонародженого від матерів з цією патологією. В сучасній літературі є дані про морфологічні зміни аорти у таких дітей, а легеневої артерії (ЛА) – зовсім відсутні.

Метою дослідження є визначення особливостей колагеноутворення в ЛА у плодів та новонароджених від матерів з ПЕ.

Матеріалом дослідження стали шматочки тканини ЛА у плодів та новонароджених з терміном гестації 38-40 тижнів від матерів з ПЕ різних ступенів тяжкості. Групу контролю склали мертвнонароджені від матерів з фізіологічним перебігом вагітності (за даними карт розвитку вагітності). Досліджувану групу - плоди та новонароджені, матері яких страждали на легку, середню та тяжку ПЕ. Приготовані за стандартною методикою препарати забарвлювалися гематоксиліном та еозином. Імуногістохімічне дослідження проводили на парафінових зрізах товщиною $5-6 \times 10^{-6}$ м прямим методом Кунса за методикою Brosnan. Колагени типували моноклональними антитілами (МКА) до колагенів I, III і IV типів (Novocastra Laboratories Ltd.). Оптичну щільність імунофлюоресценції колагенів визначали за методом Губіної - Вакулик Г.І. з співавт. за допомогою мікроскопа "Axioskop 40" та програмного забезпечення Biostat.exe, вимірювали в умовних одиницях світіння (ум. од. св.).

Макроскопічне дослідження показало, що ЛА була еластичною, білуватою, з блискучою інтимою як в контрольній, так і досліджуваній групах. При

мікроскопічному дослідженні в цій судині обох груп визначалися три оболонки: внутрішня, середня та зовнішня. Колаген IV типу однаково накопичувала тонка, базальна мембрана ЛА групи контролю, що виявлявся у вигляді імунофлюоресценції помірної інтенсивності ($0,560 \pm 0,02$ ум. од. св.). В підендотеліальному шарі сполучна тканина рівномірно накопичувала переважно колаген III типу ($0,385 \pm 0,02$ ум. од. св.), а колаген I типу виявлявся у вигляді дуже слабкого світіння ($0,291 \pm 0,02$ ум. од. св.). Вміст колагену IV типу в потовщеній базальній мембрані в досліджуваних групах в порівнянні з контролем знижувався від ПЕ I до ПЕ III (ПЕ I – $0,520 \pm 0,03$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,442 \pm 0,04$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,321 \pm 0,05$ ум. од. св.). Колаген III типу визначався в її структурі, де, як відомо, має бути загальноновизнана складова базальних мембран судин – колаген IV типу. Про наявність склеротичних змін свідчила поява нехарактерного для неї інтерстиціального колагену III типу. Оптична щільність світіння колагену I типу в середній та зовнішній оболонках зростала від легкої до тяжкої ПЕ (ПЕ I – $0,308 \pm 0,04$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,356 \pm 0,02$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,380 \pm 0,03$ ум. од. св.). В такому ж напрямку змінювався й колаген III типу (ПЕ I – $0,390 \pm 0,035$ ум. од. св.; ПЕ II – $0,408 \pm 0,02$ ум. од. св.; ПЕ III – $0,452 \pm 0,03$ ум. од. св.).

Таким чином, у базальних мембранах ЛА спостерігається нарощення склеротичних змін від легкої до тяжкої ПЕ в результаті появи інтерстиціального колагену III типу на фоні дефіциту колагену IV типу. В медії та адвентиції також посилюються склеротичні процеси по мірі зростання тяжкості ПЕ внаслідок активації продукції інтерстиціальних колагенів I та III типів.

Капітула А. А

ОСНОВЫ ПРАВА В НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Находясь на работе, медику необходимо сразу, как только появится возможность, письменно зафиксировать данные при оказании неотложных мероприятий. Небрежное оформление медицинской документации некоторые медики пытаются объяснить большой загруженностью, писаниной, ненужной бюрократией. Однако нужно помнить, что нерадиво и неправильно составленная медицинская документация первый обвинитель медика при предъявлении претензий от имени пациентов или своего руководства, в то же время она является страховкой, полностью оправдывающей действия врача.

Любой медицинский работник должен четко осознавать, что при желании проверяющие службы могут всегда придаться к записям в медицинской документации, но правильно оформленные его действия дают достаточные аргументы для того, чтобы выходить с достоинством из подобных ситуаций. Цель врача при неотложных состояниях — не только «...своевременно и в наиболее полном объеме оказывать помощь больному, согласно своей медицинской подготовке и профессиональным убеждениям, но и отражать вкратце и наилучшим образом свои действия, минимизируя тем самым для себя риски уголовно-процессуальной ответственности, как профессионала и гражданина».

По мнению некоторых чиновников области здравоохранения, даже «...в случае отказа пациента от лекарственных средств врач обязан облегчить страдания последнего, руководствуясь интересами пациента». Возникает вопрос — насильно? И тем самым нарушить ряд законодательных актов? (см. Лиссабонскую декларацию

относительно прав пациентов). Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении (2802-12)» в ст. 34 «Лечащий врач» гласит:

«Врач не несет ответственности за здоровье больного в случае отказа последнего от медицинских предписаний или нарушения пациентом установленного для него режима». Так как же быть, когда, с одной стороны, перед врачом имеется неотложная медицинская ситуация, паника со стороны родственников пациента, возможно, и окружающих людей, а с другой — страх, что непосредственный руководитель может обидеться, расценивая его действия как «административное нарушение», потому что не поставили сразу в известность (а вероятнее всего, этот руководитель начал бы указывать по телефону врачу его действия, что отрицательно могло бы отразиться на времени и степени оказания помощи).

Документы, регламентирующие работу медиков при неотложных состояниях (по состоянию на апрель 2012 года): Конституция Украины (254к/96-ВР), ст. 27,49; Закон Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении - ЗУ ОЗУОЗ» (2801-12) - основные принципы оказания медицинской помощи пациенту в критическом для жизни состоянии описаны в ст. 8, 10, 11 и разделе V (в частности, в ст. 34, 35, 37,39,39-1,40,42,43,52,53); Закон Украины «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций техногенного и естественного характера» (1809-14) (в частности, ст. 1,2, 13-15); Гражданский кодекс Украины(435-15) глава 21 (в частности, ст. 284-286); Уголовный кодекс Украины (2341-14) — раздел II (в частности, ст. 135, 136, 139, 140, 145; в другой сфере медицинской деятельности важно ознакомиться с другими ст. 130, 145, 270, 271, 305-327); Уголовно-процессуальный кодекс Украины (1002-05) - ст. 94-98, 99 и глава 17, ст. 190—195 (обзор, освидетельствование, воссоздание обстановки и обстоятельств события);

Кас'янов Б.В.

**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ
АУТОИММУННОГО АДРЕНАЛИТА В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПАЦИЕНТОВ,
УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Г.И. Губина–Вакулик

Надпочечник – это орган, в котором может развиваться аутоиммунное воспаление. Литературный поиск свидетельствует о малой изученности этого вопроса. У пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) происходит резкое перенапряжение эндокринных адаптационных механизмов и одновременно страдает эндотелий сосудов, т.е. возможно повреждение гемато-тканевого барьера в надпочечниках.

С целью выявления признаков аутоиммунного адреналита у умерших от ОНМК проведено микроскопическое исследование надпочечников в 10 случаях.

Материал и методы. В исследовании анализировались истории болезни, протоколы вскрытий, использовались морфологические методы исследования: макроскопический, микроскопический (окраска гематоксилином-эозином, галоцианином по Эйнарсону, по Ван-Гизон) с дальнейшей морфометрией и статистическим анализом полученных результатов.

Результаты. В коре надпочечников на фоне выраженного цитолиза эндокриноцитов отмечается наличие мелкоочаговой интерстициальной инфильтрации лимфоцитами. Максимальная выраженность лимфоцитарного инфильтрата – у больных, у которых

длительно (30-40 сут.) поддерживали жизнедеятельность применением интенсивной терапии.

Вывод. Развитие аутоиммунного адреналита, очевидно, делает неизбежным возникновение состояния дезадаптации и летального исхода больных с ОНМК.

Костишин М.М.

ПОКРАЩЕННЯ ПРАВОВОЇ ОСВІТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ — НАГАЛЬНА НЕОБХІДНІСТЬ СЬОГОДЕННЯ

Кафедра судової медицини, медичного правознавства

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Ольховський В. О.

Останнім часом у засобах масової інформації все частіше стала звучати тема лікарських помилок. За цими словами нерідко ховаються найважчі наслідки як для пацієнтів, так і для лікарів. «Жертвою лікарської помилки може стати кожен», - фраза, яка у всіх на слуху. Останнє актуалізує необхідність покращення правових знань в системі вищої медичної освіти. Знання основ медичного правознавства зроблять медичну допомогу, що надається лікарем, не тільки більш осмисленою і безпечною, але і дадуть змогу захистити лікаря і його пацієнтів від багатьох неприємностей.

На кафедрі судової медицини, медичного правознавства ХНМУ, при вивченні студентами предмета «медичне правознавство», робиться особливий акцент на те, що єдиним механізмом вирішення вище зазначених проблем або можливих конфліктних ситуацій в лікарській практиці є: закон і професійна медична експертна оцінка надання медичної допомоги або послуги. Медичні працівники повинні чудово розуміти, що коротка формула римського права «Dura lex, sed lex» (лат. «Закон суворий, але він закон») не повинна оскаржуватися. На засіданнях студентського наукового гуртка кафедри підкреслюється, що незнання закону сьогодні стає небезпечним, і медичний персонал все частіше починає усвідомлювати ці істини на власному гіркому досвіді. І, навпаки, використання медичними працівниками сучасної нормативно-правової бази у своїй безпосередній діяльності є гарантією готовності медиків до ймовірних конфліктів з пацієнтами, їх родичами, лікувальним закладом або органами управління охороною здоров'я.

Кошман С.К., Кулик А.Ю.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ВАЖНОСТЬ СБОРА АНАМНЕЗА

Кафедра судебной медицины и медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель профессор Ольховский В.О.

Врачебные ошибки занимают 5-ое место среди причин госпитальной смертности, из-за чего большое количество медицинских работников лишаются права врачевания.

Цель: минимизировать процент диагностических врачебных ошибок, чтобы обезопасить как пациентов, так и медицинских работников.

Врачебная ошибка – это больше медицинская проблема, чем юридическая, однако решения, вынесенные после различных медицинских судебных разбирательств, считаются объективной и уполномоченной законом мерой наказания, потому обязанность каждого медицинского работника строго соблюдать установленные протоколы и максимально уменьшить риск врачебной ошибки. Существует общепринятая классификация врачебных ошибок, согласно которой данный термин делится на три категории: диагностические, деонтологические и лечебные. Исходя

из различных статистических данных давно подмечено, что максимальное количество врачебных ошибок приходится на проблему выбора правильного метода выявления патологического процесса. Избежать этой оплошности можно с помощью одного из старейшего метода врачевания, применяемого еще Гиппократом и Галеном – это правильный сбор анамнеза жизни и заболевания пациента. Согласно достоверным исследованиям ассоциации американских кардиологов, которые анализировали врачебные ошибки – в 70 % клинических случаев поставить диагноз помогает правильно собранный анамнез, тогда как лабораторные и аппаратные методы исследования все чаще склонны предоставлять ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Подводя итог следует сказать, что медицинский работник прежде всего должен заботиться о пациенте, ведь первый закон врачевания – «Не навреди», а соответственно каждый обязан минимизировать риск ошибок всеми доступными способами.

Кулакова Е.А., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н.
РОЛЬ БАКТЕРИЙ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научные руководители: профессор Марковский В.Д., профессор Сорокина И.В.

Одной из наиболее серьезных проблем современности являются злокачественные опухоли (ЗО), на которые приходится 13 % всех смертей в мире. Согласно современным представлениям ЗО могут вызывать не только химические вещества и физические факторы, но и биологические агенты. По данным Международного Агентства по Изучению Рака, к инфекционным агентам относят вирусы, бактерии и некоторых паразитов. Если механизмы вирусного канцерогенеза достаточно хорошо изучены, то относительно бактерий в возникновении ЗО остается много неясных вопросов.

Цель – привести неожиданные результаты, полученные в эксперименте по моделированию подострого (продолжительного) инфекционно-воспалительного (бактериального) процесса у крыс линии WAG.

Материалы и методы. На крысах-самках линии WAG (n=76) был смоделирован подострый (продолжительный) перитонит. В качестве инфекционных агентов использовали референс-штамы *Escherichia coli* (*E. coli*) (ATCC 25922 (F50)), *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) (ATCC 25923) и *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*) (NCTC 5055). При выведении животных из эксперимента для гистологического исследования брали фрагменты внутренних органов и тканей брюшной полости, которые изучали с помощью рутинных гистологических методов окраски.

Результаты морфологического исследования внутренних органов части выведенных из эксперимента самок исследуемых групп, инфицированных референс-штамами *E. coli*, *S. aureus* и *K. pneumoniae*, подтверждали наличие инфекционно-воспалительного процесса в брюшной полости, который на основании выраженности экссудативных и продуктивных реакций соответствовал подострому, или продолжительному, перитониту. Вторая часть инфицированных самок беременела, рожала потомство, которое выводилось из эксперимента с целью изучения влияния материнской бактериальной инфекции на различные органы и системы новорожденного. Взрослые крысы-самки после родов не выводились из эксперимента, за ними наблюдали, их продолжали содержать в стандартных условиях вивария. Через один год от начала эксперимента у трех животных развилась ЗО. Так, у одной крысы-самки при проведении вскрытия в легких обнаружен опухолевый

процесс (определялось множество мелких, плотных участков беловато-сероватого цвета), результаты дальнейшего гистологического исследования выявили аденокарциному. У второй крысы-самки в брюшной полости обнаружен увеличенный, плотный, беловато-сероватый лимфатический узел, в котором гистологически выявлен метастаз плоскоклеточного рака, первичный очаг опухолевого роста определить не удалось. У третьей крысы на вскрытии найдены первичный очаг опухолевого роста, локализующийся возле ануса, и увеличенные, плотные, беловато-сероватого цвета, симметрично располагающиеся подвздошные лимфатические узлы, гистологическое исследование установило плоскоклеточный рак. Интересно отметить, что ЗО в первых двух случаях развилась у животных, инфицированных *E. coli*, и в последнем случае – у животного, инфицированного *S. aureus*.

Выводы. В результате проведенного экспериментального исследования на крысах линии WAG авторами впервые удалось смоделировать подострый, или пролонгированный, перитонит. Авторами получены неожиданные результаты – развитие у некоторых животных, инфицированных *E. coli* и *S. aureus*, злокачественных эпителиальных опухолей (аденокарциномы и плоскоклеточного рака). Полученные результаты позволяют сделать предположение о том, что *E. coli* и *S. aureus* являются этиологическими факторами развития злокачественных эпителиальных опухолей. Дальнейшие исследования роли бактерий в этиологии и патогенезе злокачественных новообразований, возможно, смогут способствовать решению этой проблемы.

Леонтьев П.А., Каплуновский П.А, Куцын В.Н.*, Воробьев В.В.*

ДАВНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковской национальной медицинской университет, Харьков, Украина

Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф* Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

В судебно-следственной практике часто возникают вопросы биологического характера, которые не могут быть решены на основании правовых знаний, в частности в случае установления давности и механизма образования черепно-мозговой травмы (ЧМТ). В таких случаях обращаются за помощью к врачам судебно-медицинским экспертам. На современном этапе развития медицины установление давности образования ЧМТ при экспертизе трупов зачастую не вызывает особых трудностей, поскольку при исследовании секционного материала имеется возможность установления патоморфологической картины повреждений головного мозга и его оболочек, которая достаточно хорошо изучена в зависимости от сроков возникновения травмы. Проблемы с установлением давности образования ЧМТ возникают, когда речь идет об экспертизе живого человека, поскольку до сих пор не существует объективных методов решения данного вопроса. В настоящее время в клинической диагностике все большее применение обретают объективные современные лучевые методы диагностики. Учеными отмечено, что суб- и эпидуральные кровоизлияния в зависимости от сроков их образования имеют различную оптическую плотность, которую можно достоверно измерить у живого человека с помощью компьютерного спирального томографа (КСТ). Учитывая вышеизложенное мы решили провести исследования, целью которых является установления комплекса критериев, позволяющих с помощью КСТ устанавливать давность ЧМТ у живого человека.

**Мельник Т.А., Гужва А.А. Артамонов Р.О., Гасанова А., Голованова А.,
Герашенко А., Григоренко В.Р., Дубовик В.В. Паменко Е.А., Паймина И.С.,
Писаренко Г., Похваленная В.И., Поляков А, Талахан А.А., Тригуб А.В.,
Щетинин Н.А.**

**ОРГАНОМЕТРИЯ САМОК КРЫС ПОСЛЕ ОТМЕНЫ КУРСА
ИНЪЕКЦИЙ ДЕКСАМЕТАЗОНА**

Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Губина-Вакулик Г. И.

Сегодня глюкокортикоиды и их синтетические аналоги широко применяются практически во всех областях клинической медицины. Высокая биологическая активность и широкий спектр действия обуславливают их применение для лечения многих заболеваний, а также позволяют использовать в наиболее тяжелых клинических случаях, и при неотложных состояниях. Нередко подобные препараты назначают беременным женщинам для лечения заболеваний самой женщины, а также для улучшения функций легких у новорожденного при преждевременных родах. Продолжается дискуссия о безопасности и модернизации применения подобной терапии. Плохо изучены морфологические изменения разных органов после отмены курса глюкокортикоидов. Учитывая все вышеизложенное, считаем необходимым дальнейшее исследование морфологических изменений отдельных органов у особей женского пола после отмены глюкокортикоидной терапии.

Цель исследования - изучение изменений органомерических показателей половозрелых самок крыс после курса инъекций препаратом «Дексаметазон».

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось 24 дня на 15 половозрелых белых самках крыс, разделенных на три группы по 5 крыс в каждой. Самкам I и II групп вводили препарат «Дексаметазон» внутримышечно в дозе 0,2ml, доза была рассчитана в соответствии с коэффициентом видовой устойчивости для крыс. I группа получила 5 инъекций, II группа 16 инъекций. III группа была контрольной, животные получали укол от «пустой» инъекции. Крыс выводили из эксперимента на 5,6,7 день после завершения курса инъекций. Забой проводили в одно и тоже время суток – в 13 часов. Животных взвешивали на весах и измеряли длину тела, затем декапитировали; вскрывали брюшную полость, отсепаровывали и изымали органы, взвешивали на лабораторных весах типа Т-2 и ВТ. Рассчитывали массо-ростовой показатель как частное от деления массы тела на квадрат длины тела крысы. Определяли относительную массу взвешенных органов как частное от деления массы органа на массу тела животного.

Результаты. У самок основных групп произошло снижение массо-ростового показателя: в I гр. на 12,5%, во II гр. на 25%. Одновременно наблюдали увеличение относительной массы сердца (на 25% и 50% соответственно) и надпочечников (на 62% и 87% соответственно), головного мозга (на 50%) и почек (на 66%) у самок обеих групп, печени у самок II группы на 49%, а селезенки – минимальное, одинаковое в обеих основных группах. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных изменениях органомерических показателей различных органов крыс через 5-7 сут. после завершения двух вариантов курсов инъекций препарата «Дексаметазон», вводимого на протяжении 24 дней. Увеличение относительной массы органов на фоне уменьшения массо-ростового показателя тела оказались значительно больше после получения животными 16 инъекций дексаметазона, чем после 5 инъекций. Дальнейшее гистологическое исследование органов даст возможность определить не

только макроскопические, но и микроскопические изменения органов самок после отмены курса инъекций «Дексаметазона».

Вывод. После отмены курса инъекций «Дексаметазона» наблюдается уменьшение массо-ростового показателя самок крыс и увеличение относительной массы надпочечников, сердца, почек, головного мозга и печени.

Михайличенко М.А.

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В
СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ХАРЬКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: Шарапанюк С.А., Наумова О.В.

Патология органов пищеварения занимает одно из первых мест в структуре соматической заболеваемости. За последние годы распространенность заболеваний пищеварительного тракта увеличилась с 8,6% до 18%. Согласно статистическим данным язвенной болезнью желудка страдает 6-10%, 12-перстной кишки - около 10% взрослого населения. В Украине распространенность язвенной болезни составляет 6,9 на 1000 населения.

С целью изучения особенностей случаев смерти от язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки проанализирован архивный секционный материал прозектуры больницы скорой неотложной медицинской помощи г. Харькова за 2014 год (1204 протокола вскрытий). За этот период от хронической язвы желудка и 12-перстной кишки умерло 72 человека (6% от всех летальных случаев), из них 38 (52,7%) женщин и 35 (48,6%) мужчин. По возрасту летальность распределилась следующим образом: 65,6% - старческий возраст (75-90 лет), 29,2% - пожилой возраст (60-75 лет), 5,2% - средний возраст (44-60 лет). Язвенная болезнь 12-перстной кишки встречалась в 63%, желудка - в 37% случаев. Наиболее частая локализация - луковица 12-перстной кишки, малая кривизна желудка. Наиболее частые осложнения: кровотечение (27%), перфорация язвы (14%), малигнизация (0,3%). Хронический гастрит и гастродуоденит являлись сопутствующими заболеваниями.

Проведенное исследование показало, что заболевание чаще встречалось у людей старческого и пожилого возраста, с преобладанием женщин. Язвенная болезнь 12-перстной кишки выявлялась чаще, чем язвенная болезнь желудка. Среди осложнений преобладали кровотечение и перфорация.

Несвит М.А.

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: Шарапанюк С.А., Сидоренко Р.В.

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении последних десятилетий не уступают другим пальму первенства по заболеваемости и смертности. Ежегодно от инфаркта миокарда умирают 4,3 миллиона жителей Европы, что составляет примерно 48% от общего количества причин смерти. Мужчины трудоспособного возраста от 35 до 50 лет сталкиваются с инфарктом в 50 раз чаще женщин, у которых

пик заболеваемости приходится на период менопаузы. Ежегодно в Украине регистрируется 50 тысяч случаев инфаркта миокарда, причем смертность остается стабильно высокой – от острого инфаркта миокарда умирают 30% пациентов, в то время как в странах Запада — 5%. С целью изучения особенностей летальности от инфаркта миокарда проведен статистический анализ 1204 протоколов вскрытия за 2014 год по прозектуре ХГКБ №4 им. проф. Мещанинова. Количество случаев инфаркта миокарда составило 173 (14,37%), из них 56% мужчин и 44% женщин. Из них 19 умерших (11%) находились в среднем возрасте (44-60 лет), 60 (34,7%) в пожилом (60-75 лет), 93 (53,7%) в старческом (75-90), один (0,6%) долгожитель (>90 лет). Острый инфаркт наблюдался в 48%, повторный в 50%, рецидивирующий в 2% случаев. Продолжительность пребывания в стационаре составляла: до суток – 47,4%, до 3 суток 22%, более 3 суток 30,6%.

Проведенное исследование показало, что от инфаркта миокарда чаще погибают в старческом и пожилом возрасте, причем преобладают мужчины. В подавляющем большинстве наблюдений у пациентов диагностирован повторный или острый инфаркт миокарда, а смерть больных наступала почти в половине наблюдений в первые сутки госпитализации.

Нестерук А. В.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ СОВРЕМЕННЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Хижняк В. В.

В настоящее время, данные об особенностях биологического действия различных алкогольных напитков на организм человека базируются на знаниях об их химическом составе, результатах клинических наблюдений и популяционных исследований (G. Edwards, 1994). Токсикокинетика алкогольных напитков в зависимости от их состава также различается. По данным В. П. Нужного и соавторов (2003), достижение максимальной концентрации алкоголя в крови обусловлено такими факторами: после употребления пива и джин-тоника – сокращенная по времени фаза абсорбции, водки – растянутая фаза абсорбции. Употребление пива, водки и джин-тоника (доза этанола 1,4 г/кг) повышает диурез на 85 %, 256 % и 190 %, соответственно. Водка оказывает более выраженное действие на сердечно-сосудистую систему, а употребление как водки, так и слабоалкогольных напитков (пиво, джин-тоник) сопровождается изменениями гемодинамики, ростом показателя двойного произведения и увеличения частоты сердечно-сосудистых сокращений.

Кроме того, имеет место влияние слабоалкогольных тонизирующих (энергетических) напитков на биохимические и гематологические показатели, функциональное состояние органов и систем животных (крыс). Патологические показатели животных, получавших раствор этилового спирта (используемого для приготовления напитков идентичной концентрации) с таковыми данными животных интактной группы имели существенные различия. Общеизвестно, что систематическое употребление баночного пива вызывает особый вид алкоголизма – пивной. Л. Б. Лазебником и соавторами (2010) установлено быстрое привыкание животных к пиву. Крысы перестают пить воду, резко теряют массу тела, на вскрытии в печени – множественные подкапсульные кровоизлияния, единичные и сливные; а в поджелудочной железе – бугристость, отмечается отек поджелудочной железы,

почек. Также стоит отметить, что злоупотребление пивом может приводить к развитию сиалоза околоушных желез, являющегося следствием нарушения функции печени и сопутствующей полинейропатии с характерной симптоматикой, являющейся следствием нарушения функции нервной системы. Более того, избыточное употребление пива всегда отражается на гормональном статусе мужчин и женщин с яркой симптоматикой сексуальной эндокринопатии (гинекомастия, снижение либидо, вторичная фригидность). Частота различных расстройств половой сферы встречается у 23 % таких больных (А. А. Ковалев, 2005).

Выявлены особенности влияния на организм человека и животных современных алкогольных напитков, которые необходимо учитывать при судебно-медицинском и патологоанатомическом исследованиях трупов, так как они существенно влияют на танатогенез и причину смерти. Установлено, что концентрация этилового спирта в алкогольном напитке оказывает несущественное влияние на развитие патологических процессов.

Поляков А.В., Писаренко Г.М.
ВЛИЯНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО БЛОКАТОРА К-ОПИОИДНЫХ
РЕЦЕПТОРОВ НОРБИНАЛТОРФИМИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ
СОСТОЯНИЕ ТИМУСА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.

Кафедра патологической физиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: Сулхдост И.А.

Целью исследования явилось изучение роли опиоидных к-рецепторов в реакциях тимуса при остром воспалении.

Работа выполнена на 24 крысах-самцах линии Вистар массой 180-200г. Моделью воспаления служит карагиненовый острый асептический перитонит, вызванный внутрибрюшным введением 5 мг λ-карагинена ("Sigma", США) в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия. Морфофункциональное состояние тимуса исследовали в подробной динамике воспаления, начиная с 3-го часа и по 10-е сутки. Определяли объем мозгового вещества и коры в тимусе и их соотношение. В качестве блокатора к-опиоидных рецепторов использовали норбинаторфимин (НТ), который вводили подкожно за 15 мин до воспроизведения воспаления в дозе 50 мкг.

В тимусе животных I группы с перитонитом под влиянием НТ значительно усиливались пролиферативные процессы в корковом веществе как в виде диффузной, так и фолликулярной гиперплазии, которые сохраняются вплоть до 3-х суток, а начиная с 5-х суток они несколько ослабевают. Во все сроки наблюдений отмечаются признаки акцидентальной трансформации разных фаз (от I до IV). По сравнению с естественным течением воспаления, объем коры тимуса был увеличен уже в контроле и в большинстве сроков исследования, достоверно – на 3-й, 6-й час и 1-е сутки. Соответственно, объем мозгового вещества был снижен. Отношение коры к мозговому веществу было достоверно увеличено как по отношению к контролю, так и по сравнению с естественным течением воспаления в большинстве сроков исследования. В результате исследования было выяснено, что при воспалении на фоне действия норбинаторфимина по сравнению с естественным течением процесса более выражена гиперплазия ткани коры тимуса. Это свидетельствует о том, что при обычном течении воспаления опиоидные к-рецепторы сдерживают функциональную активность тимуса.

Резниченко А. Н., Гайнанова В.О.
ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ
ТРАВМАХ НАНОСИМЫХ ЖИВОТНЫМИ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Губин Н.В.

В последнее время участились случаи нападения животных на людей. Это обусловлено широким распространением скотоводства в секторе сельского хозяйства, а также учащением случаев встреч людей с дикими животными. Травмы, наносимые животными, могут нанести вред здоровью, или даже угрожать жизни пострадавших. При этом диагностика наносимых повреждений может вызывать трудности в дифференциации их между животными, наносившими повреждения, и орудием, вызывающим похожие ранения.

Цель исследования: определение характерных повреждений, наносимых дикими и домашними животными, способы их дифференциации между собой и основными факторами, вызвавшими их.

При проведении исследований мы проанализировали характер повреждений, нанесенных домашними животными: собаками, мелким и крупным рогатым скотом и дикими животными: волками, медведем, кабаном, акулой, гадюкой.

В результате проведенной нами работы были выявлены характерные особенности повреждений, наносимых собаками, это, прежде всего скальпированные обширные раны, колото-рваные раны с осаднениями по их краям, наличие оторванных кусков тканей, наличие дефекта тканей. Довольно частой является тупая травма живота, наносимая лапами собак. Кроме того, характерной является локализация ран в области головы, шеи, конечностей. При повреждениях, наносимых крупным рогатым скотом характерно возникновение закрытой тупой травмы с множественными переломами костей и обширными повреждениями внутренних органов, в частности с разрывами полостных органов. Для повреждений, наносимых волками характерно наличие повреждений, схожих с повреждениями, наносимыми собаками. При укусах волков повреждения характеризуются преобладанием скальпированных и колото-рваных ран, типичной локализацией в основном является лицо, шея и волосистая часть головы. Повреждения, наносимые медведем, характеризуются большой площадью и глубиной повреждений, нарушением целостности костей и внутренних органов, наличие вырванных кусков ткани, исчезновение части тканей и внутренних органов. Основным повреждающим фактором кабана являются лобная кость и клыки, что обосновывает следующие повреждения: множественные закрытые тупые травмы, наличие колото-рваных и рваных ран. Повреждения, наносимые акулами также имеют свои особенности: ушибленные раны, наносимые акулой лбом, или туловищем с целью парализовать и оглушить жертву; скальпированные и укушено-рваные раны, наносимые непосредственно зубами, имеющие большую площадь и степень тяжести в силу особенностей строения челюсти акулы. Наибольшую опасность гадюки представляют клыки, через которые происходит впрыскивание в кровеносную систему человека гемолитического яда. Единственным внешним проявлением воздействия гадюки является наличие двух колотых ран, диаметром до 1-1,5 мм в местах наиболее вероятного контакта с человеком: стопы, голени.

В результате проделанной работы можно прийти к выводу, что наиболее частыми повреждениями диких и домашних животных являются рваные и колото-рваные

раны, наносимые зубами, и закрытые тупые травмы, которые наносятся в основном рогами или лобной костью животного.

Репа В.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ АГОНИИ УМИРАЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ЕГО ТРУПНОЙ КРОВИ

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель – д. мед.наук, профессор В.А. Ольховский**

В судебной медицине по темпу наступления различают быструю и медленную смерть. При быстрой (мгновенной) смерти агональный период весьма укорочен, либо вовсе отсутствует. При медленной смерти агональный период может продолжаться дни, недели и даже месяцы. Отсюда и название медленной смерти – «агональная». Среди судебно-медицинских экспертов, со ссылками на данные литературы, бытует мнение, что быстро наступившая смерть характеризуется резким венозным полнокровием внутренних органов, переполнением темной жидкой кровью правой половины сердца, субсерозными геморрагиями и интенсивными сливными темно-фиолетовыми трупными пятнами, а агональная смерть – неравномерным кровенаполнением внутренних органов, наличием в сосудах красных, белых и смешанных кровяных сгустков, умеренными бледно-фиолетовыми трупными пятнами. Однако, наша экспертная практика, как и ряд литературных источников, позволяет констатировать, что далеко не всегда состояние крови (жидкая или со свертками) отвечает длительности агонии.

Целью работы стало исследование состояния трупной крови в зависимости от длительности агонии.

Результаты. Состояние крови (жидкая, наличие или отсутствие свертков) зависит не только (и не столько) от длительности агонального периода, но и от давности наступления смерти (ДНС). При формировании свертков крови они при ДНС в рамках 0,5 часов еще отсутствуют. Позднее этого срока и до 3-4 суток, если свертки сформировались, возможно обнаружение последних, затем кровь вновь становится жидкой без свертков. Процесс посмертного формирования свертков зависит также от факта наличия или отсутствия этилового алкоголя в крови, а также от его концентрации в ней. При смерти от острого отравления этиловым спиртом процесс разрушения свертка эуглобулиновой фракции идет достоверно медленнее, чем при смерти от механической асфиксии. Таким образом, делать категорический вывод о том, что агональный период был определенной продолжительности по состоянию трупной крови нельзя. Подобный вывод следует всегда делать только в предположительной форме, то есть в виде суждения вероятности, учитывая при этом как давность ДНС, так и наличие алкоголя в крови.

Репа В.В., Заверуха Я.И.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ

**Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Бондаренко В.В.**

На современном этапе развития судебно-медицинской идентификации личности разработана система определения возраста по стоматологическому статусу,

основанная на признаках, характерных для определенного периода развития человека (сроки прорезывания зубов, особенности гистологического строения и минерализации зубов, характер стертости коронок зубов и пр.). Цель работы заключалась в разработке практических рекомендаций для судебно-медицинских экспертов по определению возраста человека по стоматологическому статусу, путем обобщения проведенных ранее научных исследований, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе.

В 1903 г. Г.И. Вильга в своей работе «О зубах в судебно-медицинском отношении» отмечал, что «по виду зубов можно с достаточной точностью определить возраст с 6-й недели утробной жизни и до 20-го года после рождения» и графически изобразил окостенение молочных и постоянных зубов. В 1879 г. Брока П.П. разработал шкалу показателей зависимости стираемости зубов верхней челюсти от возраста. В 1938 г. Маскин П.А. установил, что степень стертости зубов может соответствовать тому или иному определенному возрастному интервалу и разработал шкалу соответствия стираемости возрасту с интервалом в 5 лет. Gustafson G. (1959г.) вывел формулу оценки возраста человека на основании морфологических изменений тканей зубов, учитывая 6 параметров: стертость коронки, дистрофия пародонта, наслоение вторичного дентина, наслоение цемента, резорбция и прозрачность корня. В 1955 г. Герасимов М.М. предложил 6-ти бальную систему визуальной оценки степени стертости режущих краев и жевательной поверхности для разных групп зубов верхней челюсти при установлении возраста трупов, подвергшихся полному скелетированию. В 1965 г. Вайндрух С.А. изучил сроки появления признаков обызвествления молочных зубов у плодов и новорожденных, а также сроки обызвествления коронок и корней постоянных зубов. В 1972 г. S.Ito разработал методику определения коронального индекса для всех зубов, а также отдельно для резцов, премоляров и моляров. В 1978 г. Станчев М.А. предложил определять возраст человека по микроструктурным трупным особенностям твердых тканей зубов и их фрагментов. В 1981 г. Белова Н.А. предложила метод рентгенографии с первичным прямым увеличением изображения для исследования минерализации зубов в период с 18 до 36 недель внутриутробного развития. Takei и Song Ji (1984г.) предложили метод диагностики возраста человека путем оценки степени стертости зубов каждой группы – резцов, клыков, премоляров и моляров. В 1984 г. Чернявская З.П. предложила бальную шкалу определения возраста путем оценки стертости зубов верхней челюсти в зависимости от формы прикуса, дефекта зубов, наличия протезов и факторов внешней среды. Verman R.E.(1991г.) описал время прорезывания, кальцификации и выпадения молочных и постоянных зубов. В учебнике «Судебная стоматология» (Михайличенко Б.В., 2004г.) имеются сведения по определению возраста плода и ребенка по гистологическим особенностям зубов верхней челюсти. Черняк В.В и Никифоров А.Г. (2011) предложили методику определения стертости зубов с помощью комбинированного гистохимического окрашивания зоны стираемости твердых тканей.

Таким образом, результаты научных исследований по определению возраста по стоматологическому статусу могут быть положены в основу практических рекомендаций для судебно-медицинских экспертов и могут быть использованы в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз, связанных с судебно-медицинской идентификацией неизвестных лиц.

Сакал А.А., Товажнянская В.Д.
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ,
ВЫЗВАННЫХ KLEBSIELLA PNEUMONIAE, СРЕДИ ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра патологической анатомии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор В.Д. Марковский

Внебольничная пневмония (ВП) относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. В настоящее время считают, что более 100 микроорганизмов могут быть причиной развития ВП. Среди бактериальных факторов возникновения ВП значительный удельный вес приходится на *Klebsiella pneumoniae*.

Цель исследования – проанализировать летальные случаи ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*.

Материалы и методы исследования. Материалом данного исследования послужили 1937 протоколов вскрытий, произведенных на базе патологоанатомического отделения КУОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (город Харьков) за период с 2009 г. по сентябрь 2014 г. Полученные данные обрабатывались статистическими методами исследования.

Результаты. Анализируя количество случаев ВП за указанный период, отмечено достоверное увеличение количества случаев за период с января 2009 г. по декабрь 2012 г., с декабря 2012 г. по декабрь 2013 г. отмечено достоверное уменьшение количества случаев ВП, а с декабря 2013 г. по сентябрь 2014 г. отмечено достоверное увеличение количества летальных случаев ВП. Из всего количества случаев ВП, на ВП, вызванную *Klebsiella pneumoniae*, в 2009 г. приходился 1 случай из 19, что составило 5,3%, в 2010 г. – 5 случаев из 23, что составило 21,7%, в 2011 г. – 1 случай из 26, что составило 3,8%, в 2012 г. – 5 случаев из 38, что составило 13,1%, в 2013 г. – 10 случаев из 22, что составило – 44,9%, в 2014 г. – 27 случаев из 55, что составило 49,09%. При анализе и сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов в случаях ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, в 100% случаев отмечено совпадение. В 100% случаев клинического и патологоанатомического диагнозов ВП, вызванная *Klebsiella pneumoniae*, была основным заболеванием. Причиной смерти во всех случаях явилась легочно-сердечная недостаточность.

При анализе гендерных особенностей летальных случаев ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, отмечено достоверное преобладание количества мужчин над количеством женщин. Так, мужчин было 44, что составило 72,1%, а женщин – 17, что составило 27,9%. При анализе возрастных особенностей летальных случаев ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, отмечено, что большинство умерших было в возрасте от 30 до 69 лет. Так, в возрасте от 18 до 29 лет было 3 случая, что составило 4,9%, в возрасте от 30 до 49 лет – 21 случай (34,4%), в возрасте от 50 до 69 лет – 22 случая (36,0%), в возрасте от 70 лет и выше – 15 случаев (24,6%).

Анализ количества койко-дней среди летальных случаев ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, установил, что чаще всего больные находились в больнице либо менее суток, либо более пяти суток. Так, досуточная летальность отмечена в 17 случаях, в 7 случаях больные пробыли в больнице менее 3 суток, в 8 случаях – до 5 суток, в 29 случаях – свыше 5 суток. В осеннее время года отмечено большинство летальных случаев от ВП, вызванных *Klebsiella pneumoniae*.

Вывод. В ходе проведенного анализа установлено, что на внебольничную пневмонию, вызванную *Klebsiella pneumoniae*, приходится большое количество случаев среди всех случаев внебольничных пневмоний. Выявленные возрастные, гендерные и сезонные особенности внебольничных пневмоний, вызванных *Klebsiella pneumoniae*, будут полезны в практической деятельности врачей-патологоанатомов, терапевтов, пульмонологов.

Секрет Т.В.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ ОЖИРІННЯМ ТА КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедри патофізіології та ендокринології

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Науковий керівник: Рикало Н.А, С.О.Сокур

Ожиріння - хронічне поліетіологічне захворювання, пов'язане з рядом генетичних та неврологічних факторів, зміною функції ендокринної системи, порушенням енергетичного балансу, одним із суттєвих факторів виникнення цукрового діабету типу 2 (ЦДт.2), гіпертонічної хвороби (ГХ), дисліпідемії (компонент метаболічного синдрому), серцево-судинної недостатності, порушенням репродуктивної функції, захворюванням опорно-рухового апарату, деяких форм раку. В основі порушення метаболічних процесів та виникнення вищеперерахованих станів являється наявність інсулінорезистентності. В клітинах жирової тканини людини – адипоцитах синтезуються комплементарні фактори, більш позаклітинної матриці, цитокіни, ферменти та гормони. Велике значення в регуляції харчової поведінки та енергетичного балансу має гормон жирової тканини – лептин. Рівень лептину корелює з масою жирової тканини, регулює гомеостаз енергії, харчову поведінку, впливає на інсулінемію та інсулінорезистентність.

Мета дослідження: проаналізувати показники, що характеризують ліпідний та вуглеводневий обміни, а також встановити можливу гендерну різницю та її механізм.

Матеріали та методи: Нами в умовах Вінницького обласного високоспеціалізованого ендокринологічного центру було обстежено протягом 2013-2014р., 53 хворих у віці від 38 до 65 років, із них жінок – 30 осіб і 23 чоловіків. Серед пацієнтів було 18 хворих з первинним ожирінням (ПО) І ст., 25 хворих – з ПО II ст. та 10 хворих із III ст. ПО. В усіх хворих був ЦД2 типу середньої важкості в стадії субкомпенсації та ГХ II ст. Під час обстеження у хворих відзначався стан вуглеводного, ліпідного, білкового, електролітного обмінів та інструментальні дослідження за показами. Для виконання поставленої мети ми оцінювали індекс маси тіла (ІМТ) по Кетле, холестерин (ХЛ) плазми крові, тригліцериди (ТГ), індекс інсулінорезистентності (індекс НОМА), глікозильований гемоглобін (HbA1c) та визначали лептин імуноферментним методом на апараті «Стат-факс303». Для встановлення механізмів виникнення відмінностей у рівнях лептину серед чоловіків і жінок ми додатково визначали показники фолікулоstimулюючого та лютеїнізуючого гормонів. Група контролю становила 15 осіб з такими результатами лабораторного дослідження: ІМТ = $22,4 \pm 2,3 \text{ кг/м}^2$, ХЛ = $5,2 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$, ТГ = $1,7 \pm 0,85 \text{ ммоль/л}$, індекс-НОМА = $2 \pm 1,4$, ЛП = $7,35 \pm 1,8 \text{ ммоль/л}$, HbA1c = $5,4 \pm 1,4\%$, ФСГ (у фазу постменопаузи) = $65,4 \pm 1,4 \text{ мМЕ/мл}$, ЛГ (у фазу постменопаузи) = $7,7 - 9 \text{ мМЕ/мл}$.

Результати дослідження: на основі проведеного обстеження у хворих з ПО І ст. рівень ІМТ у 1,42 разів, ЛП – у 4,17 разів, ХЛ – у 1,13 разів, ТГ – у 1,38 разів, HbA1c – у 1,2 разів, індекс НОМА – у 2,26 разів вище порівняно з групою контролю. ($p < 0,05$). У пацієнтів

з ПОШст ІМТ=у 1,75р., ЛП=у 4,45р., ХЛ=у 1,43р., ТГ=у 1,38 р., НbA1c=у 1,36р., індекс-НОМА=у 3,23р. вищі ніж у контрольній групі. Для пацієнтів з ПОШст. ІМТ=у 1,87разів, ЛП=у 7,32р.,ХЛ=у 1,57р., ТГ=у1,59р., НbA1c=у1,48р., індекс-НОМА=у 3,73 рази вищі порівняно з контролем. (p<0,05). Після визначення рівнів ФГ та ЛГ було зафіксовано їх збільшення у 80% пацієнток, що підтверджує прямий кореляційний зв'язок між лептином та ФГ, ЛГ(r=0,93), тоді як у чоловіків гормони аденогіпофіза були в межах норми. За даними наукової періодики « the New England Journal of Medicine»,2013 зафіксовано, що жіночі статеві гормони (естрогени) впливають на ліпогенез, відповідно збільшення їх концентрації призводить до виникнення підвищеного рівня ліпідів у крові. Андрогени, як відомо, стимулюють ліпопротеїналізу печінки і ліполіз, проте вони ж стимулюють секрецію інсуліну. І поки жирова тканина чутлива до інсуліну, переважають процеси ліпогенезу. З часом адипоцити підсилюють продукцію лептину та фактору некрозу пухлини, які порушують взаємодію інсуліну з його рецептором і сприяють формуванню інсулінорезистентності. З розвитком інсулінорезистентності стримуючий вплив інсуліну на процеси ліполізу зменшується, що супроводжується збільшенням в крові СЖК і ліпопротеїдів низької щільності, характеризуючи стан дисліпопротеїнемії

Висновок: У хворих з ПО та компонентами МС відмічається збільшення рівня ХЛ,ТГ,НbA1c, індексу -НОМА та особливо ЛП. Прогресуюче підвищення ІМТ призводить до виникнення лептино- та інсулінорезистентності. Рівень лептину має чітку гендерну залежність, що підтверджується підвищеною концентрацією статевих гормонів у жінок. Пошук можливих кореляційних зв'язків між лептином, ФГ і ЛГ, допоможе у розумінні патогенезу, правильній діагностиці ендокринних патологій, адже ті чи інші гормональні розлади, рідко розглядаються в контексті ожиріння і, відповідно, не завжди правильно лікуються. 3.Профілактика та лікування первинного ожиріння сприятиме попередженню комплексу метаболічних порушень.

Сербиненко І.Ю., Яковлева Д.Ю.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА ОТ ДЕЙСТВИЯ ТУПЫХ ПРЕДМЕТОВ

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Бондаренко В.В.

Определение механизма образования телесных повреждений входит в одну из основных задач судебно-медицинской экспертизы. Опыт работы в отделе судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ХОБСМЭ показывает сложность в установлении механизма образования переломов зубочелюстного аппарата, что связано как с индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, так и с различными обстоятельствами (условиями) получения самой травмы. По данным Т.М. Лурье, переломы костей челюстно-лицевой области составляют около 3% от общего числа повреждений костей скелета человека. При этом, наибольшее количество переломов (76%) зарегистрировано в возрастной группе от 17 до 40 лет, в детском возрасте – около 15%. Цель работы заключалась в разработке практических рекомендаций для судебно-медицинских экспертов по определению механизма образования повреждений (переломов) зубочелюстной системы, путем обобщения проведенных ранее научных исследований. Переломы нижней челюсти самые распространенные среди переломов костей лицевого скелета и составляют, по данным разных авторов, 60-90% от общего

числа повреждений костей лицевого скелета. Около 80% переломов нижней челюсти локализируются в пределах зубного ряда и являются открытыми, то есть инфицированными. Чаще переломы нижней челюсти локализируются в области угла и подбородочного отдела. Почти одинаково часто регистрируют односторонние (44%) и двусторонние (49%) переломы нижней челюсти.

Переломы верхней челюсти находятся на втором месте и сопровождаются повреждением стенок верхнечелюстной пазухи и кровоизлиянием. Для них характерна типичная локализация линии перелома, что было положено в основу классификации Лефор (LeFort, 1901). Близкими по клиническому течению к переломам 2-го и 3-го типов по классификации Лефор являются варианты переломов Вассмунда, которые отличаются сохранностью костей носа. Линия перелома проходит от верхнего края грушевидного отверстия к нижнемедиальному углу глазницы (так называемая медиальная косая линия). Вассмунд-I и Вассмунд-II – это переломы по типу Лефор-II и Лефор-III соответственно, но без повреждения костей носа. Другой разновидностью переломов верхней челюсти являются так называемые сагиттальные (односторонние) переломы, когда отламывается только одна верхнечелюстная кость. Снаружи линия перелома проходит в типичном месте, а внутри (медиально) – по средней линии, в частности, по небному шву, соединяющему обе верхнечелюстные кости в одну верхнюю челюсть. Такие переломы возникают при действии тупых предметов и косом направлении силы удара сверху вниз в область верхней губы (на боковой отдел верхней челюсти). Указанные типы переломов верхней челюсти по классификации Лефор могут комбинироваться между собой. Например, справа – один тип перелома, слева – другой. Чаще всего сочетаются второй и третий типы.

Травматические вывихи и переломы зубов составляют, по данным А.А. Тимофеева и соавторов, 4,7% от всех посттравматических повреждений мягких тканей и костей лицевого скелета. По этиологии выделяют неполный, полный и вколоченный вывихи зуба. М.И. Грошиков выделяет следующие переломы зуба: коронки - в зоне эмали, в зоне эмали и дентина, без вскрытия или со вскрытием полости зуба; шейки - выше дна зубодесневой бороздки; ниже дна зубодесневой бороздки; корня - без смещения или со смещением отломков.

Таким образом, особенности переломов верхней и нижней челюсти, а также вывихов и переломов зубов должны учитываться судебными экспертами при установлении механизма образования полученной травмы, а также для решения вопроса о соответствии образования данной травмы каким-либо конкретным обстоятельствам и условиям причинения.

Сиренко В.А.

**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Кафедра патологической анатомии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор В.Д. Марковский

Обследовано 30 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Морфологическое состояние слизистой оболочки пищевода и желудка оценивалось на основании данных гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки и эзофагогастродуоденоскопии. У всех больных имелась эндоскопически позитивная

ГЭРБ, у 13 – наблюдался гастроэзофагеальный пролапс (ГЭП). У 96,7% больных по данным гастродуоденофиброскопии установлен распространенный гастрит (чаще поверхностный) и поверхностный дуоденит.

Гистологическое изучение биоптатов слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка у 29 из 30 больных выявило признаки гастрита (хронического). Общей закономерностью является более тяжелое состояние антрального отдела, чем фундального, поскольку в нём чаще наблюдался атрофический процесс. Установлено, что наличие ГЭП сочетается с ярко выраженными признаками повреждения и воспаления, развитием паракератоза (метаплазии) в эпителиоцитах верхних слоев выше Z-линии и метаплазии эпителия по типу фундального ниже её. Признаки пищевода Барретта не выявлены.

Проведенные исследования позволяют глубже разобраться в патогенезе ГЭРБ, показывают взаимосвязь морфологических изменений слизистой оболочки пищевода и особенностей клиники заболевания, что важно для совершенствования диагностики и повышения эффективности терапии больных ГЭРБ.

Тымощук В.С., Дубовой И.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Детский травматизм является одной из актуальных проблем здравоохранения, занимая значительный (до 25%) удельный вес в общей заболеваемости детей.

Целью данного исследования явилось судебно-медицинское изучение особенностей детского травматизма на современном этапе.

Материалы и методы. В настоящей работе изучение детского травматизма основано на анализе данных архивных материалов Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2013-2014 гг.

Результаты. Исследование показало возрастание удельного веса бытового травматизма у потерпевших детского возраста, что обусловлено доступностью для населения разнообразных приборов, автоматизацией процессов быта, которые являются риском возникновения повреждений у детей определенных возрастных групп. Кроме того, все чаще наблюдается новый вид травматизма – повреждения, которые причиняют ребенку взрослые или родители в случаях жестокого обращения с детьми. Особое место принадлежит транспортным травмам. К их числу относятся повреждения, полученные от действия транспортных средств, при этом главенствующее значение придается дорожно-транспортным травмам. Такие травмы характеризуются множественностью повреждений и развитием опасных для жизни состояний. Данный вид травмы превалирует у детей дошкольного, школьного возраста и подростков, что может быть связано с возрастными психологическими особенностями потерпевших, которые не всегда контролируют травмоопасную ситуацию во время движения транспорта. Одним из мало изученных видов остается школьный травматизм. По характеру повреждений это большей частью ушибы, разрывы мягких тканей и связок, вывихи, повреждения опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространённый данный вид травмы среди подростков вследствие их неограниченной и не контролируемой активности, поскольку большая часть таких травм (около 70%) возникает на перерывах и вне уроков. К спортивным относят травмы, которые возникают во время организованных и

неорганизованных занятий спортом и спортивным состязаний. Уровень таких травм является достаточно высоким также у подростков и детей школьного возраста.

Выводы. Анализ архивных материалов Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы позволил сделать такие выводы: Частота случаев детского травматизма имеет определённую сезонность – то есть увеличивается на протяжении весенне-летнего периода. У потерпевших 1- 4 лет превалируют бытовые травмы, которые возникают дома и связаны главным образом с неадекватным присмотром за ребенком или с жестоким обращением с ними. Отличия поведения детей обуславливают распределение повреждений, в основном черепно-мозговых травм, по половому признаку, поскольку у мальчиков они встречаются в 3 раза чаще, чем у девочек. Кроме того, актуальным являются также возрастные особенности, больше половины определяется в возрастной группе детей 7-12 лет. У «более старших» возрастных групп доминируют бытовые и транспортные травмы. Особое место в структуре детского травматизма занимают травматические повреждения центральной нервной системы, в частности черепно-мозговые травмы. Травмы позвоночника и спинного мозга составляют до 20% всех травматических повреждений нервной системы.

Тихонова О.О., Семеняченко А.М.

ЗНАЧЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТКАНИН ДЛЯ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ

Кафедра судової медицини, медичного правознавства

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Ольховський В.О.

Мікроскопічне (гістологічне) дослідження в судовій медичній експертизі виконується як додатковий метод під час судово-медичної експертизи трупа або як самостійна експертиза речового доказу, яким є біологічна тканина.

Судово-медична експертиза трупа без гістологічного, в т.ч. гістохімічного, дослідження тканин та органів від нього є неповноцінною, бо унеможлиблює діагностику ряду патологічних процесів, які дозволяють встановити вид, давність, характер, прижиттєвість ушкоджень, давність настання смерті за проявом трупних змін тощо. Іноді гістологічне дослідження буває єдиним доказом у вирішенні питання про причину та механізм розвитку смерті не лише внаслідок захворювань (гостра ішемія міокарда, крововилив у стовбур головного мозку, туберкульозний лептоменінгіт тощо), а й внаслідок ушкодження (рефлекторна смерть, дифузне аксональне ушкодження головного мозку, жирова емболія тощо). Дані гістологічного дослідження дозволяють з'ясувати танатогенез та роль у ньому супутніх (фонових) процесів та захворювань. Зокрема, гістологічне дослідження дозволяє визначити давність заподіяння ушкодження тканин головного мозку. У разі смерті на місці події під час гістологічного дослідження виявляють свіжі еритроцити, стиснуті судини без ознак зміни їх стінок. Аналогічні зміни є і в м'якій мозковій оболонці.

Через 30-40 хвилин після травми в тканині мозку утворюються "кров'яні озера", де мозкова тканина просочена кров'ю та некротизована. Від 12-ї години до кінця 1-ї доби відбувається некроз мозкової тканини, еритроцити в зоні крововиливу гемолізуються, утворюється бурий пігмент, з'являються нитки фібрину, лейкоцити та макрофаги. На 8-10 добу переважають процеси резорбції та з'являються ознаки організації. Гліальні рубці з'являються приблизно через 2 місяці.

Чертенко Т.Н.
**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА БИОПСИЙНОГО
МАТЕРИАЛА ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
ЗА 2013 ГОД**

**Кафедра патологической анатомии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Марковский В.Д.**

Опухоли центральной нервной системы по своим морфологическим характеристикам и биологическому поведению отличаются от новообразований других органов и тканей. В течение последнего десятилетия активно ведутся исследования в области различных аспектов биологии опухолей центральной нервной системы. Для решения вопросов морфологической диагностики принципиальным явилась утвержденная Всемирной организацией здравоохранения последняя классификация опухолей ЦНС, разработанная в 2007 году и опубликованная в Лионе. Данная классификация опухолей ЦНС подразделяет новообразования данной локализации на основные типы по гистогенезу, морфогенезу и по микроскопической структуре. Правильно поставленный патоморфологический диагноз основанный на современных представлениях о морфогенезе новообразований ЦНС является ключевым при выборе лечебной тактики, а следовательно прямым образом влияет на выживаемость пациентов с данной патологией. Цель работы. Изучение морфологических особенностей опухолей ЦНС в зависимости от их гистотипа. Материалы и методы. Был изучен биопсийный материал и гистологические заключения пациентов с опухолями ЦНС за 2013 год, всего 42 человека (по данным патоморфологического отделения ХОКБ). Для осуществления регистрации данных и их статистической обработки было использовано программное обеспечение Microsoft Excel. Результаты исследований. Среди 42 случаев новообразований ЦНС было выявлено 36 случаев (85,7%) первичных опухолей ЦНС и 6 случаев (14,3%) метастатических опухолей. Из первичных опухолей ЦНС (36 случаев) нейроэпителиальные опухоли составили 16 случаев (44,4%), опухоли черепно-мозговых нервов - 1 случай (2,8%), опухоли оболочек - 19 случаев (52,8%). Выводы. 1. Первичные опухоли ЦНС встречаются достоверно чаще чем вторичные опухоли данной локализации. 2. В структуре первичных новообразований ЦНС преобладают опухоли из оболочек.

ФАРМАКОЛОГИЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГИЯ

Байрачный К. А., Ткаченко К. Н.

ГЕРОПРОТЕКТОРЫ: ТАБЛЕТКИ МОЛОДОСТИ ИЛИ ПЛАЦЕБО?

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Продление трудоспособного возраста населения является крайне важным с точки зрения социально-экономического развития общества. В отличие от гериатрических средств, предназначенных для лечения заболеваний у пожилых людей или улучшения качества их жизни, геропротекторы (увеличивающие продолжительность жизни) могут и должны применяться уже в молодом и зрелом возрасте. По состоянию на 2013 год, специалисты выделяют уже более 20 веществ, обладающих геропротекторными свойствами. Обычно предполагается, что способность геропротекторов продлевать жизнь связана с их специфическим действием на механизмы, определяющие темп старения. Однако большинство геропротекторов многофункциональны и параллельно с продлением жизни обладают и нежелательными эффектами (онкогенность, увеличение частоты развития спонтанных опухолей). По мнению многих авторов, на сегодня нет ни одного химического геропротектора, позитивный эффект которого был бы неоспоримо доказан. Среди причин, не позволивших до сих пор разработать «истинные» геропротекторы, – отсутствие средств, предоставляющих возможность надежно идентифицировать их эффект в эксперименте. Подбор цитогеронтологической модели для исследования эффектов геропротекторов также является проблемой для исследователей, поскольку цитогеронтологические модели, такие как модель Хейфлика, хотя и очень полезны для экспериментальной геронтологии, основаны только на определенных корреляциях и напрямую не относятся к сути процесса старения. Вопрос омоложения организма еще долго будет волновать человечество, но несмотря на множество неограниченных его желаний, возможно секрет бессмертия пока должен оставаться для человека закрытым.

Богатырь С. Н.

НЕЙРОПРОТЕКТОР КОРТЕКСИН В НЕОНАТОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Задержка внутриутробного развития по причине плацентарной недостаточности – актуальная проблема современной неонатологии. Внутриутробная гипоксия плода нарушает развитие организма, что на уровне ЦНС проявляется в виде отставания от нормы в формировании физиологических рефлексов, активного и пассивного тонуса, а также количественные и качественные нарушения сна (его парадоксальной фазы), что нарушает развитие интеллекта. Длительная гипоксия влияет на деятельность пептидергической регуляции, элементы которой выполняют функцию нейромедиаторов, передающих сигнал в пределах синапса, и нейромодуляторов, оказывая облегчающее или тормозное влияние на состояние нейронов. Решением предотвращения развития патологии со стороны ЦНС у новорождённого ребёнка является использование экзогенных нейропротекторных пептидов, к которым относят препарат кортексин («Герофарм», РФ), который способствует регенерации и

дифференцировке нервной ткани, нормализации деятельности нейронов головного мозга и циклической организации сна. Использование кортексина клинически достоверно приводило к ускорению формирования функций зрительного, слухового восприятия, импрессивной речи, двигательных и коммуникативных функций. При проведении исследований кортексин использовали в лечении 18 доношенных и 23 недоношенных детей. Результатом лечения стало снижение степени выраженности неврологических расстройств. Появление сосательного рефлекса как у доношенных, так и у недоношенных детей наблюдалось уже на 2-4-й день лечения. Кроме того, прекратились срыгивания, тремор конечностей, произошла нормализация сна, наблюдалось довольно быстрое формирование тонических и рефлекторных реакций.

Водолага Я. Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ. LIV-52

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Проблема хронических поражений печени является одной из основных и сложных в гастроэнтерологии. Печень в организме выполняет сразу несколько функций: участвует в пищеварении, способствует усваиванию витаминов, нейтрализует яды, попадающие в организм, в том числе с алкоголем. Каждую минуту наша печень проводит через себя примерно 1,5 л крови. Именно в печени кровь очищается от вредоносных микробов и патогенных микроорганизмов.

Для улучшения работы печени и уменьшения токсического действия вредных веществ в настоящее время широко используются гепатопротекторные средства (Эссенциале Н, Гепатгард, Сирепар, Гепатосан, Гепатамин, Гептор, Карсил, Гепабене, Силимар, Liv-52, Урослив, Урсосан, Хепель, Галстена и многие другие). Наибольшую популярность имеет современное лекарственное средство Liv-52. Это комплексный препарат растительного происхождения традиционно применяется для лечения гепатитов. Он обладает желчегонным эффектом, способствует более быстрому выведению из организма вредных продуктов распада алкоголя и защищает печень от окислительного стресса. Для лучшего эффекта Liv-52 желателно принимать перед большими нагрузками на печень, для предотвращения абстинентного синдрома и комплексной защиты организма. К побочным действиям препарата относятся возможные аллергические реакции и диспептические расстройства со стороны ЖКТ.

В целом для того, чтобы уберечь нашу печень от токсического поражения достаточно не употреблять спиртные напитки и соблюдать правильную диету. Необходимо всегда консультироваться с профессиональными специалистами, находиться под их постоянным наблюдением, и при применении любых лекарственных средств строго придерживаться инструкций по их применению.

Голованова А. Ю., Стародубцев Д. С.

СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры, Харьков, Украина

Научный руководитель: Александрова А. В.

Болезнь Альцгеймера – дегенеративное заболевание головного мозга, сопровождающееся образованием в мозге нейрофибриллярных клубочков и амилоидных бляшек, клинически проявляющееся прогрессирующей деменцией.

Лечение болезни Альцгеймера направлено на остановку прогрессирования заболевания и уменьшения выраженности уже имеющихся симптомов. С этой целью используются ингибиторы ацетилхолинэстеразы (Арисепт, Галантамин, Ипидакрин) и антиглутаматные препараты (Мемантин).

Мемантин – один из наиболее эффективных препаратов комбинированной терапии болезни Альцгеймера. Препарат является неконкурентным антагонистом NMDA-рецепторов, оказывает модулирующее действие на глутаматергическую систему. Регулирует ионный транспорт, блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал, улучшает процесс передачи нервного импульса. Это способствует улучшению когнитивных процессов, памяти и способности к обучению, повышает повседневную активность. Мемантин может взаимодействовать с антихолинэргическими средствами и нейролептиками. Незначительные побочные эффекты (головокружение, чувство усталости, тошнота) позволяют применять препарат достаточно широко. Сегодня не существует лекарственных средств, останавливающих развитие болезни Альцгеймера. Во всем мире ведутся разработки новых способов лечения (например, использование стволовых клеток). Также огромную роль в лечении болезни Альцгеймера играет сбалансированное питание, умственные и физические нагрузки.

Горобивская Т. А., Чинёнова Ю. Э.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Белик Г.В.

Развитие и совершенствование методов общей анестезии (ОА) продолжается по мере того, как расширяются наши знания о механизмах боли и обезболивания. Не прекращается поиск новых ингаляционных и внутривенных общих анестетиков с оптимальными свойствами и компонентами для комбинации с ними. Как и все состояния ОА имеет ряд преимуществ и недостатков. Преимущества заключаются в том, что требуется мало времени для входа в наркоз, обеспечивается полная интраоперационная анальгезия и амнезия, мышечная релаксация и отсутствие сознания у пациента, “стабильность” сердечно-сосудистой системы, возможность контроля ее функциями. К недостаткам относят такие побочные эффекты как головокружение, слабость, сонливость, спутанность сознания, головную боль, боль в мышцах. Наркотические средства, применяемые для проведения ОА, подразделяются на ингаляционные и неингаляционные (преимущественно внутривенные). В современной медицине средствам внутривенной анестезии принадлежит ведущее место в связи с тем, что они необходимы на всех этапах ОА, начиная с премедикации и индукции, тогда как ингаляционный анестетик используется только на этапе поддержания анестезии, причем при обязательном сочетании с другими компонентами ОА. В последние годы преимущество отдают лекарственным средствам широкого спектра действия, среди которых выделяют такой современный препарат как пропофол. Пропофол – короткодействующее, предназначенное для внутривенного введения средство, применяемое для индукции или поддержания наркоза, а также в качестве седативного средства при искусственной вентиляции лёгких у взрослых пациентов и для процедурной седации. Механизм действия препарата обусловлен тем, что пропофол потенцирует гамма-аминомасляную кислоту в ГАМК_A-рецепторе. Препарат обладает уникальными фармакокинетическими

характеристиками: быстрое наступление сна (30-40 сек), самый быстрый клиренс и время полувыведения (30-60 мин), ультракороткое действие (3-5 мин), отсутствие кумуляции, возможность многократного введения повторных доз без риска посленаркозной депрессии ЦНС, самая легкая управляемость. Основным недостатком дипривана является его ваготропное действие, проявляющееся стойкой тенденцией к замедлению ритма сердца при менее выраженной тенденции к гипотензии. Однако, несмотря на это с каждым днём опыт работы врачей с пропофолом растёт, и медицинские учреждения стараются иметь его в своем арсенале.

Гранкина А. В., Александрова А. В.
ОПИАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Хронической болью следует считать боль, которая беспокоит больного более 3 месяцев. У ряда пациентов с выраженной хронической болью применение неопиоидных анальгетиков не позволяет достигнуть достаточного анальгетического эффекта, что приводит к неадекватному обезболиванию.

Опиаты, такие как морфин и героин, остаются «золотым стандартом» среди препаратов, используемых для снятия хронической боли. При лечении болевых синдромов очень важно поддерживать постоянную эффективную концентрацию анальгетика. При этом путь введения не является определяющим и зависит от клинической ситуации. Для лечения хронической боли подходят оральный, сублингвальный, ректальный пути введения. Настоящим прорывом в лечении хронических болевых синдромов стало появление трансдермальных транспортных систем, а так же трансмукозальный путь введения. Были разработаны препараты фентанила (Дюрогезик) и бупренорфина (Транстек) в виде пластыря, а так же фентанила в виде леденцов для рассасывания и морфина в форме для интраназальной ингаляции. К основным преимуществам трансдермальных транспортных систем относят: длительное постоянное введение препарата обеспечивает стабильную плазменную концентрацию лекарственного вещества; удается избежать эффекта первого прохождения, когда значительная часть препарата подвергается трансформации до попадания в системный кровоток; высокая эффективность на протяжении длительного времени (72 часа); высокие переносимость и комфорт для пациента; более эффективны и безопасны. Однако использование этих лекарственных средств остается спорным вопросом из-за побочных эффектов, возникающих при приеме, в частности из-за физического привыкания к ним, сопровождающегося синдромом отмены. В данный момент разрабатываются антагонисты периферического действия. С их помощью хотя бы частично удастся решить проблему опиоид-индуцированных нарушений работы желудочно-кишечного тракта.

Одним из эффективных методов лечения хронической боли с помощью опиатов является комплексная терапия. Она включает назначение больным с хроническим болевым синдромом, помимо опиатов, других анальгетических препаратов: парацетамола, нестероидных противовоспалительных лекарственных средств, антидепрессантов, спазмолитиков. Комплексная терапия позволяет не только уменьшить дозы опиатов на 25–50%, но и увеличить эффективность лечения болевого синдрома, а также снизить число и тяжесть побочных эффектов.

Григорьева Ю. А., Натальченко М. Л., Куртунина Е. О.
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И ЕГО
ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Киричек Л. Т.

Синдром хронической усталости (СХУ) – одна из распространенных патологий нашего времени, главным признаком которой является немотивированная общая слабость, нарушающая активную повседневную жизнь человека. Профилактика СХУ включает нормализацию режима отдыха и физической работы, разгрузочную диету, совместно с гидропроцедурами и лечебной физкультурой, аутогенную тренировку, психотерапию и другие активные методы поддержания психо-эмоционального здоровья. Средствами фармакопрофилактики СХУ являются адаптогены, антигипоксанты, антиоксиданты и иммуностимуляторы. Адаптогены – это лекарственные средства растительного происхождения, повышающие неспецифическую сопротивляемость организма на основе стимуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и ее защитного влияния в экстремальных условиях. Антигипоксанты – вещества, предотвращающие развитие гипоксии путем положительного влияния на энергетический процесс в клетке или перевода организма на более низкий уровень функционирования. Антиоксиданты, снижая скорость окисления активных радикалов и повышая активность антиоксидантных ферментов, нормализуют окислительное равновесие нарушающееся в условиях эмоционально-стрессового напряжения. Иммуностимуляторы восстанавливают клеточный и гуморальный иммунитет, стимулируют синтез различных классов иммуноглобулинов, фагоцитоз, повышают устойчивость организма к различным нагрузкам. Таким образом, проблема лечения СХУ в настоящее время решается путем мобилизации защитных сил организма, что должно быть положено в основу получения новых средств его фармакотерапии.

Гужва А. А., Гутарра К. К., Задорожная Л. О., Плехова О. А.
СТРЕССПРОТЕКТОРЫ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Киричек Л. Т.

Травма – мощный эмоциональный и болевой стресс, приводящий к развитию у пострадавших, наряду со специфическими проявлениями, общего адаптационного синдрома по Селье, для которого характерно изменения психоэмоционального статуса, повышение тревожности, нарушения социальных контактов и появление психической депрессии. В связи с этим в комплексном лечении стресса при травматической болезни могут быть использованы стресспротекторы (СП), которые представлены: транквилизаторами (феназепам, амизил, триоксазин), ноотропами (пирацетам, аминалон), адаптогенами (женьшень, элеутерококк), нейроаминокислотами (таурин), нейропептидами (мелатонин), антиоксидантами (тиотриазолин, мексидол), многочисленными органопротекторами. СП, независимо от групповой принадлежности, нормализуют функции защитных систем организма, усиливая стресс-лимитирующие реакции. Их действие проявляется снижением возбуждения ЦНС, уменьшением симпатoadреналовых эффектов, восстановлением

ферментативно-метаболических реакций и поддержанием функций всех органов и систем, уменьшением эндокринных нарушений и восстановлением иммунитета.

Полифункциональная активность СП и их влияние на разные звенья гомеостаза повышают неспецифическую сопротивляемость организма и функциональные возможности его систем и органов, что улучшает терапевтический прогноз при травматической болезни.

Гузиенко Е. С.

ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

В настоящее время группа антибактериальных средств представлена большим количеством препаратов, часть из них получают из культуральной среды, на которой произрастают определенные штаммы плесневых грибов (*Penicillium*), являющихся продуцентами пенициллина. Это так называемые биосинтетические пенициллины. Значительные возможности усовершенствования пенициллинов открылись с выделением их структурной основы 6-аминопенициллановой кислоты, путем химической модификации, которой создан ряд полусинтетических пенициллинов, особенностью которых является устойчивость к β -лактамазе (продуцируемой рядом микроорганизмов и разрушающей β -лактамовое кольцо) оксациллина, нафциллин, клоксациллин и широкий спектр действия (ампициллин, амоксициллин). Спектр действия антибактериальных средств заключается в способности противомикробных препаратов оказывать бактерицидное влияние на инфекционных возбудителей (грамположительные кокки; стрептококки групп CF и G; грамотрицательные бактерии; анаэробные микроорганизмы; внутриклеточные микроорганизмы). Важной проблемой является преодоление резистентности, поэтому была создана клавулановая кислота, ингибитор β -лактамазы. В связи с выше сказанным были созданы комбинированные препараты (ампиокс, аугминтин). Препараты показаны при бактериальных инфекциях; бронхитах; пневмониях; пиелонефритах; инфекциях кожи и мягких тканей. Особое внимание стоит уделить таким состояниям как гиперчувствительность, инфекционный мононуклеоз, лимфолейкоз, индивидуальная непереносимость β -лактамов. Важно отметить, что при курсовом лечении необходим динамический контроль за органами кроветворения, печени и почек. При подозрении на суперинфекцию рассматривается вопрос о смене антибиотиков.

Гуйван И. В.

КОГДА ЧАЙ СТАНОВИТСЯ НЕБЕЗОПАСНЫМ?

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Березняков А. В.

Если учесть принятую у многих народов своеобразную норму потребления чая – 5-6 стаканов в день, то человечество выпивает 700 миллиардов стаканов чая ежегодно. Казалось бы, известны все факты о пользе чая, но всегда ли он является безопасным напитком? С химической точки зрения чай – это сложная смесь, состоящая из катехинов, их димеров (теафлавинов) и полимеров (теарубигинов); проантоцианидинов; окисленных низкомолекулярных конденсированных танинов; производных пурина: алкалоидов кофеина, теофиллина, теобромина, гуанина;

терпеновых и ароматических спиртов; минеральных солей; белков; различных аминокислот (аспарагиновая, глютаминовая, теанин, серин, аланин, лизин и др.) альдегидов (изомасляный, изовалериановый и др.), свободных кислот (уксусная, масляная, валериановая и др.), витаминов. Всем известны положительные фармакологические свойства чая: кофеин возбуждает центральную нервную систему (особенно кору головного мозга) и деятельность сердца, повышает кровяное давление, учащает дыхание и делает его более глубоким, расширяет сосуды головного мозга, сердца и почек, усиливает диурез. Теофиллин оказывает возбуждающее действие на сердце, расслабляет мускулатуру бронхов и сосудов, стабилизирует мембраны тучных клеток. Катехины, входящие в состав дубильных веществ, содержащихся в листьях чайного куста, обладают Р-витаминной активностью: повышают прочность капилляров, уменьшают проницаемость стенок кровеносных сосудов, способствуют лучшему усвоению аскорбиновой кислоты. Благодаря высокому содержанию дубильных веществ чай оказывает вяжущее и дезинфицирующее действие. Перечисленные ранее органические соединения, которые в избытке присутствуют в заварке (особенно – на основе катехинов низкомолекулярные полифенолы, белки и пуриновые основания), при вступлении в контакт с кислородом окисляются, полимеризуются, образуют комплексные соединения. Частично они выпадают в осадок, а некоторые формируют видимую пленку на поверхности. При попадании в организм человека образовавшаяся нерастворимая пленка покрывает слизистую оболочку желудка и кишечника, препятствует поглощению питательных веществ и раздражает желудочно-кишечный тракт. При этом замедляется перистальтика кишечника, пищевые массы накапливаются в полости желудочно-кишечного тракта, под этой нерастворимой пленкой существенно возрастает бактериальная активность, начинаются процессы брожения и гниения, происходит всасывание слизистой оболочкой образующихся токсичных веществ, развиваются эрозивно-язвенные процессы. Также употребление уже постоявшего чая негативно влияет на нервную и сердечно-сосудистую систему. Это объясняется появлением одного из производных пурина, которое переходит в экстракт чая при его стоянии более 10 минут – гуанином. Последний сам по себе не является токсичным, но опасность представляет продукт его окисления – токсичный гуанидин. Гуанидин Н-холиномиметик, стимулирующий дыхательный центр и повышающий артериальное давление. При высоких концентрациях гуанидина возможны проявления в виде беспокойства, раздражительности, тремора конечностей, судорог, психомоторного возбуждения, бессвязного потока мыслей и речи, головокружений, парестезии во рту и конечностях, гипертонии, тахикардии, аритмии, подавления функции костного мозга, токсического поражения печени, гипогликемии, снижения концентрации кальция в крови. Учитывая выше изложенное, можно сделать вывод, что постоянное многократное употребление «постоявшего» заваренного чая, в котором содержатся образовавшиеся токсические вещества, несет опасность для здоровья человека.

Гукасян С. Э.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Герпес – одно из самых распространенных заболеваний возбудителем которого является простой вирус герпеса. Различают первичный и рецидивирующий генитальный

(типичная и атипичная клинические формы, бессимптомное вирусовыделение) герпес. Герпесвирусы способны привести к инфицированию плода во время беременности. Беременность очень часто является физиологическим иммуносупрессивным фактором (происходит закономерное снижение иммунитета). В цервикальном канале беременных женщин значительно увеличивает риск внутриутробного инфицирования плода, а также инфицированию ребёнка в родах. Герпес лечится комплексно, в официальной медицине иногда человека для этого даже госпитализируют. Чаще всего применяется смазывание очагов поражения спиртовыми растворами анилиновых красок, бриллиантовым зеленым, йодом и чистым спиртом. Показаны антибиотики, стрептоцидовая мазь, инъекции витамина В₁. При сильных болях – анальгин, баралгин. Из новых препаратов применяются ацикловир, циклоферон, фамцикловир. Циклоферон при герпетической инфекции принимаются внутрь один раз в день, за 30 минут до еды, не разжевывая, запивая 1/2 стакана воды, в возрастных дозировках (взрослым по 4 таблетки на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23-и сутки (курс лечения 40 таблеток; детям с четырех лет – на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14-е сутки лечения. Курс лечения может варьироваться в зависимости от тяжести состояния и выраженности клинических симптомов. Нужно помнить, что при появлении высыпаний человек становится остро заразным. Профилактика герпеса заключается, прежде всего, в укреплении иммунитета. Желательно соблюдать режим сна и отдыха, не забывать про закаливание. В период эпидемий ОРВИ и гриппа важно избегать пребывания в людных местах.

Данило Р. Р.

МИОРЕЛАКСАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Березняков А. В.

Боль в спине – частая причина обращаемости за медицинской помощью. Дегенеративные заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника являются причиной временной нетрудоспособности у 15-25% работающего населения в возрасте 30 – 60 лет. Причины боли в спине часто имеют комплексный характер. Это несчастные случаи, повышенные мышечные нагрузки и спортивные травмы. В эту группу заболеваний входят дегенеративные изменения в межпозвоночных суставах, дисках и связочном аппарате. Одним из главных механизмов патогенеза спондилогенных радикуло- и миелопатий – компрессионно-ишемический. Возникающий мышечный спазм характеризуется длительными сокращениями скелетной мускулатуры с образованием чувства боли. Формируется так называемый порочный круг, когда мышечные спазмы усиливают первоначальную причину заболевания. При данной патологии одной из основ комплексного лечения является применение миорелаксантов. Основной эффект миорелаксантов это расслабление скелетных мышц в результате блокирующего влияния на нервно-мышечную передачу. Эти препараты снижают мышечно-тонические реакции и, как следствие, купируют болевой синдром, а также способствуют увеличению объема движения в суставах и позвоночнике. Применение миорелаксантов в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника уже давно доказало свою эффективность. В комплексной терапии их использование облегчает проведение активной и пассивной кинезиотерапии (массаж, мануальная терапия, физические упражнения).

Дебеля И. С., Турбар Д. С.

ВЛИЯНИЕ АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Александрова А. В.

Анаболические стероиды – это фармакологические препараты, которые имитируют действие мужского полового гормона – тестостерона и дигидротестостерона. Они ускоряют синтез протеина внутри клеток, что приводит к гипертрофии мышечной ткани. Действие анаболических стероидов условно разделяют на анаболическую и андрогенную активность.

Данные средства могут вызывать вирилизацию у женщин (развитие вторичных мужских признаков). Наиболее часто первым симптомом этого является хрипота голоса, увеличение клитора, могут появляться волосы на лице, сильное оволосение конечностей. Как правило, это все происходит на фоне аменореи (нарушений менструального цикла, вплоть до его прекращения). Кожа становится сальной и грубой, изменяется её структура, усиливается реакция на различные стрессы. В крайних случаях может развиваться облысение по мужскому типу.

Женщины могут заметить начало вирилизации по уменьшению размеров грудной железы. В целом же вирилизация явственно связана с длительностью и чрезмерной дозировкой стероидов, чего следует избегать, так как многие вирилизующие эффекты становятся необратимыми. Если стероиды принимаются во время беременности, возможны явления маскулинизации эмбриона женского пола.

Несмотря на разнообразие побочных эффектов анаболических стероидов, следует заметить, что их прием согласно инструкции в 95% не вызывает никаких осложнений и побочных реакций, еще 4% побочных эффектов имеют полностью обратимый характер.

Дудник О. С., Бигдаш В. В.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Койро О. О.

Гиперурикемия (повышение концентрации мочевой кислоты в крови) является фактором риска развития подагры, заболеваний почек, сердечно-сосудистой системы, метаболического синдрома. Гиперурикемия является частым осложнением фармакотерапии. Лекарственные средства, повышающие уровень мочевой кислоты в крови можно разделить на такие группы:

Препараты, снижающие почечную экскрецию мочевой кислоты. К ним относятся ацетилсалициловая кислота (низкие дозы); диуретики – тиазидные (гидрохлортиазид) и петлевые (фуросемид); противотуберкулезные препараты пипразинамид и этамбутол; периферический вазодилататор диазоксид; иммунодепрессант циклоспорин А; никотиновая кислота и ее производные (никотинамид); препараты, содержащие лактат (раствор Рингера лактат).

Препараты, увеличивающие образование мочевой кислоты. Некоторые препараты, такие как фруктоза и ксилит, могут увеличивать урикемию, ускоряя катаболизм адениловых нуклеотидов, тогда как повышение уровня мочевой кислоты при применении противовирусного средства рибавирина и противоопухолевого антибиотика даунорубицина связано с возрастанием скорости деструкции клеток в

результате соответственно гемолитического и цитотоксического действия препаратов. Гиперурикемию также могут вызывать предшественники мочевой кислоты: метилксантин теофиллин, противовирусный препарат изопринозин, метаболические средства рибоксин и цитофлавин, антиретровирусный препарат диданозин.

Пациентам с нарушением обмена мочевой кислоты необходимо учитывать особенности влияния на пуриновый обмен указанных лекарственных препаратов. Рациональная фармакотерапия позволит избежать таких побочных эффектов, как развитие гиперурикемии и обострение подагры.

Дягилев С. М., Нагиева А. А.

ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА НА ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Будущие мамы обычно знают, что нежелательно пить кофе во время беременности. Но угроза не ограничивается одним лишь кофе. Кофеин – это достаточно распространенный вид стимулятора. Он содержится во многих напитках, продуктах и медикаментах. Медики установили, что у детей, рождённых женщинами, употреблявшими в период беременности продукты, содержащие кофеин, процент врождённых патологий выше, чем у других детей. Причина этому – негативное влияние кофеина на организм плода.

Подобно питательным веществам и кислороду, кофеин легко преодолевает плацентарный барьер, однако внутренние органы растущего эмбриона не вырабатывают ферменты, требующиеся для его эффективного расщепления, поэтому Всемирная организация здравоохранения рекомендует ограничить его потребление во время беременности 300 миллиграммами в день. В некоторых странах, например, в США этот порог еще ниже – 200 миллиграммов кофеина в день. Такое количество кофеина содержится в 340-граммовой кружке кофе, или пяти чашках чая по 200 граммов, или в шести-семи плитках темного шоколада.

На беременную женщину кофеин оказывает такие эффекты как: изменение ритма сердечных сокращений, повышение артериального давления, сокращение притока крови к плаценте. В лучшем случае ребёнок может родиться с весом, ниже нормы. В худшем же при высоких дозах это вещество способно вызывать фетотоксический и тератогенный эффекты, обусловленные избыточным выбросом катехоламинов.

В опытах на беременных крысах, у потомства выявлены пороки развития пальцев, расщепление неба, нарушения эндокринной функции поджелудочной железы и снижение массы тела, вызванное внутриутробным нарушением усвоения пищи. Клинические наблюдения показывают, что, проникая в грудное молоко, кофеин провоцирует выраженное возбуждение у новорожденных детей. Кроме того, в мужском организме кофеин неблагоприятно влияет на репродуктивную функцию. В эксперименте на крысах препарат, вводили самцам в течение недели до спаривания, что спровоцировало перинатальную гибель потомства. Так же наблюдаются случаи абстинентного синдрома у новорожденных, матери которых злоупотребляли кофе.

В заключение следует сказать, что женщина, неспособная отказаться от кофеина на период беременности, подвергает большой опасности своего будущего ребёнка. Фактически на одной чаше весов находится порция кофе, а на другой – здоровье будущего человека.

Жижера Д. В.

**ИНГИБИТОРОЗАЩИЩЕННЫЙ ЦЕФАЛОСПОРИН: ЗНАЧЕНИЕ В
СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Миронченко С. И.

Среди бета-лактамов антибиотиков ведущее место по частоте применения занимают цефалоспорины III поколения, которые обычно используются в качестве базовых средств эмпирической терапии инфекций разной локализации. Нередко при применении этих препаратов не достигается ожидаемый эффект, что обусловлено неуклонным ростом числа резистентных штаммов практически всех видов микроорганизмов. В 80% случаев резистентность развивается за счет продукции микробными клетками бета-лактамаз. Наибольшую угрозу представляют бета-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), гидролизующие практически все цефалоспорины. Для предупреждения разрушения бета-лактамов, в том числе цефалоспоринов, применяют ингибиторы бета-лактамаз – клавулоновую кислоту, тазобактам и сульбактам. Известно, что сульбактам имеет ряд преимуществ перед другими ингибиторами: в меньшей степени индуцирует продукцию хромосомных бета-лактамаз, характеризуясь низкими темпами роста резистентности микроорганизмов, имеет естественную бактерицидную активность относительно *Acinetobacter* spp., *Bacteroides fragilis* и *Neisseria gonorrhoeae*; владеет значительно большей, чем клавуланат или тазобактам, стойкостью к изменениям pH раствора, активнее проникая в ткани.

На сегодня цефоперазон/сульбактам является единственной эффективной ингибиторозащищенной комбинацией цефалоспоринов III поколения. Важнейшими свойствами цефоперазон/сульбактама являются сохранение активности и клинической эффективности против некоторых грамотрицательных бактерий, устойчивых к цефалоспоринов III поколения; появление клинически значимой активности против анаэробных бактерий и возможности применять данный антибактериальный препарат при смешанных аэробно-анаэробных инфекциях без метронидазола или линкомицина (около 100% штаммов грамотрицательных анаэробных бактерий чувствительны к комбинации цефоперазона и сульбактама), высокая активность против синегнойной палочки и ацинетобактера – важных возбудителей госпитальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии, появление активности относительно грамотрицательных бактерий, продуцирующих БЛРС (эти свойства среди бета-лактамов имеют только карбапенемы). Следовательно, преимущество комбинации цефоперазона с сульбактамом состоит в расширении антимикробного спектра при сохранности фармакокинетических свойств цефоперазона. Ингибиторозащищенная комбинация цефоперазон/сульбактам может назначаться в режиме монотерапии при хирургических инфекциях, инфекциях в отделениях реанимации и интенсивной терапии (септицемия, менингит, поздняя пневмония на искусственной вентиляции легких), инфекциях у больных со сниженным иммунитетом, при проблемных возбудителях (*Acinetobacter* spp., *P.aeruginosa*, *Klebsiella* spp. и др. БЛРС-продуценты).

Таким образом, преодоление резистентности многих патогенных микроорганизмов, которые продуцируют бета-лактамазу, является приоритетной задачей фармакологии антибиотиков. Оптимальным способом преодоления является комбинация современных полусинтетических бета-лактамов антибиотиков с ингибиторами бета-

лактамаз. Область применения цефалоспоринов III поколения с ингибитором бета-лактамаз сульбактамом охватывает госпитальные и негоспитальные тяжелые инфекции, в частности, вызванные резистентными микроорганизмами, а также расширяет терапевтические возможности антибактериальной химиотерапии в целом, и создает реальные предпосылки преодоления резистентности микроорганизмов.

Журба Е. П.

ПОСЛЕДСТВИЯ БЕСКОНТРОЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КРЕАТИНОВЫХ ДОБАВОК

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

В связи с развитием сети магазинов спортивного питания и их доступности для основной массы молодёжи в последние годы возникла актуальная проблема злоупотребления биологическими добавками креатина для улучшения результата при интенсивных физических нагрузках. При опросе у десяти постоянных посетителей фитнес-клубов, четверо отметили, что они употребляли креатиновые добавки без какой-либо консультации у врача или тренера.

Основным побочным продуктом креатина является креатинин, который выводится из организма почками. Высокие дозы креатинина способствуют обострению патологических процессов у людей, страдающих почечной недостаточностью. Креатин не рекомендуется к использованию пациентам с различными видами диабета, поскольку может внести изменения в действие своего переносчика инсулина. При неправильном употреблении креатина его усвояемость и попадание в мышечную ткань значительно уменьшается, и неусвоенная часть активно выводится с помощью ЖКТ. Это является причиной диареи и обезвоживания организма. В отдельных случаях креатиновые добавки могут привести к сбою в работе печени.

Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что при покупке такого продукта стоит учитывать свои индивидуальные особенности организма. Людям с хронической почечной или печеночной недостаточностью и сахарным диабетом лучше отказаться от приёма креатина. Стоит всегда выбирать качественный продукт известной фирмы и всегда советоваться с профессионалами, чтобы избежать побочных эффектов и получить только желаемый результат.

Заверуха Я. И.

ГОМЕОПАТИЯ В ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С.Я.

Каждому родителю придется рано или поздно пройти через такой этап жизни ребенка как прорезывание молочных зубов. И хотя это естественный физиологический процесс, но очень часто он сопровождается комплексом совсем не физиологических симптомов: беспокойство, лихорадка, слюнотечение, сыпь, выделения из носа, кашель, кишечные расстройства и др. А у родителей начинается череда бессонных ночей. Вышеперечисленные симптомы составляют широкий лекарственный патогенез, который позволяет выделить перечень гомеопатических лекарственных средств, способных облегчить состояние ребенка.

Для купирования симптомов применяют гомеопатические препараты в следующих разведениях: при возбуждении, пронзительном плаче, длительном плаче применяют Chamomilla от 5 до 30СН, Borax от 5 до 15СН, Cina 9СН, Japala 9СН, Rheum 9СН; воспалении и отечности десен, появлении желанья грызть различные твердые предметы или держать пальцы во рту: Borax 5СН, Creozotum 5СН, Phytolacca 7СН, Podophyllum 7СН; лихорадке не выше 38°С: Aconitum 3СН, Belladonna 3СН; чрезмерном слюноотделении, периоральной сыпи: Borax 5СН, Mercurius solubilis 5СН; расстройстве кишечника, включая диарею, запоры, жидкий стул: Magnesia carbonicum 5СН, Rheum 5СН, Chamomilla от 4 до 5СН, Calcarea phosphorica 5СН, Creozotum 5СН, Podophyllum 5СН, Aethusa 4СН, Mercurius solubilis 4СН, Magnesia muriatica 4СН.

Таким образом, гомеопатия обладает многообразием безвредных лекарственных средств, способных облегчить страдания ребенка при прорезывании молочных зубов.

Золотарь Е. С.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

В современной гинекологической практике дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) занимают одно из лидирующих мест. Согласно статистике, частота ДМК среди гинекологических заболеваний достигает 35%. Фармакология достигла высокого уровня в решении вопроса о лечении ДМК: сделав его этапным и комплексным. Первым этапом является достижения гемостаза, вторым этапом - профилактика рецидива. В первом этапе выделяют медикаментозный гемостаз, который целесообразно проводить женщинам репродуктивного возраста, которые не относятся к группе риска по развитию гиперпролиферативных процессов эндометрия; гормональный гемостаз монофазными пероральными контрацептивами, содержащими 0,03 мг этинилэстрадиола и гестагены группы норстероидов (фомоден, марвелон); гестационный гемостаз для достижения которого применяют производные как прогестеронового ряда (Дуфастон), так норстероидного ряда (примолютнор, оргаметрил). Что касается ранее традиционно назначаемых утеротонических средств (окситоцин), то на сегодняшний день их назначение считается неэффективным. Во втором же этапе проводится и витаминотерапия, и стабилизация функций ЦНС (адаптол, ноофен, неврохеель), и проведение общеукрепляющих мероприятий. На этом этапе используются ингибиторы синтеза простагландинов (мефенаминовая кислота) и антифибринолитики (транексамовая кислота). Можно прийти к выводам, что на сегодняшний день лечения ДМК не предоставляет никаких трудностей и проводится на высоком современном уровне.

Івахнова К. С.

НЕФРОПРОТЕКТОРНА ДІЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ

Кафедра медичної фармакології та медичної рецептури

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Єрмоленко Т. І.

В усьому світі інфекції сечової системи залишаються одними з найбільш частих і поширених захворювань у практиці лікарів-нефрологів. Серед комбінованих

фітопрепаратів найбільшу доказову базу щодо ефективності при нирковій патології має Канефрон Н, який поєднує стандартизовані екстракти золототисячника малого, любистка лікарського, розмарину справжнього. Для з'ясування дії цього препарату проводилися аналітичні, статистичні дослідження.

Мета нашого дослідження – вивчити особливості нефропротекторної дії препарату Канефрон Н у хворих на пієлонефрит.

Проведене відкрите порівняльне дослідження, в якому взяли участь 120 пацієнтів віком від 18 до 65 років хворих на пієлонефрит, показало доцільність тривалого (3-місячного) застосування препарату з метою профілактики хронізації процесу, загострень хронічного процесу та рецидивів. На сьогодні вивчена спазмолітична, протизапальна, протимікробна, сечогінна та нефропротекторна дія Канефрону Н. За рахунок вазодилатації ниркових артеріол і покращення кровозабезпечення нирки, впливу флавоноїдів на проникливість мембран ниркових капілярів і їх антиоксидантних властивостей, що забезпечує нефропротекторну дію препарату.

Таким чином, застосування комбінованого рослинного препарату в лікуванні та профілактиці хворих на захворювання нирок сприяє відновленню доброго самопочуття, більш швидкої ліквідації клінічних проявів (дизурії, частого сечовипускання, болі в попереку), більш частою нормалізацією аналізів сечі.

Кайда Н. С.

**РОЛЬ ДИУРЕТИКОВ И ИНГИБИТОРОВ
АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В ЛЕЧЕНИИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Артериальная гипертензия (АГ) – распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, основным проявлением которого является повышенное артериальное давление. Среди причин возникновения АГ важное место занимает высокое содержание активного ангиотензин II (АТ II), который обладает сосудосуживающим действием, натрия и воды в кровеносном русле. В терапии заболевания особо важное практическое значение имеют диуретики – салуретики и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Во всем мире лечение АГ начинают с диуретиков-салуретиков (гидрохлортиазид, индапамид), которые ведут к увеличению экскреции натрия, основного иона, притягивающего воду, уменьшению объема циркулирующей крови, снижению сердечного выброса, что ведет к уменьшению систолического и диастолического давления. Широко используются диуретики в сочетании с ингибиторами АПФ (лизиноприл Н, моноприл). Эти препараты за счет угнетения активности АПФ уменьшают образование таких сосудосуживающих и влияющих на задержку натрия веществ, как ангиотензин II, альдостерон, норадреналин, вазопресин, увеличивают почечный кровоток, уменьшают тонус кровеносных сосудов, в большей степени артерий, в результате чего уменьшается сопротивление току крови, содержание в тканях и крови таких вазорелаксантов как брадикинин, простагландины E₂ и I₁, эндотелиальный фактор расслабления, предсердный натрийуретический гормон. Начальную стадию АГ в основном лечат диуретиками-салуретиками, именно поэтому они могут применяться как в комплексной терапии, так и в качестве самостоятельного лекарственного препарата.

Калюжка В. Ю., Маркевич Н. А.
ДЕЙСТВИЕ РОЛИПРАМА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Ноотропы - это вещества, оказывающие специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, улучшающие память, облегчающие процесс обучения, стимулирующие интеллектуальную деятельность, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшающие кортикально-субкортикальные связи. Ныне основными механизмами действия ноотропных средств считаются влияние на метаболические и биоэнергетические процессы в нервной клетке и взаимодействие с нейромедиаторными системами мозга. Одним из наиболее перспективных в плане эффективного влияния на ЦНС механизмов действия ноотропных препаратов является активация в нейронах специфических метаболических путей с участием ядерно-цитоплазматического CREB-белка. CREB (cAMP responsive element binding protein) – белок, который инициирует транскрипцию генов с участием цАМФ чувствительных элементов в их промотерах. Возрастание концентрации кальция или цАМФ может запускать фосфорилирование и активацию CREB. Этот фактор транскрипции является компонентом сигнальной системы, регулирующей, широкий спектр разнообразных процессов, включая циркадные ритмы и формирование памяти.

Антидепрессант Ролипрам стимулирует cAMP/PKA/CREB сигнальный путь, за счет специфического ингибирования фосфодиэстеразы 4 типа (PDE4), изоформы фермента, который катализирует гидролиз цАМФ. Ролипрам способен увеличивать долговременную потенциацию и ускорять консолидацию кратковременной памяти в долговременную.

Использование Ролипрама целесообразно как для улучшения когнитивных способностей у здоровых людей, так и для лечения неврологических нарушений различных этиологий.

Каримова З. М., Михайская Е. Р., Порадюк Е. В.
ФИТОТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Киричек Л. Т.

Распространенность сахарного диабета (СД) среди взрослого населения в большинстве регионов мира составляет 4-6%. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте числа больных СД, приобретающем эпидемический характер. По данным ВОЗ в 2010 году 3,4 миллиона человек умерли от последствий высокого содержания сахара в крови натошак, в 2013 году 347 миллионов человек во всем мире больны диабетом. По прогнозам ВОЗ, в 2030 году диабет станет седьмой по значимости причиной смерти.

Основным отличием СД-2 является незаметное постепенное начало. На основе инсулинрезистентности глюкоза из крови не проникает в клетку и уровень сахара в крови повышается. Основные принципы лечения СД-2 направлены на стимуляцию выработки инсулина бета-клетками поджелудочной железы (производные тиомочевины) и на предупреждение всасывания пищевых углеводов в кишечнике (производные бигуанида).

В составе комплексной терапии СД-2 получили широкое распространение препараты растительного происхождения, которые можно классифицировать следующим образом: I. Растения, способствующие выведению из организма избытка глюкозы: содержащие арбутин: береза (листья) и брусника (листья и побеги), растения, содержащие флавоноиды: спорыш и хвощ. II. Бигуанидсодержащие растения: козлятник лекарственный (травя), горох посевной (створки плодов), фасоль обыкновенная (створки плодов), черника (листья и побеги). III. Хромсодержащие растения, усиливающие действие инсулина: арника горная (цветки), женьшень (корни), левзея (корневища с корнями). IV. Цинксодержащие растения, стимулирующие синтез инсулина: береза повислая (почки, листья), горец птичий (травя), золотарник канадский (травя), кукурузные рыльца, шалфей лекарственный (травя). V. Лекарственные растения, стимулирующие регенерацию бета-клеток островков Лангерганса: грецкий орех (листья), черника (листья и молодые побеги), шелковица белая и черная (листья), лен посевной (семена), лопух большой (корни), солодка голая (корни). VI. Инулинсодержащие растения, участвующие в регуляции обмена глюкозы: девясил высокий (корневища с корнями), одуванчик лекарственный (корни) и цикорий (корни). VII. Растения, задерживающие глюкозу в тканях: ежевика сизая (листья), малина обыкновенная (листья), золототысячник зонтичный (травя), сельдерей пахучий (травя и корни), грецкий орех (листья), шелковица белая и черная (листья), эвкалипт голубой. VIII. Растения-адаптогены, повышающие защитные силы организма: аралия маньчжурская (корни), женьшень (корни и листья), заманиха высокая (корневища с корнями), левзея сафлоровидная (корневища с корнями), лимонник китайский (плоды и семена), родиола розовая.

Все перечисленные растения обладают сахароснижающим действием. На их основе в Украине выпускаются фитопрепараты: Арфазетин, Садифит, Фиточай Ключи Здоровья Сахароснижающий, побеги черники. Все они могут быть рекомендованы к применению на ранних стадиях СД-2.

Касьянова А. В.

КОМПЛЕКСНЫЙ ANTI-AGE ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Кожа является биологическим зеркалом. Её внешний вид отражает действие всех благоприятных и неблагоприятных факторов на организм человека. Объективным фактором, вызывающим изменения со стороны кожи, выступает процесс старения. Известно, что основными патогенетическими механизмами старения кожи является угнетение метаболических процессов, действие свободных радикалов и снижение гиалуроновой кислоты. Поэтому очень важно найти способы замедления старения, а также уменьшения негативного воздействия окружающей среды и стресса на организм человека в целом. Сегодня много внимания уделяется роли регуляторных функций метаболитов, среди которых важное место принадлежит метаболиту цикла трикарбоновых кислот – сукцинату.

Целью данной работы является изучение механизмов реализации комплексного anti-age эффекта янтарной кислоты и её солей.

Долгое время в косметологии боролись с уже видимыми проявлениями старения кожи, применяя средства, действие которых носило временный характер, и не влияло

на биохимические процессы в клетках. Применение с лечебной целью метаболита цикла трикарбоновых кислот – сукцината, как катализатора биоэнергетических процессов для нормализации внутриклеточного обмена, делает возможным использование препаратов на основе янтарной кислоты и ее производных в косметологии для восстановления и омоложения кожи.

Терапевтический эффект сукцинатов основан на модифицирующем воздействии на клеточный обмен веществ – клеточное дыхание, транспорт микроэлементов, продукцию протеинов. Учёными доказано, что янтарная кислота и её соли – сукцинаты являются адаптогенами, стимулируют процесс поступления кислорода в клетки, облегчают стресс, восстанавливают энергообмен, нормализуют процесс производства новых клеток. Установлено, что сукцинат является не только субстратом в цикле Кребса в митохондриях, но и выполняет функции регулятора физиологических и биохимических процессов. Сигнальное действие янтарной кислоты проявляется в активации различных физиологических функций в том числе и при старении организма. В результате обеспечивается мощный восстановительный и антиоксидантный эффекты, эффективно блокируя свободные радикалы, обеспечивает влияние на метаболические процессы в коже, усиливает клеточное дыхание, ионный транспорт, синтез белков и мощную стимуляцию выработки энергии. Что определяет его высокую эффективность в восстановлении клеток, повышении упругости и эластичности кожи, тонуса, нормализации цвета и текстуры лица, устранения признаков усталости и старения.

Таким образом, использование в косметологии препаратов на основе янтарной кислоты, поможет реализовать комплексный высокоэффективный подход к омоложению и замедлению процессов старения кожи путём обеспечения антиоксидантного действия, эффективного антирадикального механизма, положительно влияющих на обменные процессы в коже.

Кірієнко М.А., Щенявська О.М.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГКС З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК.

Кафедра клінічної фармакології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Метою наших роботи є аналіз маркерів ендотеліального пошкодження у хворих на ГКС з хронічною хворобою нирок на ранніх етапах захворювання.

В клініці в ДУ „Національного інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України” було обстежено 80 пацієнтів з ГКС та ХХН (26 чоловіка та 18 жінок у віці від 42 до 68 років (середній вік (54 + 2,3 роки). Хворі були розділені за змінами на ЕКГ на 2 групи: хворі на інфаркт міокарду (ІМ) з наявністю зубця Q, та без зубця Q. Хворим, в яких на ЕКГ не було виявлено зубця Q, додатково проводили аналіз крові для визначення рівню тропоніну крові (Тр І). В тих випадках, коли рівень тропаніну І не перевищував 1,5 нг/мл, а на ЕКГ не виявлявся зубець Q, встановлювався діагноз нестабільної стенокардії (НС). Для оцінки структурного пошкодження ендотелію аналізували рівень VE-кадгерину (CD-144), фактор Віллебранда (фактор vWF) та кіліст циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК). Рівень розчинного CD-144 та Фактор Віллебранда визначали імуноферментними тест-системами (Bender MedSystems, Technoclone GmbH, Austria). Кількісний аналіз ЦЕК у збагаченій тромбоцитами плазмі здійснювали за методом Hladovec J.

Аналіз отриманих результатів показав, що плазмова концентрація фактора vWF, VE-кадгерину та кількість ЦЕК у хворих з ГКС була достовірно вище, ніж у групі контролю ($p < 0,05$). Кількість ЦЕК у хворих з ГКС була достовірно вище, ніж у хворих на ГХ ($p < 0,05$). Таким чином у хворих з ІМ та НС відмічені достовірні зміни структурної цілісності судинного ендотелію. Структурні зміни ендотелію є морфологічною причиною розвитку гострих кардіоваскулярних подій, клінічних і електрокардіологічних змін.

Коваленко Ю. Д., Луценко М. Ю.

ПРИСТРАСТИЕ К ТРАНКВИЛИЗАТОРАМ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НАРКОМАНИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

В современном мире всё больше людей подвергаются хроническому и интенсивному стрессу, что приводит к истощению нервной системы. Для подавления симптомов страха, беспокойства, нервозности, эмоциональной нестабильности и бессонницы больные всё чаще прибегают к самовольному бесконтрольному приёму транквилизаторов. Возникла актуальная проблема формирования психической и физической зависимости от данных лекарственных средств. При опросе людей, регулярно принимающих данные препараты, более 80% отметили, что не намерены прекращать их приём.

Наибольшую популярность имеют транквилизаторы группы бензодиазепина. В борьбе с нервным напряжением используются препараты преимущественно с анксиолитическим и снотворным действием. При длительном применении отмечается быстрое ослабление фармакологических эффектов, и больной вынужден увеличивать дозу принимаемого препарата. По этому, высока вероятность возникновения передозировки, что может привести к летальному исходу. При постепенном снижении дозы возникают незначительные симптомы отмены лекарственного вещества, которые могут длиться месяцами, а резкое прекращение приёма приводит к развитию тяжелого абстинентного синдрома. Это является прямым доказательством формирования не только психической, но и физической зависимости.

Таким образом, можно сделать вывод, что при долгосрочном применении транквилизаторов очень быстро развивается лекарственная зависимость, которую по всем признакам можно отнести к одному из видов наркомании. Поэтому не следует изначально выбирать для лечения хронического стресса именно транквилизаторы, и принимать их обязательно под контролем врача.

Ковтун И. С.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Александрова А. В.

Персонализированная медицина позволяет с помощью современных молекулярно-генетических технологий (фармакогенетическое тестирование, определение биомаркеров, квантовых точек) индивидуализировать применение лекарственных средств (ЛС). Это позволит сделать фармакотерапию у пациентов максимально эффективной, безопасной и экономичной.

С помощью биомаркерных молекул определяют, в частности, состояние процессов повреждения клетки, ДНК, РНК, а также наличие метаболитов или белков-предшественников. Внутриклеточные биомаркерные молекулы, отличающиеся хорошей водорастворимостью, биосовместимостью и флюоресцентными свойствами. Квантовые точки – довольно устойчивые наноструктуры, которые используются как молекулярные метки в целях выявления поражений, в частности, на ранних стадиях развития процессов онкогенеза и микрометастазирования. Они позволяют оценивать их эффективность в качестве соединений-мишеней при индукции клеточной альтерации в процессе развития многих заболеваний. Некоторые биоконструкции (нанобиосенсоры, нанобиочипы), создаваемые на основе современных наноматериалов, помогают в процессах создания и доставки новых ЛС. Доставка ЛС стала важнейшей стратегией современных нанофармакологических исследований. Таргетная доставка к целевому органу или ткани, а также преодоление биологических барьеров крайне важны для безопасного и эффективного использования ЛС.

Персонализированная медицина – это, прежде всего, подход к выбору ЛС и их доз, основанный на индивидуальных особенностях пациента. Уже известно, что причины неэффективности ЛС в ряде случаев связаны не с качеством препаратов, а именно с генетическими особенностями больного. Использование инструментов генетического тестирования для прогнозирования фармакотерапевтического эффекта и возможных побочных действий ЛС позволит использовать максимально эффективные и безопасные схемы лечения заболеваний для каждого пациента, построенные в соответствии с принципами рациональной фармакотерапии.

Колесник В. А., Брачкова Д. С.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Миронченко С. И.

В последние годы особое развитие приобрела гендерная фармакология. Половые физиологические различия включают сниженный индекс массы тела и меньший размер всех органов тела у женщин по сравнению с мужчинами, что является следствием больших объемов распределения лекарственных средств (ЛС) у мужчин. При этом у женщин наблюдается больший процент жировой ткани, которая может увеличивать выраженность действия в них липотропных ЛС. Изменение количества тканевой жидкости в организме женщин на протяжении разных периодов менструального цикла (повышенное содержание эстрогенов обуславливает задержку натрия и жидкости), высокая концентрация эстрадиола крови в противоположность высокой концентрации тестостерона у мужчин (с соответственным мышечным метаболизмом) также являются основанием для различий между фармакодинамикой и фармакокинетикой ЛС. Дополнительными факторами половых различий являются более низкий уровень гломерулярной фильтрации и уровень клиренса креатинина у женщин. Вследствие того, что мужские половые гормоны стимулируют синтез микросомальных ферментов печени, элиминация некоторых ЛС (ацетаминофен, верапамил, бензодиазепины, пропранолол) происходит быстрее у мужчин. Существующие половые различия в метаболизме этанола связаны с более высоким уровнем активности алкогольдегидрогеназы у мужчин. Следовательно, специфические половые отличия фармакокинетики целого ряда ЛС,

обуславливающие разный терапевтический ответ, служат основой для формирования гендерных подходов к лечению.

Колесник К.Ю.

ПРОТИВОМИКОЗНОЕ СРЕДСТВО КЕТОКОНАЗОЛ В ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ И ДЕРМАТОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Противомикозное средство Кетоконазол является производным имидазолдиоксолана. В механизме его противомикозного (противогрибкового) действия основная роль уделяется торможению синтеза эргостерола, триглицеридов и фосфолипидов, а также нарушению проницаемости клеточной стенки грибов. Кетоконазол активен в отношении дерматофитов, дрожжеподобных грибов, плесневых грибов, возбудителей системных микозов. Основываясь на том факте, что Кетоконазол также ингибирует образование андрогенов, в современной литературе имеются данные об эффективности этого лекарственного вещества при лечении некоторых гормонозависимых форм рака предстательной железы.

В настоящее время Кетоконазол рекомендован преимущественно для местного (не резорбтивного) применения в основном в дерматологической практике для лечения дерматофитозов, онихомикозов, кандидозной паронихии, трихофитии, кожного лейшманиоза, себорейного дерматита. Из-за доказанного гепато-, нейро-, нефротоксичного и тератогенного системного действия сейчас применение Кетоконазола в составе комплексной терапии многих внутренних болезней (микозов желудочно-кишечного тракта, глаз, системных микозов) резко ограничено. Противомикозная активность Кетоконазола в отношении *Pityrosporum ovale* определяет его актуальность для местного применения в составе не просто косметических, а именно лечебных шампуней для лечения себорейного дерматита, который проявляется возникновением перхоти и в тяжелых случаях даже может привести к гормональному дисбалансу. Кетоконазол не только эффективно устраняет перхоть, но и предотвращает ее повторное возникновение.

Конарева В. И.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ГЕПАТИТАХ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Значимость изучения проблемы заболеваний печени инфекционной и неинфекционной природы обусловлена их широкой распространенностью, ростом инфицирования лиц молодого возраста, хронизацией, прогрессирующим течением, тяжелыми осложнениями, инвалидизацией. Распространение вирусных гепатитов в мире приобрело угрожающие масштабы. В связи с этим, актуальным является поиск средств, способных повышать резистентность печени к повреждающему действию токсинов и активизировать процессы дезинтоксикации в организме. Препараты природного происхождения отличаются широтой терапевтического действия, малой токсичностью и связанной с этим возможностью длительного применения без риска токсических реакций. Лечение гепатита предполагает диету, этиотропное и

патогенетическое лечение. Препараты растительного происхождения – стимулируют функции печени, обладают желчегонным действием и препятствуют повреждению гепатоцитов токсическими веществами, нормализуют продукцию белков. Данным лекарственным растениям свойственно вести борьбу не только с причиной развития печеночной патологии, но еще и с ее возбудителем. Очень важно в данном случае то, что лекарственным растениям свойственно в самую первую очередь усиливать активность различных клеточных ферментов печени: ферменты монооксигеназной системы, трансферазы, цитохром P450, глутатионтрансферазы. В результате, печень начинает бороться с повреждающим фактором самостоятельно.

Используемое сырье: артишок, каперсы, кассия, паслен, тысячелистник, цикорий, тамариск. Стоит отметить препараты гепатопротекторы на основе расторопши, так как в растении содержится высокая концентрация силимарина – мощного противоядия, эффективного даже при отравлении мухоморами. Силимарин ускоряет регенерацию клеток печени, некоторые токсины разрушают липиды клеточных мембран подобно свободным радикалам. Силимарин способен угнетать фермент, усиливающий процесс перекисного окисления, что делает его идеальным средством защиты печени, усиливает отток и выделение желчи, улучшает состояние кожи при заболеваниях печени. В поврежденных гепатоцитах стимулирует синтез структурных и функциональных белков и фосфолипидов (за счет специфической стимуляции РНК-полимеразы А), стабилизирует клеточные мембраны, предотвращает потерю компонентов клетки (трансаминаз), ускоряет регенерацию клеток печени. Артишок полевой (листья) – биологически активные вещества артишока обладают гепатопротекторным, мочегонным, желчегонным эффектами. В артишоке содержатся белки, углеводы, аскорбиновая кислота, витамины А, С, В1, В2, каротин, минеральные вещества, особенно соли калия. Силимарин, как и другие флавоноиды артишока оказывают эффект при заболеваниях печени и способствуют защите организма от разрушительных почечных токсинов. Препарат повышает способность гепатоцитов вырабатывать коэнзимы. Среди указанных средств особо популярны такие медикаменты: Гепабене, Хофитол, Артишок горький, Лив 52, Дипана, Гепатосан, Гепатофит, Аллохол.

Гепатопротекторы растительного происхождения оказывают разнообразное влияние на функцию печени. Уменьшает деградацию клеточных мембран, обусловленную (никотинамиддинуклеотидфосфат) НАДФН-зависимым ПОЛ, увеличивает содержание антиоксидантов в гепатоцитах, предотвращает формирование свободных радикалов, защищают эндоплазматический ретикулум гепатоцитов, нормализуют и увеличивают содержание цитохрома P450, повышает элиминацию ацетальдегида, препятствуют инфильтрации липидов в клетки печени. Обеспечивает защиту печени от четыреххлористого углерода.

Тригуб Ю. В., Косенко А. М., Король А. В.

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Киричек Л. Т.

Заслуга внедрения глюкокортикоидов (ГК) в клиническую практику принадлежит Ф. Хенчу и Э. Кенделлу (США), в связи с чем им была присуждена Нобелевская премия (1948). Они же являются авторами получения кортизона (1934) и кортизола

(1936). В 1950 году появились первые их синтетические аналоги (гидрокортизон), число которых в последние годы стремительно увеличивалось: преднизон и преднизолон(1954), флуорогидрокортизон (1955), триамсинолон (1956), дексаметазон (1958). Открытие негормонального противовоспалительного действия ГК (1960) значительно расширило показания к их клиническому применению, в т.ч. и в акушерстве, где они оказались эффективными средствами для сохранения беременности у женщин с ревматической патологией. Вместе с тем, первые сообщения о применении ГК в эксперименте у беременных животных, свидетельствовали о неблагоприятных последствиях их влияния на плод. Ежедневное применение с 10-го по 23-й день беременности кроликам по 10 мг/кг кортизона, что в 2,5 раза превышало дозу для человека, приводило к выкидышам, резорбции зародышей и значительному уменьшению размеров плодов. В опытах на мышах, проявивших высокую чувствительность к ГК, обнаружена внутриутробная гибель плодов и появление уродств в виде волчьей пасти и заячьей губы. Крысы, более устойчивые к ГК, в аналогичных условиях их введения вынашивали свое потомство в течение всего срока беременности, однако родившиеся крысята имели меньшие размеры и погибали в течении двух недель после рождения.

В опытах с введением кортизона в алантоис крысиного эмбриона было показано, что нарушения развития плодов более выражены, чем меньше срок беременности и чем больше доза препарата. Результаты последующих исследований подтвердили взаимосвязь патологии внутриутробного развития и формирования в постнатальном периоде артериальной гипертензии или обменных нарушений в виде уменьшения мышечной ткани и увеличения жировой, появления толерантности к глюкозе и накопления холестерина. Согласованность результатов исследований на животных в последующие годы снизили интерес к этой проблеме у экспериментаторов и повысили внимание клиницистов, получивших противоречивые данные.

Таким образом, на основании результатов экспериментальных исследований следует считать, что: 1. ГК обладают тератогенным действием; 2. Неблагоприятное влияние ГК на плод зависит от дозы, срока беременности и видовой чувствительности к ним лабораторных животных; 3. Видовая зависимость к ГК, исключает возможность прямой экстраполяции экспериментальных данных на человека, требует осторожного и дифференцированного применения их в клинике, особенно в ранние сроки беременности.

Косарева А. И., Гетманская Ю. Н.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПОХУДЕНИЯ. КРАСОТА ЦЕНОЙ В ЖИЗНЬ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Белик Г. В.

Порой, погоня за стройностью заканчивается плачевно: вместе с килограммами безвозвратно уходит и здоровье, однако, такая перспектива пугает немногих и очень часто в интернете встречается подробная инструкция того, как похудеть с помощью наркотиков. И, к сожалению, эти «наркотики» можно свободно приобрести в любой аптеке, не нарушая законов. Проведя исследовательскую работу, мы выяснили, что наиболее популярными препаратами на форумах, сайтах для худеющих и социальных сетях являются: бронхолитин, бромокриптин, кленбутерол, трийодтиронин, флуоксетин. Разберем на примере бронхолитина. В данном препарате содержится такое вещество, как эфедрин. Он относится к группе симпатомиметиков,

активизирует симпатическую нервную систему, стимулируя адренорецепторы. Приняв малую дозу эфедрина, человек начинает свободно и охотно общаться с людьми с чрезмерно хорошим настроением, однако как только действие препарата «отступает», настроение резко ухудшается, наступает чувство усталости, раздражительности, разбитости и депрессивности. В свою очередь эфедрин считается отличным сжигателем жира, так как аппетит после приема выражено снижается, метаболизм ускоряется, работоспособность повышается.

Также и остальные препараты, они наделены сходными фармакологическими свойствами, но имеют ряд побочных эффектов, в том числе и зависимость. При передозировке этих препаратов встречаются: нервное возбуждение, бессонница, расстройства кровообращения и дрожание конечностей, что может серьезно нарушить качество жизни. Поэтому каждый раз следует задавать себе вопрос: а стоит ли худеть такой ценой?

Крамар Э. Ю.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Кафедра клинической фармакологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бобронникова Л.Р.

Цель работы - изучить особенности метаболических нарушений в печени у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа в сочетании с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ).

Материалы и методы. 78 пациентов разделены на 2 группы: 1-я группа (n=38) с СД 2 типа, 2-я группа - (n=40) с сочетанным течением СД 2 типа и НАСГ и контрольная группа (n=20). Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 2,1$ лет. Для оценки функционального состояния печени изучали: активность трансаминаз печени в сыворотке крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, общий билирубин, а также уровень глюкозы крови (ГКН), триглицеридов, холестерол общий, показатель инсулинорезистентности индекс (НОМА-IR) и уровень С-реактивного белка (СРБ).

Результаты исследований. У пациентов 2-й группы отмечалось достоверное повышение активности АЛТ в 2,6 раза у 62,3% пациентов и АСТ в 2,4 раза у 48,5% ($p < 0,05$), ГГТП у 25,4% в 2,8 раза в сравнении с пациентами 1-й группы ($p < 0,05$). Гипербилирубинемия (в 1,2 раза, $p < 0,05$) определялась у 16% пациентов 2-й группы. Отмечено повышение общего холестерина (в 2,4 раза) у 47,2% пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), тогда как у пациентов 1-й группы преобладала гипертриглицеридемия (в 2,1 раза) у 62,1% пациентов ($p < 0,05$). Показатель НОМА-IR превышал показатели контроля в 2,1 раза в 1-й группе и в 2,4 раза был достоверно выше у пациентов с СД 2 типа и НАСГ ($p < 0,05$). Отмечалось достоверное повышение уровня ГКН у пациентов 2-й группы в сравнении с 1-й и контролем ($p < 0,05$). Уровень СРБ в сыворотке крови превышал контрольные значения в обеих группах. Наибольшее увеличение (в 2,1 раза) наблюдалось у пациентов с СД 2 типа и НАСГ ($p < 0,05$).

Выводы. Течение СД 2 типа и НАСГ характеризуется прогрессированием метаболических нарушений в печени, наиболее значимыми из которых являются показатели активности трансаминаз печени, липидограммы, состояние инсулинорезистентности, углеводного обмена и системного воспаления, что

свидетельствует о влиянии этих показателей на развитие риска трансформации в фиброз печени.

Кругляк В. А., Меркушева А. Е.
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИФЕРМЕНТНЫХ
ПРЕПАРАТОВ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Ферменты улучшающие пищеварение широко применяют в качестве средств заместительной терапии при недостаточной секреции желудочных и кишечных желез, поджелудочной железы. Для того чтобы помочь системе пищеварения, учеными были синтезированные аналоги тех ферментов, которые синтезирует поджелудочная железа (трипсин, химотрипсин, эластаза, карбоксипептидаза, липаза, колипаза, амилаза) и ферментов желудочного сока (сок желудочный натуральный с рН 0,8-1,2, пепсин, ацидин-пепсин, пепсидил и абомин). Поскольку собственный организм не может обеспечить адекватное их количество, мы можем ему помочь, приняв внутрь уже готовые ферменты.

Однако самолечение или неправильная дозировка прописанных лекарственных средств ведут к неполному достижению терапевтического эффекта. Также широкий набор препаратов для улучшения пищеварения может затруднить выбор того средства, которое нам необходимо – состав комплексных ферментных препаратов существенно отличается, ведь полиферментные препараты – это комбинированные многокомпонентные лекарственные средства животного происхождения, действующим субстратом которых является панкреатин в чистом виде. Применяются панкреатические ферменты без дополнительных веществ – Креон, Мезим, или препараты с желчными кислотами – Панзинорм, Фестал, препараты с гемицеллюлозой и адсорбентами – Энзимтал, Фестал. Все ферментные лекарственные средства хорошо переносятся, имеют минимальное количество противопоказаний и побочных эффектов, широко применяются детям и людям пожилого возраста. Наиболее распространенными и эффективными считаются: Мезим, Креон, Панкреатин, Фестал. При применении этих средств нужно соблюдать следующие правила: по 2–3 таблетки с активностью липазы 3,5 тыс. ЕД (Мезим, Энзистал); или 1–2 таблетки с активностью липазы 6 тыс. ЕД (Пензитал, Фестал); или 1 капсулу (Креон 10 000, Панзинорм 10 000, Панцитрат) с активностью липазы 10 тыс. ЕД.; препараты с активностью липазы 25 тыс. ЕД и более применяются только по назначению врача.

Эти правила необходимо соблюдать, так как: максимальное физиологическое поступление панкреатической липазы составляет 140 000 ЕД/час в течение 4-6 часов после еды. Доза препарата составляет 8–10 г панкреатина (100–150 тыс. ЕД FIP липазы) в сутки. При абсолютной недостаточности ПЖ необходимо получать более 25 г панкреатина (400 тыс. ЕД FIP липазы) в сутки. С каждым приемом пищи пациент может принимать 7–10 тыс. ЕД липазы. Золотым стандартом в приеме ферментных препаратов есть препараты в капсулах в виде минимикросфер (Креон, Панзинорм). У них двойная оболочка: первая капсула содержит микросферы, которая растворяются в кислой среде желудка и хорошо смешивается с его содержимым; вторая, энтеросолубильная оболочка, растворяется непосредственно в кишечнике, где и происходит пищеварение. Такая форма лекарств способствует наилучшей доставке

препарата к непосредственному месту действия. Соблюдать правильность приема препаратов – во время еды или сразу после нее.

Таким образом, соблюдая правила лечения, прописанного только доктором, который знает очередность применения лекарственного средства, его показания к применению, его лекарственную форму назначения, подбирает индивидуально к пациенту, и лишь в том случае будет достигнуто правильное и эффективное использование полиферментных препаратов.

Кузьменко Р. А., Гринь В. В.

СИГМА-РЕЦЕПТОРЫ – ЧТО, ГДЕ, КАК?

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Открытые в 1976 году, сигма-рецепторы (СР, σ) в настоящее время одна из самых смущающих вещей в нейрофармакологии. Существует много различных версий, что же это такое – СР, однако в последнее время все больше ученых склоняются к тому, что СР предназначены для гормонов или внутриклеточных посредников, а не медиаторов, так как они находятся в микросоме, а не на поверхности клетки. Существуют три вида СР: σ_1 , σ_2 и σ_3 .

Наиболее плотно СР располагаются в коре головного мозга, в nucleus accumbens, а также менее плотно в лимбических областях и экстрапирамидальной моторной системе. σ_1 -рецепторы расположены также по всему телу. Большинство опухолевых клеток имеют σ_1 -рецепторы, а σ -агонисты могут подавлять рост опухоли. σ_1 -рецепторы располагаются в печени, почках, селезенке, сердце, плаценте, иммунной системе и эндокринных железах. σ_1 -рецепторы функционально соединены с некоторыми другими рецепторами – никотиновыми ацетилхолиновыми (Н-холинорецепторы) и глутамат-рецепторами (NMDA-рецепторами). Связь с Н-холинорецепторами может быть прямой – σ -активация вызывает изменение в их работе. σ -агонисты, вероятно, воздействуют на работу памяти, обращая нарушения памяти, вызванные хлорамфетамином и NMDA-антагонистами. Многие средства, σ -агонисты и антагонисты, на самом деле могут быть частичными агонистами. Доказана колоколообразная зависимость активности от дозы σ -агонистов.

И σ -агонисты, и антагонисты могут защитить NMDA-рецепторы от глутаматной токсичности. Одно исследование обнаружило, что σ -антагонисты защищают гиппокампальные клетки от гипоксии и гипогликемии, а это тоже может быть связано с NMDA-рецепторами. Морфин обладает непрямым воздействием на NMDA-рецепторы, которое передается вероятно СР, возможно σ_1 . Вероятно, все эти эффекты передаются через Н-холинорецепторы, то есть σ_1 могут не на прямую контролировать работу NMDA-рецепторов. Поведенческие эффекты σ_1 -рецепторов полностью не установлены. Тем не менее, σ_1 -рецепторы, по-видимому, воздействуют на моторные функции, производя и усиливая локомоцию. Часть этих эффектов может происходить в мозжечке. σ -активация может противодействовать некоторым анальгетическим эффектам опиоидов. Пентазоцин, синтетический опиат, сильный σ_1 -агонист, с самоограничительным эффектом; при приеме большой дозы σ -активность обращает вспять опиатную активность. Возможно, что постепенная потеря эйфорического эффекта у морфинистов и героинистов связана с изменениями, вызванными σ -активностью.

СР, вероятно, участвуют в психотомиметических (психозоподобных) эффектах шизофрении и препаратов. Амфетаминовый психоз – временное состояние, вызванное плотным применением психостимуляторов – частично может возникать из-за σ_1 -активности. Многие нейролептики, включая некоторые атипичные, некоторые антидепрессанты – σ -антагонисты. СР могут принимать участие в работе шишковидной железы. СР находятся и в лимбических областях мозга, следовательно, могут участвовать в эмоциях и кашлевом рефлексе. Многое из сказанного о σ_1 -рецепторах может быть отнесено и к σ_2 -рецепторам. Медиатором для σ_2 может являться ион цинка, а σ_2 -рецепторы, вероятно, связаны с калийными каналами. σ_2 -рецепторы могут вызывать некоторую потенциацию работы NMDA-рецепторов. Ибогаин, в настоящее время испытываемый в качестве лекарства от героиноomanии, является σ_2 -агонистом. σ_3 -рецепторы – недавнее открытие. Они, видимо, связаны с превращением тирозина в дофамин, а с σ_3 -агонисты могут ускорить синтез дофамина.

Таким образом, путь передачи нервных импульсов, локализация и эффекты СР все еще недостаточно исследованы, что открывает перспективы для дальнейшего их изучения.

Кулакова Е. А.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИСОПРОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Одной из ведущих проблем здравоохранения является лечение гипертонической болезни (ГБ). По данным ВОЗ, частота ГБ среди населения составляет 8-18 %. В основе болезни лежит нарушение регуляции артериального давления. Патогенетические механизмы поддержания гипертонии, могут быть различны у разных лиц, и могут по-разному сочетаться. При этом в сложной системе нейрогуморальной регуляции артериального давления повреждение отдельных звеньев может выступать на первый план. К таким звеньям относят: первичное нарушение функции центральной нервной системы, задержка воды и натрия повышение чувствительности к прессорным веществам в нормальных концентрациях повышение активности прессорных веществ и т.д. Соответственно особенно актуальным становится поиск эффективных методов фармакотерапии этого заболевания. Критериями успешности лечения является уровень артериального давления, которое должно быть близким к возрастной норме, удовлетворенное самочувствие, отсутствие осложнений лечения. Выбор препаратов должен соответствовать патофизиологическим особенностям гипертонии у данного больного. К первой линии лечения гипертонической болезни относят β -адреноблокаторы. Для β -адреноблокаторов характерно сочетание следующих важнейших фармакологических эффектов: гипотензивного, антиангинального и антиаритмического. Одним из наиболее эффективных препаратов этой группы является бисопролол. Бисопролол — высокоселективный β_1 -адреноблокатор, не обладающий внутренней симпатомиметической активностью с длительным периодом полувыведения (10–12 часов) и мембраностабилизирующим эффектом. В терапевтических дозах (от 2,5 до 10 мг) препарат почти не проявляет блокирующей активности в отношении β_2 -адренорецепторов и поэтому не вызывает таких метаболических эффектов, как гипергликемия, дислипидемия или гипокалиемия,

также не оказывает ангиоспастического влияния на артерии. Фармакокинетическими особенностями бисопролола являются высокая биодоступность (>90 %) и способность растворяться как в липидах, так и в воде, что обуславливает двойной путь его выведения — через печень и почки. Поэтому у больных с заболеваниями этих органов коррекция дозы препарата не требуется. Гипотензивное действие бисопролола основано на снижении сердечного выброса, уменьшении частоты и силы сердечных сокращений, снижении секреции и концентрации ренина в плазме, угнетающем влиянии на сосудодвигательные центры. Гипотензивный эффект препарата дозозависимый, при использовании 5, 10 и 20 мг / сутки систолическое артериальное давление снижается на 10–12 %, 14 % и 18–20 % соответственно. При необходимости бисопролол можно назначать в комбинации с дигидропиридиновыми антагонистами кальция и диуретиками. Являясь высокоселективным β_1 -адреноблокатором, бисопролол не вызывает клинических проявлений блокады β_2 -адренорецепторов бронхов даже на фоне наибольшей концентрации препарата в плазме крови при использовании максимальной терапевтической дозы (20 мг). Под влиянием терапии бисопрололом не происходит существенного снижения скорости клубочковой фильтрации и почечного кровотока. Отсутствует опасность возникновения синдрома отмены после внезапного прекращения его приема.

Таким образом, можно говорить о том, что бисопролол является эффективным и безопасным лекарственным препаратом, применение которого при лечении гипертонической болезни позволяет эффективно проводить коррекцию артериального давления. Бисопролол можно считать препаратом с доказанным позитивным влиянием как на течение кардиологической патологии, так и на прогноз в плане повышения выживаемости и снижения смертности пациентов.

Курявая А. О., Гринь В. В.

ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Ожирение – одно из самых распространенных заболеваний в мире. В настоящее время оно приобрело характер мировой эпидемии. Избыточный вес – проблема не только личная, но и медицинская, социальная, значительно ухудшающая состояние здоровья общества в целом и приводящая к сокращению продолжительности жизни.

Несмотря на известные подходы к коррекции ожирения (диета, физические упражнения), их эффективность оставляет желать лучшего. В этом случае ряд больных выбирает лекарственные средства. Некоторые препараты для потери веса обладают стимулирующим действием на ЦНС, поэтому их рекомендуют применять только непродолжительное время. В связи с этим они обладают ограниченной пользой для лиц с крайне избыточной массой тела, когда могут потребоваться месяцы и годы для снижения веса тела. Основными и широкоизвестными «препаратами-борцами» с лишним весом являются: Орлистат, Сибутрамин, Римонабант, Метформин, Эksenатид, Прамлинтид и другие. Но так как медицина и фармация не стоят на месте, постоянно изучаются проблемы создания все новых и новых лекарственных средств, которые смогли бы помочь людям с избыточной массой тела.

В разработке появился класс препаратов, включающий ингибиторы липазы, подобные Орлистату. Новое сочетание ингибитора и полимера предназначено для связывания непереваренных триглицеридов, тем самым давая увеличение выделения

жира без побочных действий в виде маслянистых испражнений, отмеченных с Орлистатом. Иной подход к созданию препаратов для лечения ожирения заключается в изучении воздействия на РНК. Опыты на животных показали, что делеция гена RIP140 у мышей с помощью генетического исключения приводит к отсутствию накопления у них жира, даже если мышей кормили пищей с высоким содержанием жиров. Нейтрализация RIP140 приводит к стойкому снижению массы тела лабораторных животных в течение всей их жизни, устойчивости к ожирению, вызываемому диетой, и ускоренному обмену веществ. На данный момент уже ведется разработка препаратов РНК, нацеленных на лечение ожирения и сахарного диабета второго типа. В настоящее время проводятся испытания нового гидрогелевого препарата для похудения. Это лекарственное средство сделано из биовосстановленной полицеллюлозы, которая впитывает воду в 1000 раз больше собственного веса, воду, которую организм выделяет за несколько часов, давая чувство сытости принимающим препарат больным. В связи с тем, что данное лекарственное средство не содержит активных ингредиентов, в случае успешных испытаний безопасности этот препарат может поступить на рынок довольно скоро (уже прошла апробация на 20-ти волонтерах, которые констатировали, что прием одной таблетки способен вызвать чувство насыщения, которое длится 6 часов.)

Еще один механизм действия лекарственных средств для лечения ожирения – подавление аппетита. Из этой группы стратегией будущего могут явиться препараты, блокирующие каннабиноидные рецепторы (CB₁ – в центральной и периферической нервной системе и CB₂ – преимущественно в иммунокомпетентных и гемопоэтических клетках). В естественном состоянии CB₁ рецепторы активируются анандамидами и способствуют торможению гиперактивности, вызванной избытком дофамина. Введение в организм экзогенных каннабиноидов (например, тетрагидроканнабинола) воздействует на CB₁ аналогичным образом, но значительно более интенсивно. Рецепторы CB₂ хорошо связывают экзогенные каннабиноиды, но демонстрируют низкое сродство с анандамидами.

Таким образом, поиск препаратов для лечения ожирения не прекращается. Возможно, в будущем ученые синтезируют безопасный и эффективный препарат для борьбы с этим недугом.

Ломакина А. О., Олейник А. В.

ТОПОТЕКАН - ПРЕПАРАТ ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Топотекан (Topotecanum) относится к противоопухолевым препаратам растительного происхождения, полусинтетическим аналогом камптотецина (алкалоида, выделенного из стеблей кустарника *Camptotheca acuminata*). Топотекана гидрохлорид представляет собой кристаллический порошок, растворимый в воде; имеет противоопухолевое, иммунодепрессивное и цитотоксическое фармакологическое действие. Он ингибирует топоизомеразу I (фермент, катализирующий спирализацию и деспирализацию ДНК), связывается с комплексом топоизомеразы-ДНК и препятствует респирализации (восстановлению разорванных связей).

В предклинических исследованиях топотекан продемонстрировал выраженную активность *in vitro* при различных солидных опухолях (колоректальный рак, рак молочной железы, рак яичников, почки, немелкоклеточный рак легкого). Выраженная

активность была также отмечена *in vivo* при широком спектре моделей опухолей животных. Топотекан является единственным одобренным препаратом для лечения рецидива немелкоклеточного рака легкого. При режиме приема препарата 1,5 мг/м² с 1 по 5 дни из 21-дневного цикла имеет, как правило мягкую негематологическую токсичность, характеризующуюся обратимым, управляемым и кумулятивным свойствами. Альтернативные схемы дозирования и лечения могут снизить гематологические токсичность препарата при сохранении его противоопухолевой эффективности. Таким образом, топотекан может быть использован как эффективный и универсальный терапевтический вариант для лечения пациентов с рецидивирующим немелкоклеточным раком легкого.

Ляшенко В. А., Гринь В. В.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ. РАК ПОБЕЖДЕН?

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Рак молочной железы (рак груди, РМЖ) сегодня занимает первое место среди всех онкозаболеваний у женщин и является одной из главных причин женской смертности во всем мире. Показатели заболеваемости РМЖ за 20 лет выросли на 50 % и продолжают угрожающе расти. Кроме того, это заболевание заметно «помолодело» – нередки случаи заболевания тридцатилетних и даже двадцатилетних женщин. Наиболее агрессивной формой заболевания является HER2-положительный РМЖ, когда на поверхности опухолевых клеток присутствует повышенное количество HER2-белка. Такая форма плохо поддается лечению, а также характеризуется быстрым ростом опухоли и высокой вероятностью рецидивирования. Появление таргетной терапии (от англ. target – мишень) ознаменовало новую эпоху в противораковой фармакологии. Узкая специфичность таргетных препаратов позволяет прицельно направлять их действие на отдельные типы клеток или даже отдельные молекулы этих клеток. По сравнению с традиционными химиотерапевтическими препаратами, обладающими низкой специфичностью, эффективно воздействующими на раковые клетки, но при этом в значительной степени токсичными и для здоровых клеток, такая узкая специфичность обещает большие перспективы. Казалось, окончательная победа над раком не за горами. Однако и здесь начали появляться проблемы. Прежде всего, это касается самих мишеней для таргетной противораковой терапии, которые обнаруживаются с большим трудом. Молекул, специфичных для раковых клеток, то есть отсутствующих в здоровых клетках, крайне мало. Поэтому при разработке таргетных препаратов самими раковыми клетками дело не ограничивается. Учёные пытаются воздействовать также на сопутствующие процессы, критически необходимые для прогрессирования опухоли. Один из таких обязательных для роста опухоли процессов – неоангиогенез. Это активное образование в опухоли новых капилляров, обеспечивающих стремительно растущие раковые клетки питательными веществами. Эксперименты показали, что подавление неоангиогенеза приводит, как минимум, к остановке роста опухоли, а если процесс зашёл не слишком далеко, то и к полному её исчезновению. Неоангиогенез вызывается фактором роста эндотелия сосудов VEGF (vascular endothelial growth factor). VEGF стимулирует образование капилляров как в опухоли, так и в здоровой ткани. Но поскольку в опухоли этот процесс идёт существенно интенсивнее, то ингибиторы VEGF будут «бить» прежде всего по раку.

А когда опухоль будет побеждена, в остальном организме неоангиогенез восстановится. Соответственно, руководствуясь данной логикой, учёные разработали ряд таргетных препаратов с VEGF в качестве мишени. Среди этих препаратов особенно распространены два – Авастин и Сутент. Авастин (бевацизумаб) представляет собой моноклональное антитело. Мишенью Авастина служит сам VEGF (точнее, одна из его форм VEGF-A). Второй препарат, Сутент (сунитиниб) – это малое химическое соединение, способное, в отличие от антитела, к проникновению внутрь клетки и подавляющее каскад внутриклеточных сигналов, образующихся после взаимодействия VEGF с его рецептором на поверхности клетки.

На сегодняшний день проводятся исследования новых таргетных препаратов для лечения РМЖ. Недавно завершилось исследование II фазы, подтвердившее эффективность препарата Пертузумаб, который должен значительно улучшить показатели лечения пациенток с HER2-положительным РМЖ. Результаты исследования показали, что комбинация препаратов Пертузумаб и Герцептина обладает выраженной противоопухолевой активностью, что очень важно, так как положительный эффект наблюдается у пациенток с поздними стадиями заболевания, выбор метода лечения которых очень ограничен.

Набока М. В., Мамчук В. В.

КАНЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

На сегодняшний день 80% женщин в возрасте 40-45 лет серьезно обеспокоены вопросом менопаузы. Чтобы отсрочить этот момент гинекологи назначают лекарственные вещества с высоким содержанием эстрогена. Но кроме того, что женский гормон имеет положительное влияние на организм, он также оказывает и канцерогенное действие.

Это связано с тем, что в процессе распада эстрогена образуется 4-гидроксиэстрогены. Эти соединения, связываясь с ДНК клетки, повреждают ее морфологическую целостность. В монопласте клеток теряется стенка и клетки начинают пролиферировать. Этим и объясняется канцерогенное действие препарата. Активизации данного пути превращения эстрогена способствует длительный контакт организма с сигаретным дымом, барбитуратами и т.д. Описанный механизм актуален для эндометрия матки, яичников, молочной и предстательной желез. Соответственно раковые опухоли возникают именно в указанных органах.

В настоящее время применяют комбинированные препараты, содержащие как эстрогены, так и прогестероны, что снижает риск возникновения рака тела матки. При назначении не самого эстрогена, а его предшественников, вероятность того, что распад гормона пойдет именно по изложенному пути ничтожно мал. Это происходит в силу того, что введенный предшественник, превращаясь в эстроген уже в организме, не воспринимается как чужеродный. Помимо прогестерона, канцерогенное действие эстрогена способен снижать тестостерон, выработавшийся в организме в небольшом количестве. Кроме того, эстроген – гормон, образующийся из холестерина, соответственно, контролируя уровень холестерина в крови, можно не допустить избыточную выработку эстрогена и предотвратить его распад на 4-гидроксиэстрогены.

Митрофанюк В. А.
ЛЕЧЕНИЕ СПИДА: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.фарм.н., Березняков А. В.

Цель работы – проанализировать подходы к лечению СПИДа от момента обнаружения вируса иммунодефицита до наших дней.

СПИД – это стадия ВИЧ-инфекции, при которой из-за снижения иммунитета происходит развитие вторичных инфекционных или опухолевых заболеваний. Для лечения ВИЧ-инфекции используют антиретровирусную терапию (АРТ), которая помогает снизить репродукцию вируса в организме человека, тем самым обеспечивая нормализацию иммунного статуса пациента.

Первым препаратом, который использовался в данных целях, был Зидовудин (появился на рынке в 1987 г.), но он не принес должного эффекта, вследствие высокой мутационной способности вируса. Вскоре изменили подход к решению проблемы и стали применять высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ), основанную на комбинации 3 или 4 препаратов, что позволило значительно улучшить результаты – смертность снизилась с 38% до 22%. Большое значение это играло и в профилактике – уже к 1998 г. заболеваемость СПИДом в Европе снизилась с 30.7% до 2.5%. Последние исследования, в основном, направлены на поиск абсолютных показаний к началу применения АРТ и сроков ее проведения для минимизации осложнений, вызванных длительным приемом лекарственных препаратов. В наше время в составе ВААРТ используют такие группы препаратов: нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, ненуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния.

Некрасова Ю. В.
ПУПОВИННАЯ КРОВЬ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

В лечении смертельно опасных дегенеративных заболеваний могут помочь стволовые клетки. Пуповинная (кордовая) кровь – оптимальный источник гемопоэтических стволовых клеток, которые при введении в организм не вызывают отторжения. Процедура получения стволовых клеток пуповинной крови достаточно проста и безопасна для матери и ребенка. Во время родов пуповину пережимают специальными зажимами, и оставшаяся внутри кровь (ее объем составляет примерно 60-80 мл) стекает в шприц. Эту кровь в стерильных контейнерах доставляют в специализированную лабораторию, где образец подготавливают (удаляют балластные элементы) к замораживанию. Современные криогенные технологии позволяют сохранять клетки при низкой температуре практически неограниченное время. В Институте криобиологии и криомедицины Национальной академии наук Украины (г. Харьков) разработаны препараты на основе криоконсервированной пуповинной крови, которые отнесены к группе биогенных стимуляторов. Препарат «Гемокорд» представляет собой суспензию кроветворных, иммунокомпетентных, дендритных и других клеток, замороженных в аутогенной плазме при температуре -196°C и хранящихся в стерильных пластиковых контейнерах по 0,5 мл, 1,0 мл, 1,5 мл, 1,8 мл,

4,5 мл или 10,0 мл. Срок хранения в размороженном виде – до 2 часов при +4°C. Помимо этого, компания «Гемафонд» одной из первых создала Семейный банк пуповинной крови, конечной целью которого является сохранение клеток и возможность трансплантации. Таким образом, Украина может занять достойное место в иерархии современной мировой медицинской науки, а жители страны - получить качественно новый уровень медицинского обслуживания.

Нестеренко В. В., Александрова А. В.
ПРОБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Пробиотики – это живые организмы, которые при приеме внутрь в адекватных количествах вызывают улучшение психического состояния пациента, страдающего от психиатрического заболевания. Иными словами, это полезные бактерии (пробиотики), обладающие свойствами психотропных препаратов. Обозначение психобиотиков появилось после проведенных за последние несколько лет исследований по изучению влияния пробиотиков на поведение. Согласно выводам ученых, некоторые пробиотики могут применяться в качестве альтернативного способа лечения депрессии и других психических расстройств. Так, экспериментальные исследования на грызунах подтвердили наличие антидепрессивного или анксиолитического действия у *Bifidobacterium infantis* и *Lactobacillus rhamnosus*. Крысиные детеныши демонстрировали депрессивное поведение и сниженную функцию иммунитета. После того, как в течение некоторого времени они принимали пробиотик *Bifidobacterium infantis*, у них не только улучшился иммунитет, но и нормализовалось поведение. Бактерии-пробиотики способны синтезировать нейроактивные вещества, в частности гамма-аминомасляную кислоту и серотонин. Есть и многообещающие результаты исследований приема пробиотиков людьми. В процессе экспериментов анализы подтвердили снижение уровня кортизола (гормона стресса) в моче испытуемых, принимавших пробиотики. Испытуемые существенно снизили показатели тревожности, а анализ кишечной микрофлоры пациентов показал рост количества полезных бактерий. Ученые Калифорнийского технологического института изучают роль кишечной микрофлоры в расстройствах развития и, в частности, аутизма.

В связи с этим можно предположить, что в случае некоторых психических заболеваний (например, депрессии, синдром хронической усталости) нарушение нормальной микрофлоры может способствовать ухудшению состояния, а психобиотики, напротив, могут положительно влиять на течение болезни путем восстановления флоры.

Николаенко Е. Ю., Полунина М. А.
ПСИХОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Миронченко С. И.

Одна из быстро развивающихся областей современной медицины – психоэндокринология, в рамках которой изучается взаимодействие между функционированием эндокринной системы организма человека и его психикой.

Долгое время считалось, что единственная функция периферических гормонов – управление работой внутренних органов, а влиять на поведение могут только нейромедиаторы, образующиеся непосредственно в головном мозге. Известно, что изменения уровня половых гормонов на протяжении всей жизни влияют на поведение (половая дифференцировка мозга у эмбриона, половое созревание подростков), активность нейро-эндокринной системы, психо-эмоциональное состояние, секрецию стресс-гормонов. Установлено, что разные типы эстрогеновых, прогестероновых и тестостероновых рецепторов расположены и в разных экстрагенитальных структурах – центральной нервной системе (ЦНС), клетках костной ткани, эндотелии сосудов, кардиомиоцитах и др. Эстроген (Э) – женский гормон, который вызывает у женщины ощущение удовлетворенности и благополучия, обуславливает женскую манеру поведения (стремление нянчить и защищать свое гнездо). Ряд клинических исследований указывают на положительный эффект применения заместительной гормональной терапии на настроение и чувство общего благополучия у женщин в постменопаузе, включая женщин с отсутствием психологических симптомов. Э оказывает влияние на ЦНС, и на психическую сферу в частности, посредством множества механизмов. Одним из них является прямое психотропное (психостимулирующее и антидепрессивное) действие Э за счет их серотонинэргического и адренергического эффектов. С другой стороны, вследствие уменьшения вазомоторных симптомов (приливов жара, потливости) улучшается общее самочувствие и психическое состояние пациенток («домино-эффект»). Еще один гормон, влияющий на состояние женщины, – прогестерон (П). Его метаболиты связываются с теми же рецепторами, которые опосредуют эффекты противотревожных средств (бензодиазепиновых транквилизаторов) – ГАМК-А/бензодиазепиновым рецепторным комплексом, и оказывают психотропное действие на организм женщины, что нашло свое место в лечении некоторых форм депрессии, агрессии, мигрени. Активация ГАМК-рецепторов ведет также к улучшению питания нервной ткани. Когда в конце месячного цикла резко снижается секреция П, ослабляется трофическая функция ЦНС, что проявляется в повышенной утомляемости, раздражительности, расстройствами настроения, среди которых преобладают чувство беспричинной тревоги. С резким падением продукции П по окончании беременности связано и повышение частоты депрессивных состояний в послеродовом периоде. Производные П в гормональных контрацептивах оказывают гипнотический эффект, который используется для лечения предменструального синдрома и психологического стресса. Главный гормон в организме мужчин – тестостерон (Т). Составной частью андрогенного влияния Т является его психотропное действие. Т, влияние которого на ЦНС опосредуется через эффекты эстрадиола или дигидротестостерона, поддерживает развитие мужского типа психической ориентации. Отмечается выраженная связь между содержанием Т с одной стороны и настроением, работоспособностью, чувством самоудовлетворенности – с другой. Мужчины с высоким уровнем Т более инициативны и напористы, стремятся к славе и продвижению по карьерной лестнице (актеры, футболисты, адвокаты).

Следовательно, психоэндокринные исследования предоставляют новые возможности для анализа и интерпретации проблемы взаимосвязи мозга и психики, изучения роли гормонов в генезе психических феноменов, поиска путей фармакологической коррекции выявленных нарушений при эндокринных заболеваниях и психических расстройствах.

Марченко Т. Н., Орловская Э. Б., Чудинович И. А.
ПЕРОРАЛЬНЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.фарм.н. Белик Г.В.

Как предохраниться от нежелательной беременности? Этот вопрос волнует всех женщин. Все хорошо осознают, что прерывание беременности с помощью аборта приносит непоправимый вред: организм испытывает шок, т.к. все системы, настроившиеся на развитие эмбриона, после его удаления, испытывают «растерянность». Наступает дисбаланс гормональной, иммунной, почечно-печеночной функции. Возникает «идеальное состояние» для проникновения любой инфекции. В дальнейшем возможно развитие внематочных беременностей, бесплодия. Развитие медицины не стоит на месте: создаются новые методы контрацепции. Наиболее инновационными являются – оральные гормональные препараты. Первым препаратом, предложенным для повседневной врачебной практики в виде таблеток, стал в 1960 году Эновид. С этого времени началась история развития комбинированных контрацептивных средств, которая может быть разделена на 4 этапа. Комбинированные противозачаточные таблетки 1-го поколения характеризовались низким индексом Перла, высоким содержанием гормонов (препараты Эновид и Инфекундин), а также нередко возникающими опасными для жизни осложнениями, такими как тромбозы. Препараты II-го поколения (или препараты с низким содержанием эстрогенов) содержали гестаген в том же количестве, но содержание эстрогенов в них, уменьшилось в 5 раз. В результате этого в 4 раза уменьшился риск возникновения тромбозов. Различают две основные группы гестагенов: эстраны и гонаны. Важнейшими побочными действиями гестагенов являются следующие: уменьшение толерантности к глюкозе (что имеет особое значение при использовании данных препаратов у больных сахарным диабетом), повышение артериального давления, повышение массы тела. Среди препаратов III-го поколения к первой группе относятся контрацептивы, содержащие левоноргестрел. Эта линия развития препаратов достигла наибольшего развития с созданием двухфазных и трехфазных оральных контрацептивов (Антеовин и Три-Регол).

Контрацептивные гормональные препараты IV-го поколения. К ним относится, например Триминулет. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о весьма благоприятных свойствах этого препарата. История развития контрацепции показывает, что оральные противозачаточные гормональные препараты, созданные в течение последних 4-х десятилетий, позволили отказаться от большинства других средств и методов предупреждения беременности. Сегодня во всем мире оральные контрацептивные препараты принимают более 150 миллионов женщин. Изменился состав этих препаратов, по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, содержание эстрогенов в них не должно превышать 0,075 мг. Нужно помнить о том, что самостоятельно выбирать гормональные средства является очень опасным. Назначить гормональные противозачаточные препараты женщине может только врач-гинеколог. Таким образом, применение противозачаточных таблеток помогает избежать нежелательной беременности, но не стоит забывать о ряде побочных действий, ведь препараты этой группы являются производными гормонов, что в дальнейшем повышает риск развития бесплодия у женщин.

Паймина И. С., Томиленко К. В., Жучкова Ю. И., Кравчина Ю. Г.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ МИГРЕНИ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Киричек Л. Т.

Мигрень – один из наиболее выраженных неврологических болевых синдромов. В наше время активно проводятся исследования в области патогенеза мигрени, а также поиски эффективных методов ее лечения. Предложена «серотониновая» теория мигрени, согласно которой имеется генетически обусловленный дефект серотонина в зрительном бугре. Снижение уровня 5-НТ в ЦНС приводит к дисфункции антиноцицептивной системы, нарушению центральной регуляции болевой чувствительности, в связи с чем эффективными средствами для лечения мигрени являются триптаны. Они обладают центральным действием – в качестве нейротрансмиттеров участвуют в проведении болевого импульса, а также периферическим – на серотониновые рецепторы церебральных и экстрацеребральных сосудов. Для купирования приступа мигрени используется ряд лекарственных средств. Препаратами I поколения (суматриптан) являются селективные агонисты 5-НТ₁-рецепторов, которые, действуя на серотониновые рецепторы сосудов бассейна наружной сонной артерии, снижают выделение нейропептидов из окончаний тройничного нерва и предотвращают нейрогенное воспаление с болевыми ощущениями. Купирование приступов мигрени этими средствами достигается нейроингибиторным и вазоконстрикторным эффектами в отношении черепно-мозговых сосудов и сосудов оболочек мозга. Получены доказательные результаты эффективности суматриптана (70-80%) и безопасность его применения. Триптаны II поколения проникают через гематоэнцефалический барьер и подавляют возбудимость центральных 5-НТ_{1B}-рецепторов. В то же время им свойственно стимулирующее влияние на периферические 5-НТ_{1D}-рецепторы, что обеспечивает усиление их противоболевого эффекта при мигрени. Преимуществом фармакодинамики данных лекарственных средств является быстрое достижение терапевтического уровня препарата в плазме крови и меньшее влияние на коронарные сосуды.

Кроме триптанов при мигрени используются препараты спорыньи, обладающие неселективным действием на серотониновые рецепторы, альфа-адреноблокирующим и дофаминергическим действием. Кроме таблеток разработана лекарственная форма в виде назального спрея с целью увеличения эффективности. Рекомендуется их сочетание с ненаркотическими анальгетиками (НПВС), что потенцирует действие обоих компонентов. При выборе средств лечения мигрени необходимо учитывать длительность заболевания, силу и частоту приступов, а также эффективность ранее проводимого лечения.

Пархоменко М. Р.
ПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА ВИТАМИНА F
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

В 1928 году в США доктором Э. Гербертом был открыт шестой по счету витамин, который был назван шестой буквой английского алфавита — витамином F. Витамином F называют группу ненасыщенных жирных кислот (линолевая, линоленовая, арахидоновая), не синтезируемых в организме человека. Витамин F

относится к группе жирорастворимых витаминов с выраженной антиоксидантной активностью. Он эффективно предупреждает и снижает отложения холестерина в артериях, укрепляет стенки сосудов, улучшает кровообращение, нормализует давление и пульс. Также этот витамин участвует в регуляции жирового обмена, улучшает питание тканей, влияет на процессы размножения и лактацию, обеспечивает здоровое состояние кожи, волос, ногтей и даже слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Суточная потребность составляет 1-2 г. Витамин F для лучшего усвоения необходимо принимать вместе с витамином E. Симптомы дефицита проявляются потускнением волос, появлением перхоти, снижением упругости и эластичности кожи, ломкостью и выпадением волос, аллергией, нарушением функций кожи, гнойничковой сыпью, дерматитами, экземами, избытком холестерина, отставанием в развитии детей. Симптомы передозировки характеризуются повышением массы тела, кровотечениями, болями в желудке, изжогой, кожно-аллергическими высыпаниями, увеличением веса, астмой, артритом. Природными источниками витамина F являются растительные масла, миндаль, авокадо, грецкий орех, семечки подсолнуха, черная смородина, сухофрукты, морские рыбы жирных и полужирных сортов (лосось, макрель, сельдь, сардины, форель, тунец), моллюски, рыбий жир. В медицине применяются лекарственные препараты содержащие витамин F в составе комплексной терапии.

Перепелиця Ф. С.

ФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОЛЕПТИКІВ У КОРЕКЦІЇ ПСИХОПАТИЧНИХ СТАНІВ

Кафедра медичної фармакології та медичної рецептури

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Єрмоленко Т. І.

Введення нейролептиків знаменувало собою переломний момент в лікуванні важких психічних розладів (особливо шизофренії), манії, хвилюючої депресії, різних психозів.

Мета нашого дослідження вивчити вплив нейролептиків на патогенетичні чинники протікання шизофренії та механізм розвитку їх побічної дії.

Сучасні дослідження тривають за декількома напрямками. Перший – це розробка нейролептиків, які зменшують вираженість симптомів. Другий напрямок займається розробкою нейролептиків, які полегшують не тільки основні симптоми, а й менш помітні, наприклад, емоційна замкнутість. Нейролептики впливають головним чином на ретикулярну, лімбічну систему і гіпоталамус. Вплив на ретикулярну систему полягає в стримуванні спонтанної активності і відповідних реакцій на стимули. Вплив на лімбічну систему стримує і дещо притупляє емоційне збудження. Механізм їх дії зводиться до блокування дофамінових рецепторів. Саме ці властивості забезпечують значну дію на хворих шизофренією і психозами різноманітної етіології.

Незважаючи на те, що нейролептики мають позитивний ефект у лікуванні психічних розладів, їх використання ускладнюється значними побічними ефектами. Основними серед гострих побічних ефектів є рухові порушення, сукупність яких служить причиною синдрому Паркінсона. Люди, що страждають хворобою Паркінсона, характеризуються тремтінням, скутістю, порушенням ходи, надмірною слинотечею. Таким чином, застосування нейролептиків у хворих на шизофренію сприяє покращення їх емоційного стану та взагалі на перебіг хвороби.

Петрук Б. Ю.

ФЕНАМИН КАК СРЕДСТВО ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Александрова А. В.

На сегодняшний день препарат фенамин (амфетамина сульфат) является довольно известным благодаря своей длинной и насыщенной истории открытия, модификаций и регламентирования законом, связанное с появлением новых «дизайнерских» форм препарата и их широкое немедицинское использование. Но мало кто знает, что фенамин также широко используется в неврологии, наркологии и психиатрии.

Одной из основных сфер применения фенамина в медицине (в странах, где такое применение разрешено) является лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей. Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте. Проявляется такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Применение стимуляторов ЦНС улучшает состояние детей, страдающих СДВГ, в 75 % случаев. Согласно заключению Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США для лечения СДВГ были одобрены такие препараты, как декстроамфетамин (правовращающий энантиомер амфетамина), амфетамин + декстроамфетамин («Аддералл»), лиздексамфетамин.

Таким образом, фенамин является достаточно эффективным средством для лечения СДВГ, но в связи с высоким потенциалом злоупотребления на сегодняшний день используются препараты пролонгированного действия, в виде капсул с замедленным высвобождением («Аддералл») или пролекарства (лиздексамфетамин), применение которых в рекреационных целях менее вероятно.

Пивень В. И.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНОРЕКСИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. фарм.н. Белик Г. В.

Стремление быть худой уже давно вышло за все допустимые пределы, стремясь подражать своим звездным кумирам и навязанным образам, молодые девушки все чаще становятся жертвами анорексии – психического расстройства, при котором желание похудеть становится патологическим, а страх перед ожирением переходит в паранойю. В погоне за модельной внешностью многие девушки продолжают худеть до неузнаваемости. Чтобы предотвратить необратимые последствия, которые оказывает на организм анорексия, лечение необходимо начать как можно раньше. Комплексный подход, применяемый при лечении анорексии, состоит из трех компонентов: лечебное питание, психотерапия, лекарственная терапия. Лечение требует дифференцированного, индивидуализированного лечения, направленного в первое время на нормализацию водно-солевого обмена, электролитов, углеводного, жирового и белкового обмена. К таким препаратам для парентерального питания относится: полиамин – белковый препарат, будучи сбалансированной смесью аминокислот, легко усваивается организмом и способствует положительному азотистому балансу, устранению или уменьшению белковой недостаточности,

который вводится внутривенно капельно со скоростью введения 25–35 капель в одну минуту, суточная доза 400–1200 мл. А так же могут применяться: берпамин, френолон. Наряду с коррекцией метаболических нарушений целесообразно назначение одного из антидепрессантов, таких как эглонил, лудиомил, паксил, ципралекс, феварин, золофт, френолон. Первыми нарушениями, которые нормализуются при их приёме, являются сон и аппетит. Способность этих препаратов блокировать гистаминовые H₁-рецепторы, приводят к повышению аппетита и увеличению массы тела. Рассмотрим френолон – лекарственное средство, оказывающее тормозящее действие на центральную нервную систему и в обычных дозах не вызывающее снотворного эффекта с психостимулирующим и умеренно выраженным антипсихотическим действием. В малой дозе обладает транквилизирующими свойствами (успокаивающим действием на центральную нервную систему). Показания к применению: шизофрения с психомоторной заторможенностью, апатобулическими расстройствами (безволием), отказом от еды, неврозы и неврозоподобные состояния с тревогой, депрессией (подавленностью), вялостью, снижением аппетита. Адекватное психологическое и медикаментозное лечение способствует полному выздоровлению пациентов с анорексией.

Пильгуй И. В., Щербина Н. Ю.
ФИДАКСОМИЦИН В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ
CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Кафедра фармакологии и медицинский рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Александрова А. В.

Фидаксомицин превосходит ванкомицин в лечении рецидивов инфекции ЖКТ, вызванной *Clostridium difficile* – такие результаты слепого рандомизированного контролируемого исследования были представлены в сентябре 2010 г. на 50 Междисциплинарной конференции по антимикробным препаратам и химиотерапии (50th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy) в Бостоне (штат Массачусетс, США). В течение последних 20 лет ванкомицин являлся лучшим по эффективности препаратом в лечении инфекции, вызванной *C. difficile*. Проблемой оставалась лишь достаточно высокая частота рецидивов у ослабленных пациентов, которая достигала 30%. В настоящее время известно, что можно предотвратить рецидивы после применения ванкомицина использованием фидаксомина. По результатам клинических исследований, фидаксомицин, используемый в качестве препарата выбора, превосходил по эффективности ванкомицин при лечении *C. difficile*-ассоциированной диареи. Данный препарат имеет узкий спектр активности, действует только на патогенные бактерии, обладает мощной бактерицидной активностью в отношении *C. difficile* и не влияет на нормальную микрофлору кишечника. В противоположность фидаксомицину, два других препарата (ванкомицин и метронидазол), часто используемых для лечения *C. difficile*-ассоциированной диареи, подавляют рост нормальной эндогенной микрофлоры.

Гнездовое исследование (или исследование типа случай-контроль внутри когорты), представленное на Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, было проведено у предварительно определённой популяции, включавшей 178 пациентов с *C. difficile*-ассоциированной диареей, у которых первый рецидив возник в течение 90 дней от момента первичного эпизода инфекции, вызванной *C. difficile*. Эти 178 пациентов принимали участие в 2 рандомизированных исследованиях,

которые проводились у 1164 пациентов с инфекцией, вызванной *C. difficile*. В обоих исследованиях фидаксомицин соответствовал критерию «не хуже» по сравнению с ванкомицином, применяемым внутрь, для предупреждения рецидива в течение 30 дней после завершения 10-дневного курса лечения.

Рецидив определялся как наличие 3 или более эпизодов неоформленного стула в течение 24 ч до рандомизации и наличие *C. difficile* токсинов А или В в кале в течение 48 ч с момента рандомизации. Пациенты были рандомизированы на получение фидаксомицина или ванкомицина. Фидаксомицин назначался в дозе 200 мг 2 раза в день внутрь, ванкомицин – 125 мг 4 раза в день внутрь в течение 10 дней. По данным исследований более 90% пациентов обеих групп ответили на начальную терапию. По мнению исследователей, наиболее вероятным объяснением превосходства по клинической эффективности фидаксомицина в данных исследованиях был тот факт, что нормальная микрофлора кишечника защищает от повторного возникновения *C. difficile*, в то время как персистенция спор *C. difficile* в кишечнике остаётся у пациентов, получавших ванкомицин.

В результате полученных данных исследователями, вероятно необходимо проведение дальнейших исследований для определения предполагаемой связи между различными влияниями ванкомицина и фидаксомицина на бактериальную флору кишечника и частотой развития рецидивов.

Пишун Ю. В.

НОВЫЙ КЛАСС АНТИДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ – ДАПАГЛИФЛОЗИН

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Дапаглифлозин – мощный и высокоселективный ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT2) обратимого действия, вызывающий дозозависимый сахароснижающий эффект натощак и после еды за счет стимуляции выведения глюкозы с мочой. Длительное введение дапаглифлозина животным приводило к уменьшению продукции глюкозы печенью и увеличению ее поступления в печень, повышению чувствительности к инсулину, улучшению морфологии островков Лангерганса без уменьшения массы β -клеток. Дапаглифлозин обладает высокой (75%) биодоступностью при введении внутрь, быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, имеет линейную фармакокинетику и достаточно длительный период полувыведения ($13,8 \pm 9,4$ часа), позволяющий применять его 1 раз в сутки. В целом препарат продемонстрировал благоприятный профиль побочных реакций. Однако в группе дапаглифлозина чаще, чем в группе плацебо, наблюдались инфекции урогенитального тракта. Кроме того, было выявлено 9 случаев рака мочевого пузыря среди 5478 пациентов, получавших дапаглифлозин. Частота рака молочной железы получавших дапаглифлозин, также оказалась выше. ЕМА пришло к заключению, что польза дапаглифлозина превышает потенциальные риски, и зарегистрировало препарат для лечения больных СД2 в качестве дополнительного средства к диете и физическим упражнениям в комбинации с другими сахароснижающими препаратами, включая инсулин, и для применения в виде монотерапии больных с непереносимостью метформина. Дапаглифлозин не рекомендован больным с тяжелым нарушением функции почек.

Попенко С. А.
ЭРИТРОПОЭТИНОВЫЙ ДОПИНГ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Допинги – это лекарственные препараты и методы, которые применяются спортсменами для искусственного, принудительного повышения работоспособности в период учебно-тренировочного процесса и соревновательной деятельности. Одним из самых трудноопределимых допингов можно назвать эритропоэтиновый допинг. Эритропоэтин (ЭПО) представляет собой гликопротеиновый гормон, основной регулятор эритропоэза, который стимулирует образование эритроцитов из поздних клеток-предшественников и повышает выход ретикулоцитов из костного мозга. Целесообразность его использования в спорте заключается в том, что он способен вызвать увеличение количества эритроцитов в крови. Соответственно больше кислорода может доставляться тканям (особенно мышечной). На данный момент нашел распространение рекомбинантный ЭПО: идентичен по аминокислотному составу естественному ЭПО человека, но имеются незначительные отличия по составу гликозидных остатков. В спорте активно используют ЭПО третьего поколения Mirsera. Данное вещество ничем не отличается от предшествующих эритропоэтинов за исключением присоединенного к структуре препарата полиэтиленгликоля, который способствует большему периоду полувыведения. Так, Mirsera находится в организме в 6 раз дольше чем дарбпоэтин-альфа и в 20 раз дольше чем эпоэтин. В общем случае все препараты применяют по схеме: дозировки колеблются в районе 50-300 ЕД на кг веса. Все методы обнаружения эритропоэтинового допинга либо очень трудоемкие (требуют затраты больших ресурсов и исследуемого материала), либо не дают однозначного ответа. Таким образом, данный вид допинга стал одним из самых популярных во всех видах спорта, где необходима выносливость, и является предметом изучения для фармацевтов.

Постолаки М. А.
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ СУБСТРАТОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И

Гипоксия – кислородное голодание организма – патологический процесс, характеризующийся уменьшением напряжения кислорода в тканях проявляющийся абсолютной или относительной недостаточностью биологического окисления. Практическое использование в качестве антигипоксантов находят препараты, поддерживающие при гипоксии активность сукцинатаксидазного звена. Это ФАД-зависимое звено цикла Кребса, позднее угнетающееся при гипоксии по сравнению с НАД-зависимыми оксидазами, может определенное время поддерживать энергопродукцию в клетке при условии наличия в митохондриях субстрата окисления в данном звене – сукцината (янтарной кислоты). Из всех субстратов цикла Кребса только влияние сукцината на энергетический обмен подробно изучено в эксперименте на животных. Исследованиями М. Н. Кондрашовой с соавторами установлено, что в условиях гипоксии сукцинат, не являясь НАД-зависимым субстратом, "монополизирует" дыхательную цепь и активно в ней окисляется. Известно, что скорость окисления

сукцината высока, и это позволяет компенсировать выработку трех молекул АТФ, образующихся при окислении НАД-зависимых субстратов. Однако в условиях прогрессирующей гипоксии дефицит кислорода, лимитирующий скорость окисления всех субстратов, снижает ценность сукцината и ставит его в один ряд с другими субстратами окисления. Поэтому применение сукцината в качестве антигипоксанта должно быть особенно эффективно в комплексе с препаратами которые, улучшают кислородообеспечение организма. Комбинированным антигипоксическим действием обладает препарат цитофлавин (янтарная кислота 1000 мг, никотинамид 100 мг, рибофлавина мононуклеотид 20 мг, инозин 200 мг). Основное антигипоксическое действие янтарной кислоты в препарате дополняется рибофлавином, способным за счет своих коферментных свойств увеличивать активность сукцинатдегидрогеназы и обладающим непрямым антиоксидантным действием, которое проявляется за счет восстановления окисленного глутатиона. Предполагается, что входящий в состав цитофлавина-никотинамид активирует НАД-зависимые ферментные системы, увеличивает содержание общего пула пуриновых нуклеотидов, необходимых не только для ресинтеза макроэргов (АТФ и ГТФ), но и вторичных мессенджеров (цАМФ и цГМФ), а также нуклеиновых кислот. Определенную роль может играть способность инозина подавлять активность ксантиноксидазы, уменьшая тем самым продукцию высокоактивных форм и соединений кислорода.

Таким образом, наличие у янтарной кислоты биологической активности с уникальным сочетанием проявлений как по отношению к здоровому организму, выступая в роли адаптогена и активатора, так и при наличии патологических проявлений, оказывает высокий для адаптогенов терапевтический эффект. В основе лечебно-профилактических свойств янтарной кислоты и ее производных лежит модифицирующее влияние на процессы тканевого метаболизма. При этом амплитуда и направленность модификаций зависят от функционального исходного состояния тканей, а конечный результат выражается в оптимизации параметров их функционирования. Такие свойства позволяют отнести янтарную кислоту и ее производные к средствам нового поколения, называемым «умным лекарством».

Прокопенко М. С.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ. ПОМОЩЬ ИЛИ ВРЕД?

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Реклама гласит, что транквилизаторы – идеальное лекарство против стресса. Транквилизаторы – это лекарственные средства, которые используются для коррекции психоэмоциональной сферы человека. Эффекты оказываемые транквилизаторами: анксиолитический (влияя на лимбическую систему), седативно-гипнотический (влияя на ретикулярную формацию ствола, неспецифические ядра таламуса), противосудорожный (действуя на рецепторы в гиппокампе), миорелаксирующий (воздействуя на рецепторы вставочных нейронов спинного мозга). Сроки лечения: 2-6 недель. При более длительном применении и дозах превышающих среднюю лечебную, транквилизаторы могут вызвать привыкание, психическую и физическую зависимость и синдром отмены. Проявляется это снижением внимания, артериального давления, остроты зрения, работоспособности, сонливостью, нарушением координации движений, усталостью, головокружением, мышечной слабостью. Таким образом, врач должен выбрать необходимый больному

препарат в соответствии с его индивидуальными свойствами и фармакодинамикой транквилизатора, а больной должен соблюдать длительность и дозу приема лекарств, таким образом, препарат будет оказывать свой лечебный эффект не нанося вред организму.

Пушкарь Е. С.

ПРИМЕНЕНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИЙ В ФАРМАКОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Александрова А. В.

Одним из ведущих направлений нанотехнологии в настоящее время является развитие наноконтейнерных технологий векторной (точечной, таргетной) доставки лекарственных веществ, что является актуальным для терапии онкологических заболеваний, патологий нервной и сердечно-сосудистой систем. В последнее время активизировались исследования для улучшения терапевтических свойств лекарственных веществ с использованием полимерных наночастиц, в состав которых входят природные биополимеры или синтетические наночастицы. Инкапсулирование лекарственных веществ в полимерную матрицу обеспечивает им защиту от окружающей среды и заданное (контролируемое) высвобождение, улучшает терапевтические свойства, удлиняя период полураспада, повышая стабильность и растворимость, снижая иммуногенность и антигенность. Нанотехнологии с каждым годом играют все более важную роль в диагностике и лечении онкологической патологии. Они упрощают процесс идентификации биомаркерных молекул, ассоциированных с опухолью. В настоящее время наиболее изученным и востребованным полимером, выполняющим функции «курьера» является полиэтиленгликоль. Благодаря его растворимости, многофункциональности, низкой токсичности, иммуногенности и антигенности. Одним из характерных примеров использования нанотехнологий в фармпрепаратах является препарат ПЭГ-доксорубин. Полиэтиленгликоль (ПЭГ)-липосомальный доксорубин является формой антрациклинового доксорубина, в которой лекарственное средство, инкапсулировано в липосомы с ПЭГ-покрытием. Это изменяет фармакокинетические свойства доксорубина, пролонгирует время циркуляции и улучшает локализацию опухолей. Препарат ПЭГ-липосомальный доксорубин обеспечивает от 5,2 до 11,4 раз большую доставку доксорубина к местам поражений саркомы Капоши, чем стандартный доксорубин в той же дозировке, а концентрация доксорубина в областях поражений саркомы Капоши или костных метастазах была в 10-20 раз выше, чем в нормальной коже или не пораженных опухолями мышцах соответственно. Немногочисленные данные свидетельствуют о том, что препарат ПЭГ-липосомальный доксорубин преимущественно аккумулируется в опухолевой ткани, так как он имеет пролонгированное время циркуляции. После назначения препарата ПЭГ-липосомальный доксорубин метаболиты доксорубина (доксорубинол) были выявлены в малых концентрациях в моче, и не обнаруживались вообще или в малых концентрациях в плазме. Основываясь на результатах исследований на животных, сделано предположение, что желчь является основным путем выведения ПЭГ-липосомального доксорубина. Влияние дисфункции печени на фармакокинетику препарата ПЭГ-липосомальный доксорубин не изучено. С течением времени нанотехнологии находят свое применение не только в физике и химии, а и в иных сферах жизнедеятельности

человека, таких как медицина, фармакология в частности. Проведенные в последние годы исследования по созданию и изучению фуллеренов, дендримеров липосом, нанотрубок, наночастиц металлов показывают, что нанотехнологии открывают новые возможности в получении наночастиц и препаратов с принципиально новыми, еще не изученными свойствами. Таким образом, развитие нанотехнологий открывает новые перспективы и возможности, которые были недоступны ранее. Данная область изучения даст серьезный толчок в развитии науки в целом, и выход на новый уровень применения препаратов не только для лечения, но и для диагностики.

Рудова М. И., Скляренко Д. А., Александрова А. В.
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЖЕНСКИЙ
ОРГАНИЗМ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Все средства предотвращения овуляции содержат синтетические женские гормоны и, среди прочих, стероидные гормоны, которые даже при небольших дозировках вследствие своего внедрения в общую гормональную систему человека, оказывают серьезное влияние на женскую физиологию. Эстрогены, содержащиеся в оральных контрацептивах (ОК), способны активизировать онкогены и запускать злокачественный рост клеток, являясь одной из причин развития рака молочной железы, шейки матки, и по некоторым данным, их длительное применение может привести к бесплодию. Однако, согласно другим источникам, их используют, чтобы ускорить зачатие. Данный феномен получил название «ребаунд-эффект». Действующие вещества ОК угнетают функции яичников, и они временно прекращают овулировать, но после отмены оральных контрацептивов постепенно восстанавливаются и часто работают с двойным усердием. Что касается влияния на плод, то исследования не выявили связи между приемом ОК на фоне беременности и повышенной частотой пороков развития у плода. Стоит отметить, что нежелательные изменения, которые в дальнейшем могут привести к бесплодию, происходят у дам, которые принимают ОК без остановки на протяжении примерно трех лет. До сих пор ведется активная полемика относительно длительности приема гормональных таблеток от нежелательной беременности. Поскольку механизм действия ОК заключается в том, что происходит временная «подмена» работы яичников, нельзя применять данные препараты больше года. Лучше всего делать перерывы на два-три месяца и регулярно наблюдаться у гинеколога.

Саламин М. А.
ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Одной из ведущих причин смерти в настоящее время являются онкологические заболевания. В 2012 году в мире было зафиксировано 8,2 миллиона летальных исходов от онкологической патологии легких, печени, толстого кишечника и молочной железы. Поэтому повышение эффективности, оптимизация и усовершенствование классических методов лечения, разработка новых противоопухолевых препаратов и комбинаторных сочетаний является актуальной

задачей современной медицины. Для повышения эффективности терапии опухолей, снижения вероятности осложнений и рецидивов используют сочетание противобластомных средств с адьювантами – вспомогательными средствами без собственной противоопухолевой активности. По последним данным, подобным эффектом обладают статины.

Цель нашей работы охарактеризовать возможность влияния ингибиторов синтеза эндогенного холестерина на процессы пролиферации и дифференциации клеток при онкологических заболеваниях.

Статины – это класс лекарственных препаратов, которые снижают синтез холестерина и используются для лечения и профилактики ишемической болезни сердца атеросклеротического генеза. Так же статины обладают рядом плеiotропных эффектов (влияют на ангиогенез, апоптоз), благодаря которым могут влиять на рост, развитие и метастазирование некоторых опухолей. По литературным данным, включение статинов в курс противобластомной терапии повышает эффективность лечения рака легких, матки, молочной железы, простаты и снижает кардиотоксичность химиотерапии. Статины, безусловно, не являются эффективными противоопухолевыми средствами, но совместно с другими цитостатическими препаратами могут усиливать их химиотерапевтические эффекты. На сегодняшний день не выявлено данных о преимуществе какого либо препарата из группы статинов по противоопухолевому действию, точно так же не определены эффективные схемы терапии. Однако в исследованиях *in vitro* и *in vivo* обнаружена способность статинов ингибировать рост опухоли в случаях меланомы, нейробластомы, лейкоза. Имеются данные применения ловастатина при карциноме толстой кишки и легких, указывающие не только усиление противоопухолевого эффекта химиопрепаратов на фоне приема статина, но и снижение риска развития доксорубицин-индуцированной кардиотоксичности. Возможно, наиболее важным в предупреждении токсических повреждений является антиоксидантное действие статинов. Так как статины являются ингибиторами матриксных металлопротеиназ, которые активируются в ходе оксидативного стресса, то эта группа препаратов может рассматриваться как перспективная в лечении онкозаболеваний.

Таким образом, статины, как один из наиболее часто назначаемых классов препаратов для коррекции уровня липидов, имеют доказанную способность снижать риск нежелательных сердечно-сосудистых исходов, такие как инсульт, инфаркт миокарда, показывают потенциальную выгоду применения их в онкологической практике.

Силичева А.Е.

ВАРИАНТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра клинической фармакологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бобронникова Л.Р.

Цель работы: Изучить эффективность комбинации амлодипин + валсартан в сравнении с комбинацией лизиноприл + гидрохлортиазид у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследований: В исследовании принимали участие 85 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии и 2 степени. Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 4,6$ года. Контрольная группа ($n=20$) была максимально

сопоставима по возрасту и полу. Все пациенты имели избыточную массу тела (индекс массы тела $32,07 \pm 4,22 \text{ кг/м}^2$). Проанализированы данные уровней АД, эхокардиографии, липидного спектра сыворотки крови и показатель инсулинорезистентности индекс НОМА-IR ($p < 0,05$). В зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на группы: 1-я группа ($n=40$) получали лизиноприл (10 мг) + гидрохлоротиазид (12,5 мг) в сутки; 2-я группа ($n=45$)- комбинированный препарат Эксфорж (амлодипин 10 мг + валсартан 160 мг) в сутки на протяжении 6 недель. В обеих группах больных назначался аторвастатин в дозе 20 мг/сутки.

Результаты и их обсуждение: В динамике лечения отмечено улучшение гемодинамических показателей: у 67% пациентов 1-й группы и у 94% 2-й группы наблюдалась положительная динамика уровней САД и ДАД ($< 0,05$). При эхокардиографическом исследовании установлена позитивная динамика структурно-геометрических показателей левого желудочка, более выраженных у пациентов 2-й группы ($p < 0,001$), уменьшение конечного систолического объема на 2,8% и 3,7% соответственно ($p < 0,001$), уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка во 2-й группе на 3,1% ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы уровень ХСЛПНП не достиг целевых значений, тогда как у пациентов 2-й группы показатель составил $3,3 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,05$), уровень холестерина сыворотки крови соответственно $6,8 \pm 0,18$ ммоль/л и $5,2 \pm 0,37$ ммоль/л в сравнении с контролем ($p < 0,05$), триглицеридов - $2,4 \pm 0,24$ ммоль/л и $1,9 \pm 0,13$ ммоль/л, соответственно ($p < 0,05$). Показатель НОМА-IR у пациентов 2-й группы после лечения - $2,82 \pm 0,4$, в 1-й группе - $3,41 \pm 0,7$ ($p < 0,05$).

Выводы: Комбинированная терапия валсартан + амлодипин при лечении пациентов с ГБ II стадии и избыточной массой тела способствовала более выраженному улучшению клинических и гемодинамических показателей с позиции достижения контролируемого артериального давления, органопротективного влияния на показатели центральной гемодинамики, нормализации липидного спектра сыворотки крови и улучшению чувствительности тканей к инсулину.

Сорокина Е. В.

ПРИМЕНЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Острые и хронические болевые синдромы широко распространены во всех областях медицины, и проблема их оптимального купирования является одной из наиболее актуальных в здравоохранении. Опиоидные анальгетики обладают самой высокой анальгезирующей активностью. Широчайшая область применения опиоидов – соматогенные болевые синдромы, которые возникают вследствие активации ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, отеке тканей и других повреждениях.

Для лечения такой выраженной хронической боли чаще всего применяются нестероидные противовоспалительные средства (целекоксиб, диклофенак натрия, мелоксикам, парацетамол и др.), а также опиоидные анальгетики. Для длительной терапии нарастающего хронического болевого синдрома у неонкологических больных целесообразно последовательно использовать опиоидные анальгетики возрастающей силы действия - трамадол, просидол, бупренорфин, морфина сульфат, фентанил трансдермальный. Опиоиды взаимодействуют с одним или несколькими

подтипами опиоидных рецепторов, т.е. μ , δ и κ на супраспинальном, спинальном и периферическом уровнях, вызывая анальгезию и множество других эффектов. Опиоиды действуют путем пресинаптического торможения выработки нейротрансмиттеров окончаниями С-волокон, постсинаптического подавления вызванной активности в ноцицептивных путях или снятия торможения остальных звеньев регуляции ноцицептивной импульсации. При такой тактике менее выражены побочные эффекты и толерантность, связанные с опиоидной терапией.

Старов К. П., Стоянова Ю. Д.

СОВРЕМЕННЫЕ АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Антигистаминные средства устраняют спазм гладкой мускулатуры, повышенную проницаемость капилляров, развитие отёка, вызванные гистамином. Выделяют три поколения антигистаминных блокаторов H_1 -гистаминорецепторов. Первые два из них – имеют побочные эффекты, ограничивающие их применение. Препараты III поколения – активные метаболиты препаратов предыдущих поколений. Характеризуются отсутствием кардиотропного действия, седативного эффекта, быстрым всасыванием при приёме, отсутствием феномена тахифилаксии, большой биодоступностью и продолжительным периодом полувыведения. Препаратами, относящимися к третьему поколению, являются цетиризин, фексофенадин, дезлоратадин и т.д. Цетиризин (Цетрин) – метаболит гидроксизина. Не проникает через ГЭБ, что проявляется уменьшением седативного эффекта, высокоселективный H_1 -блокатор, в высоких дозах не взаимодействует с другими типами рецепторов, предотвращает развитие аллергического воспаления. Дезлоратадин – активный метаболит лоратадина. Он стабилизирует мембрану тучных клеток и базофилов, тормозит продукцию гистамина, триптазы, простагландинов, подавляет секрецию цитокинов, факторов адгезии, хемокинов. Фексофенадин (Алфаст, Алтива, Телфаст) – продукт рацемического смешения метаболита препарата II поколения терфенадина. Не проникает через ГЭБ, отсутствуют седативный и кардиотоксический эффекты.

Таким образом, современные антигистаминные блокаторы H_1 -рецепторов III поколения – средства выбора при лечении аллергических заболеваний, ввиду отсутствия серьезных побочных эффектов, благодаря высокой активности и быстрому наступлению стойкого клинического эффекта.

Перетяцько А. В., Сытник Н. А.

НАНОПРЕПАРАТЫ В ФАРМАКОЛОГИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.фарм.н. Белик Г. В.

Нанофармакология (англ. nanopharmacology) – раздел фармакологии, изучающий механизмы действия, биологические эффекты и фармакокинетику нанолечарств. В связи с достижениями нанотехнологий и внедрение их в фармакологию появились новые показания к применению, доз и сроков введения лекарств больным. Это предполагает изменение фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогенетики и токсикологии новых лекарственных форм препаратов.

Направления исследований с использованием нанотехнологий: фосфолипидные нановезикулы (липосомы) - восстановление эндотелиальной функции, направленный транспорт лекарств, снижение токсичности и увеличение биодоступности / проницаемости лекарственных средств; восстановление внеклеточного матрикса сосудистой стенки при диабете с использованием низкомолекулярных биорегуляторов и взрослых стволовых клеток; восстановление сосудистой функции с помощью взрослых стволовых клеток; протеомика идентификация белков- маркеров и белков- мишеней; изучение биодоступности и биоэквивалентности лекарств с помощью клеточных технологий; скрининг потенциальных лекарственных средств с использованием регистрации токов через одиночный ионный канал.

Учитывая то, что наноструктуры направленно транспортируют нанолечения, защищают их от преждевременного метаболизма, повышают биодоступность можно считать, что эта проблема, в основном, фармакокинетическая. Следовательно, используя нанотехнологический подход в решении фармакологических проблем, можно качественным образом изменить медицинскую науку, тактику и стратегию лечения больных нанолечениями. Таким образом, можно заключить какие преимущества имеет практическое применение наночастиц лекарственных средств в области фармакологии: разработка лекарственных средств с адресной доставкой; улучшение фармакокинетических и фармакодинамических характеристик лекарств, при использовании нанотехнологий; повышение эффективности при снижении действующих доз лекарств; снижение токсичности лекарственных средств; трансфекция генов при различных заболеваниях с целью коррекции генетических дефектов в геноме. Сегодня продуктовый портфель включает около 20 разработок, из которых на фармацевтическом рынке Украины представлено 6 - Бронхоген, Кардиоген, Панкраген, Везилют, Тестаген, Нормофталь. Тестаген необходим для улучшения синтеза мужского гормона тестостерона и продления мужской молодости. Панкраген показан тем, кто страдает сахарным диабетом 2-го типа, и лицам, желающим сохранить здоровье поджелудочной железы. Нормофталь способствует нормализации состояния сетчатки глаза и останавливает старение глаз. Бронхоген помогает очищению бронхолегочной системы (особенно показан курильщикам и тем, кто бросил курить). Везилют показан лицам, страдающим состоянием гиперактивного мочевого пузыря и с хроническими заболеваниями мочевыводящей системы.

На основании выше изложенного, можно надеяться, что в ближайшее время будут достигнуты научно-практические успехи и многие традиционные лекарства будут заменены на более эффективные и менее токсичные нанофармакологические препараты.

Тараненко А. О.

РОЛЬ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Роды – естественный физиологический процесс, завершающий беременность любой женщины. В большинстве случаев проявлением родового акта является боль.

Использование наркотических анальгетиков в родах обычно проводится однократно – в первом периоде родов, при болезненных схватках. Обезболивание при родах следует применять по медицинским показаниям – при затянувшихся родах, при болевом синдроме, мешающем раскрытию матки и прочих обстоятельствах. Наиболее

эффективными обезболивающими препаратами в родах являются наркотические анальгетики (например, Промедол, Фентанил), которые обычно вводятся внутривенно в сочетании со спазмолитиками (Но-шпа, платифиллин и т.д.) – ускоряют процесс раскрытия шейки матки; транквилизаторами (Триоксазин, Элениум, Седуксен и т.д.) – позволяют снять тревожность и страх у роженицы. Промедол – это наркотический анальгетик, который в настоящее время широко используется для обезболивания родов. Промедол вводится внутримышечно и начинает действовать уже через 10-15 минут, а длительность действия составляет от 2 до 4 часов, в зависимости от индивидуальной чувствительности женщины. Однако препарат прекрасно проникает через плаценту к плоду, но относительно безопасен для плода. Под влиянием препарата ребенок может родиться вялым и сонливым, будет плохо брать грудь и не сразу раздышится. Однако все эти кратковременные нарушения являются функциональными, а поэтому быстро пройдут, после чего состояние ребенка полностью нормализуется.

Татьянко Л. С.

АВЕРСИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Алкоголь распространен в обществе на протяжении многих столетий. Более того алкоголь является составляющей частью некоторых культур. Однако проблема алкоголизма продолжает оставаться одной из самых социально значимых и актуальных для нашего государства. Это негативное явление причиняет как обществу в целом, так и отдельным гражданам огромный материальный и нравственный ущерб. Изучение данного вопроса показало, что алкоголизм по масштабам своего распространения, величине экономических, демографических и нравственных потерь представляют серьезную угрозу развитию общества, здоровью и благополучию нации. Сохраняющаяся во всем мире в течение последних десятилетий тенденция к увеличению употребления спиртных напитков привела к значительному росту числа больных алкоголизмом. Лечение алкогольной зависимости представляет собой сложную и долговременную задачу. Современные знания о механизмах формирования алкогольной зависимости весьма фрагментарны, что не позволяет ученым разработать эффективные методы лечения. Поэтому алкогольная зависимость протекает сегодня как хронически рецидивирующее заболевание. В настоящее время панацеи от алкоголизма нет. Однако существует множество терапевтических подходов, один из них медикаментозная терапия. Препараты, применяемые для лечения алкогольной зависимости, можно условно разделить на: аверсивные препараты, вызывающие непереносимость к алкоголю; препараты, уменьшающие тягу к алкоголю; препараты облегчающие «абстинентный синдром».

Целью нашей работы является изучение фармакологических особенностей лекарственных препаратов аверсивной группы. На сегодняшний день основными средствами медикаментозной поддерживающей терапии при алкогольной зависимости остаются препараты аверсивного действия, самым известным из которых является дисульфирам, синтезированный в 1946 г. J. Hald. Дисульфирам – является ингибитором фермента ацетальдегидрогеназы. Подавляя выработку данного фермента в печени, останавливает процесс распада этилового спирта до углекислого газа и воды на стадии ацетальдегида (уксусного альдегида), который и является

тканевым ядом. В результате накопления ацетальдегида в организме человека, употребившего спиртное на фоне приема дисульфирама, возникает острая интоксикация, которая сопровождается неприятными, болезненными ощущениями, такими как «приливы» крови к лицу, тошнота, рвота, общее недомогание, тахикардия, понижение артериального давления. Такая реакция называется дисульфирам-этаноловой реакцией. В результате происходит выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к вкусу и запаху этанола. Длительность действия пероральных таблеток – 48 ч. Применение в виде имплантатов создает постоянную концентрацию препарата в организме. Реакции дисульфирам-этанол могут возникать в течение 5–9 мес. после имплантации. Дисульфирам-алкогольные реакции на алкоголь могут возникать даже спустя длительное время (многие месяцы) после прекращения употребления дисульфирама. Это обстоятельство свидетельствует о своеобразном сенсibiliзирующем последствии этого препарата. Таким образом, можно сделать заключение, что хотя лечение алкогольной зависимости дисульфирамом и оказывает положительную динамику, но без национальных стратегий и социальных программ, направленных на борьбу с алкоголизмом, решить проблему алкоголизма в обществе невозможно.

Титаренко В. В., Кулык Т. В.

ИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРЕПИДИЛ-ГЕЛЕМ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Карнаух Э. В.

Препаидил-гель – это лекарственный препарат для интрацервикального введения на основе простагландина E₂ (динопростон), используемый для индукции созревания шейки матки, а также для стимуляции сократительной активности и тонуса миометрия. Для подготовки к родам 44 беременным применялась методика сочетанного применения ПП-геля и инфузий β-адреномиметиков (гинипрал, бриканил, партусистен в 500 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора NaCl). Родовозбуждение оказалось эффективным при использовании данной методики после 1 сеанса у 48,8% беременных, а в группе с прелиминарным периодом у 81,4% обследованных. При местном применении ПП не было отмечено каких-либо побочных явлений, свойственных данным лекарственным препаратам при парентеральном применении (тошнота, рвота, гиперемия лица, диарея). Подготовка к родам по вышеописанной методике способствовала снижению продолжительности родов у первородящих на 23%, у повторнородящих на 45% и частоты слабости родовой деятельности в 2 раза. Таким образом, Препаидил-гель является высокоэффективным средством выбора для подготовки шейки матки к родам, стимуляции родовой деятельности, для индукции родов по срочным показаниям или для предупреждения перенашивания беременности.

Трегуб Е. С., Гринь В. В.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНГИБИТОРОВ ДЕАЦЕТИЛАЗ ГИСТОНОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Классической тактикой лечения ВИЧ/СПИД на сегодняшний день является проведение антиретровирусной терапии (АРТ), что позволяет предотвращать

распространение вируса в организме и поражение здоровых клеток. При этом количество циркулирующих в крови вирусных частиц практически сводится к нулю, и заболевание может длительно никак не проявляться. Однако больные вынуждены регулярно принимать препараты в течение всей жизни. В этой отрасли ведутся активные разработки, устраняются побочные эффекты препаратов, урывается необходимая частота приёмов. Тем не менее, болезнь не излечивается.

В чём же тут дело? Вирус иммунодефицита является ретровирусом, то есть в процессе реализации жизненного цикла встраивает свой геном в геном клетки хозяина с помощью фермента ревертазы. АРТ подавляет этот процесс, но не удаляет вирус из ДНК уже зараженных клеток. Вирус пребывает в латентном состоянии, персистируя в основном в CD-4 хелперных клетках иммунной системы. В случае отмены АРТ эти клетки становятся источником рецидивов заболевания. Поэтому важнейшей задачей оказывается активация пораженных хелперов, инициация реализации генома спрятанного в них вируса, что приводит к появлению вирусных белков на мембране клетки и её демаркации для киллерных лейкоцитов.

Группа исследователей отделения инфекционных болезней Орхусского университета (Дания) во главе с Оле Сегаардом применила для этой цели препарат Ромидепсин. Ромидепсин – противоопухолевый препарат, применяемый при Т-клеточных лимфомах, является ингибитором деацетилаз гистонов. Активность того или иного участка ДНК зачастую регулируется эпигеномно, в том числе с помощью модификации гистонов. Показано, что гиперацетилирование гистонов ведёт к потере положительного заряда на них и усилению транскрипции соответствующих участков ДНК, деацилирование – наоборот, к угнетению. Считается, что возникновение лимфом связано с подобным угнетением транскрипции гена-супрессора клеточного деления. Ромидепсин, блокируя деацетилирование гистонов, активирует этот ген, а также некоторые другие факторы, отвечающие за противоопухолевую защиту организма (онкосупрессор p53, угнетение фактора роста сосудов).

Благодаря механизму своего действия, Ромидепсин активировал "спящие" CD-4 лимфоциты, стимулировал в них размножение латентных провирусов иммунодефицита и выход вирусных частиц на поверхность клетки, делая её видимой для киллеров. В ходе пилотного клинического испытания 6 пациентов, находящихся на АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой (количество копий РНК вируса в крови меньше 50 на мк/л), 3 раза с семидневным интервалом получили внутривенно низкие дозы Ромидепсина. У 5 из них после каждого вливания отмечался резкий рост уровня вирусной нагрузки, что, как отмечают авторы, свидетельствует об успешной активации вирусных резервуаров. В то же время, спустя неделю после применения препарата уровень вирусной нагрузки каждый раз опять падал до неопределяемого уровня, что говорит о недостаточной активности иммунных клеток-киллеров.

Ранее подобное исследование было проведено группой учёных из Университета Северной Каролины. В качестве активирующего препарата был использован Вариностат – также ингибитор деацетилазы гистонов, первый препарат из данного класса, одобренный для лечения некоторых типов Т-клеточных лимфомы в США (на данный момент в ЕС отозван по причине недостаточности данных для оценки соотношения риск/польза). В ходе исследования было отмечено резкое повышение вирусных частиц в крови испытуемых в ответ на введение препарата.

Таким образом, исследования в области применения ингибиторов деацетилаз гистонов у больных ВИЧ являются крайне перспективными.

Пивовар А. В., Трофимов М. А., Гринь В. В.
ВЫСОКОАКТИВНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в мире ежегодно растет. Каждый день в мире появляется 6000 новых случаев заболевания. По данным ВОЗ на 2001 год, расчетное число ВИЧ-инфицированных в мире достигло 40 миллионов (в 1996 году – 21,8 млн. человек), умерло от СПИДа более 8 млн. человек. Длительное время это заболевание считалось неизлечимым, прогрессирующим и через 7-10 лет заканчивающимся смертью. Настоящим прорывом в сложившейся ситуации было внедрение в клиническую практику первого ингибитора обратной транскриптазы – азидотимидина. Большой проблемой борьбы с вирусом иммунодефицита человека является его высокая мутагенность. Основой высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) является применение трёх или более препаратов, влияющих на разные этапы развития вируса в организме человека. Таким образом, терапия не только подавляет имеющуюся в организме разновидность вируса, но и появившиеся мутантные формы. Целью ВААРТ является остановка воспроизведения вируса в организме и восстановление иммунной системы (при снижении вирусной нагрузки, организм получает возможность постепенно восстановить количество CD4-лимфоцитов и, соответственно, адекватный иммунный ответ). По принципу действия все компоненты делятся на следующие группы: ингибиторы обратной транскриптазы двух видов – нуклеозидные (НИОТ) и нуклеозидные (ННИОТ), ингибиторы протеазы, ингибиторы интегразы, ингибиторы слияния (ингибиторы фузии), ингибиторы рецепторов.

Также ведутся разработки новых препаратов, которые могут улучшить качество ВААРТ. К таким относится бевиримат – ингибитор созревания, который не дает вирусу развиваться и заражать новые клетки. Также разработана новая формула препарата виреад, которая будет впитываться жировыми молекулами на поверхности клеток CD4, что позволит в несколько раз снизить дозировку препарата. Зыбкой надеждой на полное излечение больных стало обнаружение в организме человека белка АРОВЕС-3G. Этот белок очень эффективен против многих лентивирусов, к которым относится и ВИЧ. Но в ответ такие вирусы вырабатывают свои собственные белки, называемые VIF, которые подавляют АРОВЕС-3G. Наиболее многообещающими должны стать именно препараты, блокирующие VIF белки.

К недостаткам ВААРТ относятся: наличие побочных эффектов (угнетение костного мозга, что приводит к нейтропении или анемии; повышение активности трансаминаз, что является следствием гепатотоксического действия препаратов; панкреатит; нефротоксическое действие и образование в почках камней; токсическое действие на ЦНС), а также высокая стоимость препаратов, необходимость принимать препараты пожизненно и соблюдать строгий режим. Также каждой группе препаратов свойственны свои побочные эффекты: НИОТ – митохондриальная дисфункция, ингибиторы протеазы – угнетают цитохром P450, ингибиторы интегразы и ННИОТ практически не вызывают побочных эффектов и считаются безопасными.

При расчете экономических показателей становится очевидно, что преимущества ВААРТ полностью оправдывают затраты на обеспечение населения этими препаратами.

Фельдман Д.А., Червань И.В., Попова Т.О.
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Кафедра клинической фармакологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Ведущими факторами, определяющими величину пульсового давления (ПД) являются фракция изгнания левого желудочка, ригидность стенок аорты и крупных артерий, скорость распространения пульсовой волны и сердечный ритм. Увеличение ПД – важнейший показатель сердечно-сосудистой патологии, предиктор возможного инфаркта миокарда, независимый от других параметров. Циркадный профиль артериального давления (АД) является важным компонентом 24-часового мониторинга АД (СМАД). Недостаточное снижение суточного АД часто ассоциируется с вторичной гипертензией, является предиктором повреждения органов-мишеней, фактором неблагоприятного прогноза заболевания.

Цель исследования: выявить особенности изменения ПД в зависимости от циркадного профиля АД у больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии.

Материалы и методы. Обследовано 184 пациента с диагностированной ГБ II стадии 2-3 степени. Группу обследования составили 90 мужчин и 94 женщины; средний возраст - $56,8 \pm 4,3$ года; длительность ГБ - $12,4 \pm 5,2$ года; ГБ 2 степени - 98 больных; ГБ 3 степени – 86 пациентов. Всем больным амбулаторно проводилось СМАД, при этом пациенты выполняли свою привычную ежедневную нагрузку. Проанализированы колебания и степень снижения АД в течение суток по стандартным критериям. В зависимости от степени снижения АД выделены две группы больных: с достаточным («dipper» - 1 группа, 96 больных) и недостаточным («non-dipper» - 2 группа, 88 больных) снижением АД. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета анализа в системе Microsoft Excel и Microsoft Access, достоверность полученных данных вычисляли с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Установлена достоверная разница показателей среднесуточного систолического (САДс) и диастолического (ДАДс) АД в 1-й и 2-й группах больных (соответственно: САДс: $138,46 \pm 10,74$ мм рт ст; $167,66 \pm 11,52$ мм рт ст ($p < 0,01$); ДАДс: $72,83 \pm 10,42$ мм рт ст; $98,74 \pm 11,28$ мм рт ст. ($p < 0,01$). Показатели суточного ПД (ПДс) были достоверно выше у больных 2-й группы, чем 1-й группы (соответственно: $69,42 + 12,48$ мм рт ст; $50,68 + 10,64$ мм рт ст ($p < 0,01$)). Кроме того, уровень ПД в дневное время (ПДд) был достоверно больше у пациентов 2-й группы (соответственно: $66,72 + 10,64$ мм рт ст; $51,28 + 10,36$ мм рт ст, ($p < 0,01$)), недостаточно снижался в ночное время, и оставался достоверно выше, чем у больных 1-й группы (соответственно: $64,52 + 9,28$ мм рт ст; $45,53 + 8,22$ мм рт ст; ($p < 0,01$)). У больных с ГБ II стадии с недостаточным снижением АД показатели ПД в течение суток, в дневное и ночное время значительно выше, чем у пациентов с достаточным снижением АД.

Хворостинко Р. Б., Давидыч А. М., Гринь В. В.
ГРАФЕН – НАНОЧАСТИЦА БУДУЩЕГО
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В последнее время все больший интерес исследователей вызывает графен – новейшее творение нанотехнологии. Это двумерная аллотропная модификация углерода, образованная слоем атомов углерода толщиной в один атом, находящихся в

sp^2 -гибридизации и соединённых посредством σ - и π -связей в гексагональную двумерную кристаллическую решётку с шестиугольными ячейками, напоминающую медовые соты. Его можно представить как одну плоскость графита, отделённую от объёмного кристалла.

Графен – это нестандартный материал, который называют 2D. Он характеризуется очень низким удельным весом, чрезвычайной механической прочностью, высокой электрической и тепловой проводимостью. Он в сто раз прочнее стали, и одновременно эластичный и растяжимый. Он является лучшим проводником, чем медь или серебро, передает электроны быстрее, чем кремний. Он проявляет гидрофобные свойства. Кроме того, недавние исследования подтвердили его способность «самовосстанавливаться». При повреждении кристаллической решетки графеновой пленки атомы графена притягивают к себе свободные атомы углерода, заполняя по мере необходимости образовавшиеся «дыры».

Для исследовательских целей используется предшественник графена – оксид графена. Наноразмерные лепестки оксида графена пользуются большой популярностью благодаря несложному и эффективному процессу синтеза и возможности дисперсии в водной среде. Они используются в качестве бактериостатических средств, например, для систем очистки воды или в качестве добавки для перевязочных материалов. Например, графеновая «бумага» может использоваться для изготовления новых перевязочных материалов. Графеновая плёнка является отличным фильтром для воды, поскольку она пропускает молекулы воды и при этом задерживает все остальные. Возможно, в будущем это поможет снизить стоимость опреснения морской воды.

Ведутся исследования по применению графена, как наноаккумулятора онкологических препаратов. С биосовместимым полиэтиленгликолем графен используется для разрушения опухолей в мышечных моделях. Микрочип, созданный на основе оксида графена, связывает клетки рака в крови и поддерживает их рост для дальнейших анализов. Таким образом, графен можно использовать не только в лечебных целях, но и в диагностических. Доказано, что графен может быть включен в методы инновационного лечения, такие как фотодинамическое или генное лечение. На основании графена создаются биосенсоры, используемые в тестировании различных биомолекул и патогенов, например, электрическом обнаружении *E.coli*.

Исключительная механическая прочность графена вдохновила на его применение в ортопедии, где углеродные нанотрубки могут использоваться для укрепления костной системы, а наночастицы графена используются в производстве эндопротезов. Рассматривая его электрохимические и оптические свойства, ученые считают, что на основе графена будут разработаны высокоэффективные, и одновременно миниатюрные биосенсоры для мониторинга неврологического статуса у пациентов отделений интенсивной терапии после инсульта или травмы мозга. На основе графена можно будет создавать каркас для заживления поврежденной нервной ткани.

Другим направлением являются исследования безопасности применения наночастиц графена в биологических материалах. Площадь по отношению к массе у наноматериалов больше, в отличие от более крупных частиц, что влияет на свойства и механизм действия живых организмов, а также на токсичность.

Таким образом, открытие уникальных свойств графена обеспечивает широкие возможности его применения, но только после комплексных исследований, которые обеспечили бы безопасность его использования.

Хомуленко Е. В., Онасенко И. А.
ПРЕПАРАТ "МАРЕЛИН" В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Александрова А.В.

Мочекаменная болезнь занимает второе место среди всех заболеваний почек. В связи с широкой распространенностью, особенностями развития и течения это проблема остается одной из актуальных в современной медицине.

Основной механизм заболевания – врожденный. В некоторых случаях причиной служит нарушение обмена веществ, что приводит к образованию нерастворимых солей, которые формируются в камни. Лечение мочекаменной болезни должно быть комплексным и включать лекарственные средства, направленные на уrolитиаз. Эти препараты, должны оказывать диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное и антисептическое действие. Наибольший интерес в этом аспекте представляют комбинированные патентованные препараты, родоначальником которых был Роватинекс. К подобным препаратам относят "Марелин", который является комбинированным растительным препаратом, содержащим экстракт марены красильной, экстракт золотарника канадского, экстракт хвоща полевого, келлин, коргликон, салициламид, фосфорно-кислый магний. На основе исследований был подтвержден выраженный диуретический и спазмолитический эффект препарата, который дает также и антиазотемический эффект, повышает тонус гладкой мускулатуры лоханки и мочеточника, что приводит к перемещению и самостоятельному отхождению конкрементов, снятию спазма мочеточника при обтурирующих камнях. Последнее более выражено, чем при применении других препаратов, в частности, зарубежного нефролита. Выявлены побочные действия в виде обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Полученные данные позволяют рекомендовать препарат "Марелин", как одно из наиболее эффективных лекарственных средств для лечения любых форм мочекаменной болезни.

Чепелев И. С., Ковальковский Е. В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЦЕРАКСОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ПРОГРЕДИЕНТНОГО ТИПА ТЕЧЕНИЯ
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Ананько С. Я.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, протекающее с обострениями и ремиссиями или неуклонно прогрессирующее, со множественными очагами поражения, преимущественно в центральной нервной системе. Сейчас в мире насчитывается около 3 млн. таких больных. Рассеянный склероз, как правило, дебютирует в молодом возрасте (20-40 лет), чаще им страдают женщины. Во многих странах мира наблюдается увеличение количества заболевших и омоложение контингента пациентов. Заболевание встречается преимущественно в странах с холодным климатом. Всемирная организация здравоохранения относит рассеянный склероз к заболеваниям, наиболее инвалидизирующим лиц молодого возраста. Наиболее обоснованной считается мультифакториальная теория возникновения рассеянного склероза, утверждающая, что для развития пролиферативного воспаления необходимо воздействие внешнего фактора на лиц с

генетической предрасположенностью, обусловленной наличием генов, вызывающих нарушения в системе иммунорегуляции. В настоящее время установлено, что возбудителем рассеянного склероза является невротропный фильтрующийся вирус, близкий или идентичный вирусу острого рассеянного энцефаломиелита. Вследствие системной иммунологической дисфункции развиваются патологические реакции в организме пациента против собственных миелиновых оболочек нервных волокон, приводящие к разрушению миелина и нейроцитов. Локализация очагов демиелинизации (бляшек) – белое вещество вокруг желудочков мозга, мозжечок, ствол мозга, область перекреста зрительных нервов, шейный отдел спинного мозга. Так называемая классическая форма рассеянного склероза характеризуется сочетанием нистагма, скандированной речи и интенционного дрожания (триада Шарко). На начальных стадиях возможно волнообразное течение заболевания, когда периоды ухудшения сменяются частичной или полной ремиссией. Продолжительность ремиссии может исчисляться в месяцах, а может и в годах. В дальнейшем рассеянный склероз может неуклонно прогрессировать (вторично-прогредиентное течение). Примерно у 15% больных изначально проявляется первично-прогредиентное течение. При типичном течении рассеянного склероза через 15-20 лет заболевание приводит к инвалидизации. В случае доброкачественного проявления болезни (до 10% случаев) её воздействие оказывается минимальным. У 0,1-0,5% пациентов заболевание носит злокачественный характер с ускоренным развитием выраженных нарушений. Цитиколин – действующее вещество ноотропного препарата Цераксон. В качестве предшественника ультраструктурных компонентов клеточной мембраны (фосфолипидов), цитиколин способствует восстановлению поврежденных мембран клеток, ингибирует действие фосфолипаз и предотвращает апоптоз. Изучена терапевтическая эффективность препарата Цераксон относительно когнитивных функций, астенических нарушений, депрессивной симптоматики. По данным литературы, эффективность применения препарата Цераксон в сочетании с метаболической терапией выше, чем применение традиционной терапии.

Выводы. Цераксон позволяет повысить скорость обработки счётной информации, обеспечить одновременное выполнение нескольких задач. Препарат снижает проявления астенического симптомокомплекса физических и умственных нарушений оценки происходящего у пациентов, купирует большое количество симптомов страха и депрессии.

Чернигова В. Л.

МЕТФОРМИН–ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2) занимает ведущие позиции среди причин гипергликемии, заболеваемость им растет во всех без исключения странах мира. Следует отметить, что СД 2 является составной частью метаболического синдрома, включающего также ожирение, дислипидемию, артериальную гипертензию. Метаболический синдром и СД 2 как одно из его проявлений являются ведущими причинами смертности в развитых странах Европы. Одной из особенностей СД 2 является длительное малосимптомное течение. Отсутствие клинических симптомов

создает иллюзию благополучия, становится причиной низкой обращаемости пациентов в медицинские учреждения. Все это приводит к тому, что на момент выявления СД 2 у больных уже развиваются осложнения заболевания в виде нарушения зрения, почек, поражений сосудов сердца, мозга и нижних конечностей. Оптимизация подходов к диагностике и лечению СД 2 типа является актуальной проблемой современной медицины.

Цель нашей работы проанализировать особенности применения метформина в качестве монотерапии при СД 2.

Выраженное влияние метформина на риск развития осложнений СД 2 и смертность можно объяснить его патогенетическим действием, прежде всего, способностью снижать лежащую в основе СД 2 инсулинорезистентность. В экспериментальных и клинических исследованиях получены доказательства кардиопротективного и ангиопротективного действия метформина. В 1960 годах при изучении влияния метформина на экспериментальный атеросклероз показано, что введение этого препарата лабораторным животным предотвращало поражение сосудов, типичное для развивающегося СД. Также было отмечено снижение риска развития и прогрессирования микроангиопатий при добавлении метформина в корм мышам с инсулинорезистентностью. В экспериментальной модели острой ишемии у животных с нарушением углеводного обмена или без него были продемонстрированы антиишемические эффекты метформина. А также в эксперименте метформин усиливал релаксацию сосудов, потенцируя эффекты ряда веществ, действие которых опосредуется системой оксида азота. Доказано, что за счет снижения инсулинорезистентности, улучшения липидного профиля метформин уменьшает включение атерогенных липидов в сосудистую стенку и пролиферацию васкулярных гладкомышечных клеток. Метформин также уменьшает объем висцерального жира, усиливает фибринолитическую активность, что может быть связано с подавлением продукции ингибитора активности плазминогена 1, тормозит активность фактора свертывания XIII, ослабляя формирование тромбов. В исследованиях Wiernsperger N. F. и Bouskela E. выявлена способность метформина улучшать состояние микроциркуляторного русла, нормализуя адгезивные процессы, проницаемость сосудистой стенки.

В июле 2006 г. Американская диабетическая ассоциация и Европейская ассоциация изучения диабета приняла консенсус по фармакотерапии СД 2, который заключался в выборе класса лекарственных препаратов, обладающих сахароснижающим эффектом, потенциально влияющих на осложнения СД. Для эффективного поддержания нормогликемии с учетом положительного влияния на массу тела метформин рассматривается как препарат первой линии фармакотерапии СД 2.

Исходя из особенностей фармакодинамики, способности выражено снижать уровень гликированного гемоглобина, отсутствия риска гипогликемии при монотерапии, наличия дополнительных эффектов в плане снижения риска сосудистых катастроф и смертности у пациентов с СД 2, метформин в настоящее время во всем мире рекомендуется к применению при этом заболевании как препарат первой линии.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

Gavrylov A.V., Sokhan A.V., Zots Ya.V., Hvozdetska M.G., Bereznaj B.Yu.
CEREBRAL TOXOPLASMOSIS IN HIV-INFECTED PERSONS

Department of Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser: professor Kozko V.N.

In Ukraine, number of people with HIV who need hospital treatment is constantly growing, increases the number of patients with end-stage HIV infection and the number of deaths.

We observed 33 HIV-infected patients with CNS *T. gondii*, 6 of them (18,2%) with lethal outcome. Pathogens identified by detecting *T. gondii* DNA in the CSF by PCR. Ratio by gender was: 75,8% men, women - 24,2%. In the age ratio the disease occurred in young adults - 100%. The average age was (33,5±0,9) year. The period from the diagnosis of HIV infection to the appearance of the first manifestations of CNS *T. gondii* was (2,2±0,6) year. In studying the history of the disease, it was found that the disease began slowly, patients came to the hospital on average (88,0±21,2) day from the onset. Patients were admitted to the hospital more in moderate condition – 69,7% of cases and undisturbed mind 79% of cases. The disease ran in the form of encephalitis - in 21 and meningoencephalitis - 12 patients. The basic complaints, physical examination data, results of clinical and biochemical studies of the cerebrospinal fluid were studied. The average number of CD4+ cells in serum was (55,37±0,94) cells/mkl.

In the presense of clinical signs of encephalitis, dizziness, memory loss and vision, weakness in the limbs, and epileptiform and vestibular syndromes, amaurosis against the background of normal or subfebrile body temperature with minimal changes in CSF and blood content of CD4+ (55,37±0,99) cells/mkl can be thought of CNS *T. gondii* on the background of HIV infection.

Iurko K.V., Bondarenko A.V., Anis Akhtar, Solomennyk A.O., Mohylenets O.I.,
Sokhan A.V., Hvozdetska M.G., Gavrylov A.V.

MACROELEMENT CONTENT IN THE BLOOD SERUM HIV- INFECTED
PATIENTS

Department of Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Scientific director: Kozko V.M.

Macroelements study in serum of patients with HIV, chronic hepatitis C (CHC) and HIV/CHC co-infection performed by atomic absorption spectrophotometry. Generally 100 patients were examined: CHC – 35 (35,0%) patients, HIV – 34 (34,0%) and HIV/CHC co-infection – 31 (31,0%) patients. The age of patients ranged from 17 to 69 years. Comparison group consisted of 35 healthy individuals who were comparable in age and sex of the patients studied groups. There were 31 (47,7 %) women and 34 (52,3%) men among HIV-infected patients (HIV and HIV/CHC co-infection).

According to the clinical stage of the disease HIV- infected patients were divided. Only in 2 HIV -infected patients clinical stage I was diagnosed, so in our study we don't take into consideration their results. Clinical stage II was found in 9 (17,6 %) patients, III- rd – 15 (44,1 %) and IV- th – 13 (38,2 %). According to study results, macronutrient content was significantly different in patients of the control group and in patients with HIV infection, chronic hepatitis C and HIV/CHC co-infection. Thus, the Ca and Na content was

moderately decreased in patients with chronic hepatitis C, but its significant deficiency was observed in patients with HIV and HIV/CHC co-infection, compared with those individuals in the control group. Note the probable Mg decrease, which participates in important biochemical and physiological processes in the body. Thus, in patients with chronic hepatitis C its contents amounted to $0,79 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), in HIV- infected patients – $0,68 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) and in patients with HIV/CHC co-infection – $0,65 \pm 0,02$ mmol/l ($p < 0,05$). Depending on the clinical stage of the disease and immunodeficiency degree the Mg level in HIV- infected patients was decreased. Consider the impact of Mg on lipid metabolism, we plan to examine the dependence of Mg deficiency on lipid metabolism.

Акинина М.Н., Калашникова Е.С., Хардун И.А.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛИХОРАДОК НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор С.В. Кузнецов

Лихорадка неясного генеза (МКБ-10 R50) — это повышение температуры тела в течение более 3 недель без сопутствующей какой-либо клинической картины, установить причину которого не удалось при первичном обследовании.

Нами проведен анализ 60 случаев поступления детей с лихорадкой неясного генеза (ЛНГ) в возрасте от 8 месяцев до 17 лет. Проведенное ранее амбулаторное или стационарное обследование не принесло результата по установлению причины лихорадки и для тщательного обследования потребовалась госпитализация в диагностическое отделение ОДИКБ г.Харькова. По возрасту преобладали дети 6-12 лет. 2/3 (42) пациентов поступили в среднетяжелом состоянии, 18 – в тяжелом состоянии (кетоз, гиперексия), которое требовало инфузионной терапии для коррекции дисметаболизма и снятия интоксикации неясного генеза. Антибактериальная терапия в отделении проводилась практически всем детям, однако начало курса, его длительность и выбор препарата зависели от тяжести состояния на момент поступления, предшествующего лечения и первичных параклинических данных. Противовирусная терапия назначалась после получения положительной маркерной диагностики на ДНК вирусы. Нестероидные противовоспалительные средства назначены были 15 детям с отсутствием какой-либо динамики на фоне проводимой терапии (нурофен, ибупрофен). Длительность пребывания в диагностическом отделении колебалась от 2 дней (ребенку был диагностирован пансинусит и он был переведен в специализированный стационар) до 25 дней; в среднем около 2-х недель. Расшифровка диагноза закончилась у 12 детей исключением инфекционной патологии и переводом в соматический стационар или выпиской с рекомендациями консультации у соответствующего специалиста (системные заболевания соединительной ткани, гематологическая и почечная патология, гипертиреоз). Заболевания инфекционной природы выявлены у 48 пациентов из 60 в виде изолированной стрептококковой инфекции (10), сочетания стрептококковой инфекцией с герпесвирусной (18), персистирующей герпетической инфекции (7), атипично-герпесвирусной инфекции (6), атипичной (6) и аденовирусной (1). Практически все дети имели сопутствующую патологию: дискинезии желчевыводящих путей, диспластическую кардиопатию, диспластическую нефропатию, анемия, атопический дерматит. Согласно данным литературы, большая часть (от 50% до 85%) детей с ЛНГ страдают какими-либо инфекционными

заболеваниями, не менее чем у 15% пациентов причиной лихорадки стал дебют заболеваний соединительной ткани, у 8% диагностируется онкологическая патология, как правило, лейкозы и лимфомы. Приблизительно в 5-15% случаев причину лихорадки неясного генеза не удается установить, несмотря на обследование, к данной категории относятся и дети с лихорадкой пубертатного возраста. Несомненно, что причины ЛНГ у детей существенно разнятся с таковыми у взрослых, а установление этиологического фактора чаще всего представляет существенные трудности и затратно как во времени, так и с материально-технической стороны. Поэтому усовершенствование стандартов диагностики данного контингента больных требует пристального внимания.

**Анциферова Н.В., Соломенник Г.О, Кузнецова А.А., Пеньков Д.Б., Бикова К.М.
МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНУ НСV-ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра інфекційних хвороб

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Козько В.М.

Мета дослідження – підвищення ефективності діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Завдання дослідження – з'ясувати наявність статистичного зв'язку між сироватковим вмістом матриксної металопротеїнази-1 (ММП-1), трансформуючого фактора росту- β 1 (ТФР- β 1), гаптоглобіну (ГГ) та стадією фіброзу печінки (F), визначеною за системою FibroMax (Fibrotest).

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено вміст ММП-1, ТФР- β 1 та ГГ у сироватці крові 102 хворих на ХГС. Кількісне вимірювання у сироватці крові вмісту ММП-1 та ТФР- β 1 проводилося за допомогою імуноферментних наборів Human MMP-1 ELISA Kit (США) та TGF- β 1 ELISA Cat (США) на імуноферментному аналізаторі Libline-90. Визначення вмісту ГГ було проведено фотометричним методом у реакції з риванолом за допомогою діагностикуму фірми "Реагент" (Україна) на біохімічному аналізаторі Libline-80. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили традиційними прийомами обчислення величин (M), помилок середніх арифметичних, достовірності відмінності (p) за t-критерієм Стьюдента, коефіцієнт кореляції (r).

Результати. Отримані результати дослідження вмісту ММП-1 у хворих на ХГС виявили достовірно зменшений рівень показника ($17,78 \pm 0,41$ нг/мл) проти аналогічного показника у контрольній групі ($24,16 \pm 1,38$ нг/мл, $p < 0,001$). Аналіз вмісту ТФР- β 1 показав, що його рівень у обстежених хворих був достовірно підвищений ($5,7 \pm 0,21$ нг/мл) проти аналогічного значення у контрольній групі ($1,14 \pm 0,21$ нг/мл, $p < 0,001$) аж у 5 разів. Вміст ГГ у сироватці крові хворих на ХГС був достовірно нижчий ($1,08 \pm 0,01$ г/л) проти аналогічного показника у контрольній групі ($1,37 \pm 0,13$ г/л, $p < 0,05$). Вміст ММП-1, ТФР- β 1, ГГ у сироватці крові досліджували також у хворих на ХГС, яким визначали F печінки за системою FibroMax (FibroTest). Проведення кореляційного аналізу виявило наявність зв'язків між F печінки та вмістом у сироватці крові ТФР- β 1 (прямого сильного, $r = 0,96$, $p < 0,001$), ММП-1 (зворотного сильного, $r = -0,95$, $p < 0,001$), ГГ (зворотного помірною, $r = -0,74$, $p < 0,01$), на підставі чого був розроблений ДПФ, який розраховується за формулою $ДПФ = ММП-1 / ТФР-β1 \times ГГ$ де ДПФ – діагностичний показник фіброзу; ММП-1 – ММП-1 у сироватці крові, нг/мл; ТФР- β 1 – ТФР- β 1 у сироватці крові, нг/мл; ГГ – ГГ у сироватці крові, г/л. Розрахунок показників ММП-1, ТФР- β 1 та ГГ показав, що для кожної стадії фіброзу печінки були характерні певні межі ДПФ: за

відсутності фіброзу (F 0) ДПФ був більше 10 ($10 < \text{ДПФ}$), для F 1 ДПФ становив від 4 до 9 ($4 < \text{ДПФ} < 9$), F 2 – від 3 до 4 ($3 < \text{ДПФ} < 4$), F 3 – від 1 до 3 ($1 < \text{ДПФ} < 3$), F 4 – завжди менше 1 ($\text{ДПФ} < 1$). Таким чином, простежувався зворотний зв'язок – із зростанням F знижувався ДПФ. З метою перевірки отриманих результатів було додатково проведено визначення F печінки 31 хворого на ХГС як за системою FibroMax (FibroTest), так і за запропонованим способом оцінки F печінки одночасно. При цьому частота збігу F печінки склала 90,32 %

Висновки. Запропонований спосіб діагностики F печінки дозволяє диференціювати початкові стадії фіброзу від помірного та вираженого. Спосіб володіє високою чутливістю, що складає 90,32 % та може бути використаний як метод неінвазивної діагностики фіброзу печінки у хворих на ХГС.

Базалєєва А. М.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Чумаченко Т.О.

Вірусний гепатит В (ВГВ) – це одне з найпоширеніших вірусних захворювань у світі. Україна належить до регіону з середнім поширенням ВГВ (2,2 % населення є носіями HBsAg). Одна з груп ризику інфікування вірусом гепатиту В – це медичні працівники, які професійно мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції.

Мета роботи: визначення рівня захворюваності на ВГВ та вплив на неї вакцинопрофілактики серед медичних працівників у Харківській області.

Матеріали та методи: Епідеміологічний ретроспективний аналіз проведено на підставі офіційних даних Харківської обласної санітарно-епідеміологічної служби за період 1991 – 2013 рр.

Результати: На фоні проведення вакцинопрофілактики спостерігалось зниження захворюваності на ВГВ медичних працівників у 7 - 9 разів, так в 1999 р. інтенсивний показник дорівнював 80,4 на 100 тис. медичних працівників, а у 2013 р. 7,1 на 100 тис. медпрацівників. Середній показник захворюваності на ВГВ серед медичних працівників у дощеплювальний період (1991 – 1998 рр.) склав $69,6 \pm 12,5$ на 100 тис. медичних працівників, а за період 1999 – 2013 рр. достовірно знизився удвічі і склав $33,1 \pm 5,2$ на 100 тис. медичних працівників.

Висновок: Проведені дослідження показали зниження захворюваності на ВГВ медичних працівників у період після початку проведення імунізації вакцинами проти ВГВ, що свідчить про ефективність вакцинопрофілактики та підтверджує необхідність планової імунізації медичних робітників як контингенту високого ризику зараження збудником ВГВ з метою попередження професійного інфікування.

Береговая А.А., Позняк А.С., Линник А.С.

ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА В РЕАЛИЗАЦИИ АНТИВОЗРАСТНОЙ ПРОГРАММЫ

Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Старение - закономерный разрушительный процесс возрастных изменений организма, ведущий к снижению его адаптационных возможностей, увеличению

вероятности смерти. Старение кожи и ее патологические возрастные изменения связаны со старением всего организма. По данным R. Perlman (1954), J. Goldman (1957), T. Cochrane (1960), И. В. Давыдовского (1966) и другие, ведущим физиологическим процессом, характеризующим старение, является атрофия. Коллагеновые волокна постепенно атрофируются, располагаясь более рыхло, чем в молодом возрасте. В этих волокнах преобладают предшественники коллагена, а не его зрелые молекулы. Кроме того, изменяется соотношение видов коллагена. А так же скорость обновления эпителиоцитов с возрастом падает, корнеоциты становятся крупнее, содержат недостаточно липидов, что клинически характеризуется сухостью и шелушением. Отмечено также, что с возрастом изменяются количественные соотношения между отдельными гликанами: гиалуроновой кислотой, хондроитин-6-сульфатом, гепарином и геперансульфатом. Известно, что первые возрастные изменения ассоциированы со снижением содержания гиалуроновой кислоты.

Цель работы. Выяснить эффективность применения гиалуроновой кислоты с целью коррекции возрастных изменений.

Материалы и методы. В результате применения гиалуроновой кислоты реализуется комплексный, высокоэффективный подход к омоложению, замедлению процессов старения кожи – путем максимального увлажнения, обеспечения антиоксидантного и восстановительного действия, эффективного блокирования свободных радикалов, эффективного воздействия на обменные процессы кожи.

Под нашим наблюдением находилось 32 пациента в возрасте 40-56 лет, из них 30 женщин и 2 мужчины, причем 20 находились в перименопаузальном периоде, когда признаки старения кожи достаточно выражены. Показаниями к проведению процедур были признаки физиологического старения кожи, которые выражались в появлении различного типа морщин, в потере упругости кожи, появлении гиперпигментаций. Процедура проводилась папульной техникой. Процедуры выполнялись 1 раз в 2 недели, в среднем каждому пациенту было проведено от 3 до 6 процедур. Очевидный эффект наблюдался уже после первой процедуры и устойчиво закреплялся после второй. Все последующие введения проводились с целью поддержания полученного результата, который выражался в уменьшении количества мелких морщин, некотором сглаживании крупных, оживлении окраски кожи. Следует отметить, что процедуры переносились хорошо, ни во время их проведения, ни в последующем не отмечалось побочных нежелательных эффектов.

Выводы. Результаты проведенной работы могут свидетельствовать в том, что препараты гиалуроновой кислоты для биоревитализации являются обоснованными и удобными средствами в реализации антивозрастной программы.

Бережная А. В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ И ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Чумаченко Т. А.

По данным ВОЗ более 240 миллионов человек имеют хронические инфекции печени. Хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) страдают 130–150 миллионов человек, а от связанных с гепатитом С болезней печени ежегодно умирают 350 000 – 500 000 человек.

Цель работы. Анализ заболеваемости ХВГС в различных возрастных группах населения в Украине и Харьковской области в 2011 – 2013 гг.

Материалы и методы. При выполнении работы использовались данные официальной статистики о зарегистрированных случаях ХВГС среди различных возрастных групп и всего населения в целом по Украине и в Харьковской области за период 2011 – 2013 гг.

Результаты. За анализируемый период времени наблюдался рост заболеваемости ХВГС в Украине с показателя 10,87 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 13,52 на 100 тыс. населения в 2013 г.; в Харьковской области – с 7,81 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 10,05 на 100 тыс. населения в 2013 г. Наиболее поражаемой ХВГС группой было взрослое население. Заболеваемость этого контингента в Украине превышала заболеваемость в Харьковской области и колебалась с 13,0 на 100 тыс. контингента в 2011 г. до 16,21 на 100 тыс. контингента в 2013 г. в Украине, с 8,91 на 100 тыс. контингента в 2011 г. до 11,67 на 100 тыс. контингента в 2013 г. в Харьковской области. Высокий уровень заболеваемости взрослых связан как с реализацией основных путей передачи вирусного гепатита С – полового и гемоконтактного, так и с особенностями клинического течения вирусного гепатита С, который часто не диагностируется в острый период, выявляется через несколько лет после инфицирования. Вызывает настороженность заболеваемость подростков 15 – 17 лет, которая колебалась в пределах 1,74 – 2,06 на 100 тыс. данной возрастной группы в Украине и 2,36 – 2,67 на 100 тыс. данного контингента в Харьковской области. Для профилактики ХВГС необходимо активизировать просветительско-разъяснительную работу среди школьников старших классов, учащихся профессионально-технических училищ, студентов колледжей и высших учебных заведений о рисках заражения и путях передачи вирусного гепатита С. Обращает на себя внимание заболеваемость ХВГС детей до года в Украине, где интенсивные показатели составляли 1,0 – 0,59 на 100 тыс. детей до года. Чаще всего заболеваемость ХВГС в этой возрастной группе связана с переливаниями крови и ее компонентов, что диктует необходимость тестирования донорской крови современными высокочувствительными методами обнаружения РНК вируса гепатита С, например, методом полимеразной цепной реакции. Кроме того, заражение детей возможно при проведении различных парентеральных вмешательств, поэтому необходимо качественное проведение стерилизации медицинских инструментов и контроль за ее проведением. В Харьковской области случаев ХВГС среди детей до года за период 2011 – 2013 гг. выявлено не было.

Выводы. В Украине и Харьковской области отмечается напряженная эпидемическая ситуация по ХВГС с вовлечением в эпидемический процесс взрослого населения, подростков 15 – 17 лет, а также в Украине детей до года. Для улучшения эпидемической ситуации необходимо активизировать профилактическую работу, направленную на предупреждение инфицирования вирусом гепатита С населения – тестирование донорской крови современными диагностическими методами, качественное проведение стерилизации медицинского инструментария и правил инфекционного контроля в лечебно-профилактических учреждениях, использование механических контрацептивов, профилактика наркомании и беспорядочных половых связей и т.п.

Бережная А. В., Тертышный В. А.
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ, КЛИНИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ
СТАТУСА КЛЮЧЕВОГО ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ-1 β И
ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ В НАЧАЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ ГРИППА И ДРУГИХ ОРВИ

Кафедра инфекционных болезней
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Градиль Г.И.

Вирусы гриппа А являются важными патогенами человека и вызывают постоянно повторяющиеся ежегодные эпидемии и периодические пандемии. Непредсказуемость эволюции этих вирусов создает постоянные проблемы в области общественного здравоохранения, например, такие как появление пандемического вируса А (H1N1) California 2009. Смертность, связанная с поражением респираторной системы при гриппе и других ОРВИ, в том числе обусловленная внегоспитальными пневмониями, осложняющими эти заболевания, остается достаточно высокой и в ближайшее время тенденция к ее увеличению сохранится. Врожденными факторами защиты являются белки - цитокины. ИЛ-1 β является ключевым провоспалительным цитокином. Эндогенная интоксикация (ЭИ), часто обусловлена инфекционными агентами. Для начальной фазы инфекционного процесса характерно накопление токсических продуктов в тканях первичного очага. Установлено, что интегральные показатели ЭИ изменяются уже в преднозологический период или на самых ранних стадиях заболевания, что позволяет оценить динамику гомеостаза и эффективности проведенного лечения. Для оценки ЭИ предложены шкалы и системы (SOFA, SAPS, APACHE и др.). Вместе с тем, экстренное определение показателей, входящих в эти системы, не всегда доступно в клинике. Наиболее информативными индексами, позволяющими оценить степень интоксикации организма являются ЛИИ Кальф - Калифа и различные его модификации.

Цель работы. Изучение в сравнительном аспекте клинических проявлений гриппа, ОРВИ, их осложнений, клинического значения статуса ключевого провоспалительного цитокина ИЛ-1 β ,—и лейкоцитарного индекса интоксикации у наблюдаемых пациентов в остром периоде болезни.

Материалы и методы. Были изучены клинические данные, показатели инструментальных и лабораторных исследований 16 пациентов госпитализированных в ОКИБ г Харькова. Концентрацию цитокина ИЛ-1 β в пг/мл. у 13 пациентов определяли методом ИФА с использованием коммерческих наборов в диапазоне концентраций. У всех пациентов группы наблюдения рассчитывали по данным первого анализа крови в стационаре лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Я.Я.Кальф-Калифу, который равен в среднем у здоровых лиц 0,7. Оптимальные значения ЛИИ в пределах 0,50 - 0,75. Уровень ЛИИ меньше 0,32 – расценивали как низкий уровень. Если уровень ЛИИ больше 0,92 - высокий уровень. Для осуществления регистрации данных использовали программное обеспечение Microsoft Excel, для статистического анализа – критерии Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Группу наблюдения составили 16 пациентов. Среди наблюдаемых пациентов этой группы было 11 мужчин и 5 женщин. Средний возраст (M \pm m) 30,37 \pm 2,79лет. РНК вируса гриппа А(H1N1sw) методом ПЦР выделена у 13 пациентов, РНК вируса гриппа В у одного пациента, в одном случае грипп, тяжелое течение, диагностирован клинически. День болезни при поступлении (M \pm m) 2,6 \pm 0,98, длительность пребывания в стационаре (M \pm m) 10,5 \pm 1,3дня. В 8 случаях (50%) грипп

осложнился внегоспитальной пневмонией. Все пациенты первой группы получали тамифлю - 150 мг/сут. При анализе уровня цитокинов в сыворотке крови пациентов выявлено снижение среднего уровня IL-1 β при сравнении с контролем. В контроле (M \pm m) - 39,12 \pm 3,38 пг/мл, в группе наблюдаемых пациентов 34,63 \pm 4,83 пг/мл, соответственно. Его содержание варьировало от 5,7 до 74,5 пг/мл. Частота сниженных показателей IL-1 β при сравнении со средними показателями контроля составила 46,15%. При этом у 76,92 % обследованных значение IL-1 β не превышало 50,0 пг/мл, указанных как верхний предел значений. Незначительно повышен уровень ЛИИ определялся у 3 (18,75) пациентов, повышенный уровень ЛИИ и высокий уровень ЛИИ - у 13 (82,15%). Интерпретировали результаты исследования ЛИИ, как показателя уровня ЭИ.

Выводы. Клинические проявления гриппа А (H1N1) пандемического несколько отличались от таковых при других ОРВИ и сезонном гриппе. При анализе уровня цитокина IL-1 β в сыворотке крови пациентов при поступлении в стационар (день болезни (M \pm m) 2,6 \pm 0,98), выявлено снижение среднего уровня IL-1 β , что является характерным для острой фазы вирусной инфекции. Комплексная оценка ЛИИ информативнее, чем изучение простой гемограммы и дает возможность видеть количественное выражение сдвига лейкоцитарной формулы в сторону нейтрофилов, что позволяет более четко оценить ЭИ.

Болховецька І.В., Романенко В.Р., Ушакова К.О.
СТРУКТУРА ІНФЕКЦІЙНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Романенко Т.А.

Нами було проаналізовано за середньобогаторічними показниками структуру інфекційних захворювань, що офіційно реєструвалися в Україні в 1996-2013 рр. Загалом у нашій державі ведеться реєстрація 52 укрупнених нозологічних форм. За вказаний період щорічно виникало в середньому 9472585,5+53256,2 випадків захворювань та носійства. Грип і гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (ГРЗ) виникали щорічно у 8582063,8+49843,0 осіб, це – 90,6 % від усіх зареєстрованих випадків. На долю інших хвороб припадало 9,37 % (887465,2+8792,5 випадки).

Аналіз структури інфекційних захворювань за винятком грипу і ГРЗ та носійства показав, що з кишкових інфекцій найбільша частка припадала на гастроентероколіти, викликані встановленими (4,95 %) та невстановленими (3,55 %) збудниками. Протозойні кишкові хвороби становили 2,92 %, шигельози – 1,16 %, сальмонельози – 0,99 % у структурі. Зареєстрована висока частка випадків туберкульозу органів дихання – 3,44 % та деяких некерованих вакцинацією інфекцій: вітряна віспа – 12,31 %, скарлатина – 1,42 %. Значно меншу частку займали інфекції, керовані вакцинацією: кашлюк – 0,18 %, дифтерія – 0,05 %, правець – 0,003 %, кір – 0,72 %, епідпаротит – 2,18 %. На вірусні гепатити припадає 4,05 % зареєстрованих випадків. Серед них гострий гепатит А становить 75,0 %, гострий гепатит В – 15,8 %, гострий гепатит С – 2,7 %, хронічний гепатит В – 23,2 %. Хвороба, зумовлена ВІЛ та носійство ВІЛ займали 1,25 %, сифіліс – 2,16 %, гонококова інфекція – 1,70 %. Серед особливо небезпечних зоонозних інфекцій найбільшу частку склали лептоспіроз – 0,09 % та хвороба Лайма – 0,07 %. У роки, коли надавався звіт про ураженість гельмінтозами, їх питома вага в інфекційній структурі коливалася від 34,5 % (ентеробіоз) до 1,74 % (трихуроз). Питома вага уражених педикульозом і фтиріозом була 4,81 і 3,08 % відповідно.

Тож, вивчення структури інфекційної патології відіграє важливу роль у визначенні актуальних напрямів і проблем профілактики за нозологічними формами.

Бондарчук Я.В.

ТЕРИТОРІАЛЬНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ В СУЧАСНИЙ ПЕРІОД

Кафедра інфекційних хвороб

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

Науковий керівник: к.мед.н. Анастасій І.А.

Актуальність: серед гострих кишкових інфекцій з кожним роком все більшого значення набуває сальмонельоз. Розповсюджене носійство та контамінація сальмонелами продуктів харчування призводить до зростання захворюваності на сальмонельоз та необхідності вдосконалення системи епідеміологічного нагляду.

Мета: встановити сучасні закономірності вікового й територіального розподілу захворюваності на сальмонельоз в Сумській області.

Матеріали та методи: ретроспективний епідеміологічний аналіз за матеріалами державної звітності ГУ Держсанепідслужби у Сумській області за 2003-2012 рр.

Результати: протягом досліджуваного періоду захворюваність на сальмонельоз у місті помірно зростала (середній темп приросту +1,45%), а в селі зменшувалась (середній темп приросту -0,66%). Питома вага городян складала 77,08%, сільчан – 22,92%. Міські мешканці хворіли на сальмонельоз у 3,36 рази частіше сільських ($p < 0,05$). Середній показник захворюваності міських дітей 0-14 років визначався на рівні 30,8 на 100 тис. даної групи (середній темп приросту +5,86%), серед сільських дітей того ж віку він був меншим у 4,7 разів (6,6 на 100 тис. даної групи), а середній темп приросту в цій групі становив +0,21%.

Висновки: епідемічний процес сальмонельозу підтримується переважно за рахунок дітей 0-14 років, які проживають у містах. Отже, основні профілактичні заходи мають бути спрямовані на цю групу населення.

Бутко Ю.В., Тырса Н.С.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко О.С.

Заболеваемость детей туберкулезом считается важным прогностическим эпидемиологическим показателем, отражающим общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в регионе. Это связано с тем, что туберкулез у детей возникает чаще всего непосредственно после контакта с источником инфекции.

Цель. Оценка динамики заболеваемости туберкулезом у детей и подростков в Харьковской области за последние 6 лет.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу в период с 2008 по 2013 г. в по Харьковской области показал снижение регистрируемой заболеваемости туберкулезом детей 0-14 лет в 1,5 раза (с 12,4 до 9,6 на 100 тыс. детского населения), не смотря на некоторый рост заболеваемости детей с 8,6 в 2012 г. до 9,6 на 100 тыс. детей в 2013г. Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет снизилась за последние 6 лет в 1,8 раз (с 40 до 22,3 на 100 тыс. подросткового населения).

Выводы. Проведенный анализ эпидемической ситуации в области показал, что туберкулез у детей и особенно подростков является серьезной проблемой, что требует пересмотра общепринятых мероприятий как в общей педиатрической службе, так и у фтизиатров. Учитывая существующие приоритеты в работе с детским населением, важен дифференцированный подход в работе фтизиатров и педиатров в вопросах профилактики и раннего выявления заболевания.

Бутов Д.А., Григоренко В.Р., Яковлев В.А.
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-БОЛЬНЫХ
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Степаненко А.Л.

Одним из важных проблемных вопросов в контроле за туберкулезом (далее ТБ) в Украине является постоянное увеличение заболеваемости и смертности от ко-инфекции ТБ/ВИЧ, так как с каждым годом число людей, живущих с ВИЧ/СПИД увеличивается. С 2001 года и по настоящее время показатели заболеваемости и смертности от сочетанной инфекции возросли в 10 раз.

Целью нашего исследования являлось сравнение особенностей течения туберкулеза легких у больных на фоне ВИЧ.

Материалы и методы. Согласно проанализированным данным украинских литературных источников, больные были разделены на 2 группы: первую группу составляли пациенты с ТБ и ВИЧ, вторую - соответственно ТБ у ВИЧ негативных пациентов. Нами было произведено сравнение клинического течения ко-инфекции, особенностей патогенеза, видов возбудителя и особенностей терапии.

Результаты. По результатам анализа были выявлены отличия течения ТБ у ВИЧ - «отрицательных» и ВИЧ - «положительных» пациентов. Одной из особенностей для таких больных является то, что наряду с типичными микобактериями, вызывающими ТБ, существует опасность инфицирования атипичными микобактериями, вызывающими микобактериозы. Микобактериозы развиваются, как правило, чаще у ВИЧ – положительных пациентов. Некоторые отличия имеются также и в патогенезе развития ТБ: в основе его у ВИЧ-инфицированных лежит подавление клеточного иммунитета, в первую очередь, Т-хелперов и макрофагов (моноцитов), которые играют основную роль и в противотуберкулезном иммунитете. Их подавление способствует реактивации персистирующих МБТ, часто с генерализацией инфекции. На фоне ВИЧ-инфекции чаще происходит эндогенная реактивация туберкулеза, но возможна и экзогенная суперинфекция. Клинически туберкулез у ВИЧ-инфицированных протекает тяжелее, чем у неинфицированных больных, нередко при отрицательных туберкулиновых пробах. Поражаются чаще внутригрудные лимфоузлы, бронхи. Часто возникает бактериемия, приводящая к милиарному или диссеминированному туберкулезу с внелегочными поражениями. Следует отметить, что у больных с ко-инфекцией ВИЧ в туберкулезный процесс чаще вовлекается плевра. Однако, по мере развития клеточного иммунодефицита, течение туберкулеза становится прогрессирующим, возникает диссеминированный процесс. Наличие деструктивных процессов в легких зависит от степени иммунодефицита у больного: чем больше иммуносупрессия, тем менее выражена деструкция. Туберкулезный процесс у этих больных чаще рецидивирует и прогрессирует по сравнению с ВИЧ-«отрицательными». Терапевтический подход у больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ осуществляется согласно стандартам лечения для больных без ко-инфекции. У

данной когорты больных необходимо начинать лечение ТБ с 4 противотуберкулезных препаратов с последующим применением антиретровирусной терапии. При лечении больных с ко-инфекцией часто наблюдаются побочные действия к противотуберкулезным и/или антиретровирусным препаратам.

Выводы. В ходе анализа было выяснено, что у больных с ко-инфекцией ТБ и ВИЧ при наличии выраженного иммунодефицита чаще наблюдается атипичное клинко-рентгенологическое течение процесса, внелегочные поражения, и часто возникающие побочные действия к препаратам, нежели у больных только с ТБ. Также более высокий риск развития микобактериозов у ВИЧ-инфицированных.

Бутов Д.А., Лисицина А.И., Дегтярь Е.Н.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИД У БОЛЬНОГО
ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ
СИЛИКОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Степаненко А.Л.

Больной Х., 42 года, поступил в КЗОЗ «Областной противотуберкулезный диспансер №1» (ОПТД) с жалобами на общую слабость, недомогание, ночные профузные поты, повышение температуры до 39⁰С в вечернее время, наличие прогрессирующих опухолевидных образований в подчелюстной и шейной области слева, болезненность в горле при глотании. С анамнеза заболевания известно, что заболел около месяца назад, когда после тяжелых физических нагрузок переохладился. После чего появились вышеперечисленные жалобы. Лечился в течении недели в учреждении широкого медицинского профиля (УШМП) по поводу лимфаденита в области шеи, неясной этиологии. Во время обследования в УШМП были выявлены изменения в легких. Больной получил курс антибактериальной терапии широкого спектра действия с курсом дезинтоксикационного лечения. Несмотря на проводимую терапию состояние больного прогрессивно ухудшалось. После чего больной был направлен в онкологическом диспансер (ОД) с подозрением на новообразование. В ОД, после обследования у пациента были выявлены кислостойчивые бациллы (КУБ) в мокроте, методом микроскопии. В связи с чем больного направили в ОПТД.

В анамнезе жизни отмечает на себя тот факт, что больной 20 лет проработал на угольной шахте. Ранее злоупотреблял алкоголем, наркотическими препаратами и курил. На данный момент состояние больного средней тяжести, выраженный интоксикационный с-м, пальпируются множественные передне- и заднешейные, подчелюстные лимфатические узлы, размером до 5-7 см, плотные на ощупь, болезненные, некоторые из них спаянные с окружающими тканями, кожа над ними гиперемирована. Перкуторно над легкими определяется ясный легочной звук, при аускультации – жесткое дыхание, хрипы отсутствуют. Со стороны других органов и систем существенных патологических изменений не выявлено. Клинический анализ крови: Нв-90 г/л, Эр-2,36 Т/л, п-16%, с-45%, м-12%, СОЭ-25 мм/час, остальные показатели в пределах нормы; бактериоскопия мокроты – КУБ+, культуральное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) – рост+; ПЦР на наличие МБТ и устойчивость к рифампицину: положительный и чувствительный к рифампицину; рентгенография органов грудной клетки (ОГК): усиление легочного рисунка, легкие повышенной прозрачности, множественные очаги средней

интенсивности в верхних долях легких, фаза инфильтрации, симптом «снежной бури», наличие мелких деструкций в легких, корни средостения расширены. Кроме того, по данным рентгенографии ОГК имеются очагово-фиброзные изменения в верхней доле правого легкого, что может свидетельствовать о ранее перенесенном самоизлечившемся туберкулезе. Также был проведен тест на антитела к ВИЧ, результат положительный. Больному проведена была противотуберкулезная терапия (ПТП) первым рядом с антибиотиками широкого спектра действия и дезинтоксикационным лечением. На фоне проведенной терапии состояние больного начало улучшаться на 2 сутки. Переносимость ПТП удовлетворительная, в связи с чем рекомендовано провести антиретровирусную терапию.

Таким образом, у данного больного наблюдается ВИЧ IV клиническая стадия; впервые диагностированный деструктивный диссеминированный туберкулез легких с микобактериовыделением методом микроскопии, культуральным, генетическим на фоне силикоза I-II стадии.

Воробьева Е.Ю.
РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МУЖЧИН,
ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, В ПОДДЕРЖАНИИ
ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА В УКРАИНЕ

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Чумаченко Т.А.

В настоящее время распространение ВИЧ/СПИДа в мире приобрело глобальный характер. С учетом превышения примерно в 20 раз вероятности ВИЧ-инфицирования мужчин, практикующих однополый секс (МСМ), аналогичного показателя для всего населения, целью работы была оценка роли МСМ в развитии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине и Харьковской области.

Материалы и методы. Проведено изучение научных публикаций, эпидемиологический анализ и оценка результатов биоповеденческих исследований среди МСМ в Украине и Харьковской области.

Результаты. По данным ВОЗ секс между мужчинами является ведущим путем передачи ВИЧ в ряде экономически развитых странах – США, Бельгии, Дании, Италии, Португалии, Германии. По официальным данным в Украине за период 2007 – 2011 гг. зарегистрировано 493 случая ВИЧ среди МСМ, что составило 0,4 % от общего числа случаев, наибольшее число которых зарегистрировано в городах Киев, Донецк и Запорожье. По оценкам минимальное количество ВИЧ-инфицированных среди МСМ в Украине в 2011 г. насчитывало 13000–15000 лиц. По данным дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в нескольких городах Украины, превалентность ВИЧ в группах МСМ составила от 2 до 23 %, в среднем по стране – 8,6% в 2009 г., 6,4 % в 2011 г., 5,9% в 2013 г., что свидетельствует о недостаточной и/или неправильной регистрации путей инфицирования МСМ, которые, по-видимому, регистрируются как гетеросексуальные мужчины. ВИЧ-инфекция чаще выявляется в возрастной группе МСМ 25 лет и старше, в которой показатель распространенности достигает 7,7 %, в возрастной группе младше 25 лет доля ВИЧ-инфицированных составила 3,0 %. В Харьковской области в 2013 г. основным путем передачи был парентеральный при введении наркотиков – в 42,7 % случаев, половой путь передачи отмечался в 40,1 % случаев, доля гомосексуального пути передачи

выросла с 1,3 % случаев в 2012 г. до 2,3 % случаев в 2013 г. Однако лабораторное обследование 121 МСМ на наличие ВИЧ выявило 4,9 % положительных результатов.

Высокий риск инфицирования ВИЧ среди МСМ связан с комплексом биологических, поведенческих и социально-культурных факторов. Опасность незащищенного анального полового контакта в 10 раз выше в плане заражения ВИЧ, чем незащищенного вагинального контакта. Изучение биоповеденческих особенностей среди 353 МСМ в Харьковской области путем анкетирования показало, что гомосексуальный коммерческий секс является постоянной работой для 11,2% мужчин, временной работой для 9,6 мужчин, для 18,4% мужчин последний половой партнер не был постоянным, 2,5% мужчин были женаты, более половины респондентов не использовали презервативы при последнем половом контакте. По данным других исследований (М.Касянчук, 2013) у респондентов в возрасте до 25 лет за год было в среднем 3 половых партнёра, у людей из группы 25 лет и старше – 8. Употребление алкоголя или наркотиков, отсутствие информации о ВИЧ/СПИДе также усиливало риски заражения. Наиболее действенными источниками информации о ВИЧ/СПИДе являются телевидение (58%) и печатные СМИ (50%).

Выводы. МСМ являются группой высокого риска инфицирования ВИЧ, характеризуются наличием таких биоповеденческих факторов риска как большое количество половых партнеров, игнорирование безопасного секса и непостоянное применение презервативов, употребление алкогольных напитков и наркотиков, недостаточные знания о факторах риска заражения ВИЧ-инфекцией. МСМ могут быть источниками инфекции как для других МСМ, так и для всего населения, что необходимо учитывать при организации и проведении профилактических программ в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом.

Говардовська О.О.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, ЩО ЗАРЕЄСТРОВАНІ ДО 2 КАТЕГОРІЇ

Кафедра фізіїатрії та пульмонології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор О.С. Шевченко

Мета: Вивчити ефективність лікування хворих 2 категорії.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне вивчення медичної документації по програмі когортного аналізу за 2011-12 рр. усіх 1038 зареєстрованих в Харківській області хворих на туберкульоз легень. Використано медичні карти стаціонарного хворого, форми ТБ 08, облікові таблиці 1000 та 2000. Порівняли результати двох груп хворих – в першу групу включено хворих з рецидив туберкульозу (РТБ), в другу – хворі, з діагнозами: Лікування після перерви (ЛПП), Невдача лікування (НЛ) та інші випадки (ІТБ) туберкульозу легень. Відібрано хворих тільки з позитивним бактеріоскопічним та/або культуральним дослідженням. До групи РТБ віднесено 505 хворих, до другої групи - 533 хворих.

Результати та обговорення: У групі РТБ отримали повний курс протитуберкульозної терапії та було виліковано 31% хворих. Через виявлену стійкість мікобактерій до протитуберкульозних препаратів 42% хворих розпочали лікування по програмі хіміорезистентного туберкульозу. За час лікування від основної хвороби та від інших причин померло 13% хворих. Перервали лікування 5% хворих, переведено в заклади інших областей 2% хворих. У другій групі позитивний результат лікування було отримано у 28% хворих. Хіміорезистентний туберкульоз виявлено у 41%

пацієнтів, померло 10% хворих. Перервали лікування 10% хворих, переведені в заклади інших областей 3 хворих.

Висновки: Ефективність лікування в обох групах дослідження є низькою. Хворі на туберкульоз легень з бактеріовиділенням, мають несприятливий прогноз, оскільки лише 30% з них завершує курс лікування та виліковується.

**Деонег А.В., Котелевская В.И., Цыбульник М.С., Соломенник А.О., Блажко В.С.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ**

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

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

При хронических вирусных гепатитах (ХВГ) определяющим критерием стадии заболевания, прогноза и тактики противовирусной терапии является выраженность фиброза печени. Для диагностики стадии фиброза печени «золотым» стандартом остается пункционная биопсия печени. В то же время результатами ряда исследований доказана диагностическая точность лабораторных тестов крови (Фибротест) и соноэластографии. Комбинация лабораторных тестов и соноэластографии повышает достоверность оценки стадии фиброза печени.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость соноэластографии печени у больных хроническими вирусными гепатитами.

Объект и методы исследования: исследование проводилось в клинике инфекционных болезней Харьковского национального медицинского университета. Обследовано 32 больных ХВГ, среди них: ХГС – 23 (71,9%), ХГВ – 7 (21,9%), ХГВ+С – 1 (3,1%), ХГВ+D+С – 1 (3,1%). Средний возраст составил 34±4,2 года, женщин – 18 (56,2%), мужчин – 14 (44,8%). Диагноз был установлен на основании общепринятых клинико-анамнестических и лабораторных данных. Всем пациентам проведена соноэластография печени с помощью прибора Ultrasound Diagnostic Scanner Hitachi Hi vision Avius 2013 (Япония). Фибротест (Biopredictive, Франция) выполнен 13 (40,6%) больным. Стадию фиброза печени определяли по шкале METAVIR.

Результаты исследования. По результатам соноэластографии печени у больных ХВГ определены стадии фиброза: F0-F1 – 19 (59,4%); F1-F2 – 10 (31,3%); F2-F3 – 1 (3,1%); F3-F4 – 2 (6,2%). При сравнении данных соноэластографии и Фибротеста совпадение результатов выявлено у 11 (84,6%) пациентов: F0-F1 – 7 (53,8%); F1-F2 – 3 (23,1%); F3-F4 – 1 (7,7%). У двух больных результаты соноэластографии и Фибротеста отличались, при этом в обоих случаях по результатам Фибротеста определялась более высокая стадия фиброза. Применение соноэластографии печени позволяет установить стадию фиброза печени у больных ХВГ. Результаты определения стадии фиброза печени с помощью соноэластографии и Фибротеста совпадают в 84,6% случаев.

Жаркова Т.С., Шевченко Я.А., Ильченко С.О.

**ЗНАЧЕНИЕ МЕДИАТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО
ОТВЕТА ПРИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

Кафедра детских инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: определить клиническое значение про- и противовоспалительных цитокинов и их взаимодействие с простагландином-Е (ПГЕ), микроэлементами (МЭ), витаминами А (ВА) и Е (ВЕ) у детей больных кишечными инфекциями (КИ).

Нами изучены следующие медиаторы синдрома системного воспалительного ответа (ССВО): фактор некроза опухоли- α (ФНО α), интерлейкины (ИЛ)–1 β , -2, -4, -6, -8, ПГЕ, а также Zn, Se, BA, BE, общая антиоксидантная активность (АОА) сыворотки крови у 156 детей больных КИ с гладким течением (ГТ) КИ – (99) и – волнообразным (ВТ) – (56), и 28 здоровых детей – контрольная группа (КГ). У 67 детей диагностировали шигеллез, у 48- сальмонеллез, у 41 эшерихиоз. В острый период заболевания отмечалось повышение концентрации провоспалительных цитокинов ФНО α в 70 – 90 раз, ИЛ-1 β , -6 в 10-15 раз, ИЛ-8 в 4 раза, ПГЕ - в 20 раз, причем у детей с ГТ заболевания значение данных показателей было в 2-2,5 раза выше относительно детей с ВТКИ. Соответственно уровень противовоспалительных ИЛ-2 повышался в 2,5 раза, а ИЛ-4 – 1,5 у детей с ГТ, а у больных с ВТКИ оставался в пределах физиологических концентраций. Что возможно связано с гипоэргической реакцией иммунной системы на внедрение патогена в организм у детей с ВТКИ. Одновременно отмечалось снижение уровня Zn, Se, BA, BE, а также АОА сыворотки крови всех больных. В динамике патологического процесса (5-6 сутки заболевания) концентрация медиаторов ССВО снижалась в сравнении с острым периодом у пациентов с ГТКИ. Так ПГЕ, ФНО α , ИЛ-1 β , -6, -8 в 2 - 2,5 раза, но не достигали показателей КГ, а уровень ИЛ-2 и ИЛ-4 повышался в 4 раза, что клинически проявлялось нормализацией общего состояния пациентов, и угасанием симптомов заболевания. У детей с ВТКИ выявлено повышение уровней про- и противовоспалительных цитокинов в сравнении с острым периодом, которое было сопоставимо с таковым детей с ГТКИ в остром периоде, что клинически проявилось усилением симптомов интоксикации и кишечной дисфункции.

Содержание Zn, Se, BA, BE, АОА к периоду реконвалесценции повышалось, но не достигало у 44%–76% больных показателей КГ. Это может свидетельствовать о незавершившемся воспалительном процессе в организме больных. Выраженность основных клинических синдромов КИ и вариант течения зависели от степени повышения провоспалительных ИЛ и уровня снижения Zn, Se, BA, BE, АОА в сыворотке крови. Таким образом, в остром периоде заболевания у детей повышался уровень провоспалительных ИЛ, в большей степени, что является ответной реакцией организма на внедрение патогена. Вариант течения КИ зависит от концентрации провоспалительных ИЛ в остром периоде заболевания, что по нашему мнению можно использовать в качестве прогностических маркеров течения заболевания и решать тактику ведения больных еще на этапе манифестации патологического процесса. Сохраняющиеся нарушения в периоде реконвалесценции, обосновывают необходимость совершенствования методов патогенетической терапии и реабилитации больных КИ.

**Зайцева О.В., Ильенко Н.А., Кузнецова А.А., Соломенник А.О., Юрко Е.В.,
Анцыферова Н.В.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЁЗ

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Козько В.Н.

Цель исследования. Изучить эффективность применения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди впервые выявленных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз.

Материалы и методы. Обследовано 36 впервые выявленных больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз. Среди них мужчин было 24 человека, женщин – 12. Средний возраст пациентов составил $35,6 \pm 2,79$ лет. Всем больным определяли абсолютное и относительное количество CD4+ лимфоцитов в периферической крови. Все больные получали лечение в интенсивную фазу с применением пяти противотуберкулёзных препаратов. ВААРТ проводилась в среднем через 1 месяц после начала противотуберкулёзного лечения, а в одном случае – через 5 месяцев. Никто из пациентов на момент выявления заболевания не принимал ВААРТ. В зависимости от показателей CD4+ лимфоцитов, отражающих состояние клеточного иммунитета, все пациенты были разделены на 4 группы. Первую группу составили больные с количеством CD4+ лимфоцитов более 500 кл/мкл. Во второй группе у больных количество CD4+ лимфоцитов колебалось от 200 до 499 кл/мкл. У пациентов третьей группы количество CD4+ лимфоцитов было 100–199 кл/мкл. В четвертую группу включены больные с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл.

Результаты. У абсолютного большинства пациентов (90%) количество CD4+ лимфоцитов было менее 500 кл/мкл. При этом у 16 (62%) количество CD4+ лимфоцитов был менее 200 кл/мкл. Около 50% от всех пациентов (9 человек) имели CD4+ менее 100 кл/мкл. Наиболее высокий уровень смертности отмечен среди больных с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл – 77% (7 человек). В группе больных с количеством CD4+ лимфоцитов менее 100 кл/мкл (n=9) чаще наблюдались распространенные процессы с диссеминацией и выраженными клиническими проявлениями. У половины пациентов, получавших ВААРТ, существенного положительного эффекта не было 7% больных умерли от генерализации туберкулёзного процесса. В группе пациентов с количеством CD4+ лимфоцитов от 100 до 199 кл/мкл (n=4) умерло 2 человека. В данной группе отмечалось более благоприятное течение туберкулёза. На момент выявления заболевания наблюдались ограниченные процессы. ВААРТ начинали принимать все пациенты, в последующем 2 пациента бросили. Среди пациентов с количеством CD4+ лимфоцитов 200–499 кл/мкл туберкулёзный процесс протекал преимущественно бессимптомно и у 73% больных был выявлен при профосмотре. Умерло в этой группе 12% больных от прогрессирования туберкулёзного процесса. Все пациенты данной группы получали ВААРТ.

Выводы. Количество CD4+ лимфоцитов в периферической крови явилось одним из критериев тяжести течения туберкулёза и определения его прогноза у больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз. Эффективность как ВААРТ так и противотуберкулёзной терапии зависит от своевременности их назначения, а также от состояния иммунитета.

Зоц Я.В., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Калюжный В.А., Копиленко Е.А.
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Козько В.Н.

Цель. Изучить этиологическую структуру и клиническую картину острых гнойных менингитов за период с 2011 по 2014 года на основании данных ОКИБ г. Харькова. Материалы и методы. За период с 2011 по 2014 года под нашим наблюдением находилось 90 пациентов с острым гнойным менингитом. Для определения этиологии заболевания использовались бактериологические методы и ПЦР ликвора. Результаты.

При обследовании наиболее часто из ликвора больных выделялся *Str. Pneumonia* – 18 случаев (20%), а также *St. Epidermidis* – 8 (8,8%), *N. Meningitidis* – 4 (4,4%) и по одному случаю заболевания, обусловленному *St. Aureus*, *N. Subflavia*, *H. Influenzae*, что составляет 1,1% соответственно. Этиологический фактор удалось установить в 36,6% случаев, однако, в 63,4% случаев заболевания возбудитель выявлен не был. Заболевание тяжелой степени тяжести отмечалось у 61 пациента (67,7 %), средней степени тяжести – 29 (32,3%). Средний возраст пациентов средней тяжести – 46 лет, тяжелое течение – 52, умерших – 63 года. Тяжелое течение заболевания сопровождалось развитием отека головного мозга – 100% случаев. У 25% пациентов гнойный менингит протекал в сочетании с пневмонией. При тяжелом течении и у умерших пневмония встречалась в 30% и 50% соответственно. Проанализировав данные за 2011-2014 года, можно сделать вывод, что в этиологической структуре преобладает *Str. Pneumonia* (20% случаев). На фоне лечения наблюдалась положительная динамика на 5-8 день пребывания в стационаре. Однако, нарушение сознания до уровня комы более 3-4 дней на фоне лечения, наличие сопутствующей патологии, а также возраст пациентов старше 60 лет является прогностически неблагоприятным признаком.

Кирсанова Т.А., Донская А.П., Шевченко А.А.
ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ВИРУСА ЭБОЛА. ВОЗМОЖНО ЛИ ЭТО?

Кафедра детских инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор С.В. Кузнецов

Болезнь, вызванная вирусом Эбола (БВВЭ), является тяжелой, часто смертельной болезнью людей. Вспышки БВВЭ происходят постоянно раз в несколько лет, главным образом, в странах Центральной и Западной Африки. Самая масштабная эпидемия БВВЭ в Западной Африке (Гвинея, Сьерра-Леоне и Либерия) 2014 года с февраля по ноябрь уже унесла жизни более 6000 человек, общее число случаев заражения более 17 тысяч. Зафиксированы случаи болезни среди прилетавших из Западной Африки в другие страны: Нигерию, США, Англию, Германию, Канаду. 8 августа 2014 года БВВЭ была признана ВОЗ как угроза мирового масштаба. Учёные сходятся в том, что единственным эффективным средством борьбы с любым инфекционным заболеванием, в т.ч. и БВВЭ является получение вакцины от этого заболевания.

Этой осенью сразу несколько групп ученых объявили о создании и начале клинических испытаний вакцин против вируса Эбола (ВЭ). Специалистами Канадской национальной микробиологической лаборатории (город Виннипег, провинция Манитоба) разработана вакцина VSV-EBOV. В настоящее время в Африке преступили к испытанию этой вакцины, предварительные результаты будут представлены в течение 1 месяца. Вакцина основана на вирусном векторе, родственном вирусу бешенства (VSV). Это пулевидная частица, на поверхности которой находится структурный белок гликопротеин, позволяющий вирусу узнавать клетку-хозяина, связываться с ней и брать ее под контроль. В созданной канадскими учеными вакцине в штамме вируса был заменен ген, кодирующий гликопротеин вируса VSV, геномом, кодирующим гликопротеин ВЭ. В итоге получается вакцина с гликопротеином ВЭ на поверхности. Она ведет себя не как ВЭ, потому что остальная часть генома у нее отличается, однако благодаря наличию в ней гликопротеина ВЭ организм человека «учится» распознавать его как нечто чужеродное и отвечать иммунной реакцией в виде продукции антител против ВЭ. Также на стадии

клинических испытаний находится вакцина ChAd-EBO (разработанная британской компанией GlaxoSmithKline), основанная на аденовирусе, в который вставлены гены ВЭ 2 штаммов: Заир и Судан. Результаты испытания станут известны согласно графику через 48 недель. В России вакцина разрабатывается специалистами ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Новосибирск), в настоящее время она находится на стадии доклинических испытаний на животных.

Одновременно с поиском эффективных профилактических вакцин, способных предотвращать заболевание, неустанно идут разработки получения и так называемых терапевтических вакцин, для лечения заболевших. Одной из таких терапевтических вакцин (сывороток) является экспериментальный препарат MB-003, разработанный компанией «Marr Biochemical» (США). В состав этого препарата входит три разных, искусственно созданных, моноклональных антитела. Каждое из них – белок, блокирующий ВЭ в трех местах его поверхности. Источником антител, вошедших в состав препарата, изначально являлись лабораторные мыши. Но на данном этапе исследований ученые используют растение — близкий родственник табака. Для получения нужных протеинов исследователи заражают его ВЭ. Получение вакцины из растения выгодно скоростью производственного процесса. Испытание препарата фармакологи провели на лабораторных макаках резусах – у обезьян, зараженных ВЭ, но прошедших вакцинацию в течение 48 часов после заражения, симптомов геморрагической лихорадки практически не появилось. Возможно, в ближайшее время препарат будет испытан в странах Африки.

Таким образом, в настоящее время проходит несколько широкомасштабных клинических испытаний вакцин против ВЭ, надеемся на их скорейшее завершение и что они покажут свою высокую эффективность, что в свою очередь позволит в дальнейшем проводить специфическую профилактику этого тяжелого заболевания.

Кирсанова Т.А., Шевченко А.А., Донская А.П.
НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ,
ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭБОЛА

Кафедра детских инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор С.В. Кузнецов

Болезнь, вызванная вирусом Эбола, (БВВЭ) – одно из самых опасных вирусных заболеваний, характеризуется тяжелым течением и высокой смертностью. По данным ВОЗ, с 1976 года в странах Африки от БВВЭ скончались 5826 человек. В результате последней вспышки с начала 2014 года вирусом инфицированы 8,2 тыс. человек, жертвами стали около 5,5 тыс. человек. По прогнозам ВОЗ, распространение эпидемии может продолжиться, а количество инфицированных достичь 20 тыс. человек. Не смотря на то, что вирус был открыт почти 40 лет назад, от него до сих пор не существует зарегистрированных лекарств. ВОЗ рассматривает возможность использования против вируса 8 экспериментальных препаратов и 2 вакцин. Среди препаратов числится плазма пациентов, победивших инфекцию. Исследователи предполагают, что кровь таких людей обладает антителами, которые могут помочь справиться с ней другим инфицированным, однако, как подчеркивает ВОЗ, требуется дополнительное изучение вопроса. Потому что до сих пор неясно, содержится ли в плазме достаточно антител для борьбы с этим вирусом. Второй препарат – ZMarr, коктейль из трех гибридных моноклональных антител, полученных от инфицированных мышей и людей. Препарат показал отличные результаты на

обезьянах, которых удалось вылечить спустя пять дней после инфицирования. В то же время его клиническая эффективность на данный момент не изучена до конца. Сложность заключается и в крайне ограниченных запасах ZMapp, производимого компанией Mapp Biopharmaceutical (США). На данный момент существуют не больше десяти доз препарата, и создать нескольких сотен доз раньше конца 2014 года не получится. Третий препарат – гипериммунная сыворотка, полученная после иммунизации животных вирусом Эбола. Выделенные таким образом антитела могут нейтрализовать различные подтипы вируса Эбола в течение 48 часов после инфицирования, что доказали тесты на приматах. Плюсом является то, что эти препараты продемонстрировали безопасность для человека в борьбе с другими инфекционными агентами, а сложность в том, что сыворотка пока недоступна, ибо нужно до полугода для того, чтобы провести иммунизацию животных, например лошадей, собрать плазму и подготовить очищенный продукт. Таким образом, в массовом масштабе это лекарство не появится раньше середины 2015 года. В США на следующей неделе начнутся первые испытания вакцины против вируса Эбола на людях. Препарат ТКМ-100802Lipid (компания Tekmira (Канада)), атакующий вирусный геном и не позволяющий ему распространяться, показал эффективность на уровне 83% на обезьянах, будучи введенным в первые 48 часов после инфекции. Уже к началу 2015 года возможно изготовить 900 доз препарата. К началу следующего года должны быть доступны и около 100 доз препарата семейства фосфородиамидатов AVI 7537 (компания Sarepta (США)). Препарат Favipiravir/T-705 (Япония) допускается при лечении гриппа и уже сейчас доступен в количестве около 10 тыс. доз. Однако ученым не хватает информации об исследовании на животных – препарат показал эффективность на мышах, однако во время тестирования на приматах выжила всего одна обезьяна из шести. Препарат ВСХ4430 компании Biocryst (США) продемонстрировал эффективность на уровне 83% при опыте на мышах, инфицированных ВЭ, а также на животных со схожим с ним вирусом Марбург, однако требуются дополнительные исследования на животных. Также ВОЗ не исключает возможность использования для лечения БВВЭ интерферонов, в то же время опыты на животных этих препаратов не были очень убедительными.

Таким образом, в настоящее время разработано несколько групп лекарственных препаратов для лечения БВВЭ, сейчас эти препараты проходят различные фазы доклинических и клинических испытаний, результаты которых будут опубликованы для мировой общественности в ближайшее время.

Лавров Ф.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ТОКСОКАРОЗА В Г.ХАРЬКОВЕ

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Ткаченко В. Г.

По результатам гельминтологических исследований, в Харьковской области обсемененность почвы яйцами токсокар была выявлена в 4,16% случаев, а серопозитивность населения превышает общеукраинскую в 3 и более. В Харьковской областной клинической инфекционной больнице (ХОКИБ) в 2009 году было зарегистрировано 13, а за период 2011-2014 годов - 50 случаев токсокароза.

Цель: изучить клинические проявления выявленных случаев токсокароза среди взрослых.

Материалы и методы. Были обследованы 13 поступивших в 2009 году в ХОКИБ больных в возрасте от 23 лет до 81 года.

Результаты: среди 13 обследованных пациентов 4 имели контакт с собаками. 4 больных поступили в состоянии средней тяжести. У 7 больных наблюдались следующие симптомы: кожные поражения (пятнисто-папулезная сыпь, узлы, язвы), в т.ч. мигрирующие, кожный зуд, потеря массы тела (до 10 кг за год), субъективные ощущения ползания в животе - по отдельности и в сочетаниях. У 7 больных отмечались хронические заболевания органов ЖКТ (хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистит, цирроз печени, панкреатит). Печень была увеличена (+1-6 см) у 4 из них. Чаще всего у больных встречалось сочетание следующих симптомов: болей в животе, ощущения шевеления по ходу кишечника и потери массы тела. Диагноз подтверждался выявлением специфических IgG с помощью ИФА. После 10-дневного лечения вормиллом в суточной дозе 800 мг у больных наступало клиническое улучшение.

Лукьянова Е.М.

СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ: ОЦЕНКА ПРОБЛЕМЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Т.А. Чумаченко

Краснуха у беременных женщин может приводить к гибели плода или к развитию синдрома врожденной краснухи (СВК). По оценкам в мире ежегодно рождается 110 000 детей с СВК (ноябрь, 2014 г. ВОЗ).

Цель работы – оценить наличие проблемы СВК в Харьковской области на основании изучения распространенности врожденных аномалий системы кровообращения (ВАСК) и заболеваемости краснухой.

Материалы и методы. Используются официальные данные о случаях ВАСК и краснухой детей до 17 лет в Харьковской области в 2011-2013 гг.

Результаты. Установлено, что количество врожденных пороков сердца в Харьковской области ежегодно увеличивалось, заболеваемость ВАСК на 10 тыс. детей колебалась с 2,01 в 2011 г. до 2,56 в 2013 г. Вакцинация детей против краснухи привела к снижению в Харьковской области заболеваемости (на 100 тыс. детского населения) детей до 17 лет краснухой с 26,49 в 2011 г. до 8,74 в 2013 г. Снижение охвата прививками против краснухи детей (КПК - до 48,7 %, КПК-2 до 46,1 % в 2013 г.) может привести к интенсификации эпидемического процесса краснухи, инфицированию возбудителем беременных женщин. Прямой корреляции между количеством ВАСК и заболеваемостью краснухой не установлено. Для выяснения роли вируса краснухи в развитии ВАСК необходима экспертная оценка историй развития детей до года, лабораторное обследование детей с вероятным диагнозом СВК на наличие краснушных антител класса IgM.

Выводы. В Харьковской области, несмотря на циркуляцию вируса краснухи, СВК не регистрируется. Для выявления случаев СВК необходимо проведение эпидемиологического мониторинга, который включает экспертную оценку медицинской документации, проспективное наблюдение за новорожденными детьми и детьми, обращающимися за медицинской помощью по поводу ВАСК, в сурдологические и офтальмологические центры.

Майорова М.В.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ГРУППЫ РИСКА И ЭПИДЕМИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В УКРАИНЕ

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Т.А. Чумаченко

Во всем мире, и в Украине в частности, проблема ВИЧ-инфекции остается актуальной на протяжении многих лет вследствие высокой заболеваемости (по данным ООН общее количество ВИЧ-инфицированных в мире составляет более 45 млн. человек), высокой вероятности развития осложнений, в том числе и летальных, множества нерешенных проблем в области диагностики и предупреждения передачи данного заболевания. По оценкам на начало 2013 г. в Украине проживало 238 тыс. лиц с ВИЧ-инфекцией. Выявление групп риска позволяет разрабатывать и внедрять эффективные профилактические мероприятия.

Целью работы была оценка ведущих групп риска ВИЧ-инфекции в Украине на современном этапе развития эпидемического процесса.

Материалы и методы: Работа проведена по данным официальной статистики за период 2009 – 2013 гг. и результатам мониторинга и оценки эффективности мероприятий, направленных на предупреждение распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, проведенных в 2013 г. в рамках выполнения приказа МЗ Украины от 09.02.2012 № 97 «Про затвердження Національного плану моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2012–2013 роки».

Результаты: За период 1987 – 6 мес. 2014 г. среди граждан Украины было зарегистрировано 255 976 ВИЧ-инфицированных лиц, 71 192 больных СПИДом и 33 662 умерших от заболеваний, обусловленных СПИДом. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2013 г. достигла 47,6 на 100 тыс. населения. До 2008 г. основным путем передачи ВИЧ-инфекции был парентеральный при введении наркотических веществ, в дальнейшем произошла смена ведущего пути передачи с парентерального на половой, причем ежегодно растет абсолютное количество инфицированных лиц в результате гомосексуальных контактов (от 94 в 2009 году до 262 в 2013). За период наблюдения большинство случаев ВИЧ/СПИДа было сконцентрировано в группах повышенного риска инфицирования вирусом, основными среди которых были потребители инъекционных наркотиков (ПИН), женщины коммерческого секса (ЖКС), и мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ). За период с 1999 по 2006 гг. происходило увеличение абсолютного числа ПИН среди новых случаев ВИЧ-инфекции. Однако в последние годы наметились четкие тенденции к снижению как абсолютного числа случаев ВИЧ-инфекции среди ПИН, так и доли ПИН среди новых случаев ВИЧ-инфекции. Так, показатель распространенности ВИЧ среди ПИН в 2008–2009 гг. составил 22,9%, в 2011 г. – 21,5%, в 2013 г. 19,7%. Однако ПИН по-прежнему остаются группой с самым высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Уровень распространенности ВИЧ среди ЖКС снизился с 12,9% в 2009 г. до 7,3% в 2013 г. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди МСМ в 2013 г. составил 5,9%, и по оценкам экспертов в ближайшие годы будет расти.

Выводы. Таким образом, на современном этапе развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции эпидемия сконцентрирована в группах повышенного риска инфицирования ВИЧ – ПИН, ЖКС, МСМ. Проводимые профилактические мероприятия, направленные на группы риска ПИН и ЖКС, способствовали некоторому снижению

уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди этих контингентов. Для повышения эффективности борьбы с ВИЧ/СПИДом необходимо интенсифицировать проведение профилактических мероприятий среди ключевых групп населения и расширить объем проводимых мероприятий.

**Острополец А.С., Минакова С.А., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Бондарь А.Е.,
Юрко Е.В., Винокурова О.Н., Анцыферова Н.В., Зоц Я.В.**

**НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С**

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Козько В.Н.

Хронический гепатит С (ХГС) является распространенным заболеванием с высоким риском перехода в цирроз печени (ЦП). ЦП при HCV-инфекции имеет важную особенность – у многих больных он характеризуется бессимптомным течением на протяжении достаточно длительного времени, а также развитием выраженного фиброза печени и ЦП у пациентов со стабильно нормальной активностью аланинаминотрансферазы (АлАТ). Это означает, что ЦП у определенной группы больных не может быть установлен лишь на основании стандартных клинико-лабораторных данных, в то время как своевременная диагностика ЦП у больных ХГС является важным условием назначения адекватного лечения и профилактики осложнений. Это обуславливает необходимость поиска новых методов неинвазивной диагностики ЦП у таких больных.

Цель исследования – оценить содержание гаптоглобина (Hr) в сыворотке крови больных ХГС в зависимости от стадии фиброза печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 66 больных ХГС, из них мужчин было 41 (62 %), женщин – 25 (38 %). Средний возраст пациентов составил $35,92 \pm 1,68$ лет. Содержание Hr в сыворотке крови определяли фотометрическим методом в реакции с риванолом с помощью дианостикума фирмы «Реагент» (Украина). Стадию фиброза печени по системе FibroMax оценивали 25 пациентам. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров.

Результаты. Активность АлАТ в сыворотке крови больных в среднем составила $1,33 \pm 0,18$ ммоль/л·ч; диапазон значений от 0,35 до 4,29 ммоль/л·ч. F0 диагностирован у 7 (28 %), F1 – у 5 (20 %), F2 – у 5 (20 %), F3 – у 4 (16 %), F4 – у 4 (16 %) человек. Среднее значение Hr в сыворотке крови больных ХГС не отличалось от контрольных цифр ($0,82 \pm 0,1$ г/л и $0,82 \pm 0,04$ г/л соответственно, $p > 0,05$). Анализ Пирсона выявил тесную связь ($p < 0,01$) между содержанием Hr в сыворотке крови обследованных больных и отсутствием, наличием и тяжелым фиброзом (циррозом) печени. Установлено, что при содержании Hr в сыворотке крови равном или менее 0,53 г/л (при исключении других факторов, приводящих к гипогаптоглобинемии) с высокой вероятностью прогнозируют наличие цирроза печени, а при значении этого показателя более 1,0 г/л – отсутствие фиброза.

Выводы. Определение содержания белка Hr в сыворотке крови больных ХГС при исключении других причин, приводящих к гипогаптоглобинемии, с высокой вероятностью позволяет спрогнозировать тяжелый фиброз печени (цирроз) или его отсутствие. При этом его уровень не дает возможности разграничить отдельные стадии фиброза.

Петренко Т. А.
РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ЭПИДЕМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ОБЪЕКТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
СТАЦИОНАРЕ

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: профессор Чумаченко Т.А., Несвижская И.И.

Актуальность проблемы профилактики внутрибольничных инфекционных заболеваний (ВБИ) связана с наличием большого числа инвазивных процедур, применяемых во время пребывания пациента в стационаре, работой лечебно-профилактических учреждений в условиях ограниченного финансирования, а также значительным ростом числа штаммов, резистентных к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, среди циркулирующих в клиниках микроорганизмов. По данным Всемирной организации здравоохранения, летальность в группе лиц с ВБИ значительно (в 10 раз и более) превышает летальность среди аналогичных групп больных без ВБИ.

Целью работы была оценка этиологической структуры и интенсивности циркуляции микроорганизмов в хирургическом стационаре г. Харькова за период 2012 – 2013 гг.

Материалы и методы. Микробиологический мониторинг возбудителей, выделенных с эпидемически значимых объектов внутренней среды хирургического стационара, проводился общепринятыми бактериологическими методами. Нами был осуществлен анализ результатов бактериологических исследований на стерильность 4895 смывов с инструментов, рук хирургов, операционного поля, шовного материала и др., 5877 смывов на бактерии группы кишечной палочки (БГКП) и *Staphylococcus aureus*, 1556 обследований медицинского персонала на бактерионосительство патогенного стафилококка и 365 исследований дезинфицирующих растворов на контаминацию.

Результаты. За период наблюдения результаты исследований смывов на стерильность с инструментов, операционного поля, шовного материала, рук хирургов оказались отрицательными. При исследовании смывов на БГКП и *St. aureus* в 2013 г. из 2967 проб в 11 (0,37%) обнаружены микроорганизмы, в 2012 г. из 2910 проб 11 (0,4%) были положительными. Спектр выделенной микрофлоры в 2013 г. был представлен *Escherichia coli* (5 штаммов – 45,4%), *Enterococcus faecalis* (2 штамма – 18,2%), *Pseudomonas aeruginosa* (1 штамм – 9,1%), *Klebsiella* (1 штамм – 9,1%), *Enterobacter* (2 штамма – 18,2%), *St. aureus* не выделялся; в 2012 г. *E. coli* (5 штаммов – 45,4%), *E. faecalis* (4 штамма – 36,4%), *Ps. aeruginosa* (1 штамм – 9,1%), *Klebsiella* (1 штамм – 9,1%), *Enterobacter* не выделялся. При исследовании дезинфицирующих растворов на контаминацию микроорганизмами как в 2012 г., так и в 2013 г. получены отрицательные результаты. При обследовании медицинского персонала на бактерионосительство патогенного стафилококка получены положительные результаты в 11 случаях из 715 обследованных (1,54%) в 2013 г., и в 11 случаях из 841 (1,3%) в 2012 г.

Выводы. В хирургическом стационаре г. Харькова в 2012 – 2013 гг. имелись условия для циркуляции микроорганизмов – потенциальных возбудителей ВБИ. Спектр циркулирующих штаммов был представлен условно патогенными микроорганизмами, в основном грамотрицательными, чаще всего выделялись *E. coli* и

E. faecalis. Нельзя исключить роль медичинского персонала как источников инфекции, т.к. среди них выявлено носительство патогенного стафилококка.

**Петренко Т.О., Меркулова Н.Ф., Могиленець О.І., Соломенник Г.О.,
Гвоздецька М.Г., Юрко К.В., Винокурова О.М.
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО
МОНОНУКЛЕОЗУ, СПРИЧИНЕНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР**

**Кафедра інфекційних хвороб
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Козько В.М.**

Мета роботи – проаналізувати ефективність різних схем терапії хворих на інфекційний мононуклеоз (ІМ), що викликаний вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 38 хворих на ІМ, яких в залежності від терапії було розподілено на три групи. До І групи увійшли 9 хворих, яким призначалася традиційна патогенетична терапія (реосорбілакт, сольові розчини, сорбенти, десенсибілізуючі та протизапальні нестероїдні препарати). Хворі ІІ групи (13 пацієнтів) отримували додатково до патогенетичної терапії валацикловір по 500 мг 2 рази на добу протягом 12 днів. Хворі ІІІ групи (16 пацієнтів) поряд з патогенетичною отримували комбіновану терапію: валацикловір по 500 мг 2 рази на день упродовж 12 днів та нуклекс по 2 таблетки (500 мг) 2 рази на добу протягом 21 дня. Статистичний аналіз даних, що були отримані, проводився методом варіаційної статистики з використанням критерію *t* Стьюдента.

Результати. При динамічному обстеженні було встановлено, що застосування патогенетичної терапії у комбінації з валацикловіром і нуклексом сприяло зникненню клінічної симптоматики у більш ранні терміни, більш інтенсивному зниженню кількості лімфоцитів та атипівих мононуклеарів, ніж у групах порівняння, позитивно впливало на порушений клітинний імунітет та приводило до зменшення кількості копій ДНК ВЕБ у сироватці крові або повної елімінації вірусу після курсу лікування.

Висновки. Отримані результати виявили вищу ефективність схеми комбінованої терапії, що включала препарати валацикловір та нуклекс, у порівнянні з іншими схемами терапії хворих на ІМ, спричинений ВЕБ.

**Плотнікова В.В.
АНАЛІЗ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ**

**Кафедра дерматології, венерології і СНІДу
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Дашук А.М.**

Псоріаз є одним із найпоширеніших рецидивуючих хронічних запальних захворювань шкіри. За даними Міжнародної федерації псоріатичних асоціацій, в світі налічується 125 млн. людей, хворих на псоріаз. Класичні методи системної терапії псоріазу не призводять до повного одужання і направлені лише на зменшення ступеню важкості захворювання та збільшення періоду ремісії. Все це диктує необхідність пошуку нових патогенетичних підходів до лікування псоріатичної хвороби. В останні роки в терапії хворих на псоріаз використовують препарати, які модулюють імунні реакції в шкірі. Обґрунтуванням для їх використання є дані про особливості взаємодії клітин шкіри та імунної системи.

Мета дослідження. Вивчення змін показників імунітету у хворих на псоріаз з метою оптимізації комплексного лікування.

Матеріал і методи обстеження. Спостерігали зміни імунологічних показників 20 пацієнтів із псоріазом, вік хворих від 31 до 68 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в дерматологічному відділенні 5 МКШВД м. Харкова. Пацієнти були розподілені на 2 групи, в залежності від обраної терапії: до 1-ої групи належали 10 пацієнтів, які отримали базову терапію з приводу псоріазу; 2 група – 10 хворих на псоріаз отримали базову терапію та даларгін і амізон.

Результати дослідження. У хворих на псоріаз відмічаються зміни імунного статусу, які проявляються порушенням взаємодії імунокомпетентних клітин - пригніченням Т- і В-ланок імунітету, збільшенням кількості циркулюючих імунних комплексів (ЦК) переважно середнього і малого розмірів та зменшення ЦК великого розміру, активацією гуморальної ланки імунітету. Запальний процес в псориатичній бляшці підтримується за рахунок Т-клітинних імунних механізмів. Активація Т-лимфоцитів в ураженій шкірі супроводжується продукцією протизапальних цитокінів і факторів росту, які призводять до проліферації кератиноцитів і порушенню їхньої диференціровки. У хворих на псоріаз в сироватці крові виявлено вірогідно вищі показники ІЛ-1 β та ФНП- α відповідно на 28,07% ($p < 0,05$) та 22,24% ($p < 0,05$) порівняно з групою здорових осіб, що підтверджує думку про роль протизапальних цитокінів у підтримці запального процесу. Високий рівень ІЛ-6 та ІЛ-4 сприяє формуванню імунного запалення і розвитку дисфункції ендотелію судин. При дослідженні імунного статусу у хворих відзначалося формування надмірної кількості в крові ЦК, які є природним компонентом складних імунопатологічних процесів.

У хворих на псоріаз спостерігається відносно нижча кількість CD4+, CD3+-лімфоцитів порівняно з показниками групи здорових осіб на 7,4% та 10,9% відповідно ($p < 0,05$). Також спостерігається відмінність і в кількісному складі активованих субпопуляцій лімфоцитів – відносний вміст CD25+ перевищував на 7,34% ($p < 0,05$) показник групи порівняння, а HLA-DR+клітин на 6,92% ($p < 0,05$). Збільшення в крові Т-супресорів після проведення базового лікування є незначним і може бути пов'язане з відсутністю у цих хворих механізмів, які сприяють пригніченню автоімунних реакцій.

Висновки. При аналізі імунологічних показників хворих на псоріаз були встановлені порушення з перевагою проявів імунодефіциту Т-клітинної ланки і запальним у динаміці лікування у пацієнтів усіх груп.

**Повыдыш О.С., Соломенник А.О., Винокурова О.Н.
ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕРФЕРОНОГЕНЕЗА.**

Кафедра инфекционных болезней

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор В.Н.Козько.

Известно, что система интерферона (ИФН), в том числе альфа - ИФН, обуславливает противовирусную стратегию организма и в значительной степени определяет сценарий развития событий при различных формах хронического гепатита С. В связи с этим можно считать закономерной и обоснованной доказанную эффективность препаратов экзогенного ИФН при этой патологии. Однако существует и альтернативное направление терапии таких пациентов - применение индукторов эндогенного ИФН, которые являются более физиологичными и имеют ряд преимуществ. Оценка интерферонового статуса пациента традиционно включает определение содержания ИФН в сыворотке, спонтанного и стимулированного его

синтеза лейкоцитами периферической крови. У здоровых лиц альфа - ИФН в сыворотке крови отсутствует либо выявляется в незначительном количестве, при этом отмечается выраженная интерфероновая реакция лейкоцитов (ИРЛ). Адекватная реакция на патоген *in vivo* заключается в значительном повышении содержания альфа - ИФН в сыворотке и снижении ИРЛ за счет физиологического истощения системы.

Цель исследования - оценить состояние показателей системы альфа - ИФН у больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 115 больных ХГС с различной активностью аланинаминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови. Всем пациентам определяли содержание альфа - ИФН в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью коммерческих тест - систем (ООО «Цитокин», Санкт - Петербург, Россия), а у 20 больных кроме этого изучали спонтанный и стимулированный синтез альфа - ИФН лейкоцитами, которые выделяли из гепаринизированной периферической крови.

Результаты. Содержание альфа - ИФН в сыворотке крови у обследованных больных колебалось от 0 до 256 пг/мл при среднем его значении $51,71 \pm 6,25$ пг/мл, что было выше, чем в контроле ($6,96 \pm 2,25$ пг/мл, $p < 0,01$). Однако при этом у 56 пациентов (48,7%) альфа - ИФН в сыворотке крови не обнаруживался. Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием у больных ХГС альфа - ИФН и активностью АлАТ в сыворотке крови ($r = \pm 2$, $p < 0,05$). У обследованных больных определялось значительное снижение стимулированного синтеза альфа - ИФН лейкоцитами периферической крови по сравнению с контролем ($p < 0,05$). При этом лишь у 3 из 12 пациентов, у которых альфа - ИФН в сыворотке крови отсутствовал, отмечался выраженный синтез этого цитокина *in vitro* в ответ на индукцию (180-1050 пг/мл). Полученные результаты свидетельствуют о значительных нарушениях в системе альфа - ИФН у больных ХГС, которые сводятся к резкому угнетению ее функционирования. У большинства больных лейкоциты периферической крови не обладают способностью ответить на индукцию даже при следовых значениях альфа - ИФН в сыворотке, что, вероятно, лежит в основе относительно низкой эффективности при ХГС индукторов эндогенного ИФН (Бондарь А.Е., 2003). Изначально высокое содержание альфа - ИФН в сыворотке крови и/или отсутствие его синтеза лейкоцитами в ответ на патоген ставит под сомнение возможность достижения эффекта от применения индукторов эндогенного ИФН в этой группе больных ХГС.

Выводы. Применение индукторов эндогенного ИФН у больных ХГС можно считать целесообразным только при сохранении у них интерфероновой реакции лейкоцитов на стимуляцию, обнаруживаемую *in vitro*.

**Пономаренко О.А., Краюшкина И.Л., Романенко А.Р., Талалаенко А.К.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛИХОРАДКОЙ
ЭБОЛА**

Кафедра эпидемиологии

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Романенко Т.А.**

Целью работы было оценить современную эпидемическую ситуацию по лихорадке Эбола, проанализировать заболеваемость и смертность медработников.

Лихорадка Эбола представляет собой инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок, которое впервые было зарегистрировано и

описано в 1976 г. в районе одноименной реки в Африке. В феврале 2014 г. в Гвинее началась 25-я по счету вспышка, которая продолжается до сих пор, выйдя за пределы страны и распространившись в Сьерра-Леоне, Либерии, Нигерии, Сенегале, США и Испании. По данным ВОЗ на 3 декабря 2014 г. зарегистрировано 17145 случаев заболевания и 6070 летальных исходов (35,4 %). По прогнозу к январю 2015 г. число инфицированных вирусом Эбола может достичь 1,5 миллионов человек. Самым активным механизмом передачи является контакт с больным человеком и инфицированным им материалом. Поэтому наибольшему риску заражения подвергается медицинский персонал в процессе оказания медпомощи и ухода за больными лихорадкой Эбола. Вспышка 2014 г. охватила 423 медицинских работника, из которых 239 человек умерло. Больше всего случаев возникло в Либерии – 209, Сьерра-Леоне – 124, Гвинее – 76, Нигерии – 11. Количество умерших медработников было 96, 98, 40, 5 соответственно в этих странах, летальность колебалась от 45 до 79 %, в среднем – 56,5 %. Таким образом, существует необходимость профилактики профессионального заражения медперсонала, соблюдения им мер техники безопасности: работать в индивидуальных халатах, перчатках, масках, защитных очках. Защитное оборудование многократного пользования должно быть надлежащим образом продезинфицировано перед его последующим использованием.

Попович Н.В., Береговая А.А.

PLASMOLIFTING- НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВ

Кафедра дерматологии венерологии и медицинской косметологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Беловол А.Н.

Рубцы на сегодняшний день проблема не только эстетическая, но и медико-социальная. По данным ВОЗ около 4 млн. человек страдают от рубцовых деформаций во всем мире. У 10% - наблюдаются гипертрофические и келоидные рубцы. Они вызывают как косметологические, так функциональные и психологические нарушения. Эти нарушения снижают качество жизни пациента, вызывают чувство дискомфорта, неуверенности, и как следствие, психосоматические расстройства: неврозы, стенокардия, гипертоническая болезнь. Для решения этой проблемы, на сегодняшний день, несмотря на широкий выбор косметологических услуг, вопрос о тактике лечения данной нозологии до сих пор вызывает дискуссии.

Часто используемыми методами считаются: физические, химические, лазерные пилинги и шлифовки; медикаментозная терапия (инъекции стероидных препаратов, рассасывающие препараты), физиотерапевтические методы (мануальные и аппаратные), хирургические методы (иссечение с помощью скальпеля или радиоволнового ножа). Однако данные методы имеют недостатки: травматичность, болезненность во время процедуры, длительный период реабилитации и рецидивы. Одним из основных современных направлений в коррекции рубцов является поиск методов направленный на клеточное обновление в месте дефекта.

Плазмолифтинг или PRP (Platelet Rich Plasma) - терапия - это метод, основанный на введении плазмы крови пациента, богатой тромбоцитами, в кожу на разных уровнях. Этот метод завоевал популярность благодаря свойствам тромбоцитарной плазмы крови. Так как тромбоциты содержат особые белки - факторы роста усиливающие регенерацию: IGF (инсулиноподобный фактор роста), PDGF (тромбоцитарный фактор роста), EGF (эпидермальный фактор роста), FGF (фибробластный фактор роста), TGF-β («семейство» трансформирующего фактора

роста), PDAF (ростовый фактор эндотелия сосудов), PLGF-1/-2 (плацентарные ростовые факторы), а также тромбоспондин, остеоонектин. PDGF-активирует пролиферацию и миграцию мезенхимальных (остеогенных) клеток и стимулирует ангиогенез, IGF- стимулирует дифференцирование молодых клеток, усиливает образование костной ткани и синтез коллагена. Эти факторы доставляются в ткани в инъекционной форме. Эффект терапии достигается за счет высочайших концентраций тромбоцитов, для этого используется плазма крови с содержанием тромбоцитов не менее 1 млн. в 1 мкл. В местах введения аутоплазмы стимулируется образование новых форм фибробластов. В свою очередь, они производят коллаген, гиалуроновую кислоту и эластин. И это приводит к образованию молодой соединительной ткани, росту капилляров в зонах атрофических и нормотрофических рубцов. В результате к коже возвращается рельеф, упругость и сияние, разглаживаются морщины, возобновляется кожный иммунитет, налаживается работа сальных желёз. После лечения келоидных рубцов наблюдается явное размягчение рубцовой ткани, она становится более эластичной. Плазмолифтинг или PRP (Platelet Rich Plasma) может являться обоснованными и удобными методом коррекции рубцов, требующим дальнейшего углубленного изучения и внедрения в практическую деятельность.

Розумная Е.А.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко О.С.

Цель исследования. Гендерный анализ распространения саркоидоза в Харьковской области.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни больных саркоидозом зарегистрированных в Харьковской области за 2012-2013 гг. По нашим данным заболеваемость саркоидозом органов дыхания в г. Харькове в 2013 году составила 9,1 на 100 000 взрослого населения, а распространенность - 25,8 на 100 000 взрослого населения.

Результаты и их обсуждение. Среди болеющих саркоидозом органов дыхания преобладают женщины – 65 %. Возраст пациентов колеблется от 19 до 72 лет, средний возраст составляет 40,5 года. Среди мужчин 75 % приходится на возрастную группу с 21 до 59 лет, средний возраст составляет 36,2 года. По социальному составу больных преобладали служащие - 49%, учащиеся - 7%, не работали 30%. Профессиональная вредность была отмечена у 6% работавших пациентов. Заслуживает внимания факт отсутствия в контингентах больных саркоидозом лиц низким социальным статусом и БОМЖ. Парадоксальным можно признать тот факт, что 88 % больных саркоидозом не курили и 8 % бросили курить за 2 - 6 лет до начала заболевания. Также в контингентах больных не отмечено лиц, злоупотреблявших алкоголем и наркоманов. Наибольшее количество больных с I, II и III рентгенологическими стадиями было выявлено при обращении к врачу — 66%, тогда как при профилактических осмотрах выявлялся лишь каждый третий больной.

Выводы. В последние годы наметилась четкая тенденция к увеличению заболеваемости и распространенности саркоидоза в г. Харькове.

Рыбачик Ю.Н.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГРИППОМ И ОСТРЫМИ
РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ХАРЬКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ СЕЗОН 2013-2014 ГГ.

Кафедра эпидемиологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Макарова В.И.

Грипп и острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) в структуре инфекционной патологии человека занимают лидирующее положение, на долю этих нозологических форм приходится 90-95% всех заболеваний инфекционной природы. Повсеместное распространение, быстрое вовлечение в эпидемический процесс большого количества здоровых людей, что проявляется вспышками, а также периодическими эпидемиями и пандемиями, обуславливает социальную и медицинскую значимость данных инфекционных заболеваний для здравоохранения многих стран с различным уровнем социального и экономического развития.

Материалы и методы. По официальным данным органов государственной санитарно-эпидемиологической службы в Харьковской области проведен эпидемиологический анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ в Харьковской области в эпидемический сезон 2013-2014 гг.

Результаты и обсуждение. Мониторинг заболеваемости гриппом и ОРВИ в Харьковской области проводился с 40 недели 2013 года по 20 неделю 2014 года. За данный период времени переболело гриппом и ОРВИ 5,1 % всего населения. Следует отметить, что заболеваемость гриппом снизилась в 3,9 раза в сравнении с аналогичным периодом эпидемического сезона 2012-2013 гг., а заболеваемость ОРВИ снизилась на 22,8 %. Всего в эпидемический сезон 2013-2014 гг. было зарегистрировано 110 186 случаев ОРВИ и 40 случаев гриппа, по сравнению с эпидемическим сезоном 2012-2013 гг. – 142 906 и 158 случаев соответственно. При этом интенсивные показатели определялись на уровне 4039,5 на 100 тыс. населения для ОРВИ и 1,5 на 100 тыс. населения для гриппа в 2013-2014 гг., и соответственно 5232,1 на 100 тыс. населения и 5,8 на 100 тыс. населения – в 2012-2013 гг. Таким образом, интенсивность эпидемического процесса гриппа и ОРВИ на протяжении эпидемического сезона 2013-2014 гг. была невысокой, что также подтверждается тем фактом, что эпидемические пороги не были превышены, включая и показатели заболеваемости детского населения, которые также не достигли и не превышали показатели эпидемических порогов ни на одной неделе анализируемого периода. Анализ возрастной структуры заболеваемости гриппом и ОРВИ в Харьковской области в эпидемический сезон 2013-2014 гг. выявил, что чаще болели дети. Так удельный вес детей до 18 лет в структуре заболеваемости гриппом и ОРВИ составил 64,7% (90 640 человек), при этом отмечена неравномерность распределения количества заболевших детей в зависимости от возраста. Процент заболевших детей от 0 до 4 лет составил 28,9 % (26 244 ребенка), чаще болели дети в возрасте 5-14 лет – 54,3% от всех заболевших детей (49 169 человек), а удельный вес детей 15-17 лет был равен 16,8 % (15 227 человек). При этом количество вакцинированных от сезонного гриппа детей от 0 до 18 лет составило 9% (1000 человек).

Выводы. Проведенный анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ в Харьковской области в эпидемический сезон 2013-2014 гг., позволил выявить незначительную интенсивность эпидемического процесса, заболеваемость гриппом и ОРВИ не приобрела эпидемического распространения, при этом эпидемические пороги не

были превышены ни на одной неделе наблюдения как в целом среди населения, так и среди детей от 0 до 18 лет. Наиболее часто данная инфекционная патология регистрировалась у детей в возрасте от 0 до 14 лет, что диктует необходимость совершенствования неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ у детей, а также повышение невосприимчивости путем проведения вакцинации против данной инфекционной болезни.

Рудь В. П.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКОБАКТЕРИОЗОВ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко О.С.

В настоящее время особое значение во фтизиопульмонологической практике приобретает микробиологическая идентификация микобактериозов, которые по клинико-рентгенологической картине мало отличаются от туберкулеза. Нетуберкулезные микобактерии (НТМБ) можно заподозрить при отсутствии микобактерий туберкулеза (МБТ) в тех случаях, когда, несмотря на применение адекватной химиотерапии, болезнь приобретает неблагоприятное течения. Обязательным условием для установления диагноза является повторное выделение НТМБ одного и того же вида с патологического материала больного, отсутствие в исследуемом материале МБТ и наличие клинических симптомов заболевания.

Целью исследования было изучение клинических проявлений заболеваний органов дыхания при выделении (не менее двух раз) НТМБ. Наблюдали за 3 мужчинами, которые лечились во фтизиопульмонологическом стационаре г.Харькова, и из мокроты которых были высеяны НТМБ.

Идентификацию НТМБ проводили с помощью комплекса бактериологических и биохимических тестов, а именно: изучали морфологию бактерий, скорость и оптимальную температуру роста, характер окраски колоний, а также - чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Проведение тестов и их оценка осуществлялись по общепринятым методикам. Единственным вероятным методом дифференциальной диагностики между туберкулезом и микобактериозами является метод ДНК-стрип технологий. Однако такие исследования проводятся крайне редко, хотя потребность в них за последние годы значительно возросла, что обусловлено увеличением факторов риска развития заболеваний, возбудителями которых являются НТМБ. Таким образом, проблема микобактериозов требует большего внимания со стороны практической фтизиопульмонологии и дальнейших научных разработок.

Смалюк К. О.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2004-2014рр.

Кафедра інфекційних хвороб

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

Науковий керівник: Анастасій І. А.

Не зважаючи на багаторічне впровадження профілактичних, діагностичних, клінічних та інших заходів протидії ВІЛ-інфекції, динаміка реєстрації нових випадків збільшується, що обумовлює актуальність оцінки ситуації, що склалася і розроблення нових методів її протидії.

Матеріали і методи: з метою аналізу розвитку захворюваності в роботі використано статистичний метод з опрацюванням звітів про захворюваність ВІЛ-інфекцією в Україні з 2004 по 2014рр.

Результати дослідження: з 2004р. абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні постійно збільшується за виключенням 1998, 1999 та 2012 років. За січень-листопад 2014р в Україні зареєстровано 17 929 нових випадків ВІЛ-інфекції, що на 7,6% менше, ніж за аналогічний період 2013 року (19 406), що може бути пов'язано з відсутністю оперативної інформації з АР Крим та м. Севастополя з квітня 2014 року. Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції, зареєстровано у південно-східних регіонах країни. Спостерігається стабільна тенденція щодо зниження інфікованості молодих осіб віком 15-24 роки з 2005 по 2013 роки на такий відсоток від нових випадків ВІЛ-інфекції, відповідно: 20,2, 16,1, 15,3, 13,2, 12,0, 10,3, 9,0, 7,9, 7,1. З 2009 по 2013рр. спостерігається тенденція щодо зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних.

Висновки: не зважаючи на зменшення поширення ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15-24р та вагітних, підвищення загальних показників захворюваності збільшує потребу населення у медичних послугах і призводить до погіршення демографічної ситуації в Україні, що вимагає впровадження додаткових методів протидії ВІЛ-інфекції.

Сухорукова М. Ф.

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ІКСОДОВИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник професор Чумаченко Т.О.

На теперішній час в Харківській області серед інфекцій з трансмісивним шляхом передачі провідне місце належить іксодовим кліщовим бореліозам (ІКБ). З період епідеміологічного нагляду (з 2000 р.) в Харківській області сформувалась тенденція щодо зростання захворюваності (з 0,12 на 100 тис. населення у 2000 р. до 3,7 на 100 тис. населення у 2013 р.), проте у 2014 році відмічається зниження рівня захворюваності на ІКБ.

Мета роботи: виявити фактори, що впливають на рівень захворюваності ІКБ у Харківській області.

Матеріали і методи. Нами було проаналізовано захворюваність на ІКБ за період 2008 – 2014 рр. в Харківській області на підставі даних офіційних донесень про випадки ІКБ.

Результати та обговорення. За період дослідження було зареєстровано 411 випадків захворювання, що склало 83,5 % випадків, що були зареєстровані за весь період епідеміологічного нагляду. За всі роки, що аналізуються, захворюваність мала виражену сезонність з максимумом у травні-липні (46,9-58,5% випадків). Присмоктування кліщів найчастіше відбувалось у травні-липні (65,8% випадків) та жовтні (11,9% випадків), що відповідає сезону найбільшої активності кліщів. У 2014 р. зростає кількість осіб, що інфікувались в антропоургічних осередках, їх частка склала 85,1% випадків проти близько 50 % випадків у попередні роки. Зменшилась питома вага осіб, що були укушені кліщем у лісі, до 14,9% випадків при середньому показнику 32,1% випадків в попередні роки. При відвідуванні місць відпочинку постраждали 29,7% осіб при середньому показнику 38,9% осіб, втричі збільшилась питома вага осіб, які інфікувались на дачах та присадибних ділянках, яка склала 51,1% осіб проти 14,9% осіб. Із захворілих у 2014 р. 27,6% осіб отримали укуси кліщем

на території м. Харкова, цей показник зберігався на рівні попередніх років і складав 24,5 – 29,6% осіб. За даними ентомологічного моніторингу інфікованість кліщів бореліями зростала з 4,4% до 23,9%, у т.ч. знятих з людей з 6,5% до 28,9%. У 2014 р. зменшилася інфікованість кліщів до 21,4% (а серед кліщів, знятих з людей – до 25,9%) та їх чисельність (1,3 кліщів на 1 км маршруту проти 1,9 кліщів на 1 км маршруту у 2013 р.). Активізація санітарно-просвітницької роботи сприяла покращенню обізнаності населення щодо ІКБ, тому зверненість його за медичною допомогою з приводу укусів кліщами зросла з 27,2 до 56,5 на 100 тис. населення. Але слід зазначити, що в різні роки у 1 – 4 постраждалих, незважаючи на проведені превентивне лікування, відбувався розвиток клінічних ознак захворювання.

Мігруюча еритема залишається основною клінічною ознакою. У 2014 р. перебіг захворювання з середньою важкістю спостерігався у 58,8% випадків, тоді як у попередні роки частіше діагностували легкий перебіг хвороби (75,7% випадків). Звернулись за медичною допомогою в термін більше місяця після початку захворювання 19,8% захворілих, у 2014 р. питома вага таких осіб зменшилась до 12,8%.

Інформація щодо скринінгових досліджень населення області на наявність антитіл проти ІКБ, відсутня, що не дає змогу оцінити загальний рівень інфікованості населення та повноту реєстрації клінічних форм.

Висновки. В межах населених місць утворились активні антропоургічні осередки, що створює умови для зростання захворюваності на ІКБ та потребує подальшого покращення санітарно-освітньої роботи. Зниження захворюваності населення на ІКБ в 2014 р. та водночас збільшення питомої ваги важких форм захворювання свідчить про інтенсивну циркуляцію збудника ІКБ та неповну реєстрацію випадків ІКБ.

Ткачев С.Н., Воропай С.А., Минченков М.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ПО 4 КАТЕГОРИИ, В 2014 г ПО ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко О.С.

При мультирезистентном туберкулезе (МРТБ) микобактерия туберкулеза имеет устойчивость к двум основным противотуберкулезным препаратам – изониазиду и рифампицину, что является проблемой современной фтизиатрической практики, ухудшая эффективность лечения.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование больных МРТБ, зарегистрированных по 4 категории в 2014 г. в Харьковской области. Методом бактериоскопии обследовано 384 человека, из них 102 (26,56%) женщины и 282 (73,%) мужчины. Проведен тест на чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ПТП) первого ряда (изониазиду, рифампицину и этамбутолу), а так же на препараты второго ряда.

Результаты и обсуждения. Анализируя результаты медикаментозной чувствительности у пациентов зарегистрированных по 4 категории, проведенный на 384 культуре *M.tuberculosis* в 2014 году, было выявлено, что мультирезистентные штаммы МБТ составляют 72,9%, риск мультирезистентного туберкулеза – 9,63%, расширенной резистентности 9,63%, случаи резистентности к рифампицину (по Xpert MBT/RIF) 7,55%. Ко-инфекция ВИЧ/ТБ выявлена у 35 (9,11%) человек, среди

которых 100% МРТБ. 378 (98%) больным подобрано лечение, 6 (2%) пациентов находятся на паллиативном лечении.

Выводы. Проведя анализ можно судить о высоком уровне распространения резистентных форм туберкулеза среди населения харьковской области. Это говорит о расширении устойчивости МБТ к ПТП, что ухудшает эффективность лечения.

Фоміна Л.В.

СТАН КЛІТИННОГО ТА ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

Кафедра дерматології, венерології і СНІДу

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Дащук А.М.

В останні роки велику роль у патогенезі екземи, як й інших алергічних захворювань, відводять сенсibiliзації до різних інфекційних і неінфекційних алергенів, імунологічним порушенням, в першу чергу, з боку клітинної та гуморальної ланок імунітету. Дані літератури щодо вираженості змін того чи іншого відділів імунної системи суперечливі. Саме це і визначило мету роботи, яка полягала у підвищенні ефективності терапії хворих на екзему з урахуванням особливостей клітинного та гуморального імунітету.

Мета і завдання дослідження. Підвищення ефективності терапії хворих на екзему з урахуванням особливостей клітинного та гуморального імунітету. Матеріали та методи. Контингент: Проведено обстеження 50 хворих на різні форми екземи, при цьому було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, генетичних і конституційних особливостей пацієнта: об'єктивного і додаткових (лабораторні, алергійні проби, імунограма) методів дослідження. Усі хворі отримували базову терапію відповідно до стандартів лікування екзем: гіпосенсибілізуюча терапія, антигістамінні препарати, седативні препарати, глюкокортикостероїдні препарати, вазоактивні препарати, імунокоректори.

У зв'язку з високою частотою захворювання, осіб працездатного віку (68,2%) - середній вік становив 33,47 +/- 58 років - клінічно розділено на хворих з мікробною (76%) та істинною (22%) екземами; за характером висипань на дисемінований (59%) та локалізований (41%) процеси; через наявність негативного впливу на спосіб життя пацієнтів, доцільним вважаємо дослідження стану окремих ланок системи імунного захисту. При спостереженні клітинної ланки імунітету встановлено зниження CD3, CD4, підвищення CD8, що свідчить про пониження функціональної активності Т-лімфоцитів; при спостереженні гуморальної ланки імунітету встановлено дисгаммаглобулінемію, яка характеризується збільшенням IgE і IgG та пониження IgM і IgA. В наслідок комплексного лікування хворих на екзему із застосуванням циклоферону було нормалізовано 6 із 7 змінених показників клітинного та гуморального імунітету (підвищення CD3, та зниження CD8, IgG, ЦІК, нормалізація ФАЛ і ФЧ).

Христенко Н.Е.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПАПУЛОПУСТУЛЕЗНЫМ ПОДТИПОМ РОЗАЦЕА

Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Учитывая международные рекомендации по лечению розацеа, производные метронидазола, антибиотики и ретиноиды остаются золотым стандартом в терапии

этого дерматоза, однако, до настоящего времени не существует единого мнения выраженности противовоспалительной активности используемых препаратов.

Материалы и методы. В исследование вошло 68 больных с папулопустулёзным подтипом розацеа в возрасте от 25 до 49 лет. Большинство женщины – 56 человек (82,3%), из них 45 в возрасте от 31 до 45 лет, а средний возраст 39,7 года. Мужчины составили 17,7% – 12 человек, при этом основная масса в возрасте старше 46 лет (10 человек). Средний возраст - 47,3 года.

Результаты. В зависимости от проводимой терапии все больные были разделены на две группы. Первая группа: 27 больных (6 мужчин и 21 женщина), которые получали традиционную наружную терапию (комбинация геля с азелаиновой кислотой и 0,75% крема метронидазол) в сочетании с метронидазолом по 250 мг 2 раза в день. Вторая группа: 41 больной (6 мужчин и 35 женщин), которым в комплексе с традиционной наружной терапией был назначен препарат из группы синтетических ароматических ретиноидов – изотретиноин по 10 мг в сутки. Курс проводимой терапии для достоверности исследования во всех группах составил 4 недели, отдалённые результаты оценивались через 4 месяца после окончания терапии.

Выводы. В результате проводимой терапии наилучший результат был получен в группе больных, которые принимали изотретиноин, наблюдалась выраженная положительная динамика клинических симптомов розацеа через 3 и 4 месяца после окончания применения системного препарата на фоне местной терапии.

Чопорова А.И., Иванисова А.Н., Межеричкая Н.И.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: асс. Степаненко А.Л.

Туберкулезу (ТБ) наиболее подвержены ВИЧ-инфицированные (повышение заболеваемости ТБ в 200 раз), при этом ТБ как причину смерти устанавливают лишь у 30% больных с ВИЧ-инфекцией.

Цель. Оценить результаты комплексного обследования больных ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ данных комплексного обследования 17 ВИЧ-инфицированных больных, поступивших на стационарное лечение в Харьковский областной противотуберкулезный диспансер №1 за 2013г.

Результаты. Среди пациентов диагноз туберкулеза подтвержден 8(47%) пациентам, в этой группе уровень $CD_4 < 50$ клеток/ $мм^3$ крови выявлено у 3 пациентов; более 50 клеток/ $мм^3$ у 2-х пациентов; от 200 до 350 клеток/ $мм^3$ у 3-х пациентов. Чаще наблюдались распространенные формы туберкулёза с острым течением, чаще нижнедолевой локализации без распада лёгочной ткани, с выраженными признаками туберкулёзной интоксикации, значительным снижением массы тела, резким снижением числа лимфоцитов и увеличением СОЭ, сопутствующими вирусными гепатитами у 75% больных. У лиц с уровнем $CD_4 < 50$ клеток/ $мм^3$ на фоне проводимой антиретровирусной терапии отмечено поражение внутригрудных, шейных и надключичных лимфоузлов с абсцедированием. Рутинные методы лабораторного исследования патологического материала на *M. tuberculosis* оказались малоинформативны.

Выводы. Применение современных лабораторных методов типирования микобактерий в будущем позволит диагностировать атипичный микобактериоз, вызываемый *M. avium intracellulare* (МАС), так привлекая внимание клиницистов во всем мире.

Чопорова А.И., Максимовский В.А., Чеховской А.О.
ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВО-СИНТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У
БОЛЬНЫХ ВИЧ/СПИД – АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Степаненко А.Л.

Нарушения ферментативных процессов у больных туберкулезом, особенно у ВИЧ-инфицированных – результат повреждения ДНК и цитотоксического воздействия продуктов перекисного окисления белков (ПОБ) и липидов, приводящие к плохой переносимости как антиретровирусной, так и противотуберкулезной химиотерапии.

Цель: Оценить состояние белкового обмена и влияние на него перекисного окисления у больных с ко-инфекцией: ВИЧ/ВДТБ и сравнить с таковыми у лиц с впервые диагностированным туберкулезом (ВДТБ).

Материалы и методы: Проведен анализ протеинограммы и показателей перекисного окисления белков у 13 больных с ко-инфекцией: ВИЧ/ВДТБ (7 пациентов с ВИЧ/ВДТБ < 200 CD₄ клеток; 6 пациентов с ВИЧ/ВДТБ > 200 CD₄) и 15 больных с ВДТБ, которые находились на лечении в Харьковском областном противотуберкулезном диспансере №1 в 2013 г.

Результаты: У больных ВИЧ/ВДТБ по сравнению с больными ВДТБ были достоверно снижены уровень альбумина (35 г/л и 50 г/л, соответственно) и альбумино-глобулиновый коэффициент (0,7 и 1,1), повышен уровень α₁, α₂ и γ-глобулинов. Уровень продуктов ПОБ при спонтанном и индуцированном окислении был достоверно выше у лиц с ВИЧ/ВДТБ, чем у больных с ВДТБ, независимо от уровня CD₄, особенно у пациентов с ВИЧ/ВДТБ < 200 CD₄.

Выводы. Эти изменения свидетельствуют о выраженной воспалительной реакции, интоксикации и снижении белково-синтетической функции печени при ВИЧ/СПИД-ассоциированном туберкулезе, вероятном начале срыва адаптационно-компенсаторных механизмов организма.

Чопорова А.И., Исак А. В.
ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ БРОНХОКАРЦИНОМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-
ФТИЗИАТРА

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Немелкоклеточный рак легких (РЛ), в частности бронхокарцинома (БК), занимает третье место среди всех онкологических заболеваний. Диагностируют БК с частотой от 1,5 до 10% по отношению ко всем формам рака, однако, по прогнозам ВООЗ, ежегодный прирост заболеваемости и смертности от рака лёгких составит 1%. Своевременная диагностика этого грозного заболевания – актуальная терапевтическая проблема, с которой сталкиваются и врачи-фтизиатры. Ниже описан случай медленного (2,5 года) течения бронхокарциномы, представивший значительные трудности для диагностики.

Больной Д., 56 лет, поступил в Харьковский областной противотуберкулезный диспансер с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, исхудание. Изменения в легких выявлены 2 нед. назад в терапевтическом стационаре, где он лечился по поводу гипертонической болезни. Данные объективного обследования: в легких перкуторный тон ясный, дыхание везикулярное, катаральные явления не выслушиваются. Анализ крови: СОЭ – 13 мм/ч, лейкоциты – $6,0 \cdot 10^9$ /л, гемограмма без особенностей. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза (однократно). Произведены обзорная Rn-грамма и томограмма. В многократных анализах мокроты и смывах бронхов атипические и раковые клетки не обнаружены. При бронхоскопии – слизистая бронхов без патологических изменений. Диагностирован инфильтративный туберкулез (ИТ) и назначена 4-компонентная специфическая химиотерапия (6 мес.). По окончании сроков лечения самочувствие улучшилось, прибавил в весе 5 кг, однако рентгенологической динамики не отмечено, что расценено как фаза уплотнения ИТ. Больной был выписан под наблюдение участкового фтизиатра с рекомендацией повторного Rn-обследования через 3 мес., однако пациент на проверку не являлся. Через 3 года больной поступил в ХОПТД №1 с резким ухудшением: температура до 39° С, сухой кашель, резкое похудание. При обследовании справа под ключицей отмечено укорочение перкуторного тона, ослабление дыхания, на его фоне прослушивались сухие хрипы. Анализ крови: СОЭ – 64 мм/ч, гемограмма без особенностей. Сделано повторное Rn-обследование. Результаты повторной бронхоскопии: бронх верхней доли справа воронкообразно расширен. Устье третьего сегментарного бронха сужено. Подвижность бронхов в верхней зоне правого легкого резко ограничена. В материале, взятом при катетеризации S₃, обнаружены клетки аденокарциномы. От оперативного лечения больной категорически отказался, выписан и направлен для наблюдения в онкодиспансер. В приведенном случае на основании данных клинко-рентгенологического и лабораторного исследования без учета кожной чувствительности к туберкулину больному был ошибочно поставлен диагноз инфильтративного туберкулеза.

Таким образом, перед врачом-фтизиатром стоит сложная диагностическая задача: исключить предполагаемый инфильтративный туберкулез, кроме того, пневмонию, туберкулому, абсцесс легких, доброкачественное новообразование, а также метастатическое поражение легких при опухолях внелегочной локализации. Недостаточная осведомленность врача и невыполнение полного диагностического поиска подвергает больного риску несвоевременного начала адекватной терапии, ухудшая прогноз для жизни больного.

Чопорова А.И., Мирошниченко Я.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Степаненко А.Л.

Бронхиальная гиперреактивность, являясь предвестником развития бронхообструктивного синдрома (БОС), рассматривается как параспецифическая реакция слизистой оболочки дыхательных путей, обусловленная влиянием туберкулезной интоксикации, активацией биологически активных веществ. При впервые выявленном туберкулезе легких (ТЛ) БОС наблюдается от 57,4% до 63,8%

случаев, а при длительности заболевания свыше 4 лет – в 80% случаев. Наличие бронхиальной обструкции при ТЛ способствует региональному ухудшению газообмена, развитию гипоксемии и гиперкапнии, нарушению бронхиальной проходимости, развитию дыхательной недостаточности, формированию хронического легочного сердца, что в свою очередь является причиной высокой инвалидизации и смертности больных хроническими формами туберкулеза.

Цель. Изучить клинические особенности течения впервые диагностированного туберкулеза легких (ВДТБ) у лиц с синдромом бронхиальной обструкции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 10 больных, поступивших на стационарное лечение в Харьковской областной противотуберкулезный диспансер №1 в 2014г. Среди них 5 женщин и 5 мужчин, у которых выявлено инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких 4(40%) больных и диссеминированный туберкулез обоих легких 6(60%) больных. Всем было проведено спирографическое исследования функции внешнего дыхания.

Результаты. Установлено, что у таких пациентов наблюдается более выраженная клиническая симптоматика с большей частотой осложнений и образованием полостей распада – у 7 (70%) больных с бактериовыделением – у 6(60%) больных. Отмечено, что при наличии БОС сроки прекращения бактериовыделения были в среднем на 1,5-2 мес. больше, чем у больных без сопутствующей бронхообструкции. По данным спирографии наиболее часто наблюдалось повышение бронхиального сопротивления на выдохе и снижение удельной бронхиальной проходимости (у 40% больных), повышение бронхиального сопротивления на выдохе (у 40% больных). В 30% случаев отмечается увеличение общего бронхиального сопротивления.

Выводы. Противотуберкулезная химиотерапия ТЛ, сочетающегося с БОС, предполагает худший исход заболевания и наибольшую вероятность формирования значительных остаточных изменений. В связи с этим, необходимо больше уделять внимание диагностике и выбору тактики лечения синдрома бронхообструкции для повышения общей эффективности лечения. Комплексный подход к лечению с применением патогенетически обоснованных ингаляций лекарственных средств, направленных на устранение бронхообструкции, может повысить качество излечения больного и снизить процент инвалидизации.

Юрко К.В., Сененко О.С., Адейемі Айодеджи Александр
СТАН ПОКАЗНИКІВ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА КО-
ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ХГС

Кафедра інфекційних хвороб
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Козько В.М.

Ко-інфекція ВІЛ/ХГС є суттєвою проблемою медицини як в Україні, так і в світі, сприяє підвищенню ризику гепатотоксичності, розвитку цирозу печінки, гепатоцелюлярної карциноми та пов'язаної з ними смертності. Вміст деяких мікроелементів у тканинах і біологічних рідинах є цінним діагностичним фактором при багатьох захворюваннях і патологічних станах.

Матеріали і методи. Дослідження за темою роботи проводилися на кафедрі інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету. Вміст калію і натрію, кальцію, магнію, міді, заліза і цинку у сироватці крові визначали методом атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Всього обстежено 99 хворих: ХГС -

32, ВІЛ-інфекція - 34 і ко-інфекція ВІЛ/ХГС - 33 хворих. Групу порівняння склали 32 практично здорові особи.

Результати. У хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС встановлено порушення вмісту мікро- і мікроелементів і білків гострої фази у вигляді зниження рівня міді, заліза, цинку, натрію, кальцію, магнію, церулоплазміну і гаптоглобіну, а також збільшення К. Прояви мікро- і макроелементозу у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС виявили вірогідний зв'язок з тяжкістю імунодефіциту та збільшується по мірі його наростання.

Дані системного аналізу свідчать, що у хворих на ХГС система гомеостазу макро- і мікроелементів функціонує в режимі гіперкомпенсації (підвищеної напруги), а у ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС в кризовому режимі, тобто декомпенсації, яка більш виражена у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС. Комплексна оцінка ступеня відхилення від контролю показників мінерального обміну показала, що найзначніший ступінь відхилення був характерний для хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ХГС, яка перевищувала таку ВІЛ-інфікованих хворих у 1,2 рази і в 2 рази хворих на ХГС.

ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Adeyemi A.A, Hussein N.Y.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A CASE STUDY

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kharkiv National Medical Universtiy, Kharkiv, Ukraine

Borderline personality disorder (BPD) (called emotionally unstable personality disorder, emotional intensity disorder, or borderline type in the ICD-10) is a cluster-B personality disorder, the essential feature of which is a pattern of marked impulsivity and instability of affects, interpersonal relationships and self-image. The pattern is present by early adulthood and occurs across a variety of situations and contexts.

Other symptoms usually include intense fears of abandonment and intense anger and irritability, the reason for which others have difficulty understanding. People with BPD often engage in idealization and devaluation of others, alternating between high positive regard and great disappointment. Self-harm and suicidal behavior are common.

The disorder is recognized in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Because a personality disorder is a pervasive, enduring, and inflexible pattern of maladaptive inner experiences and pathological behavior, there is a general reluctance to diagnose personality disorders before adolescence or early adulthood. However, some emphasize that without early treatment symptoms may worsen.

Symptoms include: Out-of-control emotions, Unstable interpersonal relationships, Concerns about abandonment, Self-damaging behavior, Impulsivity, Frequently accompanied by depression, anxiety, or anger.

The most distinguishing symptoms of BPD are marked sensitivity to rejection, and thoughts and fears of possible abandonment. Overall, the features of BPD include unusually intense sensitivity in relationships with others, difficulty regulating emotions and impulsivity. Other symptoms may include feeling unsure of one's personal identity and values, having paranoid thoughts when feeling stressed and severe dissociation.

Case description: Patient A. is a 25 year old psychologically disturbed man from Iraq with a history of violence against his own sister, paranoia, insecurity, lack of trust for anyone including his relatives, feeling of grandeur, irregular hallucinations, unstable character with no future ambitions.

According to our observation, he always creates problems out of very small issues. For example: When she (sister, 24 year old lady) goes out for lunch with her female friend, he calls her an average of 3 times within the timespan of her lunch. He asks questions that are indicative of paranoia (where are you, who are you with) multiple times within a short timeframe. Patient A. also tries to force other people to his will (manipulative behavior), and always thinks he is smarter and better than others. (Grandeur)

After our interview with the sister, she told us that patient A. restricts her freedom in their apartment. Suddenly enters her room at any time of the day or night without warning whenever he hears imaginary noises there. Patient A. also takes her phone and computer anytime he wants and even her friend's property without their permission. Such behavior has led to depreciation of the sister's academic ambitions and social liberties. This directly affects the sister, as she has started to show symptoms of paranoia and even Stockholm's syndrome.

For five years, we have studied the behavioral pattern of Patient A. and it seems to be on the decline. So far, he has refused to go for psychiatric evaluation, as recommended.

Conclusion: BPD is a serious disorder that if detected early can be controlled. The problem arises with convincing of patients to voluntarily go for psychological and psychiatric evaluation, as it is illegal to incarcerate individuals with mental problems without the persons consent or the permission of a relative, provided the affected individual has not acted outside the borders of the law.

Recommendations: Considering our patient's acts of violence against his closest relative, our recommendation would be to perform a mandatory psychiatric evaluation on him. We will continue to observe him for any depreciation in mental health.

Базалеева А. Н.

**АНАТОМИЯ МИТИНГА ИЛИ ПСИХОЛОГИЯ ТОЛПЫ. ВЛИЯНИЕ
МИТИНГА НА ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОГО ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра медицины катастроф и военной медицины,

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: доцент Базалеев Н. С., доцент Георгиевская Н. В.

Отправляясь отстаивать свое мнение на митинг, необходимо быть вооруженным определенными знаниями. Это поможет вам при любых обстоятельствах помнить, зачем вы пришли, и не превратиться просто в человека из толпы! Для этого важно понимать скрытые механизмы функционирования толпы и эффективные способы управления ею. В большинстве своём митинги организуются теми, кто пытается чужими руками добиться своих целей. И эти цели практически никогда не совпадают с целями тех, кто решил принять участие в митинге протеста.

«Достаточно собраться вместе большой массе людей для того, чтобы все моральные достижения, составляющие их индивидуальность, тотчас рассеялись. А на их месте остались лишь самые примитивные, самые древние, самые грубые психологические установки», – писал Зигмунд Фрейд.

Главный фактор, превращающий группу личностей в аморфную толпу – общие эмоции. При высоком эмоциональном накале человек не способен рационально мыслить. При этом формируется мощное энергетическое поле, заражающее каждого, кто оказывается поблизости. Сила эмоций столь велика, что подавляет разум, контролирующей поведение человека. При этом из глубин подсознания могучим потоком выплёскиваются подавляемые в обычном состоянии разумом агрессия, страх, злость, ненависть. Фактически, толпа – это не просто большое количество людей, а материализованная эмоция колоссальной силы.

Байбарак Н. А.

**ПРОБЛЕМИ ПРИ ВИВЧЕННІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТА
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН», Харків, Україна

Науковий керівник: професор Підкоритов В.С.

Серед психічних розладів шизофренія на теперішній час залишається найбільш потужним чинником непрацездатності, інвалідності та є, незважаючи на різні погляди щодо прогнозу, найчастіше невиліковним інвалідизуючим психічним розладом. Інтенсивно вивчаються аспекти патогенезу цього розладу, зокрема генетичні, нейробіохімічні, імунологічні. Також щодо вивчення шизофренії у Світі інтенсивно застосовується нейровізуалізаційні методи, зокрема високопольнамагніто-резонансна

томографія, позитронно-емісійна томографія, які дозволяють пов'язати окремі клінічні феномени шизофренії із топологічною локалізацією процесів у зонах та областях головного мозку. Поступово спростовується колишня гіпотеза щодо гарного фізичного здоров'я хворих на шизофренію, підтверджуються значні, але неспецифічні відхилення обміну та інші розлади у функціонуванні різних систем організму. Водночас недостатньо розробленими, особливо в аспекті патоморфозу є аспекти клініко-психопатологічної феноменології та динаміки перебігу різних варіантів цього розладу. Проблема сучасного вивчення клінічного феномену шизофренії та патофізіологічних, а особливо етіологічних аспектів цього розладу у вітчизняних умовах пов'язана із низьким рівнем вітчизняної матеріально-інструментальної бази порівняно із світовими дослідницькими центрами, обмежена доступність або недоступність сучасних методів дослідження, зокрема високопольноїмагніто-резонансної томографії, позитронно-емісійної томографії, засобів дослідження геному та інше.

Але соціальна значущість та зростаючі нові, які не були такими актуальними раніше проблеми, які стають при лікуванні, допомозі хворим на шизофренію та загалом хронічні або періодичні психози, зокрема переносимість лікування, боротьба із побічними ефектами лікування, що пов'язано із наростанням резистентних форм перебігу психозів та зниженням загального рівню здоров'я населення. Отже, це свідчить про вивчення проблеми шизофренії та шизофреноформних розладів в сучасних умовах, особливо у аспекті можливостей допомоги цим хворим, зокрема можливостей лікування та профілактики.

Волик М.С.

СТРАХ - НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ИЛИ ФОРМА САМОЗАЩИТЫ?

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Черкасова А.А.**

Распространенность фобических расстройств, в общей популяции населения составляет около 8-9%. Страх — психическое состояние, обусловленное защитными реакциями высшей нервной деятельности в связи грозящим реальным или предполагаемым бедствием или угрозой жизни, считается отрицательно окрашенным эмоциональным процессом и вполне осознается человеком. При искажении эмоциональной сферы возникает нарушение психического состояния - фобия. Фобия - непреодолимое компульсивное навязчивое психопатическое состояние, характеризующееся диффузным или сфокусированным, чаще всего объективно немотивированным страхом, развивающееся при некоторых невротических и психотических нарушениях. Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может.

Эмоциональные симптомы включают в себя дезориентацию, ощущение нереальности или отдаления от себя, страх потерять контроль или сойти с ума, страх смерти. Страдают ими, преимущественно, люди наиболее работоспособного возраста: 23 — 44 лет. Таким образом, актуальным является изучение фобий как механизмов, приводящих к нарушению здоровья населения, особенно молодого возраста.

Цель: изучить структуру, проявления страха и фобии, выяснить с помощью опросников наиболее распространенные страхи в обществе, зависимость различных видов страха от пола.

Методы и материалы: клинико-психопатологический, патопсихологический (опросник иерархической структуры актуальных страхов личности Ю.Щербатых и Е.Ивлевой), методы математической статистики. В нашем исследовании было проведено анкетирование 60 людей: (30 мужчин и 30 женщин) в возрасте 20-24 лет.

У лиц мужского пола средний интегральный показатель страха –87, 6 баллов, у девушек – 106.0 баллов. У девушек наиболее распространены такие страхи: пауков и змей, изменений в личной жизни, старости, перед будущим, перед «экзаменами», публичными выступлениями. У парней были выявлены страхи: войны, смерти, замкнутых пространств и связанные с половой функцией. Для обеих групп были характерны страхи: болезни близких, преступности, начальства, ответственности, бедности, высоты, глубины, перед публичными выступлениями, агрессии по отношению к близким.

Выводы: исходя из полученных данных выходит, что у лиц мужского пола средний интегральный показатель страха составляет 87, 6 баллов, у девушек – 106.0 баллов, что подтверждает теории о том, что страхи тесно взаимосвязаны с типом личности человека.

Воробьева Е.Ю.

АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Георгиевская Н.В.

Целью нашего исследования стало изучение частоты встречаемости и поведения жертв сексуального насилия среди молодежи.

Во время проведения нашего исследования было выяснено, что изнасилование практически всегда сопровождается чувством унижения, оскорбленности, нарушением устойчивых моральных принципов женщины. Угроза насилия также обладает всеми чертами стресса. Выделяют 3 группы жертв изнасилования: группа случайных жертв (оборонная позиция), группа несознательно провоцирующих сексуальное поведение преступника (случайные знакомства и т.п.), группа «жертв», сознательно провоцирующих сексуальное поведение преступника с предполагаемой целью в последний момент выйти из сложившейся ситуации, что чаще всего сделать не удается.

Нами был сделан примерный «портрет» жертвы изнасилования: робость, скромность, фатализм, отсутствие чувства безопасности, выраженная податливость внушению. Однако сильнейшим действием обороны является простая попытка завязать разговор с преступником, неадекватное поведение, попытка сопротивления. Нередко сам факт словесного общения уже делает невозможным дальнейшее развитие событий, т.к. с этого момента жертва утрачивает образ женщины-фетиша и превращается в человеческую личность, переступить через которую многие преступники не в состоянии. Анкетирование было проведено у 47 человек, в возрасте от 16 до 24 лет. Из них 37 женщин, 10 мужчин. В итоге, 46% девушек испытывали когда-либо на себе попытки сексуального домогательства. Возраст на момент домогательств у 30% - 11-14 лет, у 23% - 15-18 лет, у 29,5% - 18-20 лет и у 17,5% - 20-24 года. Было выявлено, что у 41% исследуемых сексуальные действия производились незнакомыми людьми, 53% - знакомыми и для 6% - родственником.

Выводы: Нами был сделан примерный психологический портрет жертвы сексуального насилия. Сексуальному насилию или сексуальным домогательствам подвергаются почти половина женщин молодого возраста.

**Гармаш Н.Ю., Гармаш П.И.
БОЛЬШОЙ ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Георгиевская Н.В.**

В современном мире человеку приходится быстро и часто адаптироваться к изменяющимся условиям жизни, потоку информации. В связи с этим, за последнее десятилетие распространенность неврозов значительно увеличилась. Одним из видов неврозов является истерический невроз (согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра – диссоциативное (конверсионное) расстройство). Он может проявляться большими и/или малыми истерическими припадками. Нами был рассмотрен клинический случай большого истерического припадка из фельдшерской практики в службе экстренной медицинской помощи (ЭМП).

Женщина Н., 23 года, со слов матери – болеет около 5-ти лет, когда впервые после сильного нервного перенапряжения, пациентке ошибочно поставили диагноз «рак почки», появились периодические приступы тиков, чувства тревоги. С течением времени увеличивалась частота приступов, их динамика, к клинической картине присоединились судороги, «выключение сознания». Каждому приступу предшествовало нервное перенапряжение. Пациентка лечилась у невропатолога с диагнозом «Вегето-сосудистая дистония», регулярно принимала Гидазепам. На момент осмотра бригадой ЭМП у пациентки наблюдались судороги по типу «истерической дуги», «рука акушера», «кривошея», предъявляла жалобы на «невыносимую боль»; после приступа судорог, который длился около 2-3 минут, пациентка засыпала, а через 5 минут весь приступ циклически повторялся в течении всего времени присутствия бригады на вызове и во время госпитализации. Настоящее ухудшение состояния, со слов матери, связано, опять-таки, с нервным перенапряжением. Больной была оказана первая медицинская помощь, после чего ее госпитализировали в неврологический стационар для дальнейшей диагностики и лечения.

**Зеленская Е.А.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ
СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Кожина А.М.**

Постоянный рост уровня самоубийств и суицидальных попыток в мире и в Украине обуславливает углубленную разработку этой проблемы в различных странах, осуществление национальных программ по борьбе с суицидальным поведением, введение широких превентивных мер, особенно среди лиц молодого возраста. Суицидальное поведение рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Приводятся статистические данные о том,

что большинство лиц совершивших суициды – психически здоровые люди. Среди лиц с аутодеструктивным поведением их более 70%.

Материалы и методы: нами было проведено комплексное обследование 75 больных, обоего пола, в возрасте 18 – 35 лет, с депрессивными расстройствами (F32.1, F33.1, F41.2, F43.21), в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения. Контрольную группу составят 40 больных с аналогичными формами патологии в возрасте 18 – 35 лет без признаков суицидального поведения.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, определение серотонина и мелатонина в крови, изучение полиморфизма генов LRRTM4 и ACP1.

Результаты: анализируя особенности метаболических нарушений в системе биогенных аминов в группах с разной нозологической принадлежностью и разной интенсивностью проявлений депрессии, было определено, что упомянутые группы пациентов характеризуются специфическими признаками. У пациентов с суицидальным поведением, которое было вызванной острой реакцией на стресс, наблюдалось снижение экскреции адреналина в ночной период и норадреналина днем. Повышение уровня серотонина и снижение концентрации мелатонина в крови было в этой группе менее значительным в сравнении с другими. У лиц с высокими значениями бала депрессии по шкале Гамильтона и другими шкалами для определения депрессии показано наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови.

Выводы: полученные в ходе работы данные позволили нам разработать патогенетически обоснованную комплексную систему коррекции суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс, включающую в себя сочетанное применение медикаментозного и психотерапевтического воздействия, а также психообразовательных программ.

Ковинько А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА В РАБОТЕ С ПОДРОСТКАМИ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ

Кафедра психологии

Межрегиональная академия управления персоналом, Харьков. Украина

Научный руководитель: Литвинова И.Л.

В настоящее время одна из актуальных тем в современной психиатрии и психологии это рассмотрение проблемы тревожного и депрессивного состояния подростков в условиях напряженной обстановке в Украине. В последнее время участилось количество состояний как неврастения, депрессивные расстройства и повышенная тревожность. В связи с этим на этапах современного развития психиатрии и психологии предлагаем рассмотреть одну из методик современного направления арт-терапии – изотерапия.

Для выявления у подростков симптомов депрессии и тревожности было протестировано 50 испытуемых. Для этого использовались две методики: шкала личностной тревожности А.М.Прихожан (форма Б) и опросник «Описание детской депрессии» М.Ковач. Из 50 испытуемых у 60% выявлен повышенный уровень тревожности, и у 15% неблагополучие эмоциональной сферы, и возможно наличие депрессии. После тестирования, с подростками проводили занятия по изотерапии. Было проведено три встречи. На первой встречи испытуемые рисовали рисунок “Мандала”. На второй встрече рисовали рисунок “Рисунок двумя цветами”. На третьей

– зарисовували понравившуюся мандалу. На всех трех встречах проводились психокоррекционные беседы с испытуемыми через рисунок. Затем проводилось повторное тестирование методикой личностной тревожности А.М.Прихожан и опросником «Описание детской депрессии» М.Ковач: уровень тревожности наблюдался у 20% подростков, уровень наличия депрессии у 5% подростков. Следовательно занятия по арт-терапевтическому методу помогают подросткам улучшить эмоциональный фон личности и снизить уровень тревожности.

Коровіна Л.Д.

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ В ТЕРАПІЇ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор В.М.Сінайко

Параноїдна шизофренія була та залишається одним із значних психічних захворювань. Її прогноз обумовлено не тільки тяжкістю основних психопатологічних симптомів, а і соціальними наслідками для хворих. Наявне дослідження мало за мету показати дієвість психореабілітаційної програми в групі хворих обох статей, різного віку, із різними залишковими явищами в період ремісії основного психопатологічного процесу.

В дослідженні приймали участь 23 хворих з установленим діагнозом параноїдна шизофренія, обох статей. Вік пацієнтів становив 18-42 роки. Усі хворі мали в анамнезі різну кількість епізодів загострення (шпиталізації) параноїдної симптоматики (від 2-х до 5-и) в рамках параноїдної шизофренії, безперервного перебігу хвороби. Усі хворі на час дослідження приймали атипичні антипсихотичні препарати (як таблетовані, так і пролонговані ін'єкційні форми) терміном більше 12 місяців.

Комплексна психореабілітаційна програма вміщувала в себе диференційовано складену психоосвіту (на основі попереднього анкетування хворих) та елементи когнітивно-поведінкової психотерапії (тренінги, підібрані щодо потреб контингенту дослідження) була розрахована на 20 занять, в закритій групі, тривалістю кожного заняття 45 хвилин. На кінцевому етапі, було виявлено покращення рівня соціального функціонування: тобто, поновлення на роботі, зміни місця праці на більш престижне за попереднє (за розумінням пацієнтів); поновлення особистісних стосунків із протилежною статтю; наявність реалістичних планів, щодо майбутнього.

Таким чином, проведена комплексна психореабілітаційна програма показала свою ефективність щодо хворих на параноїдну шизофренію, шляхом загального покращення соціального функціонування, не залежно від їх статі, віку, попереднього рівня соціалізації, типу залишкової симптоматики.

Любич А.С.

ГЕШТАЛЬТ И ТЕХНИКИ ГЕШТАЛЬТА

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Михайлов В.Б.

Гештальт-терапия является синтетическим методом, располагающимся на пересечении психоанализа, психодрамы, телесно-ориентированной психотерапии, феноменологического и экзистенциального подходов.

Ценностью гештальт-терапии является повышение чувствительности к себе и к своим границам. В фокус внимания помещаются собственные потребности индивида, а также его интересы, ценности и убеждения. При этом делается акцент на индивидуальности и уникальности каждого человека.

Цель исследования: определить профессиональную роль гештальт-терапевта при проведении лечения.

В каждом отдельном случае сеанс индивидуальной психотерапии имеет свои особенности, но психотерапевт всегда начинает с того, что выявляет, какой характер имеет проблема клиента, определяет ее уровень. Также, определяла запрос клиента – что именно послужило поводом для его обращения к психотерапевту, и какие изменения ожидал человек в результате лечения методом индивидуальной психотерапии. Вместе с пациентом врач психотерапевт обсуждает оптимальный вариант воздействия, оговаривает условия терапии, ее длительность, время. В процессе гештальт-терапии терапевт ведет себя активно, но не директивно и не влияет на выбор направления работы. Психотерапевт в гештальт-терапии полностью находится в расположении пациента, внимательно сопровождает его на выбранном самим пациентом направлении. Роль терапевта заключается в том, чтобы дать возможность и поощрить, нежели пытаться понять, что происходит, и заставить клиента выполнять свои указания. Один сеанс индивидуальной терапии в среднем длится до пятидесяти минут, этого времени вполне достаточно, чтобы специалист и его пациент смогли сделать необходимые шаги для исследования проблемы, и выбрать новый путь, способствующий изменению ситуации в желаемом направлении. Бывают ситуации, когда длительность сеанса увеличивается, и работа с пациентом продолжается полтора часа, а в некоторых случаях и два.

Вывод: Задача гештальт-терапевта – сфокусировать внимание клиента на процессах, которые протекают не в будущем или прошлом, а происходят здесь, сейчас. Гештальт-психотерапевт и его пациент всегда остаются партнерами, участвующими в аутентичных отношениях – такова основная позиция гештальт-подхода в отношении стилистики поведения психотерапевта.

Меламуд Е.С.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Черкасова А.А.

Психопатологические расстройства во время боевых действий являются распространенными формами патологических состояний, возникающие как у военнослужащих, так и у мирных жителей, проживающих на территории военных действий. Клиническая картина психической патологии у данных контингентов представлена широким спектром различных по структуре и выраженности расстройств - от психологически понятных реакций и предболезненных состояний до клинически очерченных форм патологии.

С наибольшей частотой среди участников боевых действий наблюдались расстройства адаптации (РА) и посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР).

Целью исследования стало выявление и анализ психопатологических расстройств у больных соматических отделений Военно-медицинского клинического центра северного региона, участников боевых действий в зоне АТО.

Материалы и методы: клинико-психопатологический метод, патопсихологический метод, методы математической статистики.

Нами было обследовано 30 больных соматических отделений Военно-медицинского клинического центра северного региона. У 12 из них (40%) были выявлены различные по форме и тяжести психопатологические расстройства вследствие пережитых событий. У 8 пациентов из 12 (66,7%) были выявлены РА, которые проявлялись легкой и умеренно выраженной тревожно-депрессивной симптоматикой, гипотимией, эмоциональной лабильностью, соматовегетативными проявлениями. У 4 пациентов из 12 (33,3%) клинические проявления можно классифицировать как ПТСР. У данной группы больных отмечались выраженные депрессивные и тревожные симптомы, нарушения сна, дисфорические, астенические и соматические проявления. У 1 пациента отмечались флэшбеки.

Выводы. У 40% обследуемых соматических отделений были выявлены психопатологические нарушения, классифицируемые согласно критериям как РА и ПТСР. Это в свою очередь диктует необходимость проведения психокоррекционных методик и фармакотерапии у данной категории с целью предотвращения хронизации процесса и трансформации его в расстройство личности и другие нозологические состояния.

Погодина Е.В., Минакова С.А.

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Георгиевская Н.В.

В современном обществе постоянно растет число не только соматических заболеваний, но и психических расстройств. Особенно частыми стали депрессии у подростков. Педиатры должны уметь вовремя заметить первые признаки депрессии у подростка. Ведь родители могут отнести вялость, плохое настроение, раздражительность к временным факторам и полагать, что он или она это со временем перерастёт.

При депрессии у подростков возрастает раздражительность, потеря ощущения удовольствия, страдает учёба, пропадает интерес к жизни. Возрастают ссоры с родителями по поводу обычных проблем, подростки замыкаются в себе, меньше общаются с друзьями. Крайняя чувствительность к критике проявляется в характерном негативном представлении о своих физических данных, заниженной самооценке, застенчивости; подростки испытывают чувство вины, одиночество, появляется чувство собственной никчемности, постоянно упрекают себя. Появляются беспокойство и волнение. Так же возможны следующие дополнительные симптомы: вегетативные нарушения – жалобы на тяжесть, сжатие или тупые боли в области сердца (“предсердечная тоска”), сухость во рту, запоры, сухость кожи, тахикардия, колебания артериального давления, трудности с концентрацией внимания, замедление мышления, трудности при принятии решений, расстройства сна- ранние утренние пробуждения хотя бы на 2 часа ранее чем обычно и в последующем сонливость весь день, спать ложится рано вечером, пессимистическое видение будущего даже мрачное, нежелание жить, мысли о смерти, стремление нанести себе увечье, возможно даже покончить с собой, плаксивость, побеги из дома, наркотики и злоупотребление алкоголем, интернет-зависимость.

Таким образом, мы приходим к выводу, что врач зная симптомы депрессии по различным возрастным категориям, а в данном случае у подростков, может вовремя помочь ему, а также его родственникам избежать личной трагедии, а главное суицида.

**Прутко Е.
ОНЕЙРОФРЕНИЯ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Черкасова А.А.**

Онейрофрения - синдром который, зачастую, встречается в структуре такой нозологии, как шизофрении, либо в чистом виде без примеси какой-либо патологии. Прогноз заболевания благоприятный. Синдром не признан обществом психиатров, однако на практике встречается не редко, практически всегда является не диагностированным. Имеет определенный, специфический вид течения, который можно дифференцировать и спутать с различными состояниями как: кататония, онейроидное состояние, психоз и многие другие.

Материалы и методы: клинко-психопатологический метод.

С помощью клинко-психопатологического метода диагноз онейрофрения ставится на основании определенного симптомакомплекса. Ведущий симптом онейрофренического состояния это расстройство самосознания, качество ощущений часто нарушено; визуальные обманы, нарушение работы проприо- и интерорецепторов. Расстройство зрительного анализатора является самой частой жалобой пациентов. Больные испытывают чувство «сделанности», «нереальности», «сказочности». Пациенты описывают туманность, дымчатость, такую какую можно наблюдать за окном в туманный день, со временем этот симптом переключается на отображение людей, близких, знакомых, через время больной не узнает знакомых людей. Больные утверждают что мир «изменился, стал другим». Дополнительно к зрительному искажению, наблюдаются элементы деперсонализации и дереализации, иногда встречаются обонятельные галлюцинации, звуковые, зрительные, элементы кататонии встречаются реже. Симптомология разворачивается постепенно, начинается в тот момент, когда больной теряет ориентировку во времени, месте, себе. Нарушения памяти проявляется парамнезией во время заболевания, и ретроградной амнезией после выздоровления.

Смешко А.С.

**DSM-V: НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Черкасова А.А.**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одним из самых неоднозначных психических расстройств. Главными причинами противоречий являются вероятная гипердиагностика, необоснованное назначение детям стимулирующих препаратов и др. Этиопатогенез, диагностика и лечение СДВГ стали предметом активных дебатов с 1970-х годов.

Целью данной работы является ознакомление с нововведениями относительно СДВГ в DSM-V. Вопрос о том, смогут ли эти изменения уменьшить количество противоречий или станут еще одной темой для полемики.

В настоящее время для диагностики СДВГ используется МКБ-10, в которой диагностические критерии разделены на 2 группы симптомов: невнимательность (дефицит внимания) и гиперактивность с импульсивностью.

DSM-V предоставляет более точную информацию, по поводу количества симптомов и времени их проявления в зависимости от возраста пациента, тем самым помогая предотвратить изменения личности и возникновение более серьезных психических расстройств. Критерии СДВГ в предыдущих изданиях DSM и других руководствах были направлены на то, чтобы помочь врачу идентифицировать расстройство у ребенка. DSM-V, основываясь на почти двух десятилетиях исследований, показывает что СДВГ, начинаясь в детстве, может продолжаться на протяжении всей жизни.

Таким образом, благодаря критериям диагностики СДВГ, согласно DSM-V, врач-клиницисты получают рекомендации в отношении диагностики и лечения этого состояния у взрослых.

**Тверезовская И.И., Воронова М.В.
К ИСТИННОМУ НАЧАЛУ ШИЗОФРЕНИИ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Гавенко В.Л.**

Проблема шизофрении — одна из основных в психиатрии, и самым существенным в ней является своевременная или, так называемая, ранняя диагностика. Чаще всего болезнь шизофрении диагностируется при явных манифестных проявлениях, в основном, бреда, галлюцинаций или суицидальных намерениях, высказываниях, действиях. Как показывает исследования классиков Н.П. Татаренко, Н.И. Стельцовой и В.Л.Гавенко, манифестные проявления шизофрении часто являются уже определённым и не первым проявлением заболевания. Н.И. Стрельцовой в докторской диссертации доказано, что в большинстве случаев, так называемым, первым манифестным проявлениям шизофрении за многие годы ранее предшествуют отдельные неадекватные высказывания, действия, которые являются проявлениями сверхценных, паранойяльных бредовых идей или выраженных расстройств поведения восприятия.

Цель. Установить причины заболевания, на примере данного клинического случая, и факторы, способствующие к его наиболее эффективному лечению.

Методы. Психофизиологическое исследование зрачкового компонента ориентировочной реакции, нейрогуморальная реакция на введение никотиновой кислоты, психологическая методика В.П. Протопопова и Е.А. Кружкевича.

Результаты. Нами амбулаторно обследована и проанализирован анализ жизни и состояние больной Н. 16-ти лет, которая, по мнению родителей, болеет с 5-ти лет, что проявлялось в необычных играх, резком нарушении контактов с другими детьми и взрослыми. Девочка предъявляет жалобы на слабость, «нет сил встать с постели», не может сосредоточить внимание во время чтения, чувствует себя не комфортно с собеседниками, считает себя некрасивой и по этой причине хочет сделать пластическую операцию. Ребенок спокоен, начитан, разносторонне развит. Имеет суицидальные мысли. Но со слов пациентки она понимает, что брак держится только на ней и если она покончит с собой, то отец оставит психически больную мать и семьи больше не будет. Чувствует себя некрасивой, т.к. раннее одноклассники

сказали ей это в лицо. После этого комплименты или же ремарки по поводу ее внешнего вида не поступали. Сменила внешний вид, но это не добавило уверенности.

До поступления в стационар девочка наносила себе самоповреждения в виде легких порезов лезвием в области рук. После консультации и амбулаторного обследования родители и пациентка дали согласие на обследование и лечение в женском психиатрическом стационаре. Через месяц после начала лечения нейролептиками появилась тенденция к улучшению состояния.

Выводы. Только ранняя диагностика истинного начала заболевания с помощью объективных физиологических и патофизиологических методик позволяет уловить первые проявления болезни и своевременно начать лечение такого грозного заболевания — шизофрении.

Фатьянова Ф.В.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ. КОРРЕКТИРОВКА.

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Черкасова А.А.**

С синдромом раннего детского аутизма связано особое нарушение психического развития детей, которое ставит в тупик их близких. Эта проблема очень плохо изучена и очень многие вопросы в ней остаются открытыми, что затрудняет процессы обучения, воспитания и коррекции таких детей. Множество вопросов возникает в семьях, где появляется такой ребенок. Как с ним обращаться? Как его следует воспитывать? Каким образом, и в какой школе его следует обучать? На все эти вопросы я, в своей работе, и хотела бы найти ответы.

Если грудной ребенок выворачивается при попытке матери взять его на руки, или лежит на руках у матери как неодушевленный предмет, или не смотрит ей в лицо, — это должно вызывать серьезные подозрения, касающиеся психического здоровья ребенка. Чаще всего подобная ранняя “асоциальность” наблюдается у детей, страдающих так называемым ранним детским аутизмом, или синдромом Каннера (по имени врача Лео Каннера, впервые подробно описавшего этот тип патологии в 1943 г.). В жизни и врачебной практике ранний детский аутизм обычно обнаруживается в связи с тем, что у таких детей не развивается речь. Именно с жалобой “наш ребенок все еще не говорит” родители начинают обращаться к врачам. И таких детей становится все больше. Мы действительно живем в эпоху нарастающего разнообразия расстройств коммуникации. Если прошлый век в азарте красноречия называли “веком шизофрении”, то век нынешний уже называют “веком аутизма”.

Основными признаками раннего детского аутизма считают: Врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики, жеста, не обусловленная низким интеллектуальным уровнем; Стереотипность поведения; Необычные реакции на раздражители (дискомфорт или поглощенность впечатлениями); Нарушения речевого развития; 5. Раннее проявление — до 30-го месяца жизни. Наиболее завершенную форму синдром Каннера приобретает к 3-5 годам жизни ребенка. В эти годы формируются явные расстройства речи, тонкой моторики, игровой деятельности. Выступают отчетливое интеллектуальное снижение, вычурность, манерность, аутистичность в поведении.

Проблема реабилитации в общей проблеме раннего детского аутизма, остается краеугольной. Учитывая, что при отсутствии лечебно-коррекционной работы более

чем в 70 % случаев РДА наблюдается глубокая инвалидность. Необходимо развивать отечественный подход к коррекции детского аутизма, который включает в себя не только специальные психологические и педагогические занятия с ребенком, но и создание особого режима домашней жизни, стимулирующего его эмоциональное развитие. Без сотрудничества с родителями, без обучения их специальным формам эмоционального взаимодействия с ребенком реализовать данные коррекционные задачи не представляется возможным.

Фельдман Д.А., Михайлов В.Б
НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ
БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Настоящий этап социального развития Украины характеризуется высоким уровнем психосоциального напряжения населения, который значительно ухудшает психическое здоровье популяции. Ещё несколько лет назад украинские школьники, студенты, большинство граждан Украины знали про войну лишь из книжек, фильмов и рассказов старшего поколения. Никто не мог подумать, что в XXI веке война придёт в наш дом и мы узнаем о боевых действиях не по наслышке. На сегодняшний момент постоянно появляются новые контингенты лиц, которые подвергаются влиянию психогенных факторов, что способствует развитию у них таких психических нарушений, как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и расстройство адаптации (РА).

Цель исследования: провести анализ статистических и литературных данных, изучить распространенность ПТСР и РА у лиц, переживших боевые действия.

Результаты исследования и их обсуждение: Согласно статистическим данным РА, ПТСР развиваются у 25,0 - 80,0% лиц, пострадавших в результате тех или иных чрезвычайных ситуаций. Эпидемиологические исследования среди ветеранов Вьетнамской войны, позволили установить развитие ПТСР у 30% лиц, парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22% участников боевых действий. У 55,8% лиц, имеющих ПТСР, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства; вероятность оказаться безработным (по сравнению с другими) у них была в 5 раз больше, разводы были у 70%, родительские проблемы у 35%; крайние формы изоляции от людей у 47,3%, выраженная враждебность - у 40%, совершение более 6 актов насилия в год у 36,8 %, попали в тюрьму или были арестованы 50%. У 19 % ветеранов войны в Афганистане был выявлен клинический вариант ПТСР, отдельные симптомы - у 25 % [Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С., 2004]. Согласно обследованию военнослужащих Белоруссии, принимавших участие в военной компании в Афганистане, признаки ПТСР выявлялись у 62,5 %, а клинически хроническое ПТСР диагностировалось у 35 % [Близнюк А.И., 2005]. Данные об оценке функционального состояния и боеспособности военнослужащих в различные периоды боевых действий в Чеченской Республике показали, что у 72 % воинов выявлены астено-депрессивные состояния и психотические реакции, которые в большинстве случаев приводили к развитию ПТСР [Ена А.И., Маслюк В.В., Нерода В.И., 2000]. Результаты обследования 247 жителей Славянского района Донецкой области, которые месяц назад пережили боевые действия, показали, что спустя один месяц после прекращения боевых действий, признаки повышенного уровня расстройств адаптации

(с вероятным формированием (ПТСР) обнаруживаются, как минимум, у 3,3% гражданского населения.

Вывод. Таким образом, анализ литературных данных позволил установить, что в настоящее время на территории Украины есть группы населения, которые перенесли те или иные экстремальные ситуации и страдают разной степени выраженности посттравматическим стрессовым расстройством и расстройством адаптации, которые нуждаются в психофармакологической и психотерапевтической коррекции.

Хмаин С.

ЗНАЧЕНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «КАРТИНЫ-МАЗИЛКИ И ОТПЕЧАТКИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Коростий В.И.**

Несмотря на существенные успехи в развитии психофармакотерапии депрессивных расстройств, трудности в достижении быстрой редукции депрессивной симптоматики и стабильной ремиссии у больных с невротической депрессией обуславливают необходимость поиска новых подходов к лечению этой патологии. Одним из путей повышения эффективности терапии депрессивного расстройства является применение в его комплексном лечении арт-терапевтических методик, из числа которых относится методика «Картины-мазилки и отпечатки».

Целью нашего исследования являлось оценить эффективность данной методики в лечении больных с невротической депрессией.

Задачи исследования следующие: выяснить тип стрессового фактора; оценить эффективность данной арт-терапевтической методики в комплексном лечении с антидепрессантами СИОЗС у больных с невротической депрессией; определить регрессирующие симптомы после проведения сеансов по методике «Картины-мазилки и отпечатки».

В данном исследовании были применены клинико-психопатологический и психодиагностический методы. Методика «Картины-мазилки и отпечатки» проводилась в индивидуальной и групповой формах, сеансами по 60 минут 1 раз в неделю в течение одного месяца. В исследовании принимали участие 30 пациентов обоих полов в возрасте 18 - 50 лет. Этот метод выявился эффективным в комплексном лечении с антидепрессантами СИОЗС, ускоряя регрессию депрессивной симптоматики. У 70% больных появилась вера в себя; у 75% - отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% - увеличилась самооценка; у 80% больных отмечалась выработка адаптационных способностей. Данный метод также позволяет больному преодолеть блокирующий барьер на пути осознания и борьбы с депрессией, что обуславливает профилактику от повторных рецидивов в будущем.

Хроменкова Ю.Ю.

ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Георгиевская Н.В.**

Сегодня дельфинотерапия вызывает возрастающий интерес во всем мире, поскольку речь идет о болеутоляющих эффектах, снятии депрессии, улучшении

обучаемости детей-аутистов. Метод дельфинотерапии является признанным во всем мире неспецифическим методом усиления защитных сил организма у лиц разного возраста.

Дельфинотерапия имеет два способа взаимодействия. Свободное взаимодействие с животным с минимальным участием специалистов и специально организованное общение. Дельфинотерапию можно отнести к натуро-психотерапии. Она может быть как индивидуальной, так и групповой, семейной. Механизмы воздействия: физиологические и психологические. Перед использованием дельфина в качестве ко-терапевта в дельфинотерапии, животное обязательно проходит специальную подготовку. Основные формы взаимодействия дельфина с человеком: 1. Пассивное взаимодействие. 2. Активное взаимодействие. Курс дельфинотерапии для детей состоит из 3 этапов: Подготовительный. (Сбор анамнеза, знакомство с индивидуальными особенностями ребенка, совместное составление плана коррекционной работы). Основной. (Проведение коррекционной работы.) Заключительный. (Сравнение заключений специалистов: до и после дельфинотерапии.). В ходе проведения работы нами было установлено, что гиперактивные дети и дети с поведенческими нарушениями в результате дельфинотерапии становились более спокойными, менее возбудимыми и менее агрессивными, лучше сотрудничали с психотерапевтом, начинали лучше учиться и приобретали способность управлять своим поведением.

Вывод: Для того, чтобы достичь максимальной эффективности сеансов дельфинотерапии, для пациента недостаточно простого пребывания в одном бассейне с животными или тактильного контакта с ними. Необходимо создать тонкую психологическую связь между дельфином и пациентом. Формирование этой связи во многом зависит от грамотной работы дельфинотерапевта. Важное значение имеют вид, пол, возраст и физиологическое состояние животного. Необходимо обеспечить оптимальное соотношение различных форм взаимодействия дельфина и пациента с целью повышения эффективности и процесса формирования коммуникационной связи дельфина с человеком. В курсе дельфинотерапии общение с дельфином должно быть регулярным, а не эпизодическим. Дельфинотерапия для каждого пациента индивидуальна. Дельфинотерапию можно совмещать с другими видами лечения. Окончательное решение о необходимости метода выносит только врач-специалист.

Шахзадян Л.Г.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДЕТСКУЮ ШИЗОФРЕНИЮ И ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Георгиевская Н.В.**

Не смотря на значительные достижения в лечении шизофрении и детского аутизма, во всем мире наблюдаются стабильные цифры встречаемости этих заболеваний. Показатели распространенности детской шизофрении от 0 до 14 лет - 1,66 на 1000. Аутизм встречается у 2-4 детей из 10 000, у мальчиков в 3 раза чаще, чем у девочек. До сих пор этиология этих заболеваний остается тайной.

Аутизм – тяжелая детская аномалия психического развития ребенка, характеризующееся главным образом нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, перверсией интересов, стереотипностью деятельности. Заболевание развивается постепенно. Первыми признаками являются падение

психической активности, ослабление суждений и снижение умственной продуктивности. Пациенты утрачивают естественные чувства к близким, становятся одинокими и грубыми. Более позднее развитие речи, отсутствие логики в мышлении и речи, своеобразное восприятие собственного «я», равнодушие и вместе с тем повышенная чувствительность.

Неизвестно, почему у некоторых детей отдельные проявления шизофрении отмечаются в раннем возрасте, а развернутая симптоматика, как правило, появляется в конце подросткового периода. Однако точно известно, что развитие шизофрении не связано с неправильным воспитанием. Диагностика основана на симптомах. Специфических инструментальных и лабораторных диагностических исследований не существует. Одним из признаков аутизма является нарушение восприятия реальности. Ребенок ни с кем не вступает в контакт. Иногда даже кажется, что он не чувствует боли. Симптомом аутизма считаются также медленное развитие или недоразвитие речи, боязнь всего нового, выполнение монотонных, повторяющихся движений. Такая симптоматика проявляется до трехлетнего возраста ребенка, что дает возможность диагностировать заболевание.

Терапия, основные ее цели: снижение ассоциированных с аутизмом дефицитов и напряжения в семье, повышение качества жизни и функциональной независимости аутиста. Программы интенсивного, длительного специального образования и поведенческой терапии на ранних этапах жизни могут помочь ребёнку в освоении навыков самопомощи, общения, поспособствовать обретению рабочих навыков и часто повышают уровень функционирования, снижают тяжесть симптомов и неадаптивного поведения.

Шульга А.А., Дроботова Е.А.

АНОРЕКСИЯ КАК ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЛОДЫХ ДЕВУШЕК 21 ВЕКА

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Самардакова Г.А.

Актуальность проблемы обусловлена ростом этой патологии в последние десятилетия, трудностями ее диагностики и лечения, в связи со склонностью больных к диссимуляции, несвоевременностью их обращения к специалистам, а также малой курабельностью психопатологической симптоматики и сложностью решения вопросов их реабилитации.

Цель исследования. Изучение отдельных клинических особенностей заболевания, проведение лабораторных методов исследования, оценка эффективности лечения.

Материалы и методы. Выборка состояла из 80 пациентов возрастом 6-16 лет. Основными критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие болезненной убежденности в собственной полноте, целенаправленная деятельность по исправлению «физического недостатка»; объективно отмечаемая потеря веса от 20%, проявления ограничений в еде. Использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический; клинико-катамнестический; патопсихологический; инструментальные методы обследования.

Результаты. Изучение психопатологической структуры и разновидностей клинических проявлений нервной анорексии в возрасте 6 – 16 лет выявило их клиническую неоднородность и позволило определить клинические особенности каждого случая относительно уровня и структуры дисморфофобических идей,

сочетающихся с обсессивно-фобическими и аффективными нарушениями. На ЭЭГ у больных отмечен организованный устойчивый альфа-ритм, на фоне которого - выраженная пароксизмальная активность.

Лечебная тактика ведения больных с нервной анорексией включает этап «неспецифического» и этап «специфического» лечения. На неспецифическом этапе проводится последовательное комплексное лечение в условиях стационара; общеукрепляющая терапия для восстановления вторичных сомато-эндокринных нарушений, а также седативные препараты и нейролептик, выбор дозировки которых зависит от тяжести соматического состояния больных. Терапия на «специфическом» этапе - по нозологическому признаку, определяется клинической структурой состояния, также проводится психотерапия и семейная терапия.

Выводы. Синдром нервной анорексии больных с наличием в преморбиде перфекционизма, тревожных и истерических черт, характеризовался тревожной депрессией с доминированием монотематической сверхценной дисморфофобией с активной деятельностью по коррекции «излишней» полноты. Терапия больных с синдромом нервной анорексии требует комплексного подхода, ориентировочная продолжительность лечения – 3-6 месяцев.

НЕВРОЛОГІЯ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ

Novak A.S.

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Department of the neurology №1

Scientific advisor: phrfessor Grygorova I.A.

Aim. Clinical features studying in young patients after mild traumatic brain injury.

Materials and methods. We have inspected 30 patients after mild traumatic brain injury (TBI), which were treated in the Kharkiv regional hospital and emergency unit hospital named by prof. A.I. Meshaninov. Also there were inspected 20 almost healthy people. For all patients were used clinical-neurological, neuro-physiological (EEG, EP), neuropsychological (MoCA, 10 words memorization, Shulte's tables) investigations, MRI of the brain. All data were statistically processed.

Results. In the acute period patients complained on headache (91,6%), vertigo (35,4%), general weakness (83,3%), worsening in memory (87,4%), in attention (75,0%); reduction in sight (77,1%), rumor (64,6%), convulsive assaults (37,5%), apathy and sleepiness (22,9%). Accordantly to the neuropsychological investigation, were founded reduces of number of words for 10 words test memorizing (in comparison with control group), the lower total volume of reproduction ($p < 0,05$), increasing time for working by Shulte's tables, more amount mistakes. Studying of biochemical indices in the blood serum has shown, that in the in distant period there are much significant disturbances. All changes correlated with complaints and neurological symptoms.

Conclusions: Even mild traumatic brain injury occurs the disturbance of neuropsychological indices and its' biochemical markers. This changes is necessary to take into account providing the treatment tactics in TBI patients.

Soloviova Y.T.

ENCEPALITIS IN HIV INFECTED PATIENTS

Chair of Neurology № 2,

Kharkov National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific Director: Tovazhnyanska O.L.

Human immunodeficiency virus (HIV)-associated encephalitis is one of often neurologic disorder in HIV-infection which can arise at any clinical stage. We had observed 36 HIV infected (III and IV clinical stage, according to Classification by WHO, 2002). All patients are registered in Kharkov regional HIV center. Methods: clinical, parameters of the immune status (a quantitative estimation of subpopulations T-lymphocytes (CD4) in blood), MRI.

Citomegalovirus encephalitis proceeded mainly on type productively - necrotic meningoencephalitis. 11 patients debuted with expressed changes in the mental status (dementia, acute decrease of mental and motor activity, a disorientation). Neurologic disorder included headache, meningeal phenomena, lesion of craniocerebral nerves, spastic palsy. 15 patients have ventriculitis with expressed expansion of ventricles on MRI. 14 patients shows hypertensive-hydrocephalic syndrome, 6 patient demonstrated episynrome. Level CD4-leucocitis in 17 patients was less than 75 cells / ml, the other 9 patients have - less than 50 cells / ml. Patients with toxoplasma encephalitis more frequently have disturbance of consciousness, infringements of the mental status, headache, non-acute lesion of craniocerebral nerves (III, VII and XII pairs), aphasia, motor disorders, cerebellar and extrapiramidal symptoms. 9 patients have CD4 - lymphocytes level less than 100 cells / ml,

5 patients have - less than 75 cells / ml. The diagnosis of toxoplasma encephalitis made on the basis of a clinical signs, presence of antibodies for Toxoplasma gondii (level IgG) in blood, MRI -signs (focal lesion of grey substance diencephal areas and cortex, plural zones of the lowered density surrounded by semilunar shadows, from 0,3 to 1,5 ce). In CSF was slight increase of protein concentration and moderate cytosis. Thus, alongside with focal neurologic semiology, frequency of observable frustration of the mental status being a debut at overwhelming number of patients with CMV-encephalitis (and 1/3 of patients with toxoplasma encephalitis), demands vigilance of neurologists and psychiatrists concerning of possibility of latent HIV-infections, especially in young patients. Observable decrease of level of CD4 lymphocytes less than 100 cells / ml is a marker of adverse development, progressing HIV infection, possibility of emergence opportunistic infections, causing different lesion of nervous system in HIV patients.

Балута Б.Ю.

**ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В
ДИАГНОСТИКЕ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ.**

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Сало В.И.

Как известно, полимиозит (ПМ) и дерматомиозит (ДМ) – аутоиммунные заболевания скелетной мускулатуры неизвестной этиологии, которые относятся к системным заболеваниям соединительной ткани и объединяются общим термином – «идиопатические воспалительные миопатии» (ИВМ). Помимо широко известных объективных лабораторно–инструментальных методов исследования, позволяющих подтвердить диагноз ПМ/ДМ и оценить активность воспалительного процесса в мышечной ткани, таких как игольчатая электромиография и маркер воспалительной активности – креатинфосфокиназа (КФК) в сыворотке крови, зарубежные исследователи в последние годы стали использовать магнитно–резонансную томографию (МРТ). Поскольку МРТ–исследование чувствительно к изменениям жидкостной насыщенности тканей, оно может быть использовано для оценки воспалительных заболеваний мышц, так как их отек является патоморфологическим признаком воспаления. Достоинства МРТ–диагностики: позволяет провести раннюю диагностику заболевания до появления клинических признаков; некоторые авторы считают МРТ–исследование более точным, чем уровень КФК в сыворотке крови; показано, что изменения в интенсивности МР–сигнала коррелируют с мышечной силой у пациентов с дерматомиозитом и обеспечивают точную оценку активности болезни; позволяет выбрать более точную локализацию для диагностической биопсии; является комфортным для пациента, и повторение в динамике с целью контроля проводимого лечения возможно чаще, чем биопсия и/или ЭМГ.

В последнее время внедрен количественный индекс миозита, как объективный, полуавтоматический, компьютерный метод подсчета оценки степени выраженности заболевания, основывающийся на анализе МР–изображений. Данные МРТ–исследования мышечной ткани включены также в оценку индекса повреждения, предложенного International Myositis Assessment and Clinical Studies Group (IMACS).

Нами проведено собственное исследование по изучению возможности применения МРТ для оценки состояния мышечной ткани при ИВМ. Целью исследования было приобретение собственного опыта в оценке изменений мышечной ткани у пациентов ПМ/ДМ на различных этапах болезни. Нами обследовано 10 пациентов, из них 5

(50%) острым, 4 (40%) с хроническим течением болезни, и 1 (10%) пациент был в состоянии полной клинической ремиссии.

Результаты. Нормальная картина МРТ наблюдалась у 4 (40%) пациентов, из них у 1 пациентки наблюдалась полная клиническая ремиссия. Все эти больные получали адекватную терапию ГК в дебюте болезни ($67,9 \pm 15,7$ мг/сут.), при этом длительность болезни от дебюта до начала ГК терапии составляла в среднем $3,5 \pm 2,7$ мес. Патологическая картина МРТ наблюдалась у 6 (60%) больных ИВМ. У них всех выявлены признаки отека мышечной ткани. Кроме того, из них у 1 больного отек сочетался с фиброзом, и у 1 пациентки была жировая инволюция с признаками отека мышечной ткани.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой чувствительности МРТ, позволяющей дифференцировать острую фазу воспаления от необратимых изменений мышечной ткани, в обоих случаях клинически проявляющихся проксимальной мышечной слабостью. Это способствует как правильности постановки диагноза, так и уточнению стадии заболевания для выбора дальнейшей тактики лечения и решения вопроса о целесообразности повышения дозы ГК.

Безуглова И.О.

ОКСИДАНТНЫЙ СТРЕСС И СИСТЕМА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кафедра неврологии № 2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Товажнянская Е.Л.

Диабетическая энцефалопатия (ДЭ) является частым осложнением сахарного диабета (СД) 2 типа. Базисными механизмами, лежащими в основе ДЭ при СД 2 типа, считаются активация полиолового и гексозаминового путей метаболизма глюкозы, инсулинорезистентность, образование конечных продуктов избыточного гликирования белков, развитие оксидантного стресса, формирование дисбаланса регуляторов эндотелиальной функции и др.

Цель исследования – изучить взаимосвязь нарушения оксидантно-антиоксидантной системы и системы оксида азота (NO) у больных с диабетической энцефалопатией и СД 2 типа.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 87 пациентов с СД 2 типа и диабетической энцефалопатией 2 степени в возрасте $56,3 \pm 5,9$ лет. Исследовано содержание нитрит-аниона, нитрат-аниона, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), активности супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГПО) спектрофотометрическим методом. Ведущими неврологическими синдромами у больных с ДЭ 2 степени и СД 2 типа были цефалгический синдром (в 91,9 % случаев); когнитивная дисфункция (в 96,6 %); статико-координаторные нарушения (в 78,2 %); внутричерепная гипертензия (в 77 %), полиневропатический синдром (в 86,2 %) и др.

Биохимическое исследование крови выявило повышение ($p < 0,01$) уровня МДА в 1,6 раза, ДК в 3,2 раза, СОД в 2,9 раза и снижение ГПО в 1,3 раза ($p < 0,05$), а также повышение ($p < 0,05$) уровня нитритов и нитратов по сравнению с контролем. Выявленная положительная зависимость между содержанием прооксидантов и уровнем нитратов и нитритов отражала взаимосвязь между развитием оксидантного стресса и нарушениями в системе оксида азота у больных с СД 2 типа и ДЭ 2 степени.

Боярский А.А., Сухомлин Н.П.
ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ МЫШЕЧНЫХ СУДОРОГ
Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научные руководители: профессор Григорова И.А., доцент Сало В.И.

На данном этапе развития медицины проблема развития мышечных судорог (МС) у людей старшей возрастной группы (более 50 лет) является достаточно актуальной ввиду того, что, несмотря на достижения в этом направлении, невозможно выделить весь спектр этиологических факторов развития МС.

Целью данного исследования стало выявление наибольшего количества причин и факторов риска развития мышечных судорог у людей старшей возрастной группы.

Нами было проведено ретроспективное исследование 52 карточек пациентов с мышечными судорогами в анамнезе. Критериями отбора для данного исследования послужили: возраст обследуемых старше 50 лет и возникновение судорог впервые за период жизни.

Было установлено, что среди данной выборки наиболее частыми причинами МС являются: различные травмы нервной системы, последствия употребления лекарственных препаратов (фуросемид, прозерин, ралоксифен, толкапон, нифедипин, антиастматические препараты и препараты для снижения холестерина, морфий), дефицит кальция, магния, калия и натрия в сыворотке крови, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, миотоническая хондродистрофия, гипогликемия, паркинсонизм. Благодаря полученным результатам можно сделать вывод о полиэтиологичности мышечных судорог и о необходимости дальнейшего изучения данного вопроса.

Волошин – Гапонов И.К.
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У
БОЛЬНЫХ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА

ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии НАМН Украины»,
Харьков, Украина

Болезнь Вильсона – Коновалова (БВК) относится к группе наследственных нейродегенеративных заболеваний. В генезе нейродегенеративных изменений головного мозга всегда в той или иной степени принимает участие и гемодинамический фактор. Однако, в литературе, кроме патоморфологических работ, почти нет исследований, посвященных роли этого фактора в развитии болезни Вильсона – Коновалова. Поэтому, целью нашей работы явилось изучение состояния церебральной гемодинамики у больных болезнью Вильсона – Коновалова в зависимости от формы заболевания, длительности болезни и динамики выраженности неврологического дефицита.

В нашей работе приведены результаты ультразвукового исследования церебральной гемодинамики 50 человек больных болезнью Вильсона – Коновалова. Мужчин было 30, а женщин 20 человек. На период обращения в институт средний возраст больных составил 29,7 лет. Возрастной диапазон больных был от 16 до 50 лет.

Диагноз БВК ставился или подтверждался в клинике института на основании снижения содержания в сыворотке крови церулоплазмينا ниже 20 мг/дл, увеличение экскреции меди с мочой более чем 100 мкг/сутки и на основании наличия колец Кайзера – Флейшера. У 18 больных было проведено молекулярно-генетическое подтверждение болезни БВК.

Анализ клинической картины больных выявил полиморфную неврологическую симптоматику с преобладанием поражения экстрапирамидной системы. Оценка состояния церебральной гемодинамики проводилась на сканере ULTIMARA (Украина). Исследовались магистральные артерии экстра и транскраниальных отделах. Комплексное исследование различных параметров и факторов, влияющих на состояние мозгового кровообращения показало, что у больных БВК имеются как структурные так и функциональные нарушения в системе обеспечения церебральной гемодинамики. О важности сосудисто – гемодинамического звена в развитии и течении такого наследственного нейродегенеративного заболевания как болезнь Вильсона – Коновалова говорят и такие факты как неуклонное прогрессирование заболевания, умеренные изменения со стороны печени при выраженной неврологической картине заболевания, неуклонное продолжение нарастания неврологического дефицита при медикаментозной хелатерной нормализацией церулоплазмينا в сыворотке крови и экскреции меди с мочой. Клинико – инструментальные данные о нарушении церебральной гемодинамики у больных БВК подтверждаются и патоморфологическими исследованиями, в которых показана важная роль ангиотоксического компонента поражения головного мозга. Особенно страдают мелкие сосуды и капилляры в зонах серого вещества головного мозга с богаторазвитой сосудистой системой. Полученные данные о роли гемодинамического фактора в возникновении и течении БВК могут быть критерием прогноза течения заболевания и планирования патогенетического лечения. Так как, только стабилизация медьдепонирующего баланса не во всех случаях может решить проблему лечения и реабилитации больных БВК.

Иващенко Р.О.

СПОСОБЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Тесленко О.А.

Антифосфолипидный синдром (АФС) относится к числу наиболее актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины для врачей различных специальностей как взрослой, так и детской практики. Одним из наиболее ярких и прогностически опасных состояний, проявляющихся рецидивирующими тромбозами, АФС, в основе которого лежит формирование антифосфолипидных антител (аФЛ-АТ) – гетерогенных антител (АТ) к содержащимся в плазме отрицательно заряженным мембранным фосфолипидам. В настоящее время установлено, что АФС является широко распространенным аутоиммунным процессом, в основе которого лежит образование в высоком титре антифосфолипидных антител (АФА) которое наблюдается на фоне широкого спектра бактериальных и вирусных инфекций, но тромбозы в этих случаях развиваются редко, что объясняется различиями иммунологических свойств аФЛ-АТ при АФС и инфекциях. Тем не менее, предполагают, что развитие тромботических осложнений в рамках АФС может быть связано с латентной инфекцией. Прикрепляясь к стенкам сосудов, тромбоцитам, непосредственно вступая в реакции свертывания крови, аФЛ-АТ приводят к развитию тромбозов. аФЛ-АТ обнаруживаются при воспалительных, аутоиммунных и инфекционных заболеваниях (сифилисе, болезни Лайма, ВИЧ-инфекции, гепатите С и др.), злокачественных опухолях (парапротеинемических гемобластозах, лимфолейкозах),

при длительном приеме ряда медикаментов (оральных контрацептивов, психотропных средств и пр.). Отмечено повышение частоты обнаружения аФЛ-АТ в семьях больных АФС, описаны случаи АФС (чаще первичного) у членов одной семьи и определенная связь между гиперпродукцией аФЛ-АТ и носительством некоторых антигенов главного комплекса гистосовместимости, а также генетическими дефектами комплемента. Установлено, что большинство АФА принадлежат к иммуноглобулинам класса G и M, так же серологическими маркерами являются антитела к кардиолипину (аКЛ), волчаночный антиген (ВА), b2-гликопротеин-1-кофакторозависимые АТ. Для диагностики АФС используют группу биохимических тестов: Антитела к кардиолипину IgG или IgM в сыворотке в средних или высоких титрах выявляются по крайней мере 2 раза в течение 6 недель при определении с помощью стандартизированного иммуноферментного метода, позволяющего определять зависимые от b-2-гликопротеина (ГП) антитела.

Тест определения ВА методами, оценивающими свертываемость крови, – более специфичный, но менее чувствительный по сравнению с кардиолипиновым тестом. ВА в плазме, выявленные при 2 или более исследованиях с интервалом не менее 6 нед, определяемые согласно руководству Международного общества тромбозов и гемостаза (исследовательская группа по ВА/фосфолипидзависимым антителам): Ложноположительный RW-тест малоспецифичный и чувствительный. Тест определения АТ к β 2-ГП-1 наиболее специфичный тест, может быть положительным при отсутствии аКЛ. В практической деятельности чаще всего определяют аКЛ и ВА. АФС развивается преимущественно в молодом возрасте, описано у детей и даже у новорожденных. АФС чаще выявляется у женщин. Клинически АФС проявляется у 30% больных с ВА и у 30-50% пациентов, имеющих умеренный или высокий уровень аКЛ-IgG. Антифосфолипидные антитела обнаруживают у 21% лиц молодого возраста, перенесших инфаркт миокарда, и у 18-46% перенесших инсульт, у 12-15% женщин с рецидивирующими спонтанными абортами, у 1/3 больных СКВ. При наличии аФЛ-АТ на фоне СКВ риск развития тромбозов составляет 60-70%, при их отсутствии 10-15%. Клинические проявления АФС разнообразны: от рецидивирующих венозных и артериальных тромбозов, ранних инфарктов миокарда и инсультов, до невынашивания беременности, тромбоцитопении, синдрома Рейно. Наблюдая у больного один или более клинических эпизодов артериального, венозного тромбоза или тромбоз мелких сосудов в любой ткани или органе мы можем заподозрить наличие АФС. При этом тромбоз должен быть подтвержден визуализацией изображения, доплеровским исследованием или морфологически, за исключением поверхностных венозных тромбозов; морфологическое подтверждение должно быть представлено тромбозом без наличия значительного воспаления сосудистой стенки. Таким образом для диагностики АФС важны клинические проявления и изменения, диагностируемые при биохимических исследованиях.

Кохан Е.Н., Черняк А.В.

БЕССОННИЦА У ПОЖИЛЫХ И ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Резниченко Е. К.

Проблема нарушений сна у пожилых длительное время оставалась без внимания, несмотря на учащение жалоб на плохой сон и увеличение потребления снотворных. Эпидемиологические исследования старших возрастных групп (65 лет и старше)

показали, что до 35% пожилых и стариков отмечают нарушения сна. Известно, что сон регулирует гормон мелатонин. Он вырабатывается в эпифизе только во время ночного сна из серотонина. Мелатонин обладает широким спектром физиологических функций. Основными из них являются: участие в формировании эндогенных биологических ритмов организма, цикла «сон — бодрствование», регуляция температуры тела, участие в антиоксидантной защите организма, иммуномодулирующее действие. В последние годы показано влияние мелатонина на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Доказано, что во всех известных причинах инсомнических нарушений в пожилом возрасте патогенетическим механизмом реализации является первичное или вторичное снижение синтеза гормона мелатонина эпифизом головного мозга.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности синтетического аналога мелатонина в коррекции цикла «сон-бодрствование» у пожилых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 пожилых пациента в возрасте от 65 до 76 лет, из них 14 женщин и 8 мужчин, страдающих бессонницей. Всем пациентам был назначен синтетический аналог мелатонина (Вита-мелатонин) в дозе 3 мг ежедневно вечером за 30 мин до сна в течение 2-х недель.

Результаты и обсуждения. Все пациенты отметили значительное улучшение качества сна – сократился период засыпания, прекратились ранние пробуждения, пациенты перестали просыпаться ночью и видеть тревожные сновидения.

Выводы. Очевидно, что введение экзогенного мелатонина в вечернее время является оптимальным путем коррекции инсомнических нарушений у пожилых людей, так как бессонница в этом возрасте является следствием функциональной недостаточности эпифиза.

Куфтерина Н.С.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Григорова И.А.

Патогенетические механизмы, участвующие в развитии головной боли напряжения (ГБН), остаются дискутабельными. Результаты проведенных за последнее десятилетие научных исследований с применением новых технологий существенно изменили нейроморфологические, нейрохимические и нейрофизиологические представления о болевой чувствительности вообще и о головной боли в частности.

Наиболее признанные теории ГБН: психогенная, миофасциальная, биохимическая, были дополнены конкретными нейрональными механизмами головной боли, открытием дополнительных рецепторов, участвующих в нейрохимической передаче боли. Установлено, что эпизодическая ГБН возникает вследствие усиленной болевой афферентации из напряженных мышц в результате неудобной позы или повышенного напряжения мышц во время стресса. В случае значительной интенсивности или длительности болевых раздражителей возникает неспецифический воспалительный ответ, частью которого является вазодилатация и выход химических медиаторов и белков плазмы в интерстиций. Это в свою очередь приводит к появлению медиаторов боли, таких как серотонин, брадикинин, калий, субстанция Р, гистамин, и продуктов циклооксигеназного и липооксигеназного путей метаболизма арахидоновой кислоты, приводящих к сенситизации ноцицепторов с высоким порогом возбудимости. В

результате этих нейрохимических и патофизиологических механизмов снижается порог возбудимости, возникают парадоксальные патологические ответы: гипералгезия, аллодиния. Помимо мышечного напряжения, как полагает большинство авторов, существуют и другие факторы, играющие важную роль в развитии головной боли напряжения. При этом основное значение в патофизиологии ГБН придается измененной реактивности структур лимбико-ретикулярного комплекса и дисфункции эндогенных механизмов антиноцицептивного контроля, что подтверждается выявляемыми психовегетативными расстройствами, данными электромиографии, феноменом экстероцептивной супрессии ES2. Для хронической ГБН характерно снижение уровня серотонина и активности центральной опиоидной системы. Такие биогенные амины, как серотонин, норадреналин, дофамин, а также эндорфины и нейроэндокринные факторы играют в этой системе ведущую роль. Обсуждается также участие ГАМКергических соединений, оксида азота в механизмах боли.

Одним из патогенетических механизмов ГБН рассматривается низкий уровень Mg^{2+} , который был обнаружен у пациентов, страдающих головными болями. Установлено, что Mg^{2+} и B_6 модулируют уровень внутриклеточного NO. Только в условиях нормального их уровня магний участвует в выведении захваченного клеткой оксида азота. В случае же магниевых дефицита внутриклеточно происходит генерация опасного пероксинитрита. Другим звеном в патогенезе головной боли рассматривается нарушение взаимоотношений Ca и Mg. Магний обеспечивает функциональную способность нервно-мышечной ткани и при регулировании мышечной возбудимости является естественным антагонистом Ca. Магний служит фактором расслабления миоцита. Кроме того, магний конкурирует с Ca на кальциевых каналах мембраны клетки и на месте связывания кальция на сократительном аппарате. Учитывая, что Ca способствует сокращению мышцы, а Mg - ее расслаблению, дефицит Mg и увеличение Ca/Mg-коэффициента может явиться причиной тонического состояния мышцы и возникновения головной боли. Третий момент дефицита магния, который можно рассматривать в патогенезе головной боли и вегетативных расстройств, это нарушение мембрано-стабилизирующего действия ионов магния, которое приводит к повышению возбудимости нервной системы.

Подводя итог вышеизложенному, можно сделать вывод, что в патогенезе эпизодических ГБН преимущественное значение имеют периферические механизмы - напряжение перикраниальных мышц и последующий каскад нейрохимических реакций, состояние элементного состава. При хронической ГБН основную роль играют центральные механизмы: сенситизация тригеминальных нейронов, снижение болевого порога, недостаточность антиноцицептивной системы и лимбико-ретикулярного комплекса. Однако установленные патофизиологические и нейрохимические механизмы головной боли нельзя считать окончательными, а отдельные конкретные звенья патогенеза ГБН подлежат дальнейшему изучению.

**Марковская Е.В., Шапкин А.С., Чернякова А.Е., Бутенко Е.А., Каушнян Д.В.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.**

Кафедра неврологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Товажнянская Е.Л.

В настоящее время рассеянный склероз (РС) по-прежнему остается одним из наиболее тяжелых неврологических заболеваний. Большинство нерешенных проблем

данной патологии связано с отсутствием четких и достоверных критериев ранней диагностики РС. В нашей предыдущей работе, на основании морфологического изучения биоптатов кожи больных с верифицированным диагнозом РС и длительным стажем заболевания были выявлены признаки демиелинизации, дистрофические и воспалительные изменения в периферических мелких нервных волокнах. Однако в доступной нам литературе отсутствуют данные об изменениях ПНС в дебюте РС.

Цель исследования – выявить морфологические изменения и особенности экспрессии циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) и индуцибельной NO-синтазы (iNOS) в нервах и сосудах кожи больных РС в дебюте заболевания.

Нами были изучены биоптаты кожи 7 больных с подозрением (дебют) на РС и 3 больных без РС. Параллельно с патоморфологическим исследованием больным был проведен комплекс необходимых клинических и инструментальных исследований для верификации диагноза РС.

При импрегнации биоптатов кожи азотнокислым серебром и окраске по Шпильмееру отмечаются признаки демиелинизации, что проявляется неравномерностью окрашивания, очаговой фрагментацией и набуханием, а также наличием аневризмоподобных вздутий невролеммы. Периневрально и периваскулярноочагово определяется неярко выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Изменения в перинавральном пространстве больше носят экссудативный характер и проявляются выраженным отеком и набуханием нервных волокон. При проведении иммунопероксидазной реакции с использованием моноклональных антител к ЦОГ-2 и iNOS отмечается очаговое достоверное увеличение экспрессии ЦОГ-2 и iNOS в цитоплазме шванновских клеток и периневрально расположенных лимфогистиоцитарных элементах. Экспрессия iNOS выявляется также и в эндотелии сосудов.

Таким образом, можно констатировать, что морфофункциональные изменения в элементах ПНС в дебюте РС проявляются очаговой демиелинизацией и дистрофическими изменениями в нервных волокнах, а также развития воспалительных изменений в периневральном и периваскулярном пространстве. В дебюте РС воспалительные изменения в элементах ПНС носят в большей степени экссудативный характер и в меньшей – продуктивный. Одним из звеньев патогенеза, усиливающих структурные и периферические нарушения при манифестации заболевания, может служить активация индуцибельной фракции синтазы оксида азота и циклооксигеназы-2.

Некрасова Н.А., Бортновская В.С.

**МЕХАНИЗМ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ, КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Кафедра неврологии №2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Одной из наиболее распространенных форм цереброваскулярной патологии у лиц молодого возраста является вертебробазилярная недостаточность спондилогенного происхождения. Исследования последних лет убедительно показали предопределяющую роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе поражения сосудистой системы, особенно при кардиальной патологии, однако ее значение в развитии цереброваскулярных нарушений изучено недостаточно. Особый интерес

представляет изучение состояния эндотелия, вазомоторной реактивности и ишемических изменений при дисгемиях в вертебробазиллярном бассейне, что является немаловажным для глубокого понимания звеньев патогенеза, разработки диагностических критериев и обоснования лечебных мероприятий.

Целью работы являлось изучение содержания и соотношения биологически активных веществ (адреналин, норадреналин, серотонин) для определения характера вазореактивности, а также метаболитов оксида азота (S-NO) и эндотелина-1 для оценки выраженности эндотелиальной дисфункции и определения ее патогенетической роли у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебробазиллярной недостаточностью (СВБН).

Материалы и методы. Обследовано 65 пациентов возрастом 25-40 лет, находившихся на обследовании и лечении в неврологическом отделении ОКБ по поводу СВБН. Диагноз верифицирован в условиях стационара. Контрольная группа – 25 здоровых доноров сопоставимых по возрасту и полу.

Содержание биогенных аминов определяли методом тонкослойной хроматографии на колонках с катионной смолой «Dower» с последующим спектрофлуориметрическим анализом фракций. Концентрацию эндотелина-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Содержание S-NO определяли спектрофлуориметрическим методом.

Результаты. Установлено, что концентрация серотонина у пациентов с вертебробазиллярными нарушениями достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,78 \pm 0,03$ мкМ/л против $0,45 \pm 0,03$). Содержание адреналина в 50% случаев достоверно выше, чем у здоровых пациентов контрольной группы ($3,65 \pm 0,27$ нМ/л против $1,95 \pm 0,11$ нМ/л). Содержание норадреналина в 95% случаев – снижено ($18,45 \pm 1,12$ нМ/л против $26,34 \pm 1,08$ нМ/л в контрольной группе), ($p \leq 0,05$). В то же время, выявлена тенденция к увеличению концентрации эндотелина-1 в сыворотке крови в группе пациентов с СВБН ($2,84 \pm 0,09$ фентамоль/мл против $1,25 \pm 0,08$ фентамоль/мл), а также к снижению уровня S-NO ($0,18 \pm 0,07$ мкМ/л против $0,45 \pm 0,02$ мкМ/л), что свидетельствует о дисбалансе в системе вазоконстрикторы-вазодилататоры в сторону вазоконстрикторов и является основным проявлением эндотелиальной дисфункции. Выявленный сдвиг в катехоламинэргической системе, характеризующийся преобладанием серотонина и адреналина при недостатке норадреналина (модулятора их сосудистых эффектов) также свидетельствует о превалировании вазоконстрикции. Таким образом, дисбаланс в катехоламинэргической системе и эндотелиальная дисфункция, проявляющиеся в сдвиге механизмов ауторегуляции сосудистого тонуса в сторону вазоконстрикции являются патогенетически значимыми в развитии спондилогенной вертебробазиллярной недостаточности.

Новохатский¹ М. С., Новохатская² Е. М.

НЕВРАЛГИЧЕСКАЯ АМИОТРОФИЯ ПЕРСОНЕЙДЖА-ТЕРНЕРА СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Кафедра неврологии № 1¹

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

²Рубежанская центральная городская больница, Рубежное, Украина.

Актуальность: невралгическая амиотрофия Персонейджа-Тернера (НАПТ) — идиопатическая плечевая плексопатия с острым началом в форме выраженного болевого синдрома в области лопатки, плеча и надплечья, по стиханию которого

развивается парез и атрофия мышц плечевого пояса. В патогенезе НАПТ преобладает аксональное поражение нервных волокон с присоединением вторичных дизиммунных процессов.

Материалы и методы исследования: больной А. 1962 года рождения поступил в областную больницу г. Харьков с жалобами на выраженную и стойкую боль в области правых лопатки и плеча, онемение и слабость в правой руке, которые развились остро на фоне общего благополучия. В неврологическом статусе обращало на себя внимание: сухожильные рефлексy с рук D<S, мышечная сила в дистальных отделах правой руки - 2 б., гипотрофия мышц и гипестезия в области правого плеча. При рутинных лабораторных и инструментальных исследованиях сторонней соматической патологии не выявлено. Данные электронейромиографии (ЭНМГ) соответствовали таковой при НАПТ. Реовазограмма верхних конечностей в пределах нормы. Рентгенография правого плечевого сустава без отклонений от нормы. Смежные специалисты соматической патологии не выявили. Данные ЭНМГ, характерная клиническая картина дифференциальная диагностика схожей патологии дали нам возможность выставить диагноз НАПТ.

Выводы: прогноз по данному заболеванию благоприятный. При своевременном выявлении, а также рациональной симптоматической и поддерживающей терапии в течение нескольких месяцев или лет у 90 % больных наступает полное спонтанное выздоровление.

**Новохатский¹ М. С., Новохатская² Е. М., Кельгина³ К.А.
ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ (БОЛЕЗНЬ ВЕСТФАЛЯ-
ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА) КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

¹Кафедра неврологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

²Рубежанская центральная городская больница, Рубежное, Украина.

³КУОЗ ОКБ «ЦЭМП и МК», Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент А. Р. Ескин.

Гепатолентикулярная дегенерация (ГЛД) представляет собой прогрессирующее заболевание с аутосомно-рецессивным наследованием, характеризующееся системным нарушением обмена меди и ее патологическим накоплением в органах-мишенях – головном мозге, печени, почках, роговице глаз и др. Клиническая картина включает сочетанные неврологические (тремор, паркинсонизм, дистония, дисфагия, дизартрия, снижение интеллектуальной функции) и соматические (гепатит, цирроз печени, спленомегалия, нефриты, артриты и т.д.) проявления. Обычно ГЛД манифестирует на 2–3-м десятилетии жизни, а в редких поздних случаях болезни адекватная диагностика может представлять серьезные трудности.

Материалы и методы: больная Ц., 1986 года рождения поступила в неврологическое отделение Областной клинической больницы г. Харькова с жалобами на периодическую головную боль в лобно-височных областях давящего характера, навязчивые, произвольные движения в руках, преимущественно в правой, снижение зрения. Считает себя больной с 2005 г., когда впервые появились вышеописанные жалобы. В неврологическом статусе: Глазные щели D>S. Зрачки D>S. Кольца Кайзера – Флейшера (ККФ). Экзофтальм справа. Конвергенция сохранена. Горизонтальный нистагм. Лицо симметричное. Сухожильные рефлексy с конечностей D=S; брюшные рефлексy D=S. Патологический рефлекс Штрюмпеля справа. Гипотония мышц. Мышечная сила достаточная. Координаторные пробы

(пальце-носовая проба, коленно-пяточная проба) выполняет уверенно. В позе Ромберга устойчива. Гиперестезия. Амиотрофии верхних конечностей. Гиперкинезы пальцев кисти справа. Изменение речи – гнусавость. Для подтверждения диагноза проводилось исследование концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови – 20 мг/л (норма: 180-450 мг/л) и суточной экскреции меди с мочой (СЭММ) – 112,5 мкг/сут (норма: 3-35 мкг/сут). Рутинные клинические исследования крови и мочи не отличались от нормы. На высокопольном (1,5 Тл) ядерно-магнитно-резонансном томографе (ЯМРТ): признаки синдрома накопления в подкорковых ядрах эндогенного характера. Ультразвуковое исследование органов желудочно-кишечного тракта: гепатоспленомегалия с повышением эхогенности паренхимы. Заключение окулиста: миопия слабой степени с астигматизмом, дегенерация роговицы – ККФ, гастроэнтеролога: ГЛД, цирроз печени. Больная была консультирована медицинскими генетиками, диагноз был подтвержден. Клиническая картина, данные ЯМРТ, изменения концентрации церулоплазмينا сыворотки крови и СЭММ, а также заключения смежных специалистов были характерны для данного заболевания, что дало нам возможность выставить диагноз: ГЛД с поражением нервной системы, паренхиматозных органов, органа зрения, ригидно-дрожательная форма.

Выводы: основными методиками диагностики ГЛД являются ЯМРТ исследование концентрации сывороточного церулоплазмينا, СЭММ а также медико-генетическое исследование. Безусловно с целью дифференциальной диагностики необходимо проводить рутинное клинико-параклиническое исследование. Прогноз при ГЛД зависит от продолжительности заболевания и сроков начала терапии. Он благоприятный у тех пациентов, которым эффективная терапия проводилась до начала поражения печени и нервной системы.

Олефир А.С.

ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: доцент Тесленко О.А.

Широко известно, что хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) приводят к поражению нервной системы вследствие возникновения признаков нарушения вентиляции, гипоксии, гиперкапнии, затруднения венозного оттока из полости черепа и снижения регионарного мозгового кровотока. К наиболее часто встречающимся синдромам относят широкий спектр псевдоневротических расстройств, особенно депрессию (в 25,6% случаев), дисциркуляторную венозную энцефалопатию и деменцию. Реже ХОЗЛ осложняются доброкачественной внутричерепной гипертензией, радикулопатией или миелопатией грудной локализации, беталепсией и пикнолепсией. В случаях выраженной и длительной декомпенсации ХОЗЛ может приводить к развитию венозных инсультов с наличием общемозговых симптомов у 50% больных и плохим регрессом очаговых неврологических симптомов, которые зависят от пораженного сосудистого бассейна.

На базе КЗУЗ ХОКБ нами обследовано 20 больных пульмонологического профиля с диагнозом ХОЗЛ. В картине неврологических нарушений у осмотренных больных можно выделить ряд основных синдромов — атенический, вестибулярно-атактический, псевдобульбарный, пирамидные расстройства и амиостатические нарушения.

Наиболее часто диагностирована дисциркуляторная гипоксическая энцефалопатия I-II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия — хроническое заболевание головного мозга, проявляющееся прогрессирующим многоочаговым расстройством его функций, обусловленное недостаточностью мозгового кровообращения. Все больные были осмотрены невропатологом, в результате чего были выделены следующие объективные изменения неврологического статуса: анизорефлексия, вестибуло-атактические нарушения, глазодвигательные нарушения, симптомы орального автоматизма, недостаточность лицевого и подъязычного нервов, легкие глазодвигательные нарушения, пирамидная недостаточность, вегетативные пароксизмальные состояния.

Пациенты с диагностированной дисциркуляторной энцефалопатией, в зависимости от стадии заболевания: обращали внимания на следующие жалобы, которые являются начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения: ощущение тяжести в голове, общая слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, снижение памяти, внимания, головокружения, неустойчивость при ходьбе, нарушения сна, нарастание нарушений памяти, трудоспособности, головокружение, неустойчивость при ходьбе. В комплекс лечения обследованных больных были включены препараты которые улучшают трофику головного мозга такие как Актовегил, Мексикор, Цераксон.

Таким образом, в условиях хронической прогрессирующей бронхиальной обструкции и вентиляционной недостаточности происходит нарушение функций центральных и периферических звеньев нервной системы. Одним из ведущих механизмов формирования неврологической симптоматики у больных ХОБЛ является хроническая ишемия мозга и респираторной мышечной недостаточности.

Самойлова Г.П.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІАСТЕНІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТРУКТУРНИХ ЗМІН ВИЛОЧКОВОЇ ЗАЛОЗИ.

Кафедра неврології №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: професор ТОВАЖНЯНЬСЬКА О.Л.

Були проаналізовані 80 історій хвороби пацієнтів з діагнозом міастенія, що знаходились на лікуванні в період з 1997 по 2012 рік в торакальному відділенні ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». З них 71% мали гістологічно підтверджену гіперплазію тимусу, 26% - тимому і 3% не мали патології вилочкової залози.

Ретроспективний аналіз показав, що у пацієнтів з гіперплазією тимусу частіше спостерігалися локальні форми (глотково-лицьова, очна) міастенії (81%), ніж у пацієнтів інших груп. Однак у даній групі також відзначалося швидке прогресування міастенічної симптоматики та тяжкості стану. У групі пацієнтів з тимомами 37% не мали міастенічної симптоматики. У 63% пацієнтів з тимомами частіше розвивалася генералізована форма міастенії, яка мала більш пізній початок, нестабільний і важкий перебіг, ніж у пацієнтів інших груп. У групі пацієнтів без патології вилочкової залози (3%) частіше спостерігалася генералізована міастенія, середнього ступеня тяжкості. Стан таких пацієнтів добре компенсувався прийомом антихолінестеразних препаратів. Таким чином, тяжкість перебігу міастенії та превалювання різних її форм певною мірою залежить від структурних змін вилочкової залози.

Тихова А. И.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛИАТИЛИНА В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ
КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кафедра неврологии № 1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Резниченко Е.К.

Когнитивные расстройства разного генеза представляют собой серьезную социальную и медицинскую проблему. Возможности успешного лечения тяжелой деменции на сегодняшний день существенно ограничены. В связи с этим перспективным является своевременное выявление лиц с повышенным риском ее развития.

Цель: изучение эффективности и переносимости глиатилина (ГЛ) у больных с легкими когнитивными нарушениями сосудистого генеза.

Материалы исследования: было отобрано 5 пациентов с диагнозом: Дисциркуляторная смешанная (гипертензивно-атеросклеротическая) энцефалопатия 2 степени. Из них— 3 мужчин, 2 женщины. Возраст—от 67 до 72 лет. У всех пациентов отмечались преддементные когнитивные нарушения—от 21 до 25 баллов по шкале Mini-mental State Examination (MMSE). ГЛ вводился ежедневно внутримышечно по 4 мл на протяжении 15 дней; в последующем ГЛ назначался по 400 мг 2 раза в сутки на протяжении 2 мес.

Результаты: пациенты отмечали улучшение субъективного состояния: появление «ощущения свежести в голове», повышение умственной работоспособности, улучшение памяти и уменьшение выраженности рассеянности и забывчивости. Регистрировался прирост значений по MMSE (на 10%) по сравнению с исходным уровнем. Побочные эффекты зарегистрированы у 2 больных: у 1-го —диспептические расстройства, у 2-го—трудности засыпания. Указанные явления регрессировали самостоятельно, не потребовали изменений режима лечения ГЛ.

Выводы: Применение Глиатилина, несомненно, позволяет добиться улучшения состояния когнитивных функций. Длительность курса терапии может определяться полученным результатом и переносимостью лечения.

Тихонова О. О.
ХРОНИЧЕСКИЕ ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА
КРАНИОЦЕРВИКАЛГИИ

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: профессор Григорова И.А., доцент Сало В.И.

Длительное время в практической медицине большое внимание уделяется проблемам краниоцервикалгии. Однако истинная причина этой патологии до настоящего времени недостаточно изучена и является одной из ключевых и наиболее трудно поддающихся лечению заболеваний в клинической практике.

Топографическая анатомия черепных нервов ясно свидетельствует о непосредственной близости и соответственно контакте слизистых оболочек носоглотки, зева, гортани, слизистой полости рта с нервными стволами и их разветвлениями, а также с шейным отделом позвоночника, сонной артерией и шейными симпатическими узлами. Выходя из позвоночника, межпозвоночные нервы, проходя вблизи слизистой, вступают в непосредственный контакт с ней, и в случае наличия каких-либо воспалительных процессов в слизистой: хронических или

острых, вовлекаются в процесс и нервы. Тоже происходит и с черепными нервами, симпатическими узлами и их ответвлениями. В патогенезе невралгии при заболеваниях ЛОР-органов имеют значение механический, вазомоторный, и, в первую очередь, инфекционно-токсический факторы.

Нами было обследовано 30 пациентов с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, такими как евстахеит, отит, гайморит, ларингофарингит и тонзиллит, и у 83% пациентов выявлено неврологические расстройства (невралгия тройничного нерва (I, II и III ветви), нейропатии лицевого нерва, невралгии большого и малого затылочных нервов, невралгии большого ушного нерва, шейные невралгии).

Таким образом, необходимым звеном терапии краниоцервикалгии является лечение хронических ЛОР-заболеваний.

Ульванский Д. В., Каук О.И.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра неврологии № 2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Товажнянская Е.Л.

Гипертоническая болезнь (ГБ) — одна из наиболее актуальных проблем медицины. Одним из характерных психоэмоциональных нарушений при ГБ является высокий уровень тревоги, что сказывается на течении заболевания, эффективности лечения, качестве жизни больных.

Целью нашего исследования была оценка психологических нарушений у больных с ГБ в зависимости от длительности заболевания, возраста и пола. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения НПМЦ ХНМУ.

Было обследовано 47 больных в возрасте от 39 до 56 лет (59,6% мужчин, 40,4% женщин). Длительность ГБ в течение 1-2 лет отмечалась у 7 больных (14,9%), 3-5 лет – у 19 (40,4%), более 5 лет – у 21 (44,7%). Оценка психоэмоциональных нарушений проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS-A и HADS-D).

Результаты и их обсуждение. Проведенное обследование выявило у больных с ГБ в 89,6% случаев эмоциональную лабильность, в 61,2% - раздражительность, в 76,1% - снижение фона настроения, в 59,7% - плаксивость и повышенную чувствительность, в 53,7% - потерю интереса к жизни. На утомляемость жаловались 67,2% пациентов, чувство страха и тревогу испытывали 56,7% человек. В группе больных с длительностью ГБ в течение 1-2 лет средний уровень тревожности составил $7 \pm 2,4$ балла, у больных с длительностью ГБ 3-5 лет – $11 \pm 1,8$ балла, а группе больных с длительностью ГБ более 5 лет - $14 \pm 3,5$ балла. Средний уровень тревожности у женщин колебался от $9 \pm 1,4$ баллов (в группе с длительностью ГБ 1-2 года) до $17 \pm 2,1$ баллов (в группе с длительностью ГБ более 5 лет), что существенно превышало показатели у мужчин ($5 \pm 1,7$ и $13 \pm 2,2$ баллов соответственно). Средний уровень тревожности максимально проявлялся в возрастной категории 46-50 лет ($16 \pm 1,6$ балла) и был минимальным в возрастной категории 39-45 ($9 \pm 1,1$).

Выявленные психологические особенности у больных страдающих гипертонической болезнью необходимо учитывать при назначении комплексной терапии.

Хворост В.А.

**КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ
ЛАКУНАРНЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.**

**Областная клиническая больница-центр экстренной медицинской помощи и
медицины катастроф, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Товажнянская Е.Л.

Лакунарные инсульты (ЛИ) составляют 25-30% в структуре цереброваскулярной патологии, имеют хороший прогноз в отношении жизни, но не всегда проявляются четко очерченной очаговой симптоматикой.

Целью исследования явилось установление связей клинической симптоматики и морфологических изменений при лакунарном инсульте для оптимизации их ранней диагностики.

Материал и методы. Обследовано 20 больных с лакунарным инсультом (11 мужчин и 9 женщин, средний возраст которых составил 52,3±8,2 года). Всем больным проведено клиничко-неврологическое, нейропсихологическое (опросник Бэка, Монреальская шкала когнитивной оценки) и нейровизуализационное обследование (МРТ головного мозга).

Результаты и их обсуждение. Основными клиническими синдромами в группе обследованных больных были: когнитивные (92%), эмоциональные (92%), вестибулярные нарушения (50%), гипертензионный синдром (60%), двигательные нарушения (30%). В 60% случаев ЛИ развивались на фоне гипертонической болезни, в 30% - на фоне атеросклероза церебральных сосудов, в 10% - на фоне нарушения сердечного ритма. Очаги ишемии у обследованных больных по данным МРТ головного мозга локализовались в области подкорковых ядер и внутренней капсулы (зона кровоснабжения перфорирующих лентикюлостриарных артерий) – у 45% пациентов; в белом веществе подкорковой области и перивентрикулярно (зона васкуляризации кортико-медуллярных артерий) – в 55% случаев. У 30% больных выявлялись единичные очаги, в 70% случаев – множественные. В 30% случаев очаги ишемии были до 0,5 см³ (малые), в 50% – 0,5-1,5 см³ (средние), в 20% – более 1,5 см³ (большие).

Проведенное клиничко-томографическое сопоставление выявило прогрессирующее нарастание когнитивного снижения и эмоциональных нарушений по мере увеличения количества очагов ишемии. Наиболее выраженный когнитивный дефицит выявлялся у пациентов с ЛИ на фоне гипертонической болезни с преимущественной локализацией очагов в подкорковой области и области гиппокампа.

Хоменко М.А.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КОРТЕКСИН» МЕТОДОМ
ЭНДОАЗАЛЬНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ**

Кафедра неврологии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Резниченко Е.К.

Поиски новых эффективных методов лечения острых нарушений мозгового кровообращения, которые в максимально короткие сроки позволяли бы восстанавливать пациенту жизненную активность до сих пор остается самой актуальной проблемой в клинике нервных болезней.

Цель. Изучение эффективности и безопасности препарата «Кортексин» в лечении больных ишемическим инсультом методом эндоназального электрофореза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 12 пациентов в возрасте от 62 до 74 лет, которые поступили в клинику в первые сутки от начала развития заболевания. Всем на основании клинико-параclinical данных был установлен диагноз - впервые возникший полушарный ишемический инсульт. Все больные получали максимально унифицированную базисную терапию в соответствии с рекомендациями Европейской Инициативной Группы по проблеме Инсульта (EUSI, 2003). Для эндоназального введения раствора Кортексина, разведенного в 10 мл дистиллированной воды использовался аппарат для гальванизации «Поток-1». Три первые процедуры - сила тока 1мА, в течение 10-15 минут, последующие процедуры сила тока — 3мА, в течение 15-20 минут. Количество проводимых процедур - 12. Оценка функционального восстановления больных проводилась по шкале Рэнкин.

Для оценки безопасности препарата в первые сутки заболевания (при поступлении) и на 11-е сутки в крови исследовали уровень глюкозы, креатинина и печеночных трансаминаз, количество эритроцитов, гемоглобин и гематокрит, в моче определяли плотность, наличие кетона, белка и эритроцитов.

Результаты. Анализ клинических проявлений у больных с ишемическим инсультом при эндоназальном лечении Кортексином в остром периоде заболевания показал его положительное влияние как на общемозговые, так и на очаговые неврологические симптомы. Восстановление функционального состояния появлялось с первых суток инсульта. На МРТ-сканах отсутствовала глиозная трансформация к 28-му дню, летальность составила 0%.

Выводы. Не отмечено влияния кортексина на основные жизненные показатели (артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, температура тела) и лабораторные параметры крови и мочи. Проведенное исследование показало, что применение Кортексина в остром периоде ишемического инсульта ведет к снижению летальности, способствует регрессу очаговой неврологической симптоматики и улучшению клинического состояния пациентов.

Шеремета И.А., Каук О.И

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА И ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ МОЗГА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Кафедра неврологии № 2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Товажнянская Е.Л.

Наследственные болезни обмена (НБО) - одна из самых сложных проблем, как для невролога, так и для педиатра. Трудности их диагностики связаны с одной стороны с клиническим полиморфизмом заболеваний, по-разному протекающих у детей различного возраста, с другой - с тем, что разные нарушения обмена в одной и той же возрастной группе могут иметь сходные клинические проявления. Часто в педиатрической практике неврологическая патология рассматривается как результат гипоксически-ишемического поражения (ГИП) ЦНС без оценки состояния метаболических процессов.

Целью нашего исследования было определение дифференциальных критериев диагностики метаболических и гипоксически-ишемических поражений головного мозга у детей раннего возраста. Исследование проводилось на базе Областного дома ребенка №3 г. Харькова.

Было обследовано 39 детей в возрасте от 10 месяцев до 3-х лет, из них 18 детей (46,15%) с различными НБО и 21 (53,85%) - с ГИП ЦНС в анамнезе. Среди НБО преобладали нарушения серосодержащих аминокислот (44,4%), гипергомоцистеинемия (33,3%), нарушение обмена жирных кислот (22,3%).

Результаты и их обсуждение. Обобщение клиничко-анамнестических данных выявило, что в группе детей с НБО достоверно чаще наблюдался отягощенный семейный анамнез по сердечнососудистым и цереброваскулярным заболеваниям (88,8%) и превалировали в клинической картине черепно-лицевая дисморфия (61,1%), гепатомегалия (50%), кардиомиопатия (77,7%), поликистоз почек (27,7%).

Ведущую роль в возникновении ГИП ЦНС у детей раннего возраста играли: отягощенное течение беременности и родов (71,4%), заболевания матери, вызывающие нарушение плацентарного кровообращения (44,4%), низкие баллы по шкале Апгар (85,7%). Следует отметить, что неврологическая симптоматика у детей с ГИП ЦНС возникала преимущественно с момента рождения, а у детей с НБО она развивалась с 5-6 месячного возраста. Нейросонографические изменения, у детей с ГИП ЦНС (перивентрикулярная ишемия, лейкомаляция, глиоз, субэпидемальные кисты) регистрировались в 90,5% случаев, тогда как у детей с НБО только у 16,6 %.

Данные проведенного исследования можно использовать для ранней дифференциальной диагностики НБО и ГИП ЦНС у детей раннего возраста.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Бусяк А.П.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н. Пахомова А. В.

В последнее десятилетие отмечается резкое повышение интереса к лечению нарушений зрения ортокератологическими линзами обратной геометрии. Принцип действия таких линз основан на временном переформировании эпителия в центральной зоне роговицы. Метод коррекции зрения при помощи ортокератологических линз Paragon был сертифицирован в 2002 году в США и странах Европы. Министерство Здравоохранения Украины в 2005 году выдало сертификат на применение линз Paragon в рефракционной терапии.

Цель: оценить возможность использования ночных ортокератологических линз Paragon, уточнить показания и противопоказания к данному методу.

Результаты. Уточнены показания для подбора ортокератологических линз, кроме медицинских рефракционных, выделены и профессиональные - связанные с невозможностью пользования очками и дневными линзами (пилоты, высотники, водолазы), у лиц, которые занимаются контактными и другими видами спорта (горные лыжи, виндсерфинг, аквалангисты, синхронное плавание, теннис). Критериями для отказа подбора линз являются: любая патология роговицы (воспаление, дистрофия), воспалительные заболевания век (дисфункция мейбомиевых желез и др.) и синдром сухого глаза, лагофтальм. Особую важность представляет ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика осложнений ортокератологии.

Выводы. Установлена эффективность, хорошая переносимость и безопасность ношения ночных контактных линз при их правильном подборе, а также при корректном динамическом наблюдении пациентов, использовавших ортокератологическую терапию.

Гончарь Е.Н., Саркисян Г.С.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ И СТАБИЛИЗИРОВАННОЙ ПОУГ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бездетко П.А.

На Украине среди причин инвалидности по зрению глаукома остается на втором месте. Определение риска прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) – одна из наиболее важных задач, позволяющая выработать правильную тактику лечения и периодичность осмотров пациента с глаукомой.

Цель работы: изучение структурных изменений при прогрессирующей и стабилизированной ПОУГ.

Материалы и методы: Нами было обследовано 211 глаз с прогрессирующей и стабилизированной ПОУГ. Течение ПОУГ определялось согласно Волкову В.В. (2008) по изменению среднего отклонения при статической компьютерной периметрии.

Результаты: В целом по группе среднее отклонение (MD) у пациентов со стабилизированным течением ПОУГ было достоверно выше ($Me = -4,4 (-8,3; -2,1)$ дБ),

в сравнении с этим же показателем при прогрессирующем течении ПОУГ ($Me=-7,7$ (-12,9; -3,9) дБ; $p<0,001$). Наибольшая разница между прогрессирующей и стабилизированной ПОУГ отмечалась в показателе толщины слоя перипапиллярных нервных волокон в секторе 19/17 часов (67,9%) и в показателе толщины слоя перипапиллярных нервных волокон в нижнем квадранте (57,7%). Наименьшая разница между прогрессирующей и стабилизированной ПОУГ наблюдалась в толщине комплекса ганглионарных клеток сетчатки (6,7%), тем не менее, различия в целом по группе были достоверны.

Выводы. Показано, что у пациентов с прогрессирующей ПОУГ отмечается достоверно более низкие исходные структурные показатели зрительного нерва и сетчатки, в сравнении со стабилизированной течением.

Гуліда А.О.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНИ У ХВОРИХ НА МІОПІЮ

Кафедра офтальмології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

За даними Е. С. Аветісова (2002) поширеність міопії в розвинених країнах становить 19-42 %, у деяких країнах Сходу досягає 50-70%. Прогресування міопії може призвести до серйозних незворотних змін в очах і значній втрати зору. Прогресування міопії здійснюється за рахунок розтягнення склери. В області виходу зорового нерва в задньому полюсі ока розташовується решітчаста пластинка (РП). Цілісність та функціонування аксонів та судин зорового нерву залежить від морфологічних структур решітчастої пластинки. Яка зберігає градієнт тиску між інтраокулярним і екстраокулярним простором та забезпечує комфортний фізіологічний стан зорового нерва. На сьогоднішній день існує досить робіт з дослідженнями змін решітчастої пластинки при глаукомі. Донедавна такі дослідження були можливі лише за допомогою морфологічних досліджень на енуклеюваних очах. В останні роки у зв'язку з розвитком науково - технічного прогресу і збільшенням діагностичних методів стало можливим вивчення змін структур решітчастої пластинки за допомогою вітальних методів дослідження. Проте, подібних досліджень у хворих на міопію досі проведено не було. Це і обумовлює актуальність визначеної теми.

Ціль роботи вивчити характер ОКТ показників області решітчастої пластинки у пацієнтів з міопією середнього ступеню.

Матеріали і методи. Досліджено 23 хворих з міопією середнього ступеню у віці 18 – 45 лет (11 чоловіків, 12 жінок). З середньою рефракцією $4,58\pm 0,1$ D. Гострота зору $0,89\pm 0,12$,без корекції $0,2\pm 0,13$. Хворим було проведено стандартне офтальмологічне дослідження: візіометрія, офтальмоскопія тонометрія статистична периметрія. Нами був розроблен маркер дослідження найбільш характерних зон змінень решітчастої пластинки. ОКТ області виходу диска зорового нерва проведено на апараті RTVue-100 Fourier-Domain Optical Coherence Tomography (OCT) from Optovue Incorporated. Шляхом зрівняння даних ОКТ и маркерів оцінювався стан решетчастої пластинки.

Результати. За даними ОКТ були виявлені середні показники диска зорового нерву: площа диску (optic disc area) $1,49\pm 0,12$; площа краю(rim area) $0,84\pm 0,25$; площа чаші(cup area) $0,45\pm 0,57$. На основе сопоставления даних ОКТ и шаблонов исследования решетчатой пластинки были определены маркеры змін решітчастої пластинки. По этим маркерам были рассчитаны характеристики решетчатой пластинки

для миопии средней степени. Средняя глубина залегания решетчатой пластинки- $235 \pm 0,15 \text{ nm}$; ставка решітчастої пластини здійснюється на глибині $108 \pm 2,15 \text{ nm}$.

Висновки. Зіставлення даних стандартной ОКТ з шаблонами дослідження дозволяють отримати дані, характеризуючі решітчасту пластину. Средняя глубина залегания решітчастої пластинки у міопів середнього ступеню становить $235 \pm 0,15 \text{ nm}$, вставка решітчастої пластинки здійснюється на глибині $108 \pm 2,15 \text{ nm}$. Середні показники диска зорового нерву: площа диску (optic disc area) $1,49 \pm 0,12$; площа краю (rim area) $0,84 \pm 0,25$; площа чаші (cup area) $0,45 \pm 0,57$.

Дурас А.А.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПИГМЕНТНОЙ ГЛАУКОМОЙ ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОЙ ИРИДЭКТОМИИ.

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Дурас И.Г.

Пигментная глаукома (ПГ) характеризуется высвобождением пигмента из пигментного эпителия радужки и его осаждением на различных структурах переднего отрезка глаза, что может привести к увеличению внутриглазного давления (ВГД) и в конечном итоге к развитию глаукомы. Вовремя проведенная лазерная иридэктомия блокирует механизм развития процесса. Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) позволяет оценить конфигурацию иридо - хрусталиковой диафрагмы у пациентов с пигментной глаукомой до и после проведенного лазерного лечения.

Цель работы: оценить изменение параметров переднего отрезка глаза после лазерной иридэктомии у пациентов с ПГ.

Материалы и методы: в исследование вошли 7 пациентов с некомпенсированной ПГ. Всем пациентам в дополнение к общепринятым офтальмологическим исследованиям была проведена ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) и проанализированы следующие параметры: глубина передней камеры, иридо-хрусталиковый контакт, иридо-роговичный угол и угол кривизны радужной оболочки до и после проведения лазерной иридэктомии с использованием ИАГ-лазера MICRORUPTOR V (MERIDIAN) производство Швейцария.

Результаты. Анализ данных УБМ после иридэктомии показал изменение параметров переднего отрезка глаза: углубление передней камеры, уменьшение иридо - хрусталикового контакта, уплощение конфигурации радужки.

Выводы: в ряде случаев проведенная лазерная иридэктомия позволяет стабилизировать конфигурацию иридо-хрусталиковой диафрагмы, способствуя уменьшению иридо-зонулярного контакта.

Ивженко Л.И.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ И СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА 1-2 СТ. У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Бездетко П.А.

Патология переднего отрезка глаза у больных с сахарным диабетом все чаще привлекает внимание офтальмологов. Синдром сухого глаза (ССГ), дисфункция

мейбомиевых желез (ДМЖ) приводят не только к нарушению комфорта, а могут сопровождаться нарушением зрительных функций и приводить к различным осложнениям, в том числе и в послеоперационном периоде. ДМЖ может быть как самостоятельной патологией, так и составляющей ССГ. И то и другое заболевание требуют несколько разных подходов к выбору лечения. Однако для корректного лечения необходимо дифференцировать эти заболевания. Сегодня нет точных методов дифференциальной диагностики этих патологий у больных сахарным диабетом 2-го типа. Этим и обусловлена актуальность представленного материала.

Цель работы: Разработать метод дифференциальной диагностики ДМЖ и ССГ у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материалы и методы. Обследовано 62 человек с сахарным диабетом 2-го типа и ССГ в возрасте 40-73 лет. Общепринятые клинические офтальмологические методы диагностики, тест Ширмера (до и через 30 минут после компрессии), проба Норна, глазной индекс защиты (ОПИ), показатель стандартизированного компрессионного теста (Корб и Блэки), LIPCOF, LVE, IVAD тесты, мейбомиеграфия. Для оценки полученных данных использовалась классификация ДМЖ P.Asbell и M.Lemp (2011) и классификация ССГ (The International Dry Eye WorkShop (DEWS), 2007).

Результаты исследования. По результатам исследования больных у 98 % исследуемых пациентов выявили изменение показателей всех проб, что свидетельствует о наличии ССГ и ДМЖ у этой категории больных. У 71 % всех пациентов обнаружили 1 ст. ССГ (23 человек) (тест Ширмера $10 \pm 0,3$ мм, тест Норна $9 \pm 0,1$ с, компрессионный тест $8 \pm 0,5$), 2 ст. ССГ (21 человек) (тест Ширмера $7 \pm 1,1$ мм, тест Норна $8 \pm 0,2$ с, компрессионный тест $6 \pm 1,4$). Этим пациентам был также проведен тест Ширмера через 30 минут после компрессии. Показатели данного исследования у больных с ССГ 1 степени – у 67% тест Ширмера после компрессии – $14 \pm 1,5$ мм, у 33 % – $9 \pm 0,3$ мм, у больных с ССГ 2 степени – у 59% тест Ширмера после компрессии – $10 \pm 0,8$ мм, у 41% – $7 \pm 0,1$ мм. У 67% пациентов с ССГ 1 ст. и 59 % пациентов с ССГ 2 ст. тест Ширмера после компрессии увеличился на $4 \pm 1,5$ мм, у остальных остался без изменений в сравнении с начальной пробой.

Выводы: Клинические исследования показали, что у 98 % всех пациентов с сахарным диабетом 2-го типа имеется ССГ и ДМЖ. У 71 % всех пациентов обнаружили 1 и 2 ст. ССГ. У 61 % больных сахарным диабетом 2-го типа с ССГ 1 и 2 ст. причиной данной патологии является ДМЖ, а у 39 % больных имеется истинное нарушение слезопродукции. Проведение теста Ширмера до и через 30 минут после компрессии позволяет разграничить такие патологические состояния как ДМЖ и ССГ, что играет значительную роль для выбора оптимальной терапии.

Ковель И.В.

**РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО
ОТРЕЗКА ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ ЭЛЕРСА-ДАНЛО**

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Пахомова А.В.

Синдром Элерса–Данло (СЭД) представляет собой группу наследственных соединительно-тканых заболеваний, обусловленную аномалиями мезенхимального матрикса, объединенных на основе общих клинических признаков. Выявление ранних диагностических маркеров СЭД определяет перспективность своевременного лечения

данной патологии.

Цель: выявить и изучить ультразвуковые изменения структур глазного яблока у пациентов с СЭД.

Материалы и методы: В группу исследования вошли 24 пациента с установленным диагнозом СЭД. Всем пациентам кроме общепринятого стандартного офтальмологического обследования, проведена ультразвуковая биомикроскопия на микропроцессорном цифровом приборе «Vu Max II» (фирмы «Sonomed», USA) с датчиком высокой частоты 50 Гц.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных результатов отмечено, что в 21 глазах (в 87,5% случаев) обнаружены кисты (единичные и множественные) иридоцилиарной зоны различной локализации с минимальным размером 0,17ммX0,15мм и максимальным: 1,36ммX1,47мм. На 12 глазах (в 50% случаев) имеется остаточная зрачковая эмбриональная мембрана различной локализации, длины и толщины. В 8,3% имеются признаки дистрофического изменения роговицы, а в 20,8% - наблюдаются признаки помутнения хрусталика, причем из них в 40% случаев определяются округлые гиперэхогенные включения в субкапсулярной зоне.

Выводы. Наиболее характерными ультразвуковыми признаками СЭД являются кисты иридоцилиарной зоны, остаточная зрачковая эмбриональная мембрана, которые могут сочетаться с помутнением хрусталика и дистрофическими изменениями роговицы. Выявление этих признаков можно отнести к ранним диагностическим маркерам СЭД.

Кривущев В.Б., Самофалова М.Н., Фрянцева М.В.
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОРИОРЕТИНИТАМИ И
НЕЙРОХОРИОРЕТИНИТАМИ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

Цель: Изучение корреляционных взаимосвязей функциональных результатов лечения у пациентов с хориоретинитами и нейрохориоретинитами.

Материал и методы: Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 55 больных (63 глаза) с хориоретинитами и нейрохориоретинитами, находившимися на стационарном лечении в глазном отделении ХОКБ для взрослых в 1985-2007 гг. или обследованных амбулаторно. Из них мужчин – 21, женщин – 34. Возраст пациентов не превышал 76 лет.

Согласно поставленным задачам, больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 24 пациента (28 глаз), которые лечились по поводу хориоретинита. Во вторую группу вошли 31 пациент (35 глаз), которые лечились по поводу нейрохориоретинита. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica, версия 6.1.

Результаты: Проведено изучение корреляционных взаимосвязей функциональных результатов лечения (по остроте зрения) с показателями до лечения. У пациентов с хориоретинитами установлены корреляционные взаимосвязи между остротой зрения после лечения, остротой зрения до лечения, и локализацией хориоретинальных очагов. При нейрохориоретинитах корреляционные связи выявлены между остротой зрения после лечения, остротой зрения до лечения, и клиническими формами поражения зрительного нерва.

Вывод: Функциональные результаты лечения пациентов с хориоретинитами и нейрохориоретинитами зависят от остроты зрения до лечения, локализации хориоретинальных очагов и клинической формы поражения зрительного нерва.

Лактионова А.С., Громова Ю.А.

КОРРЕКЦИЯ АСТИГМАТИЗМА МЯГКИМИ ТОРИЧЕСКИМИ ЛИНЗАМИ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.наук Пахомова А.В.

Подбор торических мягких контактных линз (МКЛ) первичным пациентам с астигматизмом в Великобритании проводится более чем в 30% случаев, что соответствует доле представителей популяции, страдающих астигматизмом от 0,75 до 2,50 дптр (Morgan P., 2013). В Испании и Дании - 42% случаев подбора торических МКЛ, т.е. 4 из 10 подборов мягких КЛ дневного ношения первичным пользователям. В России доля подборов торических контактных линз занимает только 5% от всех подборов (Смирнова И.Ю., 2014). На Украине аналогичные статистические данные отсутствуют, доля торических МКЛ по-прежнему остается недостаточной.

Цель: Оценить возможность коррекции пациентов с астигматизмом мягкими торическими силикон-гидрогелевыми контактными линзами.

Материалы и методы: Подбор мягких контактных торических линз осуществлялся лицам с миопическим астигматизмом от 0,75 Д до 1,25 Д с признаками аккомодативной астигматизации. Первичными пользователями явились пациенты, ведущие активный образ жизни, возраст которых составил от 21 до 28 лет. Кроме стандартного офтальмологического обследования, оценивалась физическая и физиологическая посадка линзы, проводилось измерение ориентационных меток, стабильности положения, а также реакция тканей глаза на контактную линзу.

Результаты. У всех обследуемых отмечалось: отсутствие аллергических и гипоксических реакций глазного яблока на силикон-гидрогелевую контактную линзу, полное покрытие роговицы МКЛ, оптимальное положение ориентационных меток и субъективное удовлетворение пациентов. Отмечалось полное исчезновение признаков аккомодативной астигматизации во всех случаях.

Выводы. Хорошая переносимость, легкая адаптация, упрощенный процесс подбора, ликвидация аккомодативной астигматизации, высокое качество зрения, позволяет эффективно использовать мягкие силикон-гидрогелевые торические линзы для коррекции клинически значимого астигматизма, что значительно улучшит качество жизни таких пациентов.

Литвищенко А.В., Саркисян Г.С.

МЕТОТРЕКСАТ В ПОДГОТОВКЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С УВЕАЛЬНОЙ КАТАРАКТОЙ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

В настоящее время проблема периферических увеитов остается социально значимой в связи с поражением лиц молодого возраста, бессимптомным течением, несвоевременной диагностикой, и как следствие – поздним лечением и тяжелыми осложнениями. По данным Gangaputra S. et al. (2009) назначение метотрексата у

пациентов с увеитами способствовало регрессии воспалительного процесса в сроки лечения до 6 месяцев.

Цель: Изучить эффективность метотрексата в подготовке к хирургическому лечению пациентов с увеитом и увеальной катарактой.

Материал и методы: Было проведено обследование и лечение 3 пациентов (в возрасте 10, 14 и 32 лет) с периферическим увеитом и увеальной катарактой. Всем пациентам наряду с общепринятым обследованием была выполнена ультразвуковая биомикроскопия на аппарате “VuMax-II” (Sonomed) датчиком с частотой 50 МГц. Метотрексат назначался как альтернатива системных кортикостероидов для достижения ремиссии увеита до операции и профилактики его обострения в послеоперационном периоде.

Результаты: В результате применения метотрексата воспалительный процесс был купирован во всех глазах. Период ремиссии сохранялся на протяжении 6 месяцев, после чего двум пациентам было выполнено хирургическое лечение катаракты. В послеоперационном периоде рецидивов увеита не отмечалось. У 3 пациентки достигнута ремиссия увеита, она находится под мониторингом, ей также планируется хирургическое лечение.

Вывод: Применение метотрексата является эффективным в подготовке к хирургическому лечению пациентов с увеальной катарактой. Его применение способствует достижению длительной ремиссии воспалительного процесса.

Мирошниченко Я.М.

КОНТАКТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕСБИОПИИ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Пахомова А.В.

Медико-социальная и экономическая значимость восстановительной коррекции зрения при пресбиопии не вызывает сомнений, учитывая высокую частоту данного вида патологии у лиц трудоспособного возраста от 40 лет и старше. В последнее время в мире отмечается тенденция перехода врачей при коррекции пресбиопии от очковой коррекции к контактными линзам (КЛ), используя в качестве линз первого выбора мультифокальные мягкие силикон-гидрогелевые контактные линзы.

Целью нашей работы явилось выявить особенности подбора мягких силикон-гидрогелевых мультифокальных контактных линз пациентам с пресбиопией, которые ведут активный образ жизни.

Материалы и методы. Возраст исследуемых находился в пределах 42-50 лет, по гендерным данным преобладали женщины (81% случаев). Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование для выявления сопутствующей глазной патологии и противопоказаний к данному виду контактной коррекции. Подобранные контактные линзы имели силикон-гидрогелевую структуру и имели срок ношения – один месяц. Размер аддидации был подобран по таблицам производителя мягких контактных линз.

Результаты. Существенное повышение качества зрения и субъективной удовлетворенности у наших пациентов в процессе использования данных линз, наблюдалось более выраженным в случаях с малой аддидацией и у пользователей, которые ранее применяли прогрессивную очковую коррекцию. Нами были определены критерии исключения для подбора мультифокальных мягких контактных линз: «синдром сухого глаза», развивающийся на фоне изменения гормонального

фона чаще у женщин в период менопаузы, снижения мышечного тонуса, эластичности кожи век, неплотное прилегание век к главному яблоку, ригидность зрачка, тугоподвижность суставов, что приводило к ограничению при манипуляциях с линзами.

Выводы. Подбор мягких контактных линз пациентам в возрасте старше 40 лет требует особого внимания и большего объема обследования, включающего в себя оценку вспомогательного аппарата глаза, состояния слезной пленки, состояния хрусталика и сетчатки, измерение внутриглазного давления, выяснения общесоматического анамнеза и подбора адекватной адидации.

Рожественская А.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОПИЧЕСКОЙ ТРАКЦИОННОЙ
МАКУЛОПАТИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Бездетко П.А.

В современных условиях распространенность миопии в Европейских странах составляет от 25% до 50%. Особое беспокойство вызывает миопия высокой степени (МВС) с комплексом нарушений центрального отдела сетчатки на уровне нейроэпителлия (миопический центральный ретиношизис, макулярное отверстие, неглубокие ламеллярные «надрывы» сетчатки и др.). G.Panozzo, A.Mercanti, 2004 первыми предложили объединить изменения центральной области у пациентов с дегенеративной миопией в один синдром и ввели термин «Миопическая тракционная макулопатия», подчеркивающий комплексность возникающих изменений.

Ранняя диагностика патологии методом оптической когерентной томографии (ОКТ), который позволяет обнаружить макулярные изменения, не видимые методами биомикроскопии, ангиографии или УЗИ, и хирургическое лечение предупреждает тяжелые последствия, главным из которых является необратимая потеря зрения.

Цель работы: определить особенности течения миопической тракционной макулопатии у пациентов с миопией высокой степени (МВС) и оценить перспективы ее лечения.

Материалы и методы: Проанализирована работа (Giacomo Panozzo, Andrea Mercanti, 2004), целью которой было изучение частоты и особенности макулярной патологии с МВС (степень миопии в диапазоне от -8 до -26 сферического эквивалента (среднее значение -16,93 +/- 5,74). Среднее значение осевой длины составило 29,75 +/- 2,12 мм). В результате исследований в 46,4% случаев были обнаружены признаки эпиретинальной тракции (в 24,8% вследствие развития эпиретинальной мембраны, в 8,8% за счет витреомакулярной тракции, а в 12,8% имело место сочетание этих факторов). Макулярный ретиношизис наблюдался в 20% случаев, утолщение сетчатки - в 8%, ламеллярное макулярное отверстие - в 4,8%, отслойка сетчатки - в 1,6. Отмечено, что отслойка сетчатки в 83,7% случаях связана с эпиретинальной тракцией (изолированной или в сочетании со стафиломой). У некоторых пациентов с МВС обоих глаз были выявлены макулярный ретиношизис в одном глазу, и макулярное отверстие в другом глазу, что дает основания предположить два пути эволюции тракционного синдрома в зависимости от глубины, ширины, формы стафиломы и степени тракционных сил. Эпиретинальная тракция определяет действие на сетчатку двух противоположных сил: эпиретинальные мембраны и витреомакулярные спайки генерируют внутреннюю тракцию, а стафилома и прогрессирующее растяжения

склеры создают внешние силы, значительно повышающие действие внутренних. Витректомию и пилинг эпиретинальной мембраны только в некоторых случаях способны устранять тракционные влияния и останавливать развитие макулярных изменений, в частности, ретиношизиса и неглубокой отслойки сетчатки. Решение о проведении оперативного вмешательства принимаются в зависимости от тяжести миопического тракционного синдрома, наличии клинических проявлений, но не являются гарантией безвозвратного устранения миопической тракционной макулопатии. Таким образом, изменения сетчатки в макулярной области у пациентов с миопией высокой степени – частые и грозные осложнения патологического процесса, которые требуют ранней диагностики и адекватно прогнозируемой терапии.

Саркисян Г.С., Литвищенко А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ ФНО- α В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТА

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

На сегодняшний день известно 3 основных блокатора ФНО- α : инфликсимаб, этанерцепт и адалимумаб. Адалимумаб (Хумира) представляет собой рекомбинантное моноклональное антитело, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека, что обуславливает низкую иммуногенность и снижение частоты аллергических реакций. По данным зарубежных исследователей при тяжелых увеитах, резистентных к стероидам и цитостатикам, Хумира является препаратом выбора среди других блокаторов ФНО- α . Данных о применении Хумиры в лечении увеитов в отечественной литературе мы не встретили.

Цель: исследование эффективности применения адалимумаба (Хумира) при увеите на фоне ювенильного артрита (ЮА).

Материал и методы. Проведено обследование и лечение пациента С. с рецидивирующей увеитом, частичной осложненной катарактой на фоне ЮА. Адалимумаб (Хумира) назначался по 20 мг 1 раз в 2 недели подкожно (на фоне лечения метотрексатом 10 мг 1 раз в неделю).

Результаты. У пациента С. уже на 2 недели лечения исчезла утренняя скованность, значительно вырос объем движений в суставах. При контрольном офтальмологическом исследовании была установлена ремиссия увеита: исчезла перикорнеальная инъекция и светобоязнь, преципитаты на роговице рассосались. Лечение адалимумабом оказало позитивное влияние на качество жизни больной, улучшило физическую активность и эмоциональное состояние.

Вывод. Анализ представленного клинического случая показывает, что применение блокатора ФНО- α адалимумаба (Хумира) является эффективным при лечении увеита на фоне ЮА и является альтернативной терапией при неэффективности лечения глюкокортикостероидами и цитостатиками.

Столярова О.К.

ДОСЛІДЖЕННЯ БІНОКУЛЯРНОГО ПОЛЯ ЗОРУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РОЗВИНЕНУ ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ

Кафедра офтальмології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Відкритокутова глаукома (ВКГ) залишається однією з основних причин, що призводять до інвалідності та незворотної сліпоті. Останній аналіз поширеності ВКГ

показав, що частота захворювання зростає з віком. Основою профілактики ВКГ є діагностика захворювання на ранній стадії, коли хворі ще можуть не пред'являти скарг. Від природи людина має два ока та отримує від кожного з них зображення, які формують бінокулярне поле зору, тому монокулярне дослідження не дає уяви про те, як людина бачить насправді. Тому доцільно провести вивчення та порівняння змін бінокулярного поля зору та з'ясувати, як ВКГ впливає на якість життя хворих.

Мета. Дослідження залежності змін бінокулярного поля (БПЗ) зору та якості життя (ЯЖ) у хворих з ВКГ.

Матеріали та методи. В дослідженні приймали участь 32 хворих (18 чоловіків, 14 жінок) з розвинутою ВКГ. З них з глаукомою І стадії в одному оці та ІІ в іншому - 9 хворих; з ІІ стадією глаукоми в обох очах - 10 хворих; з ІІ стадією глаукоми в одному оці та ІІІ в іншому - 13 хворих.

Всі хворі були обстежені на базі КЗОЗ ОКЛ ЦЕМД та МК із проведенням стандартного офтальмологічного обстеження, що включало візіометрію, біомікроскопію, гоніоскопію, тонометрію, статичну периметрію. БПЗ досліджувалось за методом В. Esterman. Результати периметрії були отримані у відсотках поля зору, що збережено, при цьому в периметрії за методом В. Esterman підраховували прямокутники, які пацієнт бачить, та знаходили їх відношення до загальної кількості прямокутників, помножуючи результат на 100%. Оцінка ЯЖ проводилась за опитувальником VF-14 («Зорова функція -14»), що складається з 14 запитань стосовно складності виконання конкретних зорових завдань з максимальною корекцією зору, серед цих питань 7 характеризують якість життя, пов'язану зі станом саме бінокулярного поля зору (ЯЖБ).

Результати. В очах із ІІ стадією ВКГ зберігається $55\% \pm 6,35\%$ від нормального монокулярного поля зору, в очах із ІІІ стадією ВКГ — $31\% \pm 42,67\%$ від норми. У хворих з ВКГ І стадії в одному оці та ІІ в іншому БПЗ $80,83\% \pm 0,67\%$, ЯЖ складає $83,35\% \pm 2,73\%$, ЯЖБ — $81\% \pm 1,63\%$. У хворих з ІІ стадією ВКГ в обох очах БПЗ $74,78\% \pm 0,36\%$, ЯЖ $80\% \pm 3,61\%$, ЯЖБ — $77\% \pm 2,07\%$. У хворих з ІІ стадією ВКГ в одному оці та ІІІ в іншому БПЗ $77,0\% \pm 0,14\%$, ЯЖ $76\% \pm 7,76\%$, ЯЖБ $75\% \pm 7,02\%$ ($p < 0,05$). Кореляція бінокулярного поля зору, що збережено, та якості життя за шкалою Чеддока виска.

Висновки: 1. Збереженість БПЗ до 77% та високі показники ЯЖ у хворих з розвинутою ВКГ свідчать, що орган зору має великі можливості для адаптації. 2. Аналіз змін у БПЗ зору є корисним для спостереження за прогресуванням глаукоми та демонструє «підступність» захворювання.

Тверезовская И.И., Самофалова М.Н.

УРОВНИ ММП-9 У ПАЦИЕНТОВ С УВЕИТАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

Цель: изучение уровней матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва.

Материал и методы: Нами проведено обследование, лечение и наблюдение в отдаленном периоде 67 пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва. Срок наблюдения составлял от 2 до 3 лет.

Все пациенты обследованы стандартными офтальмологическими методами, включая статическую компьютерную периметрию и оптическую когерентную томографию. Определение концентрации ММП-9 в крови проводилось иммуноферментным методом. Статистическая обработка проведена с использованием критерия Стьюдента и непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты: Установлено, что у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, в остром периоде заболевания отмечено достоверное повышение концентрации ММП-9 в крови ($p < 0,05$), в сравнение со здоровыми лицами. При этом показано, что у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, у которых на протяжении двух лет развилась частичная атрофия зрительного нерва, в остром периоде увеита отмечена более высокая концентрация ММП-9 в крови ($p < 0,05$), в сравнение с пациентами без атрофии зрительного нерва.

Вывод: Таким образом установлено, что у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, более высокая концентрация в крови ММП-9 в остром периоде заболевания является фактором риска развития частичной атрофии зрительного нерва.

Фрянцева М.В., Самофалова М.Н., Саркисян Г.С.
ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
ИНФЕКЦИОННОЙ И ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра офтальмологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Панченко Н.В.

Цель: Исследование частоты клинических форм невритов зрительного нерва инфекционной и демиелинизирующей этиологии.

Материал и методы: Проведен анализ результатов обследования и лечения 90 больных (106 глаз) с изолированными невритами зрительного нерва. Пациенты находились на стационарном лечении в глазном отделении ХОКБ для взрослых в 1985-2007 гг., или были обследованы амбулаторно.

Результаты: У обследованных нами больных инфекционная этиология возникновения заболевания была установлена в 72% случаев (31 глаз) при папиллитах, 68% случаев (43 глаза) при ретробульбарных невритах. Демиелинизирующие процессы явились причиной заболевания в 28% случаев (12 глаз) при папиллитах, 32% (20 глаз) при ретробульбарных невритах. Проведенный анализ показал, что периферическая форма невритов возникает в 35% случаев, аксиальная – в 43%, а трансверзальная - в 22% глаз при невритах инфекционной этиологии. При невритах демиелинизирующей этиологии периферическая форма возникает в 48% случаев, аксиальная - в 33% и трансверзальная - в 19% случаев.

Установлено, что при папиллитах демиелинизирующей этиологии периферическая форма встречается в полтора раза чаще, а трансверзальная – достоверно реже, в сравнении с инфекционной этиологией. При этом, частота клинических форм при ретробульбарных невритах инфекционной и демиелинизирующей этиологии сопоставима.

Вывод: Таким образом установлены различия в частоте клинических форм поражения зрительного нерва при папиллитах инфекционной и демиелинизирующей этиологии, что требует дальнейшего изучения.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Semenova N., Mayorova M.

HYGIENIC ASSESSMENT OF NOISE SOURCES IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS

Department of hygiene and ecology № 2

Kharkov national medical university, Kharkov, Ukraine

NICUs now concentrate on treating very small, premature, or congenitally ill babies. Besides prematurity and extreme low birth-weight, common diseases cared for in a NICU include perinatal asphyxia, major birth defects, sepsis, neonatal jaundice, and Infant respiratory distress syndrome due to immaturity of the lungs. Complications of extreme prematurity may include intracranial hemorrhage, chronic bronchopulmonary dysplasia, or retinopathy of prematurity. An infant may spend a day of observation in a NICU or may spend many months there. The NICU environment provides challenges as well as benefits. Stressors for the infants can include continual light, a high level of noise, and separation from their mothers, reduced physical contact, painful procedures, and interference with the opportunity to breastfeed.

Results and their discussion: So, in NISUs with different levels of noise different medical equipment generates noise, particularly resuscitation (from 56 to 75 dBA), Incubators (from 34 dBA do54), injectors doses (from 56 to 63 dB), apparatus for purification the tubes (from 53 to 73 dBA), Artificial Lung Ventilation from 53 to 74 dBA. The highest noise level was set by the compressor, while in the NICU with very high of noise levels at work Artificial Lung Ventilation totaled sound pressure levels by using compressor. In all cases, the noise was broadband. In addition, when the alarm of monitors was switched on the noise was intermittent. Moreover, we know that noise is more harmful, when his levels more different from a normal levels.

Conclusions: We are proposing to make outside of hearing premature infants the Artificial Lung Ventilation, alarm signals of resuscitation. Compressors placed in a separate room equipped with noise isolation. To Use double-walled incubators that do not create a resonance inside. Do not place the monitors on top of incubators. Discuss patients outside the NICU.

Semenova N., Khristenko N.

CLINICAL AND HYGIENIC PARALLELS IN NURSING CARE PLAN OF PREMATURE INFANTS

Department of hygiene and ecology № 2

Kharkov national medical university, Kharkov, Ukraine

Premature infants are at greater risk for short and long-term complications, including disabilities and impediments in growth and mental development. In developed countries, premature infants are usually cared for in a neonatal intensive care unit (NICU). In the NICU, premature babies are kept under radiant warmers or in incubators (also called isolates), which are bassinets enclosed in plastic with climate control equipment designed to keep them warm and limit their exposure to germs. At modern neonatal intensive care units has generates high levels of noise, electro-magnetic fields, and bright light, makes low levels of humidity.

Objective: to found the possible clinical and hygienic correlates parameters of neurological status of preterm infants and hygienic environment.

Material and research methods: Participants have been divided into 2 groups: I (61) newborns with very high levels of a set of physical environmental factors (noise, light, electromagnetic fields, humidity and temperature) and II group (control) (57) premature with low levels of physical environmental factors.

Results and their discussion: We discovered the reaction of preterm infants to noise, which is expressed criteria of painful caused the noise of varying intensity. In the NICU with very high of noise levels 62,3% (62,5±4,85) of children's reacted to the noise with maximum score, indicating a relatively high incidence of adverse impact sound pressure levels (statistically significant difference by Fisher criterion at $p < 0,05$). In the NICU with low of noise levels 45% (49,4±5,09) of children's reacted to the noise with maximum score.

Pomogaybo K.G.

**MONITORING OF WEIGHT AND HEIGHT IN ORDER TO IDENTIFY THE TRUTH
OF THE PREVALENCE OF OBESITY AND OVERWEIGHT AMONG
SCHOOLCHILDREN 6-17 YEARS**

**Department of social medicine, organization and economy of Public health service
Kharkov National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Scientific director Chumak L.I.**

Introduction. One of the most serious challenges facing public health in the twenty-first century is obesity among children. According to the world health organization on the planet about 22 million children of preschool and 155 million school-age children are overweight.

Aim. monitoring of weight and growth school pupils

Material and methods We held a copy of examinations data of 8 schools in October district, in Kharkov. Overweight and obesity verified using the international criteria of BMI by age and sex of the child (T. Cole and ed.)

Results: We have processed data 3227 schoolchildren aged 6 to 17 years old. Overweight and obesity was detected in 512 children (15.8%), including obesity had 200 children (6%); overweight - 312 (9,6%) It was found that out of 200 children with obesity; only 14 are on the dispensary. When studying age-sex structure the following results are obtained: in the age group 6 to 9 years obesity was detected in 83 children (2,5%); excessive weight in 114 children (3.4 percent). In the age group of 10 to 13 years, respectively, in 86 children (2.6%) and the 111 children (3.4 percent). Obesity among schoolchildren from 14 to 17 years was identified 31 children (0.9%); overweight 87 children (2.7 percent). In General, groups girls obesity and overweight is found in 7.3 % of cases, boys 8.4%. Prevalence of obesity and excess weight in boys is statistically higher than in girls, and is accordingly 8.4 percent; and 7.3 %. There is a trend of the prevalence of overweight and obesity in adults in the age groups from 6 to 9 years (5.9%) and from 10 to 13 years(6%), compared with the age group from 14 to 17 years(3.6%). The indicator of completeness of coverage of dispensary observation for children with obesity is 7%. The prevalence of obesity among our studied population of children and adolescents aged 6-17 years is 6% of excess body weight is 9.6%.

Veretelnyk O., Prokopenko K.

**THE NEED FOR AN EVIDENCE-BASED APPROACH TO DECISION-MAKING
IN GENERAL PRACTICE**

**Department of Social Medicine, Organization and Economics
Kharkiv National Medical University**

The core of general practice is the relationship between the doctor and patient. One of the central aspects of this relationship is the process of decision-making, which can range from

the simple clinical types of decision to decisions at a practice level about how services should be organised. The decisions ought to involve a negotiated arrangement which takes account of factors such as patient need, preferences, priorities, available resources and evidence of the effects of providing different forms of care. Both the doctor and patient require access to reliable and valid information about each of these factors, which they can then consider applying to the situation where a decision is required. Evidence based (EB) medicine is the phrase used to describe such an approach and entails (from the doctor's perspective) "the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients". EB health care (HC) has never been promoted as a total substitute for clinical experience. It approaches build on and support, rather than directly challenge, the traditional values of HC practice. In particular, there have been a number of developments during the past few decades which make it much easier to adopt an EB approach to HC decision-making. These include the availability of better research methods for assessing the validity of evidence of effectiveness through to improved techniques for collating evidence in a systematic way. If an EB practice is embraced it will improve general practice in a number of different ways. Firstly, it will make general practice an even more rewarding discipline within which to practice. Secondly, it will support shared decision-making with users, which is increasingly advocated as the ideal model of making decisions within the medical encounter. Finally, EBP will help maintain the central role of general practice in HC. In an environment with an increasing focus on both the accountability of health expenditure and identification and measurement of health outcomes for all health interventions, it would be perilous to ignore EBP in general practice.

Zinchuk A.M.*, Urazova L.F.*, Zinchuk O.G.**

**STUDY OF RISK FACTORS AND THEIR EFFECT ON LUNG CANCER
DEVELOPMENT.**

Department of Social Medicine, Organization and Health Economics

Kharkiv National Medical University Kharkiv, Ukraine*

Kharkiv Basic Medical College №1 Kharkiv, Ukraine**

Supervisor: MD, Professor Ognev V.A.

The main objective of the epidemiology of non-communicable diseases is to determine the causal connection between illness and health. Thereby, great importance is the search for risk factors for development of disease and effective schemes to prevent it. The main objective of risk analysis and restrictions evaluating its impact on health, which makes it possible to calculate the burden caused by these factors. A large group of known risk factors depends on the lifestyle and belongs to causes that can be controlled or prevented them. Identifying factors that contribute to the occurrence of lung cancer among adults allows to develop measures to prevent.

This work should be part of the system of primary health care and lead to increase in the number of detection of lung cancer patients in the early stages of the disease because the disease is one of major non-communicable diseases. The concept of risk factors on which basis, optimization of model of early detection of lung cancer is developed, allows to consider complex of socio-hygienic and ethical issues, and is the basis for reaching a new level of health and quality of life.

The study was conducted with using the author's interview for patients with lung cancer. The main group included 239 patients and a control group - 202 people were almost identical by age and sex composition.

Was studied and analyzed the social characteristics of families of main and control groups. Comparison of information was conducted using the method of analysis of variance. For convenience and clarity, the family history, heredity and life history of the patient were combined by us in groups of biological factors; information about the emotional state of the patient was combined in group of psychological factors; physical activity - form a group of social factors. We have found some of the factors which have a separate influence in case of illness, such as: most of the people of main group who live near industrial enterprises $51,46 \pm 5,0\%$ compared to the control group $24,75 \pm 4,3\%$ ($p < 0,001$). Smoking for today is one of the most common bad habits and among people the main group the number of smokers is $82,43 \pm 3,8\%$, while in the control group - $11,39 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$). When comparing duration of tobacco smoking among smokers of control group there was found a precise difference that is $34,52 \pm 4,8\%$ and $21,74 \pm 4,1\%$ ($p < 0,001$). According potency index value (3% or more) were determined major risk factors in each group. In the group of biological factors - is the presence of relatives of lung cancer patients in lineage (impact strength 7%). In the group of psychological factors - stressful situations in the family (impact strength 6%), and among social factors - harmful working conditions, lifestyle, lack of exercise.

Thus found that the leading role in the development of lung cancer in patients belonging to environmental, biological and psychological factors. Social factors, along with the above, also affect the development of the disease. The obtained data underlying prediction of the risk of lung cancer among the population and selection contingents with a high risk of developing of this pathology to form groups dispensary observation.

Базалеева А. Н.

РАДОН - СЕРЬЕЗНАЯ РАДИАЦИОННАЯ, САНИТАРНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА УКРАИНЫ.

Кафедра медицины катастроф и военной медицины

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Базалеев Н. С.

Население Земли основную часть времени (около 80 %) проводит в жилых или иных помещениях. Многие из нас полагают, что дом – это крепость, в которой можно укрыться от вредного воздействия окружающей среды. Однако, в связи с усилением техногенных нагрузок на среду обитания наша «крепость» перестает выполнять свои защитные функции. Более того, становится источником дополнительного вредного воздействия на наш организм, вызывая различные заболевания. Причем в каждой квартире - свой набор экологически неблагоприятных факторов. Наиболее опасными среди них являются: радиоактивное загрязнение, магнитное поле, шумы, наличие токсичных веществ в строительных и отделочных материалах. Но одним из главных факторов для беспокойства жителей Украины является опасность поражения радоном. По данным Научного комитета по действию атомной радиации ООН средняя годовая эффективная доза облучения населения планеты от всех естественных источников равна 2,4 мЗв, а в Украине - 6,15 мЗв. В структуре этих доз наибольший вклад (75%) дает радон-222. Международным агентством по исследованию рака радон отнесен к канцерогенам I класса. По мнению американских исследователей, 3-4 человека из 1000 ныне здравствующих людей погибнут от рака легких, вызванного радоном, в том случае, если средняя концентрация его в воздухе будет равна 25 Бк/м³. Если уровень концентрации радона в воздушной среде 200 Бк/м³, обречены заболеть раком уже 3-4 человека из 100. В докладе приводятся

данные о формировании дозы облучения, гигиенические нормативы содержания радона в воздухе и воде, влиянии на организм человека, приведены рекомендации по уменьшению риска поражения радоном.

Баришовец А.В., Конорева В. І., Старусева В. В.
АКТУАЛЬНІСТЬ ДОНОЗОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ АЛЕРГІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ
Кафедра гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Наша сучасність характеризується винятковою тривожною ситуацією щодо зростання частоти алергійної патології. Протягом останнього десятиріччя кількість хворих на алергію у світі подвоїлася, в Україні вона виявляється майже в кожній четвертій дитини. Чисельні спостереження свідчать про те, що особливо вразливим до несприятливої дії алергенних чинників доводилося діти. Це пов'язане з принциповою відмінністю зростаючого організму: суттєво більшою його сприйнятливостю до будь-якого зовнішнього впливу (хворобливого, чи навпаки, оздоровчого). Проте, нестійкість адаптаційно-компенсаторних реакцій на тлі не сформованості імунної системи дитини, здатні приводити до зриву пристосувального процесу, появу захворювань у молодому віці. Виходячи з цих принципових фізіологічних особливостей, АЗ у дітей характеризуються раннім дебютом, тяжким, з характерними рецидивами перебігом, частим переходом до хронічних форм, що у кінцевому рахунку призводить до зниження соціальної адаптації, ранньої інвалідності, сприяє погіршенню психічного здоров'я. При цьому авторами звертається увага на те, що не зважаючи на досить прозору та добре досліджувану причинно-наслідкову послідовність виникнення АЗ за формулою «схильність+алерген=сенсibiliзація», до найбільш проблемних питань належить саме діагностика цього кола захворювань, що пов'язане із складнощами щодо визначення етіологічної ролі певного алергену, імовірністю комплексної дії кількох алергенів, їх сполученої дії із іншими чинниками навколишнього середовища, ролі спадкових чинників у схильності до цих хвороб. Тому у більшості випадків діагностика АЗ здійснюється при маніфестації кардинальних симптомів захворювання, без урахування імовірних доклінічних ознак та чинників ризику їх виникнення. Це призводить до виникнення наступної проблеми, пов'язаної із суттєвими складнощами при призначенні патогенетичної терапії АЗ на тлі низької ефективності неспецифічного, симптоматичного лікування хворих. Тому профілактика, донозологічна діагностика та корекція atopічних передпатологічних станів є перспективним напрямком скорочення розповсюдженості АЗ.

Билера Н.В., Лысенко О.В., Попович О.А.
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТОКСИКОЛОГИИ
Кафедра гигиены и экологии № 2

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Завгородний И.В.

Наука, как известно, не стоит на месте. Ежегодно в мире появляются сотни тысяч новых веществ в различных отраслях. В базе данных Химической реферативной службы (CAS – Chemical Abstracts Service) Американского химического общества зарегистрировано более 87 млн веществ и ежедневно регистрируется порядка 15 тысяч новых. Для того, что бы новое химическое вещество можно было широко применять, необходимо оценить его степень опасности для окружающей среды и

людей. На основе полученных данных о механизмах действия и потенциальной опасности вещества разрабатываются методы профилактики, лечения и диагностики заболеваний, которые могут развиваться в результате действия веществ.

В мировой практике токсикологическая экспертиза включает в себя ряд специальных исследований (острые, подострые, хронические и др), которые, как правило, проводятся на позвоночных животных (крысы, мыши, кролики, морские свинки, кошки, собаки, в ряде случаев – обезьяны и птицы). Исследования токсичности занимают немало времени (особенно когда речь идет о хроническом эксперименте или изучении влияния вещества на репродуктивную функцию), они дорогостоящие, трудоемкие и приводящие в итоге в большинстве случаев к гибели лабораторных животных. Поэтому ученые во всем мире занимаются разработкой и способствуют внедрению альтернативных экспериментальных моделей и тест-систем *in vitro* (в пробирке) как менее трудоемких, финансово затратных и гуманных по отношению к животным.

Внедрение альтернативных моделей и методов в токсикологии поддерживается ВООЗ и международным медико-биологическое обществом; контролируется международными организациями, такими как Европейский центр по утверждению альтернативных методов (ECVAM), Интернациональный комитет центра по утверждению альтернативных методов (ICCVAM), Европейское сообщество токсикологов *in vitro* (ISTIV) и др.

В настоящее время разработаны следующие альтернативные модели: Беспозвоночные животные; Гидробионты; Микроорганизмы; Растения; Культуры клеток человека и животных; Бесклеточные физико-химические тест-системы.

Для исследования цитотоксичности и мутагенности химических веществ чаще всего используют инфузорий *Tetrahymena pyriformis*, поскольку простейшие и микроорганизмы (*E.coli*) очень быстро реагируют на изменения окружающей среды. В опытах *in vitro* уже более ста лет используются различные культуры клеток, так как благодаря их свойствам (удлиненный срок жизни, повышенная способность к делению и гомогенность) они являются наиболее приемлемыми тест-системами. В нашей стране исследования по использованию культуры клеток для экспресс-оценки токсичности сварочного аэрозоля и оценки мутагенности химических веществ были начаты еще в 80-х годах в Киевском Институте медицины труда и получены определенные результаты. В настоящее время внедрение альтернативных методов исследования в нашей стране происходит медленнее, чем хотелось бы в связи со сложной экономической ситуацией, недостаточным количеством специалистов, умеющих работать с альтернативными тест-системами и несовершенством законодательной базы.

Дубовик В.В., Кателевська Н.М., Хабаль О.В.

ЕЛЕКТРОМАГНІТНЕ ЗАБРУДНЕННЯ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, ЯК СУЧАСНА ГІГІЄНІЧНА ПРОБЛЕМА

Кафедра гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Антропогенне забруднення навколишнього середовища, що супроводжує технічний розвиток цивілізації, та його негативний вплив на здоров'я населення є одним з найбільш складних для вирішення питань. За даними вчених на сьогоднішній день одним з перспективних напрямків розвитку гігієнічної науки стало вивчення феномену електромагнітного забруднення навколишнього середовища.

У зв'язку зі стрімким збільшенням кількості приладів, що працюють із застосуванням електроенергії, величезну актуальність набуває проблема впливу на організм людини електромагнітних полів різного діапазону. Численні медичні дослідження доводять, що людський організм майже не в змозі адаптуватися до стрімко зростаючого навантаження, яке зазнають фізіологічні системи людини під впливом електромагнітного випромінювання. Як визначають вчені електромагнітне випромінювання здатне впливати на роботу нервової, імунної та ендокринної систем організму люди. Відповідне становище призводить до розвитку симптомокомплексу, що отримав назву «електроної або електромагнітної хвороби», провідними проявами якої є спонтанні або хронічні головні та суглобові болі, хронічна втома, апатія, безсоння, дратівливість, депресія, зниження зору, катаракта, часті застуди, синдром хронічної втоми. За даними ВООЗ, до хвороб, що потенційно можуть бути викликані негативним впливом електромагнітного випромінювання відносяться: ракові захворювання, алергія, хвороби суглобів, астма, патології хребта. Наразі, актуальність проблеми підтверджує той факт, що термін "глобальне електромагнітне забруднення навколишнього середовища" офіційно введений в 1995 році Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ), яка включила цю проблему до переліку пріоритетних для людства.

Котелевська В.І, Кузнєцова Д.О., Подпрядова А.А.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ШКОЛЯРІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

На сучасному етапі ефективність охорони здоров'я може і повинна досліджуватися з використанням критеріїв, обумовлених якістю життя.

Мета дослідження. Вивчення показників якості життя у школярів.

Завдання дослідження. Дати медико-соціальну характеристику школярів, як об'єкту дослідження. Дослідити блоки обмежень якості життя школярів та їх вплив на загальний показник якості життя.

Матеріали та методи. Ми провели аналіз наукової літератури з вивчення якості життя учнів та розробили відповідний опитувальник, в основі якого лежить анамнестична карта закритого типу "Карта з вивчення якості життя учня". Вивчена якість життя 121 школяра 9-11 класів 2013-2014 учбовому році.

Результати та їх обговорення. Всього опитано 121 респондента. Серед них 34% хлопців, 66% - дівчат. Якість життя школярів 9-11 класів в середньому складає 76%. Виявлені відмінності якості життя в статевих групах. Середній показник якості життя хлопців більш ніж на 4% більше ніж у дівчат і складає 78% та 74% відповідно. За суб'єктивною оцінкою найбільш впливає на якість життя показники у сферах «Рівень незалежності» та «Сприйняття самого себе». При цьому хлопці більш переймаються своєю залежністю від батьків, системи здобуття освіти та грошової несамостійності, а дівчата звертають увагу на власні недоліки. І хлопці і дівчата в однаково високій мірі задоволенні власною фізичною сферою.

Висновки: Якість життя є важливою та інформативною характеристикою здоров'я дитини. Якість життя школярів 9-11 класів в середньому складає 76% і цей показник не може бути характеризований як оптимальний і передбачає визначення додаткових груп обмежень, що дасть змогу впливу на нього з метою поліпшення. Отримані дані дозволять визначити реальні резерви для корекції показника якості життя у дітей та запропонувати модель управління якістю життя з метою профілактики та оздоровлення молоді.

Кателевська Н.М., Куркіна В.М.
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД
ВАГІТНИХ ЖІНОК

Кафедра гігієни та екології №1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Коробчанський В.О.

В останні роки пріоритетним напрямком гігієнічної науки, зокрема, психогігієни, стало вивчення донозологічних станів. Особливого значення набувають стани, що одночасно поєднують декілька обтяжливих факторів ризику. Оскільки в такому випадку вірогідність виникнення захворювання значно зростає.

Як показало дослідження літератури, до останнього часу в нашій країні вивчення психоемоційного стану вагітних найбільш часто зводиться до вивчення фізіологічних процесів. Тому найважливішим завданням, що стоїть перед гігієною, є формування нових методів і форм донозологічної психодіагностики та первинної психопрофілактики в період виношування дитини.

Період вагітності є не тільки найбільш важливим для становлення материнської сфери жінки, але і вразливим для його психіки. На організм жінки впливає комплекс стресогенних факторів, які включають потужні зміни на фізичному, психічному, мікро - і макро - рівнях. Всі ці процеси, будучи спочатку адаптивними, можуть призводити до розвитку донозологічних змін психіки жінки, а в разі відсутності своєчасних і адекватних заходів первинної психопрофілактики виникнення психічних розладів, здатних зумовити розвиток фізичної патології, як у самої вагітної, так і плода. Особливої уваги заслуговує той факт, що комплексна програма психопрофілактики та донозологічної діагностики в до - і післяпологовий період повинна включати в себе механізми, що дозволяють не тільки підготувати вагітну до успішних пологів, але й до материнства.

Таким чином, вивчення та розробка нових методичних підходів до первинної профілактики психічних розладів у вагітних жінок є необхідною складовою забезпечення здорового материнства.

Літовченко О. Л., Кальна А. О.
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ
НА ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН

Кафедра гігієни та екології № 2
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Завгородній І. В.

Використання електромагнітної енергії у промисловості сприяє впровадженню нових технологічних процесів та значному підвищенню продуктивності праці. Однак, цей чинник може представляти й потенційну небезпеку для здоров'я робітників. З метою встановлення особливостей впливу електромагнітного випромінювання (ЕМВ) (частота 70 кГц, напруга 600 В/м) був проведений 30-денний експеримент на лабораторних тваринах (білих щурах) у порівнянні з контрольною групою. Визначалися гематологічні та морфологічні зміни внутрішніх органів лабораторних тварин.

Встановлено, що в експериментальних умовах вплив ЕМВ на лабораторних тварин супроводжувався підвищенням активності каталази, сечовини, рівня церулоплазміну, індексу атерогенності, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів, зниженням активності кислої та лужної фосфатази й неорганічного фосфору крові. Проявами порушення функціонального стану нирок були: підвищення рівня креатину, сечової

кислоти, глюкози сечі та зниження рівня сечовини. Морфологічні зміни внутрішніх органів характеризувалися нерівномірним повнокров'ям судин, помірними (за винятком нирок і сім'яних каналців) дистрофічними змінами, збереженням репаративних процесів у печінці. В нирках спостерігалися грубі гідропічні зміни в епітелії каналців. У сім'яниках відзначалися порушення структури, грубі дистрофічні і некробіотичні зміни, зниження сперматогенезу.

Таким чином виявлені зміни відображають стан функціональної напруги, яка є відповіддю організму на дію ЕМВ, що може привести до вираженого патогенного впливу та формування хронічної патології.

Лазаренко К.П., Михайлік Т.М.
ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ З ПАТОЛОГІЄЮ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.

Кафедра гігієни та екології № 2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Завгородній І.В.

Інвалідність є важливим індикатором оцінки стану популяційного здоров'я поряд із показниками захворюваності, медико-демографічних процесів, критеріїв фізичного розвитку, тощо. Особливо важливе значення надається цьому показнику в аналізі здоров'я дитячого населення.

Впродовж останніх років в Україні спостерігається негативна динаміка популяційного здоров'я дітей, про що свідчать медико-статистичні показники. В Україні впродовж багатьох років рівень інвалідності, як один з показників здоров'я населення, залишається досить високим. Зростання інвалідності в нашій країні свідчить про зниження рівня здоров'я нації в цілому. В останні роки відбуваються несприятливі зміни у віковому складі інвалідів, а саме, збільшення чисельності інвалідів молодого віку, в тому числі з дитинства. В даний час в Україні 1,6 млн. дітей належать до категорії осіб з обмеженими можливостями здоров'я і потребують спеціальну освіту і соціальне виховання, що відповідають їх потребам. В Україні частота дитячої інвалідності за останнє десятиліття збільшилася в два рази.

У структурі захворюваності дітей особливе місце належить порушенням опорно-рухового апарату, в тому числі викривленням хребта. Поширеність сколіотичної хвороби становить у різних вікових групах серед дітей і підлітків 35%. Особливу категорію складають інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, придбаними в більш дорослому віці. Ці люди пережили кризу, деформацію звичних відносин з навколишнім світом. У них, як і у інвалідів III групи з дитинства, загальне відношення до оточуючих негативне, ніж у інших категорій інвалідів. Особливо складні і суперечливі їх відносини з близькими людьми. Насторожує в них їх пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити.

Соціалізація осіб з ПОРА – це не лише опіка, турбота про людей з інвалідністю, але й сукупність заходів, які допомагають людині стати впевненою у своїх силах, сприяють її власній активності. Педагогічна умова забезпечення ефективності комплексної реабілітації та соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату пов'язана з оптимізацією діяльності суб'єктів регіонального реабілітаційного середовища, яка ґрунтується на комплексному, особистісно орієнтованому підході, щодо надання медико-соціальної, психологічної, педагогічної допомоги особам з ПОРА шляхом використання педагогічних технологій, що забезпечують урахування особливостей інвалідів та сприяють їхній соціальній захищеності.

В даний час найбільш комплексним і пролонгованим видом лікувально - профілактичної допомоги дітям, хворим на сколіоз, є їх перебування в спеціалізованих школах - інтернатах, де загальноосвітній процес поєднується з охоронним лікувально - оздоровчим, коригуючим та тренуючим режимами. Хоча люди з обмеженими можливостями та їх родини як і раніше наштовхуються на бар'єри у взаєморозумінні та спілкуванні з іншими людьми, в цілому ж соціальне ставлення до інвалідів змінюється в кращу сторону.

Лазаренко К.П., Гасанова А.І., Міхаєлян К.Х.
ЩОДО ПИТАННЯ УСПІШНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ШКОЛЯРІВ.

Кафедра гігієни та екології № 2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: Лазаренко К.П.

Правильна постава є необхідною передумовою оптимального функціонування органів руху, правильного розташування внутрішніх органів і положення центра ваги. Саме тому важливо організувати правильний підхід до питань профілактики саме серед школярів. До основних причин формування неправильної патологічної постави у школярів відносять: високу питому вагу гіпокінезії і гіподинамії, що призводить до м'язової гіпотрофії і ослаблення суглобово-зв'язкового апарату; надмірну жирову масу тіла; збільшення статичних навантажень на хребет, пов'язане з необхідністю тривалого підтримання робочої пози; неправильні звички сидіння; стояння з упором на одну ногу, тощо.

Для попередження виникнення вищеперерахованих станів, необхідно стимулювати у дитини звичку вести фізично активне життя. Спати необхідно на ортопедичному матраці або на рівному жорсткому ліжку з униканням занадто високих подушок. При сидінні спину треба тримати прямо, не закладати ногу на ногу. Для дитини обов'язково треба організувати правильне і зручне робоче місце за столом, щоб в процесі сидіння у неї не викривлявся хребет. Також для підтримки опорно-рухового апарату дуже корисно регулярно займатися плаванням, висіти на перекладині, тощо.

Не менше важливим фактором є не допущення стрімкого набору зайвої ваги, забезпечення правильного щоденного харчування дитини, зокрема щоденного вживання риби та морепродуктів для поліпшення міцності кісткового апарату.

Линник А.О.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У МЕДИЧНИХ ТА
ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Кафедра гігієни та екології №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Сидоренко М.О.

За останні роки все більшої уваги науковців привертає синдром хронічної втоми (СВХ), який відомий під різними назвами: синдром післявірусної астенії, синдром хронічної втоми і імунної дисфункції, міалгічний енцефаломієліт. Термін СВХ в останні роки став загальноновживаним. Вперше СВХ був зареєстрований в 1984 р. у США під назвою "Американський синдром" після незвичної епідемії, яка виникла у невеличкому курортному містечку в штаті Невада і охопила сотні людей, які жалілися на постійну головну біль, м'язову слабкість, відчуття депресії. У багатьох обстежених

хворих був виявлений вірус сімейства Епштейна-Бара (EBV) або сліди його присутності, а також вірусів групи герпесу.

Вивченням нової патології займаються вчені з багатьох країн, але природа СХВ і понині залишається нерозгаданою. В той же час СХВ продовжує поширюватися майже у всіх країнах світу, вражаючи контингенти максимальної працездатності – 25-49 років, переважно жінок (до 80% пацієнтів). На думку ряду дослідників значна роль у розвитку захворювання відводиться дефіциту макро- і мікронутрієнтів, харчовій алергії, значним фізичним і психічним навантаженням, вірусній інфекції, дисфункції імунної системи, порушенню в системі цитокінів, розбалансуванню вегетативної нервової системи.

Досліджуючи проблему СВХ шляхом анкетування студентів-медиків, лікарів терапевтів та стоматологів, викладачів сільських та Харківських міських шкіл, вищих навчальних закладів, ми отримали результати наявності СХВ майже у всіх досліджуваних групах. Найменше це захворювання виявлялося серед вчителів сільських шкіл (0,8%), найбільше серед студентів медико-профілактичного і педіатричного факультетів ХНМУ, відповідно 7,8 і 8,2. Підставою для діагностування СХВ була наявність двох головних і восьми із одинадцяти малих симптомів, які рекомендовані за існуючою домовленістю. У окремих опитаних були присутні такі симптоми, як відчуття себе на межі можливості; пригнічення і апатії, бажання ізоляції і відпочинку; відчуття втоми, особливо зранку перед виходом на роботу; відчуття в кінці робочого дня “вижатого лимону”. Таких осіб у кожній групі було небагато (від одного до трьох осіб). Більшість опитуваних скаржилися на виснажливу слабкість, частий біль у горлі, слабкість м'язів, розлади сну, забутливість, подразливість, зниження розумової активності і здатності до концентрації уваги.

Численні автори пов'язують СХВ з особливостями сучасного життя населення великих міст, темпом життя, незадовільним екологічним станом, надзвичайним емоційно-психічним навантаженням. Останній фактор, на нашу думку, має визначальне значення. Особливо взявши до уваги інформаційний фактор. Засоби масової інформації, особливо кіно і телебачення, все більше переповнюються сценами насильства, понівеченнями та вбивствами, катастрофами, йде глобальне зомбування населення. Особливо цей фактор набуває великої гостроти і загрози у східних регіонах України у зв'язку із військовим конфліктом. Вченими і дослідженнями науковців нашої кафедри встановлена шкідливість комп'ютерних ігор, які є одним із засобів зомбування. Значна частина досліджень закінчується рекомендаціями по лікуванню СВХ лікарняними засобами, які володіють імунномодулюючою, адаптогенною, антиоксидантною, цитопротекторною активністю, акцентуючи на пріоритеті лікування хвороби. На наш погляд світове суспільство повинно в першу чергу подбати про виконання тих профілактичних заходів, які були запрограмовані Всесвітньою Стратегією сталого розвитку, “Громадським екологічним кодексом”, який має два розділи: “Основи екологічної свідомості” та “Норми екологічного права”.

Макаренко Н.И., Якивец И.В.

«ГОЛОВА ПРОФЕССОРА ДОУЭЛЯ»: ОТ ФАНТАСТИКИ К РЕПЛАНТАЦИИ

Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В 1925 году в «Рабочей газете» был опубликован фантастический приключенческий роман русского советского писателя-фантаста Александра Беляева

«Голова профессора Доуэля». «Лоран повернула голову в сторону и вдруг увидела нечто, заставившее ее вздрогнуть, как от электрического удара. На нее смотрела человеческая голова – одна голова без туловища. Она была прикреплена к квадратной стеклянной доске. От перерезанных артерий и вен, через отверстия в стекле, шли, соединившись уже попарно, трубки к баллонам. Голова внимательно и скорбно смотрела на Лоран, мигая веками. Не могло быть сомнения: голова жила, отделенная от тела, самостоятельной и сознательной жизнью». В начале 20 столетия событие, которые описывались в книге, считалось чем-то из области фантастики, но прошло время и это стало медицинской реальностью.

В 1921 году Карл Найлен в Стокгольмском университете построил первый операционный микроскоп. Сначала он использовал его для операций над животными. Это событие стало началом развития нового уровня в медицине – микрохирургии. Микрохирургия – это направление в хирургии, в котором оперативные вмешательства производятся с помощью операционных микроскопов с высокой степенью разрешения и миниатюрных хирургических инструментов (зажимов, ножниц, игл и т.д.). Применение методов микрохирургии позволяет выполнять ранее недоступные операции на глазах, внутреннем ухе, спинном и головном мозге (например, удалять опухоли), пришивать ампутированные в результате травмы пальцы (позволяет соединять мельчайшие нервы и кровеносные сосуды), а также выполнять пластические операции. Начался новый этап развития медицины. Усовершенствование микрохирургической техники позволило значительно расширить диапазон трансплантационной хирургии, и, в частности, сделало возможным выполнение реплантации - помещения травматически полностью ампутированной конечности или ее части на прежнее анатомическое место.

В 1965 г. в Германии опубликовали сообщение об экспериментальном пришивании ампутированных пальцев у обезьян. Из 10 оперированных - (у разных животных) прижился только один. Первая "приживительная" операция отрезанной поездом руки была сделана американским хирургом Мальтом в 1962 году, а принципы реплантационной микрохирургии заложены работавшим в США французом Алексом Каррелем. На территории современной Украины первую реплантацию (реплантацию предплечья) сделал А.Д.Христич (Днепропетровск, 1954).

В 2002 году хирурги Неврологического института Бэрроу города Финикс в штате Аризона провели уникальную операцию. Они смогли пришить к телу практически оторванную в автокатастрофе голову. Трагедия случилась с 18-летним Маркосом Пара. В результате сильного удара мягкие ткани шеи Маркоса разорвались, голова осталась соединена с туловищем только посредством спинного мозга и артерий. Казалось, молодого человека уже не спасти. Однако это оказалось под силу нейрохирургу Куртису Дикману. Восторженные журналисты пишут, что происходившее в больнице Феникса напоминало голливудские фильмы. Пара стал первым пациентом в мире, которому была проведена подобная операция.

Реплантация – это шанс к новой здоровой жизни. Главная ее цель— наиболее полноценное восстановление функции конечности. Одним из весомых аргументов в пользу реплантации является возможность восстановления чувствительности, которую не может воспроизвести ни один самый совершенный протез. Кроме того, нереплантированная рука уже никогда не сможет работать, в то время как реплантация оставляет шанс на восстановление функции поврежденной конечности если не в настоящем, то в будущем.

Нестеренко В.Г.

**ВПЛИВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЧИННИКІВ НА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я
АКАДЕМІЧНО ЗДІБНИХ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
Харків, Україна**

Аналіз доступних літературних джерел в Україні, ближньому та дальньому зарубіжжі щодо проблем шкільної адаптації учнів середнього шкільного віку, свідчить що цій проблемі присвячено обмежена кількість робіт. Переважно відображені несприятливі тенденції стану здоров'я дітей означеної вікової групи, проблеми якого загострюються в умовах меритократичної освіти. Доведено, що структура популяційного здоров'я молодших школярів має несприятливі характеристики, відзначаються явища активної хронізації хвороб і збільшення частоти морфофункціональних відхилень. Однак не проводилось комплексних лонгитудинальних досліджень стану здоров'я та шкільної адаптації академічно здібних учнів до основної школи в умовах поєданого несприятливого впливу соціальних і природних чинників. Відсутні рекомендації з первинної профілактики неінфекційних захворювань та поліпшення шкільної адаптації дітей середнього шкільного віку в умовах меритократичної освіти.

Мета: профілактика неінфекційних захворювань та шкільної дезадаптації академічно здібних дітей середнього шкільного віку під час меритократичної освіти в процесі адаптації до основної школи.

Поляков О.В., Писаренко Г.М., Богачова О.С.

**ПСИХОГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ
ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ, ЩО
НАВЧАЮТЬСЯ В ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ ЛІЦЕЯХ**

Кафедра гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Коробчанський В.О.

Проблема оцінки стану індивідуального здоров'я людини і контроль за змінами його рівнів набувають все більш важливе значення, особливо для осіб, що піддаються високим психоемоційним і фізичним навантаженням, а також для підлітків шкільного віку. Перехід від здорового стану до хвороби прийнято розглядати як процес поступового зниження здатності людини пристосовуватися до змін соціального та виробничого середовища, до навколишніх умов життєдіяльності. Стан організму (його здоров'я або хвороба) - не що інше, як результат взаємодії з навколишнім середовищем, тобто результат адаптації або дизадаптації до умов середовища.

Метою даного експерименту було вивчення стану психічного здоров'я за допомогою «Психодіагностичного опитувальника старшокласника» підлітків 15-18 років, що навчаються протягом 3 років в Одноробівському професійному аграрному ліцеї.

Психічне здоров'я досліджувалося за результатами вивчення розповсюдженості серед досліджуваного контингенту донозологічних психічних станів. Прояви астенії спостерігалися у 13,6%, 17,2% та 5,4% 1, 2 та 3 курсів відповідно. Доволі високі значення (31,8%, 24,1%, 27%) мали й показники – провісники депресивних станів. Значно менший відсоток (10,8%) відносно 1 та 2 курсів (31,8% та 34,5% відповідно) був у 3 курсу за показником іпохондрії. В результаті проведеного дослідження виявлено, що у підлітків 1 та 2 курсів істотно більше було осіб з провісниками астенії

та іпохондричних станів, що свідчить про складності у процесі психологічної адаптації, якої зазнають підлітки до умов та характеру навчання.

Резніченко О.Г., Гуйван І.В.

РОЗУМОВА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Кафедра гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Коробчанський В.О.

Процес інтеграції України у світовий науковий й освітній простір обумовив впровадження в систему вищої освіти, включаючи медичну, кредитно-модульної системи навчання. Принципово важливою умовою оцінки будь-яких інновацій, включаючи інновації в педагогічній освіті, є їх психогігієнічна експертиза на відповідність функціональним можливостям організму, метою якої є попередження можливих відхилень у стані здоров'я донозологічного й хворобливого характеру. Метою цієї роботи було вивчення функціонального стану студентів-медиків, що займаються за кредитно-модульною системою. Експериментальну групу склали студенти 3 курсу І медичного факультету в кількості 239 чоловік, які були досліджені по трьох групах: разом, а також окремо юнаки (n=102) та дівчата (n=137). Розумова працездатність студентів аналізувалася до й після психоемоційного навантаження – модульного контролю по предмету „Гігієна та екологія”. Отримані результати вивчення розумової працездатності серед студентів, що навчаються за кредитно-модульною системою показали, що во всіх групах дослідження достовірних розходжень по показниках коефіцієнта точності, коефіцієнта розумової працездатності, коефіцієнта стійкості уваги не спостерігалось ($P > 0,05$), що говорить про адекватність стандартного педагогічного навантаження функціональним можливостям організму, а також про значний ступень їхньої стійкості, як юнаків так і дівчат, до існуючої системи факторів зовнішнього середовища, і насамперед навчальних факторів.

Про вплив кредитно-модульної системи навчання на абсолютні величини показників функціонального стану організму студентів-медиків повинні відповісти подальші дослідження.

Хорошевська Д.О., Кателевська Н.М.

ГІГІЄНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ДІТЕЙ, ЯКІ ВІДВІДУЮТЬ ДНЗ

Кафедра гігієни та екології №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Коробчанський В.О.

Турбота про здоров'я покоління, що зростає, є першочерговим завданням медицини та державних служб. Саме в дитячому віці формуються фундаментальні метаболічні функції, що є специфічними для кожної людини. В той же час, загальні гігієнічні вимоги до утворення оптимального навколишнього середовища є запорукою формування здорової дитини. Одне з найважливіших місць у профілактичній медицині відводиться правильній організації харчування, яке повинне забезпечувати організм дитини всіма необхідними речовинами та сприяти оптимальному росту та розвитку.

Вивчення харчового раціону дітей, які перебувають в загальних дошкільних дитячих навчальних закладах, виявило численні порушення в організації

раціонального харчування. Головний і найбільш частий недолік в організації харчування дітей – недотримання відповідності калорійності раціону віку дитини, відповідно 63% випадків, занижений вміст білків тваринного походження і незамінних амінокислот в раціоні (37% випадків), що пояснюється нераціональним підбором продуктів в меню (як правило, на сніданки) і незнанням їх хімічного складу, недостатня кількість продуктів тваринного походження, відсутність харчового різноманіття, сезонна невідповідність продуктів та неадекватність обраних страв та інші. Особливої уваги заслуговує той факт, що вказані порушення в багатьох випадках є результатом недостатньої освіченості персоналу дитячих дошкільних навчальних закладів, щодо гігієнічних вимог до раціонального харчування дитини та специфічних властивостей окремих продуктів та страв.

Щёлок Т.С., Подпрядова А.А.

ЭЛИЗАБЕТ БЛЭКУЭЛЛ – ПЕРВАЯ ЖЕНЩИНА НА МЕДИЦИНСКОЙ СТЕЗЕ

**Кафедра социальной медицины, организации и экономики здравоохранения
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: Мякина А.В.

На сегодняшний день интеграция женщин в разные сферы трудовой деятельности достигла значительного развития. Не обошло стороной это явление и медицину. Так, в 2014 учебном году среди выпускников ХНМУ было 79,36% женщин и 20,64% мужчин. Анализируя статистические данные, можно прийти к заключению, что медицина является сферой успешной и перспективной деятельности для представительниц женского пола, а высшее медицинское образование – одно из наиболее популярных среди них.

Однако, согласно данным истории, профессия врача была официально освоена женщинами сравнительно недавно. Во все времена девушек готовили к роли матери семейства, способной мудро вести хозяйство и воспитывать детей, угождать мужу, создавая семейный уют и атмосферу комфорта в доме. Такая роль априори не предполагала научной деятельности, долгих лет обучения, а уж тем более врачебной практики, что считалось недопустимым и невозможным ввиду ограничений социальной и трудовой активности представительниц женского пола.

Преграды на пути женщин к медицине были решительно разрушены в 1847 году американкой с британским происхождением Э.Блэкуэлл – первой женщиной, получившей диплом о высшем медицинском образовании. Получив сильный толчок к борьбе за гендерное равноправие в виде воспитания с акцентом на либерализме и идее неоспоримости равенства полов как перед Богом, так и в обществе, она в 1845 году увлекается идеей связать судьбу с медициной, не имея конкретного плана действий для ее воплощения в реальность. Вскоре она берется за предсказуемо безуспешные, учитывая статус женщины в обществе того времени, попытки поступления в медицинские университеты США. Так, в 1845-1846 годах она получила череду отказов в зачислении от более чем 20 университетов США. Но, не смотря на всю по тем временам абсурдность этой затеи, ей все же суждено было воплотиться в реальность. В октябре 1847 Э.Блэкуэлл стала студенткой Женевского медицинского колледжа фактически по счастливой случайности. Своим появлением в этом учебном заведении она принесла немало неудобств как студентам, так и преподавателям, которые считали науку о естественном функционировании тела человека и его строении слишком вульгарной для изучения юной леди. Вслед за получением диплома 23 января 1849 года и долго неутихающей полемики,

разжигаемой прессой, следуют годы поиска места работы как в США, так и в Европе, но, к сожалению, общество того времени еще не было готово всерьез воспринять женщину в должности врача как достойного специалиста и доверить ей собственную жизнь. Разуверившись в возможности работать при государственных больницах, она открывает собственную практику в Нью-Йорке. С 1853 года Элизабет разворачивает активную учредительскую деятельность, направленную на организацию и становление медицинских учебных заведений для женщин Европы и США. Так, в 1868 году Блэкуэлл основала женский медицинский колледж на базе Нью-Йоркского лазарета, а в 1874 году – медицинскую школу для женщин в Лондоне.

Её реформаторская деятельность, открыла путь в медицину для многих женщин, чьи способности к врачеванию нисколько не уступают мужским. Последовав ее примеру, многие представительницы женского пола добились высоких карьерных достижений и привнесли в медицину новые методы лечения, которые обеспечили ее продуктивное развитие. Внимание к деталям, мягкость в обращении, отзывчивость, отчасти обусловленные материнским инстинктом, и сегодня дают женщинам возможность достичь большой популярности среди пациентов.

МЕДИЧНА ТА БІООРГАНІЧНА ХІМІЯ

Dyadichev O. V., Dyakova M. A.

WHILE GROWING CRYSTALS

Medical and Bioorganic Chemistry Department

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisors: Shapoval L.G., Grabovetskaya E. R.

The crystals are all around us. Krystallos(Greek)means ice. This term was used to name the rock crystal which is one of the varieties of quartz. Previously it was believed that if ice was kept at a low temperature for a long time, it turned into stone and could not melt.

Quartz (SiO_2) is one of the most abundant minerals. Rock crystal, amethyst, morion, citrine, smoky topaz, etc. are some of its forms. Crystals are solids having "repetitive", so-called, periodic structure forming regular polyhedra. That is, the particles constituting the crystal (ions, molecules or atoms) are arranged in space in a definite order (sequence), which is periodically repeated. Arrangement of the particles is described as a crystal lattice. This is a three-dimensional model of arrangement of the particles in the crystal. The crystal lattice can be thought of as an array of "small boxes" infinitely repeating in all three spatial directions. Such a unit cell is the smallest unit of crystal that contains all of the structural and symmetry information to build-up the macroscopic structure of the lattice. For example, the crystal lattice of edible salt (sodium chloride, NaCl) consists of cubic unit cells. Combination of these cubes consisting of sodium ions Na^+ and chlorine Cl^- ions produces crystal structure. Crystalline compounds can form one single crystal. However, most crystalline compounds are composed of many small crystals, i.e. they are polycrystalline. Single crystals are usually obtained artificially. Diamond and quartz exist in the form of single crystals. Moreover, diamond single crystals are small, but the rock crystal, which is a variety of quartz, can form very large crystals with weight of several tons and height of several meters, although natural large single crystals are quite rare. The remarkable champion among crystals in mass and size is spodumene (lithium aluminum silicate $-\text{LiAl}[\text{Si}_2\text{O}_6]$). The spodumene crystal weighing 90 tons and of 14 meters length was found in South Dakota (USA). The crystals can be obtained during the crystallization of melt, solution or gas. In laboratory the crystals are usually obtained from solutions. When the solid is placed in water, the solvent molecules interact with the surface of the crystal lattice and bonds between its particles become weaker. The crystal structure undergoes destruction which is accompanied by energy absorption. The resulting particles interact with water molecules. This process is referred to as hydration. The so-called hydration shells form around the particles of destroyed crystal lattice. They prevent particles from combining in a crystalline structure. Hydration is accompanied by the energy release. Depending on the ratio of the energy absorbed in the destruction of the crystal lattice and the energy released during the hydration, the overall dissolution process may be either exothermic or endothermic. The crystals of solute begin to precipitate upon cooling of saturated solution, as solubility decreases with lowering of temperature. By this method we obtained crystals of blue vitriol (CuSO_4), table salt (NaCl), ammonium dihydrogenphosphate ($\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$), sucrose ($\text{C}_{12}\text{H}_{22}\text{O}_{11}$), potassium alum ($\text{KAl}(\text{SO}_4)_2 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$), and others.

Precipitation of crystals from cooled solution results in formation of saturated solution, but with a lower content of dissolved substance. For example, at 15°C saturated solution of sucrose contains 197 g of solute per 100 g of water, and at 100°C there is 487 g of sugar in the same quantity of water.

In a supersaturated solution the content of solute is greater than that in a saturated solution at a given temperature and solute begins to precipitate, i.e. to crystallize.

Fed'ko K. O., Zinoviev I. E.

**EXPERIMENTAL RESEARCH OF DIFFERENT NSAIDS' EFFECT ON
COGNITIVE ACTIVITY IN FORMALIN EDEMA MODEL**

Department of medical and biological chemistry

Kharkov national medical university, Kharkov, Ukraine

Scientific advisers: professor Syrovaya A. O., Phd Lukyanova L. V.

In the study of the mechanisms of action of pharmacological agents, it is important to study their influence on the behaviors of animals. The absence of verbal contact with animals limits the range of possible tests. The most common and informative test in the study of the impact of drugs on emotional and behavioral responses are a test "open field".

The purpose of this work –impact of NSAIDs different chemical structure and their compositions with caffeine on cognitive activity in rats when tested in the "open field". According to the goal settled the following tasks: to investigate and analyze the level of cognitive behavior in rodents test "open field" under the influence (paracetamol, diclofenac sodium and ibuprofen). An experimental study was performed on 24 rats of WAG weighing 210-230 g, which were kept under standard vivarium conditions. Animals were divided into 4 groups of 6 animals in each group. Animals 1st group once orally administered through a tubeintra gastric 3% starch mucilage (2 ml per 200 g animal weight) and modeled formalin edema. 1 hour before formalin edema simulation once intra gastric a suspension of 3% starch mucus injected drugs research, animal 2nd group was administered diclofenac sodium (5 mg per 1 kg body weight of the animal), the 3rd of ibuprofen (6 mg 1 kg animal), 4th group - paracetamol (30 mg per 1 kg body weight of the animal). The registration of animal behavior performed as administration, and 4 hours after modeling formalin edema (against the background of its maximum). All procedures with animals were performed in accordance with international rules and regulations. The obtained results were statistically processed using application package "STATISTICA-6". Experiments were carried out for 3 minutes by the standard method. Cognitive activity investigated by the number of surveyed holes – kidneys' reflex index, which indicates the ability of animals to investigate the "open field", in particular, to look into the holes. Modeling formalin edema contributed statistically significant decrease in cognitive activity in animals 14 times. With the introduction of diclofenac sodium, ibuprofen, paracetamol observed statistically significant increase in cognitive activity of rats in 6,34 times, 7 times, 2,34 times respectively.

Conclusion. Analysis of experimental results indicate that the chemical structure of different NSAIDs (diclofenac sodium, ibuprofen and paracetamol) increase cognitive activity in rats under conditions of formalin edema.

Komarova O.P., Korneev I.Y.

**DEVELOPMENT OF A NEW STICKY MATERIAL FOR MEDICAL ADHESIVE
PLASTER**

Department of technology of plastics and biologically active polymers

National Technical University "Kharkiv Polytechnic Institute", Kharkov, Ukraine

Scientific adviser- Ph. D. Cherkashina A.M., Ph. D. Piedmont L.P.

Plasters medical fixing (adhesive tape) is used for fixation of compresses, tampons, bulk and tight post-operative dressings and coatings. When creating adhesives for medical purposes originate from the fact that they should be non-toxic, have optimum adhesion to

the human skin and also sufficient adhesion to the substrate, so that the tape can be removed from the skin without damaging the integrity of the adhesive layer.

By composition all adhesive tapes comprise at least two parts - a base and an adhesive that is sensitive to pressure. As a base can be applied include various fibrous materials (fabrics, paper), and polymeric films. In the manufacture of adhesive films for medical purposes as a base generally used polyethylene and polypropylene film.

As a base of adhesive tapes using various materials (depending on the application tape): polymer (polyethylene, polyethylene terephthalate, polyimide's, cellophane, polyvinyl chloride), cloth (fiberglass, cotton fabrics, knitted fabrics, etc.), foil, rubber, flexible PVC. The greatest strength of these materials have a polyimide and polyethylene terephthalate film. As the layer having tackiness is used different tack compositions. In most cases the basis of sticky compositions are rubbers (natural, chloroprene, nitrile, thiokol, polyisobutylene), ethylcellulose in combination with various additives that increase their tackiness. Such additives include resins (phenol-alkyl, perchlorovinyl, polyterpene), rosin and its derivatives. Some formulations also include fillers (often zinc oxide).

Adhesive tapes obtained by applying an adhesive to a substrate in the form of a solution, a dispersion, a melt or a dry coating method. Adhesive compositions for application to a substrate is prepared as conventional adhesives by mixing the components. Sticky adhesives in the form of solutions applied by conventional spreading machines and irrigation machines drum or belt type. Fluff adhesive tape was dried at 50-80 ° C for 5-10 min. Promising is the use as a layer of single-component water-sticky emulsion adhesives. For this purpose use almost all rubber latexes and dispersions of acrylates. As the use of acrylic emulsion copolymers of butyl acrylate and acrylic acid or butyl acrylate, acrylic and methacrylic acid or acrylic acid ester copolymers containing carboxyl groups with the addition of aqueous ammonia solution of 25% concentration in an amount of 1.5 to 5% of the medium to pH 6 -8.5. Furthermore, these adhesives contain a thickening agent, a surfactant, a substance regulating the pH of the dispersion antifreezing et al.

We developed different compositions adhesive tapes consisting of a polymeric substrate layer and an adhesive based on a copolymer of butyl methacrylate with methacrylic acid. The polymeric base film is made of polyethylene terephthalate, and an adhesive layer formed from a composition comprising a copolymer of butylmethacrylate with methacrylic acid ester monocyclohexylphthalic acid and N-benzoic piperidin and other components. In addition to these components in the claimed composition can be added to an adhesive antibacterial and various drugs.

Malay B.B.

**THE APPLICATION OF DIPERPYAZELAIC ACID REDOX TITRANT FOR
POTENTIOMETRIC DETERMINATION OF N-ACETYL-L-CYSTEINE AND
ASCORBIC ACID IN PHARMACEUTICAL PREPARATION**

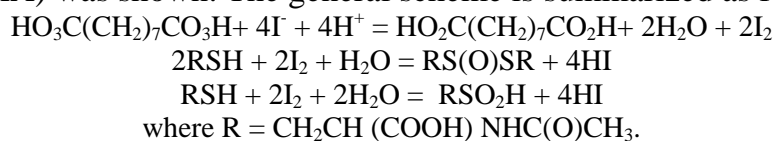
Physical and Colloid Chemistry Department

The National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

N-acetyl-L-cysteine (NAC, RSH) is a synthetic aminothiols antioxidant with a mucolytic effect, shown to be effective in the management of paracetamol poisoning. In addition, it is being studied and utilized for curing HIV infection, cancer and heart disease. Many pharmaceutical and cosmetic preparations contain NAC itself or in combination with ascorbic acid (AA) as antioxidant and because the fast selective, precise, sensitive and low cost methods of their determination is needed.

The SPhU(ДФУ) and Ph. Eur. recommend iodimetric titration with visual end-point detection for the NAC (at +10°C) or the AA determination in its pharmaceutical substances. Unfortunately, this method is not applicable for the NAC and the AA in mixture. This drug mixture, however, prepared in such concentration of the components which rendered the detection of the AA (as preservatives) is rather difficult, because its concentration (12.5 mg) is very low comparing with the NAC concentration (100 mg or more) in the sachets (for an example in ACC 100). The quantitative determination of both components in the mixture as usually is carried out by the liquid chromatography method (HPLC). A few papers describe direct potentiometric determination of the NAC or/and the AA in real sample. Potentiometry is the most widely used electroanalytical technique because of its simplicity, versatility, and low cost. The aim of the work was to determine the NAC and the AA in the ACC 100 pharmaceutical preparation with the use of standard 0.005 M diperoxyazelaic acid (DPAA) solution by means of generated *in situ* I₂. Equation for I₂ produced by oxidizing iodide $\text{HO}_3\text{C}(\text{CH}_2)_7\text{CO}_3\text{H} + 4\text{I}^- + 4\text{H}^+ = \text{HO}_2\text{C}(\text{CH}_2)_7\text{CO}_2\text{H} + 2\text{H}_2\text{O} + 2\text{I}_2$.

A platinum ring indicator electrode is used to follow the progress of the titration curve by potentiometry. Titration of the mixture containing the NAC and the AA generating I₂ gives only one clear potential jump at the point, that is equivalent to the amount of both oxidizing agent in the sample (total content). NAC is oxidized by I₂ to different products depending on the pH: at pH 1.1 (0.1M HCl) - to thiolsulfinate (RS(O)SR), interacting in molar ratio 1: 1 (2 mol NAC: 1 mol DPAA), and at pH 4.7 (0.1 M H₂SO₄) - in molar relation 1 mol : 2 (1 mol NAC: 1 mol DPAA), oxidizing deeper, probably, corresponding to *N*-acetyl-*L*-cysteinesulfinic acid (RSO₂H) is formed as the product, while the AA under similar conditions is oxidized by iodine to dehydroascorbic acid, interacting with I₂ unchanging in molar relation 1:1 (2 mol AA:1 mol DPAA) was shown. The general scheme is summarized as follows:



The aliquot of the solution under study (3 g/100 mL) is transferred into the 50 mL flask, 20 mL, 1.0 mL solution of 5% KI is added and titrated by 0.005 or 0.01 M solution of DPAA. The other aliquot is titrated as previously, except following instead of 0.1 M HCl solution, the solution of 0.1 M KH₂PO₄ is used. The amount of NAC is calculated from the difference between the milliequivalents of the DPAA needed for the titration at pH 4.7 and the milliequivalents of the DPAA consumed for the titration at pH 1.1. However, this method is more reliable as the diperoxyazelaic acid solution is more stable than iodine as a primary standard. As a result the potentiometric method for the determination of the NAC in the AA mixture based on oxidation definable substances generated *in situ* by I₂ using the DPAA solution was developed. The method is characterized by high sensitivity and the expressness (RSD ≤ 1 % (NAC) and ≤ 3% (AA)).

Ал-Огайли М. Д. К., Кулык О. Г., Колосов М. А.

СИНТЕЗ N(1)-МЕТОКСИПРОИЗВОДНЫХ 4-АРИЛ-3,4-ДИГИДРОПИРИМИДИН-2(1H)-ОНОВ

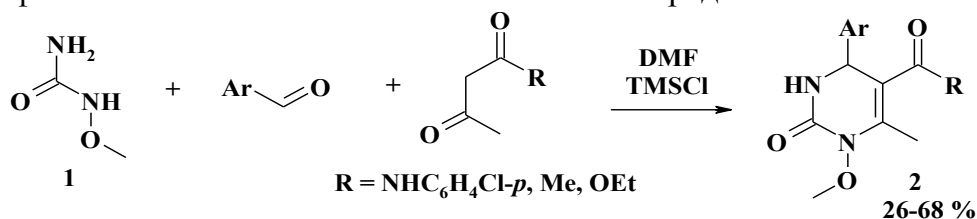
Кафедра органической химии

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Харьков, Украина

Привлекательность производных 3,4-дигидропиримидин-2-онов обусловлена, в первую очередь, их потенциальной биологической активностью и синтетической доступностью. В их ряду обнаружены вещества, являющиеся эффективными

модуляторами кальциевых каналов, активными ингибиторами ферментов, иммуностимуляторами и т.д. Кроме этого указанные соединения проявляют противовирусную, антибактериальную и противоопухолевую активности, что связано с их подобием по структуре известным лекарственным средствам на основе производных 1,4-дигидропиридина (нифедипин и т.д.).

Однако, несмотря на множество работ, до сих пор не были получены N-алкоксипроизводные 3,4-дигидропиримидин-2(1H)-она, которые также должны обладать определенной биологической активностью. Кроме того, указанные вещества интересны с точки зрения их дальнейшего применения в качестве хиральных реагентов и фотохимических источников алкоксильных радикалов.



В настоящей работе мы исследовали синтез ранее неизвестных N(1)-метоксипроизводных 3,4-дигидропиримидин-2(1H)-она 2. Поскольку наиболее очевидным путем формирования целевой гетероциклической системы является реакция Биджинелли, целевые соединения были получены в условиях трехкомпонентной конденсации N-метоксимочевины 1 с ароматическими альдегидами и β-дикарбонильными соединениям в системе ДМФА-TMSCl. В ходе эксперимента было установлено строение побочных продуктов, а оптимизация условий реакции и способов очистки позволили повысить выход целевых продуктов до 68%. Строение всех полученных соединений подтверждено данными ЯМР-спектроскопии, а также масс-спектрометрии.

Бабіч О.В.

БІОСУМІСНИЙ КАЛЬЦІЙСИЛІКОФОСФАТНИЙ СКЛОКРИСТАЛІЧНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ

Кафедра технології кераміки, вогнетривів, скла та емалей

**Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»,
Харків, Україна**

Науковий керівник: доцент Савцова О.В.

Одним з напрямків сучасного медичного матеріалознавства, який інтенсивно розвивається, є створення імплантатів для заміни пошкоджених ділянок кісткової тканини. Заміщення дефекту кістки необхідно проводити імплантатом з визначеними механічними характеристиками, зокрема на основі біоактивних кальційсилікофосфатних склокристалічних матеріалів. Створення подібних матеріалів останнього покоління з можливістю активізації росту та диференціації клітин остеїдного і фіброзного типів на межі зрощування імплантату з кісткою визначає актуальність роботи.

Робота спрямована на одержання карбонат вмісного кальційсилікофосфатного склокристалічного матеріалу з підвищеною міцністю та оцінку його біоактивності в експериментах *in vivo*. Біоактивний склокристалічний матеріал ЦФ-1 одержано на основі скла системи $\text{Na}_2\text{O}-\text{CaO}-\text{ZnO}-\text{Al}_2\text{O}_3-\text{B}_2\text{O}_3-\text{P}_2\text{O}_5-\text{SiO}_2$ при забезпеченні $\text{CaO}/\text{P}_2\text{O}_5=4$ шляхом термообробки при температурі 860 °C протягом 30 хв.

Встановлено, що міцність на стиск, яка складає 120 МПа, одержаного матеріалу

наближається до значення кортикальної кісткової тканини та відповідає міцності на стиск кісток черепа. Експериментами *in vivo* встановлено, що матеріал ЦФ-1 є біологічно сумісним та нетоксичним. На підставі морфометричних показників перебудови кісткової тканини навколо імплантату з одержаного матеріалу на 90 добу (індекс остеointegraції – 42,8 об.%, відносна площа новоутвореної кістки – $37,7 \pm 2,3$ ум. од.) підтверджені остеокондуктивні властивості. Одержані результати свідчать про перспективність застосування розробленого матеріалу для прискореного та повноцінного відновлення кісткових дефектів щелепно-лицевої області.

Дрокин А. В.
ЭНТЕРОСОРБЦИЯ

Кафедра медицинской и биорганической химии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Макаров В. А.

Энтеросорбция — это метод, основанный на связывании и выведении из желудочно-кишечного тракта шлаков и токсинов. Энтеросорбенты — препараты, как правило, природного происхождения, помогающие организму справиться с эндогенной интоксикацией при гриппе, простудах, расстройствах пищеварения, хронических заболеваниях и при других сложных для организма ситуациях (послеоперационный период, после антибиотиков и других лекарственных средств с побочными эффектами). Энтеросорбенты не претерпевают структурных, химических или физических изменений в организме, не проникают в организм за пределы желудочно-кишечного тракта. В зависимости от своей химической природы каждый адсорбент обладает рядом уникальных свойств, отличающих его от других адсорбентов. Для того чтобы оценить адсорбционную способность продукта, используется параметр пористой структуры материала и его удельная поверхность. Наиболее распространенным методом порометрии является метод ртутной порометрии. С помощью метода ртутной порометрии изучают распределение пор по радиусам. Этот метод очень эффективен и нагляден, но при больших значениях прикладываемого давления может наблюдаться разрушение материала образца. Поэтому параметры пористой структуры часто изучают по данным рентгенографии и электронной микроскопии. По принятой в настоящее время классификации, активированные угли являются адсорбентами, содержащими поры всех типов, цеолиты — микропористыми, алюмосиликаты — мезо-макропористыми, а адсорбенты на основе целлюлозы являются макропористыми.

Карев А.И., Свинарёв А.С.
ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕПЛАСТИКОВ В МЕДИЦИНЕ

Кафедра технологии пластических масс и биологически активных полимеров
Национальный технический университет «Харьковский политехнический институт», Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Попова Н.Г., доцент Лебедев В.В.

Проводились разработки и исследования углепластиков на основе эпоксидных связующих для протезов конечностей. Углепластики представляют с собой гетерогенные системы, поэтому создание изделий на их основе требует не только изучения особенностей структуры и свойств армирующих волокон и гомогенных полимеров, но и физико-химического взаимодействия этих компонентов, их поведение в процессе совместной деформации, установление основных

закономерностей, определяющих эффективное использование свойств компонентов в ормированной системе и обуславливающих получения материалов с заданными характеристиками. Были исследованы эпоксидные композиции с различными типами отвердителей такими как ,аморатический амин АМ-14, моноцианэтилированныйдиэтилендиамин УП-0633М, отвердитель каталитического действия УП-605/5Р, катализатор УП-606/2 -2,4,6трис (диметиламинометил) фенол. Также применялись разбавитель УП-624- диглицеდიловый эфир, пластификатор дибутилфтолат(ДФ) и различные поверхностноактивные вещества (ПАВ) . Всего было исследовано 20 композиций и в качестве ормирующего наполнителя применяли углеродную ткань ТР-3 на парафиновом замасливателе , степень наполнения 1:1.

Проводились исследования по реокинетики отверждения как отдельно полимерной матрицы так и композиционной системы наполненной углеродной тканью. Исследовались процессы отверждения различными методами , прочностные свойства, такие как ударная вязкость, разрушающее напряжение при разгибе и сжатие, а также остаточное напряжение водо – и влагостойкость. По результатам измерения динамических механических свойств методом обратного крутильного маятника были определены и посчитаны действительная компонента модуля упругости G' и модуля потерь G'' , логарифмический декремент затухания (Δ), тангенс угла механических потерь ($tg\delta$). по результатам данных измерений определялась теплостойкость углепластиков которые характеризуют предельную температуру эксплуатации жестких полимерных материалов. Исследования по измерения краевого угла смачивания показали что в зависимости от применяемого ПАВ этот показатель колеблется в широких пределах от $36,87^{\circ}\text{C}$ до $53,13^{\circ}\text{C}$. Разработанный углепластик имеет следующие свойства: ударная вязкость $-35,4 \text{ кДж/см}^2$, разрушающее напряжение соответственно при изгибе $-178,6 \text{ Мпа}$ и сжатии 160 Мпа . В результате испытаний на температурно-циклические нагрузки было установлено что разработанные композиции имеют высокий коэффициент старения который колеблется в пределах $73,4-91,8\%$, зависимости от примененного ПАВ т.е. от степени совместимости полимерной матрицы с углеродным наполнителем. На оптимальном композиционном материале были изготовлены экспериментальные образцы углепластиков в качестве протезов стоп и испытаны УКРНИи протезирования. Разработанный углепластик выдерживал 10^6 циклов циклической нагрузки при угле изгиба 11° .

Колотілов О.В., Полякова В.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ КРОВІ ПІД
ВПЛИВОМ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
ТИПУ ІОНОГЕННОСТІ**

Кафедра медичної та біоорганічної хімії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: Наконечна С.А.

Поверхнево-активні сполуки широко використовується у різноманітних галузях народного господарства. За хімічною будовою ПАР можна поділити на 4 основні класи: аніоноактивні, катіоноактивні, неіоногенні та амфотерні. Найбільш широко у побуті промисловості використовуються аніоноактивні ПАР, рідше катіоноактивні речовини. Володіючи підвищеною селективністю до іонів металів, вони можуть екстрагувати останні з різноманітних розчинів, забруднювати оточуюче середовище й негативно впливати на організм. Тому було цікаво вивчити вплив різноманітних за структурою та властивостями ПАР на мікроелементний склад крові.

У даній роботі був вивчений вміст катіонів металів-мікроелементів в крові експериментальних тварин під дією катіоногенного та неіоногенного ПАР. Для дослідження був застосований атомно-абсорбційний метод аналізу іонів в біосередовищах. Досліджувався вміст мікроелементів купруму, цинку, феруму в сироватці крові під впливом неонолів. Були досліджені дози 1/10, 1/100, 1/1000 ДЛ₅₀.

Виявлено багатократне підвищення концентрації мікроелементів у крові. За результатами досліджень виявлено однаковонаправлені зміни мікроелементного складу крові тварин, що вказує на схожість родоначальної природи досліджених ПАР. Проте різниця їхнього впливу на організм підтверджується показниками вмісту мікроелементів на 45-ту добу експерименту: для купруму іоногенний неол викликав підвищення на 56 % більші, ніж неіоногенний, цинку на 13 %, феруму на 10 % більші, що показує різноманітність їхнього впливу на організм тварин.

Кузнецова М. О.

ОЦІНКА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ІОНОГЕННИХ ПОХІДНИХ ФЕНОЛУ НА ОРГАНІЗМ

Кафедра медичної та біоорганічної хімії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: Наконечна С.А.

Вже тривалий час людство живе у несприятливих зовнішніх обставинах, тому вважається за необхідне вивчати фактори оточуючого середовища, які діють тривалою у малих дозах. Одним із найбільш суттєвих чинників, що впливають на здоров'я людини, є хімічні фактори, окремо, поверхнево-активні речовини. До таких чинників забруднення водоймищ належать оксигетильовані похідні фенолу, які мають негативний вплив на організм в цілому шляхом змін морфометричних та біохімічних показників крові. Метою дослідження була оцінка наслідків пролонгованого впливу похідних фенолів іоногенного походження на метричні характеристики й показники цілісності біомембран та перекисного окислення ліпідів у експериментальних тварин. Досліджений вплив дози 1/100 ДЛ₅₀ на організм білих щурів лінії Вістар у 45 добовому експерименті. За результатами дослідження показані зміни в загальній трофіці організму по відставанню приросту маси тіла тварин та по підвищенню коефіцієнтів маси внутрішніх органів, в основному печінки, що свідчить про підвищене навантаження саме на цей орган. Доказана роль сполук ксенобіотичної дії в інтенсифікації перекисного окислення ліпідів у вигляді підвищення продуктів ПОЛ в сироватці крові експериментальних тварин, що вказує на шкідливий вплив ксенобіотиків іоногенного складу як отруйних реагентів. Похідні фенолу значно підвищували вміст лізоформ фосfolіпідів у еритроцитах, це дає змогу підкреслити, що в клітинах в результаті дії ПАР накопичуються отруйні реакційно-спроможні сполуки, які мають мембраноруйнівну дію.

Лега Д.О.

СИНТЕЗ КОНДЕНСОВАНОЇ 2-АМІНО-3-ЦІАНО-4-АРИЛ-4Н-ПІРАНОВОЇ СИСТЕМИ НА ОСНОВІ БЕНЗО[С][2,1]ТІАЗИН-4-ОН 2,2-ДІОКСИДУ

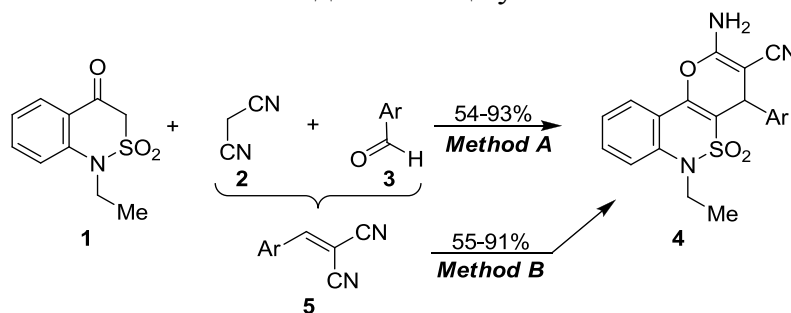
Кафедра органічної хімії

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Шемчук Л.А.

Серед 10 можливих структурних ізомерів бензотіазинон S,S-діоксиду, найменш вивченим в плані хімічних властивостей є бензо[с][2,1]тіазин-4-он 2,2-діоксид. Окрім

того, ядроданої сполукиє біоізоостером добензо[e][1,2]тіазин-4-он 1,1-діоксиду, який є базовою структурою нестероїдних проти запальних засобів ряду «оксикамів». Фармакологічна перспективність бензо[с][2,1]тіазин-4-он 2,2-діоксиду обумовлена також нещодавно встановленими для його похідних антибактеріальною, противірусною та протираковою активностями. Дані факти обумовлюють актуальність та перспективність досліджень в області хімії даної гетероциклічної сполуки. Синтез конденсованої гетероциклічної системи 2-аміно-4-арил-3-ціано-6-етил-4,6-дигідропірано[3,2-с][2,1]бензотіазин 5,5-діоксиду⁴ був заснований на одностадійній трикомпонентній взаємодії N-етил-бензо[с][2,1]тіазин-4-он 2,2-діоксиду **1** з малонодинітрилом² та арилкарбальдегідами³ в середовищі етанолу в присутності триетиламіну в якості основи. Також був проведений двостадійний синтез сполук **4**, що базувався на початковому синтезі ариліденів⁵ та їх наступною взаємодією з бензотіазиноном¹ в наведених вище умовах.



Ar = C₆H₅, 4-NO₂-C₆H₄, 2-MeO-C₆H₄, 4-MeO-C₆H₄, 4-Cl-C₆H₄, 4-Me₂N-C₆H₄, 9-Anthracenyl

Структуру конденсованих похідних **4** доведено за допомогою ¹H-ЯМР-спектроскопії, ІЧ-спектроскопії та мас-спектрометрії.

Мірошніченко М.О.

ВИКОРИСТАННЯ НЕОРГАНІЧНИХ РЕЧОВИН В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Кафедра медичної та біоорганічної хімії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Петюніна В.М.

У наш час велика увага приділяється не тільки функціональності, але і естетичному вигляду ортопедичних конструкцій. На сьогодні існує багато модифікацій зубних протезів, які виготовляються з різних матеріалів (як органічного, так і неорганічного походження). І кожного дня з'являються нові матеріали, обладнання, інструментита технології. Таким чином, лікар-стоматолог має знати, які з матеріалів слід використовувати для виготовлення якісного протеза для пацієнта.

Мета роботи – розглянути різні неорганічні речовини, які використовуються в ортопедичній стоматології.

Завдання: дослідити, які саме неорганічні сполуки входять до складу металокерамічних протезів; з'ясувати, які з речовин неорганічної природи містяться у суцільнолитих ортопедичних конструкціях; розглянути вміст неорганічних сполук у композитних протезах; вивчити неорганічні компоненти, що містяться у зроблених з діоксиду цирконію конструкціях.

За даними літератури, нами був вивчений склад різних ортопедичних конструкційних матеріалів. Ми з'ясували, що вони мають у своєму складі речовини неорганічної природи, тому всі вони є об'єктом нашої роботи. Металокерамічні конструкції складаються з металевого ковпачка, зробленого з хром-кобальтового

сплаву і керамічного облицювання. В методах обробки цих протезів використовується також пісок оксиду алюмінію, за допомогою якого поверхня ковпачка стає шорсткою, для кращого прилягання до керамічної частини. У технологічному процесі на поверхні протезу утворюється окисна плівка, яка також сприяє адгезії керамічного облицювання до металевого ковпачка.

Суцільнолітні конструкції виготовляються зі сплавів різних металів (хром-кобальтового, титанового, паладій-срібного сплаву тощо). Наприклад, з медичного золота 900 проби та домішків срібла та міді (для забезпечення міцності конструкції) роблять золоті протези. У обробці цих конструкцій використовується “царська суміш” (концентровані сульфатна і нітратна кислоти) при аффінажі для поліпшення якості золота у сплаві за рахунок розчинення домішок. Плівка з оксиду титана на поверхні протезу запобігає корозії металу при контакті з ротовою рідиною та забезпечує профілактику алергічних реакцій. Композитні протези складаються з металевого ковпачка, зробленого з хром-кобальтового сплаву, і облицювання з пластмаси, що модифікована неорганічним наповнювачем (найчастіше – кварцове скло). У технологічному циклі при виготовленні цих протезів використовується також мікроадгезив і перли (беззольні пластмаси).

Конструкції, які виготовлені з діоксиду цирконію, складаються з суцільного міцного матеріалу, виготовленого з використанням найсучаснішого комп’ютерного обладнання для отримання надточного прилягання до тканин зуба. Отже, неорганічні сполуки є невід’ємною складовою сучасних ортопедичних конструкцій, які широко використовуються лікарями-стоматологами та задовольняють функціональним і естетичним потребам при протезуванні пацієнтів.

**Нагорный И. А.
ГЕМОСОРБЦИЯ**

Кафедра медицинской и биорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Макаров В. А.

Гемосорбция- метод очищения крови, направленный на удаление из крови различных токсических продуктов путем контакта крови с сорбентом вне организма. Таким образом, гемосорбция относится к эфферентным (служащим для выведения токсинов) методам искусственной детоксикации.

Сорбционные методы основаны на такой особенности многих молекул токсических веществ, как наличие заряда или свободных радикалов в их структуре. При контакте с сорбентом, состоящим из поверхностно-активных структур, такие молекулы способны адсорбироваться (т.е. фиксироваться на поверхности сорбента) или абсорбироваться (т.е. фиксироваться в объеме сорбента) к последним. По характеру сорбента, гемосорбция может быть: неселективной, полуселективной, селективной. Первые аппараты для гемосорбции использовали в качестве сорбента активированный уголь, который является самым известным и старым из поверхностно-активных веществ. Недостатком его является то, что далеко не все группы токсических веществ вступают в реакцию с активированным углем. При полуселективном варианте, разработанном впоследствии, в качестве сорбента используются ионообменные смолы, которые обладают некоторой тропностью (избирательностью) к определенным видам токсичных веществ, расширяя показания к применению метода. И наконец, в последнее время активно развивается новое направление гемосорбции – селективная, при которой применяется новое поколение

сорбентов – иммуносорбенты. Они представляют собой фиксированные на ионообменных смолах антитела. Использование гемосорбции широко распространено при постреанимационных состояниях, острых хирургических заболеваниях, сепсисе, ожоговой токсемии. Высокая эффективность гемосорбции отмечена при отравлениях препаратами кардиотоксического действия, так как удаление экзогенных токсикантов из организма предопределяет дальнейшее течение заболевания. После гемосорбции нормализуется сердечный ритм и частота сердечных сокращений, содержание токсических веществ в крови падает. Грамотно подобранная схема гемосорбции позволяет удалять из кровотока токсины, очищать кровь, локализуя патологию на самом глубоком уровне.

Присяжный А.В.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ ОЧИСТКИ НИЗШИХ ДИКАРБОНОВЫХ КИСЛОТ

Кафедра охраны труда и окружающей среды

**Украинская государственная академия железнодорожного транспорта,
Харьков, Украина**

Научный руководитель: доцент Катковникова Л.А.

Одной из основных тенденций развития технологий в последние десятилетия является максимальный учет экологических требований к производству. И одним из наиболее ярких примеров этого может служить технология производства адипиновой кислоты, проведенный анализ которого позволил выявить основные факторы, которые необходимо учитывать при разработке экологических технологий и их совершенствовании. Во-первых, сравнение стоимости организации рецикла отходов по сравнению со стоимостью их утилизации. Во-вторых, необходимость использования в технологии новых процессов и промежуточных веществ, которые могут являться токсичными, горючими или взрывоопасными веществами. В-третьих, цена законодательного оформления технологии. В-четвертых, реальная доступность промежуточных веществ. В-пятых, социальная обстановка: политические течения, страхи населения относительно новой технологии. В-шестых, наличие кадров или возможность их подготовки. В-седьмых, степень изменений в технологической схеме. И наконец, в-восьмых, соотношении времени внесения изменений и жизни совершенствуемой технологии. В результате, комплексный анализ известных методов очистки низших дикарбонových кислот в производстве адипиновой кислоты позволил разработать новый метод, оптимальный по всем перечисленным параметрам, в качестве которого предлагается использование серы для осаждения меди с последующим отделением осадка катализаторов в смеси кетонов с возвращением серы и соединений меди и ванадия в технологический цикл.

Профатилова В.Д.

КВАНТОВО-ХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЫ ПАРАЦЕТАМОЛА

Кафедра медицинской и биоорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Левашова О.Л.

Парацетамол вызывает интерес как один из наиболее широко применяемых лекарственных препаратов. Обладает анальгезирующим, жаропонижающим и слабым противовоспалительным действием. В Украине разрешены для медицинского

применения почти 300 наименований, которые содержат в качестве активного фармакологического ингредиента парацетамол (ацетаминофен). В настоящее время в медицинской практике парацетамол используется как самостоятельно, так и в составе комбинированных препаратов: монопрепараты составляют 21% (отечественные 22%, зарубежные 78%), комбинированные 79% (отечественные 16%, зарубежные 84%).

Наша работа посвящена исследованию взаимосвязи квантово-химических свойств и фармакологического действия. Еще великий Ломоносов мечтал "выверить химию математикой". В настоящее время квантовая химия является теоретической основой всех разделов химии и успешно решает многие научные задачи. Применяя для исследований методы квантовой химии, можно глубже проникнуть в суть химических явлений, понять причины их обусловившие. Квантовая химия дает возможность определить геометрическую и электронную структуру химических веществ, причины и механизм протекания реакции, фармакологические свойства исследуемых биологически активных веществ. В ходе исследования изучались следующие параметры: расстояния между атомами (E), значения углов между связями, заряды на атомах (ат. ед./eV), распределение электронной плотности только внешних валентных электронов, общая энергия напряжения (ккал/моль), энергия связывания (ккал/моль), электронная энергия (ккал/моль), энергия межъядерного взаимодействия (ккал/моль), теплота образования (ккал/моль), локализация и энергии высшей занятой (ВЗМО) и низшей свободной молекулярных орбиталей (eV), значение абсолютной жесткости (η) (eV). Были рассчитаны заряды на каждом атоме молекулы парацетамола. Наибольший дефицит электронной плотности наблюдается на атомах углерода фенольного кольца, непосредственно связанных с атомами кислорода и азота. Наибольшая электронная плотность локализована на атомах кислорода и на атоме азота. Фенольный гидроксил потенциально способен реагировать с нуклеофильными центрами других молекул. Атомы водорода, непосредственно связанные с кислородом или азотом, способны образовывать водородные связи с электронейтральными атомами других молекул. ВЗМО характеризует взаимодействие молекулы с электроноакцепторами, а НВМО – с электронодонорами. Граничные орбитали (ВЗМО, НВМО) в молекуле парацетамола делокализованы. Проведенные расчеты уровней энергии электронных орбиталей позволили количественно определить значения энергии ВЗМО и НВМО (-8,639471 и -0,2243938 eV). На основании энергий ВЗМО и НВМО определена абсолютную жесткость молекулы парацетамола: 4,2075386. Таким образом, парацетамол особенно активно будет реагировать с мягкими реагентами. Рассчитанный общий дипольный момент (4,2238) является мерой, определяющей активность химического взаимодействия молекулы парацетамола. Методы квантово-химического исследования позволяют подтвердить взаимосвязь химического строения и фармакологического действия, а также расширить методы исследования новых фармакологических веществ.

Савельев В. В.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НИТРОБЕНЗОЛА ПРИ СОЧЕТАНИИ СО СНИЖЕННОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ

Кафедра медицинской и биоорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.б.н. Бачинский Р. О.

Трудовая и социальная среда, в которой осуществляется деятельность человека, характеризуется комплексом взаимодействующих факторов, специфических для данного периода времени, а именно: социально-бытовых, технологических, условий и

режимов труда и т.д. Обеспечение информированности специалистов об особенностях количественного и качественного влияния на организм как отдельных факторов, так и их комплекса, дает возможность своевременно анализировать и устр. ранять причины неблагоприятного действия. Наиболее неблагоприятными с точки зрения масштабности возможных негативных последствий на здоровье человека следует признать сочетанное действие химических и физических факторов. К таким сочетаниям относится и одновременное действие химических соединений и сниженной температуры воздуха. В настоящее время наблюдается повсеместное увеличение числа промышленных объектов, которые производят разнообразные химические вещества, широко используемых в разных отраслях народного хозяйства и в быту. Это сопровождается загрязнением производственной и природной среды химическими соединениями, нередко потенциально опасными для здоровья человека. Одним из таких веществ является нитробензол [НБ]. Если принять во внимание, что НБ широко используется в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве, быту и врачебной практике, а также тот факт, что спрос и мировое производство НБ, постоянно растет, то проблема изучения действия данного химического соединения в сочетании со сниженной температурой является своевременной и актуальной. Исследования проводились на лабораторных животных (половозрелых крысах-самцах линии WAG) в условиях подострого токсикологического эксперимента с 30-кратным введением НБ в желудок в дозе $1/10$ ЛД₅₀ (70 мг/кг) и экспозицией животных в двух различных термических режимах по 4 часа в день 5 раз в неделю. Животные были разбиты на 4 группы по 6 животных в группе. Животные 1 группы подвергались сочетанному действию НБ и сниженной температуры воздуха $4\pm 2^{\circ}\text{C}$. Животные 2 группы подвергались изолированному действию только сниженной температуры $4\pm 2^{\circ}\text{C}$, то есть были контролем по отношению к животным 1 группы. Животные 3 группы подвергались действию НБ при температуре воздуха $25\pm 2^{\circ}\text{C}$ (нормальная температура окружающей среды). Животные 4 группы служили контролем при температуре воздуха $25\pm 2^{\circ}\text{C}$. В токсикологическом эксперименте изучали комплекс гематологических показателей. С целью выявления изменений показателей, которые изучались, их определение у контрольных и подопытных животных проводили до начала эксперимента, после 5, 15 и 30 затравок НБ. Результаты изучения особенностей гематоксического действия НБ в сочетании со сниженной температурой свидетельствуют о развитии в организме экспериментальных животных патогномичных для действия НБ сдвигов при условии, что при сочетанном действии НБ и сниженной температуры имеет место усиление гематоксического эффекта. Так, у животных, которые подвергались действию НБ в сочетании со сниженной температурой ($4\pm 2^{\circ}\text{C}$), при сравнении с действием НБ в условиях термонейтральной зоны ($25\pm 2^{\circ}\text{C}$), достоверно ниже был уровень Нбобщ. и НбО₂, а также число эритроцитов; достоверно выше был уровень метгемоглобина, сульфгемоглобина, ретикулоцитов, и телец Гейнца.

Семенов О.А

МОДИФІКАЦІЯ ПОВЕРХНІ СИНТЕТИЧНОГО АЛЮМОСИЛКАТУ.

**Кафедра технології пластичних мас і біологічно активних полімерів
Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»,
Харків, Україна**

Одним із ефективних методів модифікації полімерних матеріалів є їх поєднання з наповнювачами. Особливої уваги в цьому плані заслуговують синтетичні цеоліти(алюмосилікати), які мають високу ступінь дисперсності, легко модифікуються, а також можуть вступати в хімічну взаємодію з полімерною матрицею. Крім цього, являючись активними сорбентами, вони здатні адсорбувати і утримувати на своїй поверхні різні речовини, які можуть впливати на комплекс міцнісних, технологічних и експлуатаційних властивостей полімера.

В нашій роботі досліджувалась модифікація поверхні синтетичного цеоліта шляхом іммобілізації на його поверхню антипірену – амоній поліфосфату. Іммобілізацію амоній поліфосфату вели з 2%(мас.) розчину полівінілового спирту в який завантажували 10%(мас.) наповнювача и 5-10%(мас.) амонію поліфосфату. Суміш перемішували при кімнатній температурі 1-2 години. Наповнювач відокремили від розчину фільтрацією і висушували при 50° С 3-4 години. Отриманий таким шляхом наповнювач вводили в состав епоксидного олігомеру. Композицію структували поліетиленполіаміном при кімнатній температурі і досліджували горючість отриманих зразків по стандарту UL -94.

Установлено, що модифікація поверхні синтетичного алюмосилікату амоній поліфосфатом сприяє зниженню горючості композиції з категорії V₂(вихідні) зразки до V₁-V₀(у модифікованих зразків). Найбільш ефективною з точки зору пониження горючості виявилася композиція, яка містить 10%(мас.) модифікованого цеоліта.

Селезнев И. С.

ХИМИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПИТАНИЕ ЛЮДЕЙ С II ГРУППОЙ КРОВИ

Кафедра медицинской и биоорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научний керівитель: доцент Макаров В.А.

В теории питания по группам крови является универсальным деление продуктов на целебные, безразличные, отягощающие. Целебными продуктами называются продукты, приносящие организму большую пользу, лечат и укрепляют его. Эти продукты следует употреблять регулярно.

Безразличные продукты снабжают организм питательными веществами и не оказывают ни вредного, ни полезного действия. Эти продукты следует употреблять в достаточном количестве. Группа крови является предписанием, своего рода руководством к действию для тех, кто хочет обрести здоровье, долголетие, достичь гармонии с самим собой.

Питание по группам крови – диета XXI века. В отличие от многих популярных диет питание по группам крови не предполагает резкого сокращения рациона. Вместо этого рекомендуется всего лишь постоянно употреблять те продукты, химические свойства которых соответствуют групповой принадлежности вашей крови. Мы такие похожие и разные, а значит, каждому из нас требуется индивидуальная диета, учитывающая все особенности отдельного человека. Отныне такая диета существует, и её главная аксиома звучит так: "Четыре группы крови - четыре модели питания".

Смєлова Н.М., Проскурїна К.І.
ІНУЛІН – ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
Кафедра аналітичної хімії

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

В раціоні харчування сучасної людини переважають рафіновані харчові продукти, які характеризуються недостатньою кількістю макро– і мікронутрієнтів, у тому числі харчових волокон, що в свою чергу, призводить до порушень у системі харчування і виникненні різноманітних захворювань населення, таких як ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія та інші. У наш час в процесі виробництва продуктів харчування в якості джерела харчових волокон доцільне використання продуктів переробки цикорію і топінамбура, що містять у своєму складі такий полісахарид, як інулін. За своєю структурою інулін являє собою органічну речовину із групи полісахаридів, полімер D-фруктози. Він розчинний у воді і достатньо легко засвоюється організмом. Інуліни із вмістом основної речовини не менш, ніж 90% широко застосовуються як харчові та біологічно-активні добавки. Однокомпонентні інуліни (вміст основної речовини не менше 99,9%) застосовуються у біохімічних та імунологічних лабораторіях для визначення кліренсу інуліну.

Метаболічні перетворення інуліну починаються зі шлунка, де під дією теплового шлункового вмісту він перетворюється у гель, який при проходженні через тонкий відділ стимулює проходження їжі і, як наслідок, зменшується перетравлення крохмалю і підвищується толерантність до глюкози. Досягаючи товстого кишечника, інулін ферментується виключно біфідобактеріями, які володіють ферментною системою бета-фруктозидаз, що дозволяє їм розщеплювати вуглевод до коротких ланцюгів жирних кислот. Вони, в свою чергу, включаються в обмін глюкози і жиру, приводячи до зниження цукру в крові після прийому їжі і довгостроковій гіполіпідемії. У зв'язку з чим, інулін використовується в медицині як замітник крохмалю та цукру при цукровому діабеті. Варто також зазначити, що інулін засвоюється без участі інсуліну. Крім того, інулін зумовлює нормалізацію показників жирового обміну: у пацієнтів, які страждають аліментарним ожирінням відзначено заспокійливу дію інуліну (натуральний харчовий транквілізатор), препарат позитивно впливає на відчуття насичення, зменшує відчуття голоду. Полісахарид виступає також пребіотиком, який шляхом селективної стимуляції росту та активацією метаболізму біфідобактеріями та окремих видів лактобацил збільшує їх загальну кількість, призводячи до покращення метаболічних процесів та кращого перетравлення їжі. До того ж, сприяючи адекватній метаболічній активності, інулін впливає на продукцію вітаміну К, біотину, ніацину.

Роботами багатьох дослідників була виявлена детоксикаційна та захисна роль інуліну: запобігання негативного впливу радіації, хімічних забруднень їжі, канцерогенних факторів, за рахунок стимулювання імунної відповіді і підвищення неспецифічної імунорезистентності - потенціювання продукції інтерферону, інтерлейкінів, збільшення фагоцитарної здатності макрофагів та утворення асоційованих комплексів важких металів з інуліном. Також існують відомості про пригнічувальну здатність інуліну на ріст трансплантованих (TLT і ЕМТ6) пухлин.

До того ж, інулін знайшов своє використання і у косметології. Завдяки своїй структурі полісахарид мають здатність утримувати воду і утворювати на поверхні шкіри або волосся плівку, яка утримує вологу і згладжує лусочки волосся. Інулін

особливо корисний в догляді за волоссям, де інтенсивне зволоження і ефект згладжування дозволяє йому виступати в якості природного кондиціонера.

Отже, у зв'язку з тим, що інулін володіє сукупністю цінних фармакологічних властивостей, його перспективно використовувати для лікування багатьох захворювань ХХІ століття. А розробка та вдосконалення методик аналізу полісахариду дозволять створити високоефективні лікарські засоби на його основі.

Соханевич Е.М.

ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОКСИТОЦИНА И ВАЗОПРЕССИНА НА ИХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

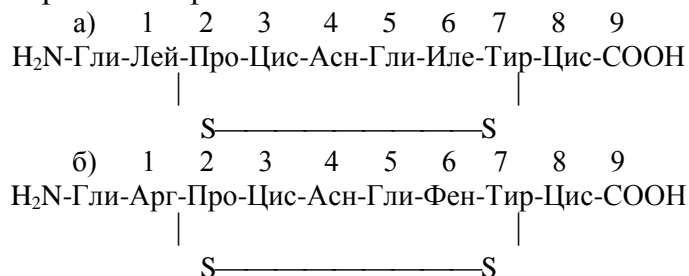
Кафедра медицинской и биорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Андреева С.В.

Как известно, первичная структура пептида или белка – это определенная последовательность α -аминокислот, входящих в данную полипептидную цепь. Изменение аминокислотной последовательности приводит к нарушению, исчезновению или изменению биологической активности белка.

Особое место в развитии химии белков занимает сравнение полипептидной структуры гормонов – вазопрессина и окситоцина. В 1953 г. американский биохимик В. дюВиньо расшифровал строение гормонов гипофиза окситоцина и вазопрессина. Им установлено, что общим структурным элементом этих гормонов является пептид из девяти аминокислотных остатков с дисульфидной связью – S – S – между четвертым и девятым из них. Указанные гормоны отличаются лишь двумя аминокислотными фрагментами: вместо лейцина и изолейцина в окситоцине вазопрессин содержит аргинин и фенилаланин.



При этом окситоцин и вазопрессин выполняют разные физиологические функции. Окситоцин вызывает сокращение гладкой мускулатуры, в частности, матки, и в меньшей степени – мышц мочевого пузыря и кишечника. Вазопрессин сужает кровеносные сосуды и поддерживает на должном уровне обратное всасывание воды в почечных канальцах, т.е. таким образом обеспечивает постоянство водно-солевого обмена в организме человека.

Тишакова Т.С., Силина М. П.

ВИЗНАЧЕННЯ ЙОДИД-ІОНІВ У ПИТНІЙ ВОДІ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИМ МЕТОДОМ

Кафедра медичної та біоорганічної хімії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Сирова Г.О.

Визначення вмісту конкретної хімічної форми іоду, особливо при низьких концентраціях, може представляти інтерес для аналізу різноманітних об'єктів. Особливо актуальною ця задача є в умовах поширення захворювань щитовидної

залози та, як наслідок цього, масштабного іодування продуктів харчування різними іодвмістними реагентами.

Визначення концентрації іодид-іонів у воді питній виконують методом спектрофотометрії при використанні попереднього електрохімічного окиснення. Метод базується на спектрофотометричному вимірюванні концентрацій іод-іодидних комплексів, що утворюються при взаємодії іодату з надлишком іодид-іонів з використанням попереднього електрохімічного окиснення іодиду до іодату на платиновому електроді при потенціалі 1.1 відносно НХСЕР. Концентрацію іодид-іонів в питній воді, що аналізують, в моль/дм³, розраховували згідно рівняння:

$$c = \frac{A \times V_{\text{екстр.}} \times V_{\text{к.}}}{V_{\text{пр.}} \times V_{\text{ком.}} \times \varepsilon} \quad (1)$$

де, А – світлопоглинання екстракту іонних асоціатів іод-іодидних комплексів з діамантовим зеленим з розчину, що аналізують після електрохімічного окиснення;

ε – молярний коефіцієнт поглинання іонних асоціатів діамантового зеленого з іод-іодидними комплексами, знайдений згідно градувального графіку залежності А - с(Г).

V_{пр.} - об'єм проби води питної;

V_{ком.} - об'єм комірки для електролізу;

V_{екстр.} - об'єм екстракту;

V_{к.} - об'єм мірної колби.

Масову частку іодиду розраховують за рівняннями:

$$\omega, \% (\Gamma) = c(\Gamma) \times M(\Gamma) \times 0.1 / 100 \quad (2)$$

де с(Г) – концентрація іодиду, найдена при розв'язанні рівняння (1);

М (Г) – молярна маса іодиду;

0.1 – об'єм води.

Запропонованою методикою встановлено діапазон вимірювань концентрації іодид-іонів у воді питній від 3×10^{-7} - 3×10^{-6} моль/дм³, з межею визначення 5×10^{-8} моль/дм³. Дана методика може бути використана в сфері поширення державного метрологічного нагляду.

Тищенко О. С.

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПИТАНИЕ ЛЮДЕЙ С I ГРУППОЙ КРОВИ

Кафедра медицинской и биорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Самой древней и наиболее распространенной группой крови является первая. Человек с первой группой крови имеет устойчивый к различным воздействиям желудочно-кишечный тракт, активную и мощную иммунную систему. В тоже время, он предрасположен к аллергическим заболеваниям, язвенным болезням желудка, расстройствам работы щитовидной железы, артритам, нарушению свертываемости крови. В XXI веке для решения многих проблем со здоровьем, особенно проблемы лишнего веса, используется питание по группам крови.

Такая модель питания не только оздоравливает организм, замедляет старение, но и способствует тому, что масса тела человека возвращается к генетически закодированной константе. Люди, обладающие первой группой крови, отлично сбрасывают вес под действием высокопротеиновой диеты.

Принимая решение питаться по группам крови необходимо помнить, что все продукты питания делятся на полезные, нейтральные и вредные для человеческого организма в зависимости от его группы крови. Для поддержания организма в

стабільном состояннии необходимо составлять меню из полезных продуктов для вашей группы крови. В наше время здоровье – главное богатство человека. Питание по группам крови, а также физические нагрузки помогут предотвратить множество заболеваний и улучшить состояние организма. Поэтому питание по группам крови занимает важное место в медицине III тысячелетия.

Тимофеев Д. Е., Востриков І.О.

ВПЛИВ СПОЛУК НІТРОГЕНУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ.

Кафедра медичної та біоорганічної хімії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Макаров В.О.

Нітроген – один із найважливіших хімічних елементів життя рослин і тварин, необхідний для синтезу амінокислот, із яких утворюються білки.

У вільній формі (N_2) він є найпоширенішим елементом в атмосфері (78,1 % за об'ємом і 65,6 % за масою). Над кожним гектаром землі знаходиться 8 тисяч тон азоту. Але рослини одержують із ґрунтів зв'язаний азот у вигляді його сполук – мінеральних солей (нітратних і амонійних). У земній корі зв'язаного азоту небагато (0,01 %). Значна його частина знаходиться в органічних речовинах, в першу чергу в білках, нафті та вугіллі. Зв'язують атмосферний азот бактерії, що живуть на коренях бобових рослин, а також ґрунт. У ґрунті ці кислоти взаємодіють зі сполуками Na, K, Ca, Mg, утворюючи розчинні солі: нітрати і нітрити. Нітрити легко окислюються мікроорганізмами в нітрати, тому їх мало в природному середовищі. У ґрунті і в поверхневих водах нітрат (NO_3^-) і нітрит (NO_2^-) – іони утворюються із іона амонію (NH_4^+) в процесі природнього його біологічного окиснення мікроорганізмами нітрифікаторами. Ґрунти природнього багаті доступними для рослин формами азоту, тому в рослинній продукції, вирощеній без внесення азотних добрив, нерідко виявляють підвищений рівень нітратів. Нітрати малотоксичні. Вони швидко виводяться з організму з сечею. Їх біологічна дія пов'язана з відновленням до нітритів, які в багато разів токсичніші. Цей процес відбувається під дією мікрофлори травного тракту і ферменту нітратредуктази. Нітрити, всмоктуючись у кров, взаємодіють з гемоглобіном і окислюють в ньому Fe^{2+} до Fe^{3+} . Гемоглобін складається з гем-комплексу Fe^{2+} з макроскопічним лігандом порфірином і глобіна – білка, з яким гем-група з'єднується за рахунок координації по атому нітрогену амінокислотного залишку гістидіну. Гемоглобін зв'язує молекули кисню і переносить їх із легенів до м'язів, при цьому ступінь окиснення Fe^{2+} незмінюється. Взаємодія гемоглобіну з киснем призводить до утворення оксигемоглобіну. В легенях при підвищеному тиску кисню, утворюється оксигемоглобін, а в клітинах організму, де тиск кисню нижчий, зміщується ліворуч вивільняючи кисень. Окиснення Fe^{2+} до Fe^{3+} нітритами призводить до утворення метгемоглобіну, нездатного переносити кисень. В основі токсичної дії нітритів лежить стан гіпоксії тканин і клітин організму з вираженим ціанозом, що розвивається, як в результаті метгемоглобемії, так і порушення транспортної функції крові. Порушується нормальне дихання тканин, накопичується молочна кислота, холестерин, падає вміст білка в крові. Максимальний рівень метгемоглобіну (5%) від загального досягається через годину після вживання нітратів з водою і через 3-5 годин – з їжею. Порогом відчуття нітратів у воді є їх концентрація 8 мг/л.

За нормами Всесвітньої організації охорони здоров'я гранично допустима норма нітратів складає 5 мг на кілограм маси тіла людини, 500 мг на один прийом їжі дорослої людини. Встановлено, що 60–80% нітратів людина одержує з овочами, 20–

30% – із питною водою, 10–15% – із м'ясних продуктів, 5–10% – із фруктів, молочних та консервованих продуктів. Токсична дія нітратів у харчових продуктах проявляється в 1,25 рази слабкіше, ніж у питній воді.

Фесенко О. І.

БІОАКТИВНІ АПАТИТОВМІСНІ СКЛОКРИСТАЛІЧНІ ПОКРИТТЯ ПО ТИТАНУ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ

Кафедра технології кераміки, вогнетривів, скла та емалей

**Національний технічний університет «Харківський політехнічний Інститут»,
Харків, Україна**

Наукою керівник: доцент Саввова О. В.,

На сьогоднішній день для збереження цілісності здорових зубів, у зубопротезуванні, все більшого використання набуває дентальна імплантологія. Для забезпечення високого терміну придатності імплантату за рахунок підвищення його біосумісності з кістковою тканиною та зменшення періоду зрощування тканин доцільним є нанесення на його поверхню спеціальних біоактивних покриттів на основі кальцій фосфатних стеклокристалічних. Необхідність створення довготривалих стоматологічних конструкцій, яка пов'язана з підвищенням їх біоактивності, і обумовлює розробку поліфункціональних склокристалічних апатитовмісних покриттів по титановим сплавам.

Метою даної роботи є розробка складів склокристалічних покриттів на основі стеклокристалічної системи $R_2O - RO - RO_2 - CaF_2 - R_2O_3 - P_2O_5 - SiO_2$, де $R_2O - Na_2O, K_2O, Li_2O$; $RO - CaO, ZnO$; $RO_2 - TiO_2$; $R_2O_3 - B_2O_3, Al_2O_3$. Варку модельних стеклокристалічних покриттів здійснювали у корундових тиглях при температурах $1200 \div 1350$ °C протягом 6 годин з наступним охолодженням на металевому листі. За результатами рентгенофазового та петрографічного аналізів встановлено, що отримані стекла характеризуються тонкодисперсною кристалізацією ГАП. Біосумісні покриття по титану отримували за традиційною шлікерною технологією, як методом що є простим в реалізації та не вимагає додаткових витрат. Шлікерні суспензії, одержували шляхом змішування порошків стеклокристалічних покриттів та водних розчинів високомолекулярних сполук та електролітів, наносили поливом на зразки титанового сплаву VT1-00. Зразки з покриттями висушували при температурах $80 \div 120$ °C та випалювали при $700 \div 750$ °C протягом $1 \div 1,5$ хвилин. Біологічна сумісність розроблених покриттів була оцінена за можливістю адгезії кісткових клітин до поверхні за їх поверхневою енергією. Виміри здійснювали непрямим методом, запропонованим Оуенсом–Вендтом–Раделем–Каелбле (ОВРК). Згідно методу ОВРК вільна енергія поверхні твердих матеріалів розраховується на основі вимірювання крайового кута змочування поверхні рідинами, що характеризуються максимальними значеннями полярної та неполярної складової, з наступним розрахунком двох її складових за допомогою програми Mathcad

Результати проведених досліджень дозволили встановити, що отримані показники поверхневої енергії покриттів відповідають критеріям біосумісності, що складають ≥ 60.0 мДж/м². Даний факт свідчить про можливість підвищення адсорбції протеїнів до розробленої склокристалічної поверхні. Для встановлення можливості протікання процесу адсорбції органічної складової плазми людини дослідні покриття витримували на протязі 1 та 3 діб в 10 % розчині альбуміну, який характеризується значним вмістом гідрофільних груп –ОН, –COОН, –NH₂.

Підвищення значень вільної енергії поверхні після витримки в альбуміні пояснюється формуванням зв'язків між групами $\equiv Si-OH$ кислотного характеру і

полярними групами впродовж однієї доби. За наступні три доби підвищення вільної енергії поверхні дослідних покриттів пов'язано зі збільшенням вмісту альбуміну у шарі адсорбованого білку. Отже за результатами проведених досліджень встановлена перспективність одержання склокристалічних покриттів по сплавам титану для дентальної імплантології, які відрізняються здатністю до адгезії кісткових клітин.

Шакирова О.О.

КСЕНОБИОТИКИ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО МИРА

Кафедра медицинской и биорганической химии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Козуб С.Н.

Ксенобиотики - вещества, попадающие в организм из окружающей среды и обладающие определенной биологической активностью. Они могут оказывать положительное действие или проявлять токсичность. В результате деятельности человеческого общества в биосфере циркулирует все большее число различных чужеродных для человека и животных органических соединений которые, попадая в человеческий организм могут привести к пагубным последствиям ,если не будут вовремя распознаны и выведены.

I фаза. В этой фазе наиболее важной является локализованная в основном в мембранах ЭПС система цитохрома P-450. Ее основные функции - образование в молекуле гидрофильных функциональных групп с детоксикацией десятков тысяч веществ. Важными достоинствами системы являются локализация и высокая мощность на главных путях поступления ксенобиотиков в организм - пищевом и дыхательном - и многообразие путей метаболизма. II фаза. Основные функции - это увеличение гидрофильности и снижение токсичности ксенобиотиков. Наиболее важные ферменты второй фазы относятся к классу трансфераз. Функционирование всех ферментов второй фазы ограничивается тем, что они метаболизируют только те вещества, которые имеют функциональные группы.

В плазме крови огромное количество как эндогенных (жирные кислоты, свободный билирубин), так и экзогенных веществ (сульфаниламиды, антибиотики, салицилаты, сердечные гликозиды, противосвертывающие) связывается и транспортируется альбумином. В клетках, особенно печени, многие ксенобиотики связываются глутатионтрансферазами. Металлы связываются SH-группами GSH и небольшого белка металлотионеина, очень богатого остатками цистеина. Связанные ксенобиотики неактивны, постепенно они освобождаются, метаболизируются. Метаболизм ксенобиотиков, как правило, приводит к снижению их активности – дезактивации, которую в случае токсичных веществ называют детоксикацией. Однако в некоторых случаях метаболиты ксенобиотиков становятся, наоборот, более активными и даже более токсичными. Активируются в организме и некоторые лекарства, и тогда они именуется пролекарствами, ведь истинные лекарства – это их активные метаболиты. Например, популярное обезболивающее и жаропонижающее лекарство парацетамол превращается в метаболит, в больших дозах повреждающий печень и почки, ПАУ бенз(а)пирен превращается в канцерогенный метаболит дигидроксиэпоксид, следовательно, бенз(а)пирен только проканцероген, а истинным канцерогеном он становится после токсификации системой цитохрома P-450.

Таким образом, ксенобиотики обладают высоким уровнем опасности для окружающей среды и здоровья человека. Поэтому различными службами контроля и

охраны окружающей среды и здоровья человека в большинстве развитых стран установлены нормы допустимого поступления химикатов в организм.

Шадріна Г.М.

БІОСУМІСНІ СКЛОКРИСТАЛІЧНІ ПОКРИТТЯ ПО ТИТАНУ

Кафедра технології кераміки, вогнетривів, скла та емалей

**Національний технічний університет «Харківський політехнічний інститут»,
Харків, Україна**

Науковий керівник: доцент Саввова О.В.

У сучасній медицині нові можливості для відновлення пошкодженої кісткової тканини надає розробка нових біоматеріалів та способів модифікації поверхні імплантатів для забезпечення їх повноцінної інтеграції з відповідними тканинами організму. Одним з рішень проблеми отримання імплантатів для кісткового ендопротезування з високими механічними та остеоінтегративними характеристиками є створення єдиної конструкції з використанням титану та його сплавів і біосумісних покриттів на основі фосфатів кальцію, що і склало мету даної роботи. Синтез покриттів здійснювали на основі кальційсилікофосфатних стеклоз з вмістом кристалічних фаз гідроксиапатиту і карбонатфторгідроксиапатиту та з температурним коефіцієнтом лінійного розширення в межах $90 \div 130 \text{ град}^{-1}$, в'язкістю склорозплаву – $10^7 \div 10^8 \text{ Па}\cdot\text{с}$. В якості підкладки використовували титанові сплави OT4-1 та BT5. Склокристалічні покриття по даним сплавам одержували за шлікерною технологією. Зразки з нанесеними покриттями висушували при температурах $80 \div 120 \text{ }^\circ\text{C}$ та випалювали при температурі $< 930 \text{ }^\circ\text{C}$ впродовж $1 \div 1,5 \text{ хв}$.

Встановлено, що розроблені покриття характеризуються механічними властивостями і адгезійною міцністю в межах допустимих значень для створення динамічно навантажених кісткових імплантатів. Результати вивчення токсичності покриттів за методом визначення дегідрогеназної активності бактерій *Escherichia coli* B та *Staphylococcus aureus* відносно покриттів та дослідження взаємодії мезенхімальних стовбурових клітин-попередників (4 пасажу) з поверхнею покриттів *in vitro* підтвердили нетоксичність та біосумісність розроблених матеріалів.

Чаленко Н.Н., Лиманская А.А., Алексеева Т.М.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Энтеросорбенты – препараты, обладающие сорбционно-детоксикационными свойствами, известные в клинической практике давно. Ещё древности использовали золу, древесный уголь, грунтовые глины, глинистые алюмосиликаты. В XVIII в. эти вещества получили название адсорбентов (поглотителей). Так в Древнем Египте более трёх тысяч лет назад использовали уголь для приёма внутрь и для наружного применения для лечения ран и ожогов. Целительные свойства адсорбентов знали врачи Древней Греции, в их числе Гиппократ. Известный врач Мишель де Нострадам (Нострадамус) в XVI веке для борьбы с чумой успешно использовал «розовые пилюли» такого состава: порошок из сушёных лепестков роз, деревянистое алоэ, ирис, аир, гвоздика, опилки молодого кипариса. С современной точки зрения такую композицию можно рассматривать, как комбинированный фитоэнтеросорбент. В XVIII в., после того как были открыты и охарактеризованы некоторые сорбционные свойства активированных углей, Т.Е. Ловиц в Санкт-Петербурге создал теоретическую базу метода получившего название «энтеросорбция».

Особое развитие метод энтеросорбции получил в 50-е годы XX века: в качестве адсорбентов начали широко использовать различные ионообменные компоненты и субстанции. Начали создаваться энтеросорбенты, предназначенные для лечения и профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта, почечной недостаточности, сорбции холестерина и желчных кислот при атеросклерозе. Однако, несмотря на это, к 70-м годам XX века официально был зарегистрирован практически только один энтеросорбент – активированный уголь (карболен). Кардинальные изменения в этой ситуации произошли после 70-х годов, когда в результате широких целенаправленных научных исследований учёных нашей страны, были созданы адсорбенты новых поколений, обладающие уникальными поглотительными свойствами. В 1979 г. начался новый этап в развитии энтеросорбции, связанный с работами по синтезу и изучению микросферных энтеросорбентов на основе синтетических активированных углей. Были созданы новые углеродные энтеросорбенты – угли марки КАУ (косточковый активированный уголь), синтетические сферические и гранулированные угли различных марок, а позже ионообменные материалы и смолы (кайексилит, холестирамин).

Известно, что углерод имеет цилиндрическую форму самих волокон, поверхность и внутренний объём которых пронизан порами различного размера и конфигурации, образующих огромную сеть микрокапилляров с большой удельной площадью поверхности ($1500-2500 \text{ м}^2 \cdot \text{г}^{-1}$). Во внутренней структуре углерода есть участки внутри пор, содержащие некомпенсированные валентности углеродных гексагональных циклов, это так называемые «ловушки» свободных радикалов. С возрастанием поглотительных свойств микроволокон возрастают и их антиоксидантные свойства. Уже к концу 80-х – середине 90-х годов прошлого века получили разрешение и были введены в медицинскую практику энтеросорбенты на основе высокодисперсного оксида кремния (полисорб), волокнистых форм пиролизованной целлюлозы (полифепан), лигнина (лингосорб) и поливинилпирролидона (энтеродез, энтеросорб) и ряд других синтетических и природных полимеров. Для нужд военно-промышленного комплекса украинскими учёными под руководством И.М. Самодумовой и Ю.Н. Шевченко был создан кремниевый энтеросорбент на основе полиметилсилоксана (энтеросгель), который обладает уникальной поглотительной способностью.

Энтеросорбенты отличались друг от друга и от поколения к поколению становятся всё более совершенными, приобретают более эффективные адсорбционные свойства.

СТОМАТОЛОГІЯ

Vasylenko O.M., Mousa Bahja

USING CARIVU FOR CARIES DETECTION

**Department of Pediatric Dentistry, Pediatric Maxillofacial Surgery and
Implantology**

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: prof. Nazaryan R.S.

One of an actual question in pediatric dentistry is detection caries lesions on early stages. CariVu it is new transillumination device, which also provide easily detect superficial caries and in the same time work with low level of radiation.

Aim. Study of effective using CariVu for diagnostic proximal superficial caries of permanent teeth in children.

Materials and Methods: This study conducted on children 6-12 years old (30 permanents molars). Patients were examined and made radiological diagnosis. The most difficult case were detected with CariVu: any dark surface evidence that infra-red radiation might be determine like destruction of hard tissues. Also used computer providing image for better vision of results in clinic cases.

Results. About 65% of superficial caries cases detected at first stage with using X-rays diagnostics. On the second step with using CariVu - dark light were found in 97% cases, which make diagnostic procedure more easy and exact. Thus, using CariVu gives more better results than visual exam and X-ray diagnostic method for detecting proximal caries. It can be recommend for diagnostic of sensitive teeth, proximal superficial caries or for increase quality of therapeutic treatment. Also CariVu decide visual question in restorative dentistry and diagnostics, it is the door for another achievements in dental community. CariVu caries detection can early see the decay which is already spread into the dentin from the proximal surface of the tooth.

Vasylenko O.M., Zeinab Hammoud

EFFICIENCY OF TREATMENT PRIMARY TEETH BY PULPOTEC

**Department of Pediatric Dentistry, Pediatric Maxillofacial Surgery and
Implantology**

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: prof. Nazaryan R.S.

Pulpotec is the most modern material for the pulpotomy, with its beneficial advantages such as significant time saving, easy access to the affected part of pulp, simplified technical procedures and saving the apical part of the root. Briefly, it eliminates all the risks connected with common pulpectomy.

Aim. Evaluation of efficiency of Pulpotec using in the treatment of pulpitis in vital primary molars of children.

Materials and Methods: This study was conducted among fifty children of 4-9 years old (25 primary molars), which were examined after 6 months after treatment. Plan of treatment: the tooth was anesthetized, then caries was removed by high speed round diamond bur and was filled by Pulpotec, which was mixed in order to obtain paste, then Pulpotec was imposed in to pulp chamber. Eventually, the cavity was sealed with temporary filling. After setting time (7-8 hours), second session took place after 48 hours and treatment was continued by setting Ketac-Molar (3M). Children were examined clinically and radiologically over interval (after 3 weeks, 6 months).

Results. Absence of pain was observed after treatment in 15% of cases. The clinical and X-ray examinations which were carried out, showed a healthy hard and soft tooth tissues in about 92% of cases without any signs of pathology, however in 8% of cases such pathological signs as periapical changes were presented. According to clinical study, Pulpotec both satisfies perfectly requirements of pulpitis treatment in rapid pain relief and keeps also the vitality of root pulp that allows survival of tooth and normal development of roots in case of immature tooth.

Акельева Е.С., Худоярова Н.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ТИПА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА

**Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Искоростенская О.В.

На сегодняшний день, кариес зубов является одним из наиболее распространенных заболеваний человечества. Это побуждает к поиску более новых, инновационных и возможно нестандартных методов его профилактики. Следует заметить, что в последние годы многие специалисты в области стоматологии склоняются именно к системному подходу в профилактике стоматологических заболеваний. Одним из таких подходов является определение конституционального типа пациента, что помогает проследить особенности возникновения и течения заболеваний полости рта.

Для врача-стоматолога на первом месте стоит влияние на организм человека солей кальция, что отражается в формировании определенных конституциональных типов, таких как калькарея карбоника, калькарея фосфорика и калькарея флюорика.

Целью данного исследования является определения взаимосвязи конституционального типа пациента с заболеваниями полости рта.

Методы исследования. Для того чтобы установить конституциональный тип пациента, нами была разработана анкета-опросник, в которой были учтены морфогенетические, функциональные, психологические особенности организма. Было проведено исследование 108 студентов возрастом от 19 до 22 лет для определения состояния их полости рта и индекс КПУ.

Результаты исследования. В ходе исследования нами было установлено, что среди данной группы 38% студентов имели конституциональный тип калькарея карбоника, 28% - тип калькарея фосфорика и 33% - калькарея флюорика. При этом средний индекс КПУ у исследованной группы составляет $4,41 \pm 0,22$. Средний индекс КПУ среди группы с конституциональным типом калькарея карбоника составляет $3,21 \pm 0,25$; у калькарея фосфорика - $4,32 \pm 0,43$; а у калькарея флюорика - $5,67 \pm 0,41$.

Таким образом, каждый конституциональный тип накладывает свой отпечаток и на зубочелюстную систему, что должен учитывать врач-стоматолог. Прослеживается взаимосвязь между конституциональным типом пациента и интенсивностью кариозного процесса. Наиболее подвержен развитию заболеваний полости рта тип калькарея флюорика, на втором месте - тип калькарея фосфорика, и наименьшее проявление кариозного процесса наблюдается у типа калькарея карбоника. Знание и учет конституционального типа пациента может помочь в прогнозировании, лечении, а самое главное своевременной профилактики стоматологических заболеваний.

Бабай К., Емельянова Н.Ю.
НАРУШЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЭПИТЕЛИОЦИТОВ ДЕСНЫ У
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Назарян Р. С.

На сегодняшний день эксфолиативная цитология широко применяется как неинвазивный метод изучения состояния слизистой оболочки полости рта, и в частности, тканей пародонта. Цитодиагностика по мазкам существенно повышает возможности более раннего выявления различных повреждений в изучаемой области также и при ряде соматических заболеваний.

Цель: изучение характера пролиферативной активности эпителия слизистой оболочки десны у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Материалы и методы: проведено изучение соскобов с эпителия слизистой оболочки десны 13 пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ). Группу контроля составили 10 соматически здоровых пациента. В работе использован комплексный цитоморфологический анализ слизистой оболочки десны, который включал изучение эпителиоцитов в соскобах десны.

Результаты: У пациентов с ХОЗЛ в соскобах эпителия десны возрастало количество клеток, находившихся на заключительных стадиях дифференцировки - поверхностных эпителиоцитов и роговых чешуек (29,1% и 42,05 соответственно), что имело достоверные отличия от цитологической картины группы контроля ($p < 0,05$). Соответственно этому у пациентов с ХОЗЛ более чем в 2 раза происходило снижение промежуточных клеток по сравнению с соматически здоровыми пациентами.

Выводы: В эпителии десны при ХОЗЛ значительно изменяется соотношение молодых и зрелых форм эпителиоцитов, происходит увеличение количества более зрелых клеток. Вероятно, что данное соматическое заболевание активирует механизмы, усиливающие терминальные стадиям дифференцировки клеток, что в свою очередь приводит к нарушению барьерной и пластической функций эпителия слизистой оболочки десны и является важным фактором в развитии патологических изменений.

Богатиренко М. В.
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ
ВЛАСТИВОСТЕЙ БАЗИСНИХ ПЛАСТМАС ХОЛОДНОГО ОТВЕРДІННЯ

Кафедра ортопедичної стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: професор Голік В.П.

У комплексі факторів, що мають вплив на усі ортопедичні конструкції в порожнині рота, фізичний фактор є найбільш значним. У зв'язку з цим матеріали для їх виготовлення повинні мати відповідні фізико-механічні властивості. Найбільш широко застосованими матеріалами для виготовлення ортодонтичних апаратів та знімних ортопедичних конструкцій залишаються базисні акрилові полімери, зокрема акрилові композиції холодного отвердіння, наприклад «Редонт-03» (на основі суспензійного сополімеру), «Протакрил-М» (на основі зшитого акрилового

сополімеру) та «Редонт-колір», розроблений нами сумісно з АТ «Стома» (матеріал з розширеною гаммою кольорів на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату).

Метою дослідження є вивчення порівняльної оцінки показників фізико-механічних властивостей базисних матеріалів холодного отвердіння «Редонта-03», «Протакрила-М» та «Редонта-колір».

Матеріали та методи дослідження. У центральній заводській лабораторії АТ «Стома» було проведено 168 досліджень на 138 зразках нового базисного акрилату з розширеною гаммою кольорів і матеріалів-прототипів. В якості параметрів оцінювання фізико-механічних властивостей на відповідність вимогам ISO-22112-2005 та ТУ У 24.4-00481318-057:2007 були використані наступні показники: «вигин під навантаженням» (МПа), «ударна в'язкість» (кДж/см^2), «вигинаюча напруга при руйнуванні» (МПа), «твердість за Хепплером» (МПа), «конічна точка плинності» (МПа) та «водопоглинання» (мг/см^3).

Результати досліджень фізико-механічних властивостей акрилату холодного отвердіння з розширеною гаммою кольорів показали, що за показниками твердість за Хепплером ($200,0 \pm 0,23$ МПа) та ударна в'язкість ($7,4 \pm 0,03$ кДж/см^2), матеріал на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату достовірно ($p < 0,001$) переважає аналогічні показники матеріалу на основі зшитого акрилового сополімеру ($190,7 \pm 0,6$ МПа та $6,9 \pm 0,1$ кДж/см^2) та матеріалу на основі суспензійного сополімеру ($196,8 \pm 0,5$ МПа та $7,2 \pm 0,03$ кДж/см^2); показник вигин під навантаженням ($89,5 \pm 0,2$ МПа) матеріалу на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату достовірно ($p < 0,05$) нижче, ніж у матеріалу на основі зшитого акрилового сополімеру ($90,2 \pm 0,2$ МПа) та достовірно ($p < 0,001$) вище, ніж у матеріалу на основі суспензійного сополімеру ($87,2 \pm 0,14$ МПа); показник вигинаюча напруга при руйнуванні ($93,0 \pm 0,79$ МПа) матеріалу на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату достовірно ($p < 0,001$) нижче, ніж у матеріалу на основі зшитого акрилового сополімеру ($96,6 \pm 0,65$ МПа), але достовірно ($p < 0,001$) вище, ніж у матеріалу на основі суспензійного сополімеру ($90,1 \pm 0,86$ МПа); немає достовірної різниці ($p > 0,05$) між показником конічна точка плинності матеріалу на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату ($369,6 \pm 0,56$ МПа) та матеріалу на основі суспензійного сополімеру ($369,0 \pm 0,62$ МПа), але він достовірно ($p < 0,001$) випереджає матеріал на основі зшитого акрилового сополімеру ($346,0 \pm 0,95$ МПа); показник «водопоглинання» матеріалу на основі метилового та бутилового ефіру метакрилату ($17,5 \pm 0,03$ мг/см^3) достовірно ($p < 0,001$) нижче, ніж у матеріалу на основі суспензійного сополімеру ($17,7 \pm 0,01$ мг/см^3), достовірної різниці ($p > 0,05$) між ним та матеріалом на основі зшитого акрилового сополімеру ($17,6 \pm 0,05$ мг/см^3) немає. Таким чином, складена комплексна порівняльна характеристика властивостей акрилату холодного отвердіння з розширеною гаммою кольорів з аналогічними показниками матеріалів-прототипів показала адекватність його застосування в знімному протезуванні.

Богату С.І.

**МІСЦЕВА ЕРАДИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА (ЗП)
НА ФОНІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА (ВХШ) ТА
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ДПК)**

Кафедра ортопедичної стоматології

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Науковий керівник: професор Чулак Л.Д.

Мета: обґрунтувати необхідність проведення місцевої ерадикаційної терапії запальних ЗП на фоні ВХШ та ДПК.

Результати досліджень. Стало відомо, що *Helicobacter pylori* (НР) відіграє провідну роль у розвитку хронічного гастриту у 80% всіх видів, у 80-85% - розвитку виразок 12-палої кишки і в 70-85% випадків - виразок шлунка, у зв'язку з чим для лікування застосовується ерадикаційна терапія I і II лінії. Було виявлено, що НР може активно персистувати. Є дані про виявлення цих бактерій у мікросередовищі зубоаясних кишень, в м'якому нальоті, слині хворих, що сприяє розвитку у них пародонтиту та катарального гінгівіту. Не викликає сумніву той факт, що хелікобактеріоз ініціюється попаданням НР в порожнину рота за орально-орального або фекально-орального шляху передачі та депонується в ній, як у постійному резервуарі. Ряд дослідників розглядають присутність НР в порожнині рота, як джерело реінфекції слизової оболонки шлунка у хворих ЯБЖ і ДПК. Цим і пояснюється доцільність і необхідність застосування місцевої ерадикаційної терапії, для усунення вогнища хронічної інфекції в порожнині рота і попередження рецидивів ВХШ і ДПК шляхом постійного інфікування ШКТ через вхідні ворота - порожнину рота.

Висновки. Ерадикація НР у порожнині рота є важливим ланкою як вторинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, так і запальних захворювань пародонту.

Василенко О.Н., Ниязова Жимал
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО
КАРИЕСА У ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель профессор Назарян Р.С.

Залогом успешного лечения кариеса является его ранняя диагностика. KaVo DIAGNOdent - прибор, позволяющей выявить кариозные поражения зубов и пародонтит на ранней стадии развития без использования рентгеновских лучей и механического повреждения тканей зубов.

Цель исследования. Определение эффективности лазерной диагностики вторичного кариеса у школьников.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования было осмотрено 130 детей-школьников в возрасте от 7 до 16 лет в порядке планового ежегодного профилактического осмотра. Осмотр на начальном этапе проводили с использованием стоматологического зонда и зеркала, а на завершающем этапе с помощью аппарата KaVo DIAGNOdent для более точной диагностики вторичного кариеса.

Результаты исследования. По результатам исследования при обследовании 130 школьников при стандартной процедуре обследования было диагностировано у 57% детей вторичный кариес. При повторном проведении диагностики аппаратом KaVo DIAGNOdent вторичный кариес диагностировали в 91% случаев.

Выводы. Таким образом, использование аппарата KaVo DIAGNOdent в практике позволяет диагностировать у пациентов кариозные поражения на самых ранних этапах развития, что делает процедуру более точной и информативной.

Волкова О.С., Черепинская Ю.А., Доля Э.И.
ИЗМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ
ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛЕЦИТИН-КАЛЬЦИЕВОГО КОМПЛЕКСА У ЛИЦ С
КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Кафедра терапевтической стоматологии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Рябоконт Е.Н.

Целью исследования явилось изучение влияния комплексного препарата «Лецитин-2», содержащего цитрат кальция и лецитин в качестве источника фосфора, на уровень антиоксидантно-прооксидантного индекса ротовой жидкости лиц с множественным кариесом зубов.

Материалы и методы. Из контингента обследованных было выделено две группы: основная – 52 пациента с диагнозом множественным кариес, который ставили на основании данных клинического обследования; контрольная - 12 практически здоровых пациентов, без выраженной стоматологической и общесоматической патологии. Группа контроля получала только базовую терапию, которая включала плановую санацию полости рта. Пациенты основной группы кроме базовой терапии с первого дня обследования получали препарат "Лецитин-2" на протяжении 30 дней 3 раза в день за полчаса до еды по 1 таблетке до полного рассасывания в полости рта. У пациентов в первый день обследования, а затем спустя месяц собирали нестимулированную слюну. Выбор биохимических показателей ротовой жидкости был обусловлен тем обстоятельством, что именно ее состояние в значительной степени определяет патогенез кариозного процесса. В надосадочной жидкости определяли концентрацию малонового диальдегида (МДА), общую протеолитическую активность (ОПА), активность каталазы. По соотношению активности каталазы и концентрации МДА рассчитывали антиоксидантно-прооксидантный индекс (АПИ).

Результаты исследования. Как показали проведенные исследования, из двух маркеров воспаления (МДА и ОПА) лишь ОПА достоверно увеличивается у лиц с кариесом и также достоверно возвращается к норме после курса лечения "Лецитином-2". У больных кариесом зубов более чем в 2 раза снижается активность одного из антиоксидантных ферментов каталазы, а после курса приема "Лецитин-2" этот показатель практически возвращается к норме. Индекс АПИ падает у больных в 2 раза, а после лечения возвращается к норме. Поскольку этот индекс отражает состояние одной из защитных систем организма, то, следовательно, лецитин-кальциевый комплекс в виде препарата "Лецитин-2" обеспечивает восстановление защитных систем организма. В результате проведенных нами исследований установлено, что у больных множественным кариесом зубов наблюдаются наличие признаков воспаления, снижение уровня защитной антиоксидантной системы. Прием в течение месяца лецитин-кальциевого комплекса "Лецитин-2" повысило до нормы уровень антиоксидантно-прооксидантной системы.

Волошан А.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦИСТАДЕНОЛИМФОМАМИ
ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Одной из актуальных проблем стоматологии и челюстно-лицевой хирургии на современном этапе является диагностика и лечение пациентов с доброкачественными

эпителиальными опухолями слюнных желез, в частности цистаденолимфомами (смешанная опухоль, плеоморфная аденома). Они остаются распространённой формой новообразований челюстно-лицевого отдела и составляют 78-85% всех доброкачественных опухолей этой группы и соответственно 3-5% всех новообразований головы и шеи. Данная опухоль растёт медленно и безболезненно, длительно не вызывая у пациента существенных жалоб и каких-либо функциональных нарушений. Существует риск ее озлокачествления при длительном существовании. Таким образом, с целью эффективного и своевременного лечения необходима своевременная диагностика данной патологии как врачом-стоматологом, так и смежными специалистами.

Цель. Определить оптимальный подход к выбору тактики лечения пациентов с цистаденолимфомами.

Задачи. Выявить сложности диагностики, индивидуально обосновать радикальность хирургического вмешательства, оптимизировать ведение таких пациентов в реабилитационный период.

Материалы и методы. Мы провели наблюдение 5 клинических случаев больных с цистаденолимфомами околоушных слюнных желез. Все больные проходили лечение на базе кафедры в стоматологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» в 2014 году. Ниже приводим примеры выписок из историй болезни больных данной группы. Больной К., 44 лет, обратился в стоматологическое отделение КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» с жалобами на наличие безболезненного новообразования в правой щечной области. Обследован клинически, лабораторно, в т.ч. при помощи УЗИ, метода компьютерной томографии с контрастированием. Определено наличие новообразования неправильной формы с четкими контурами в области нижнего полюса околоушной слюнной железы, размерами. Поставлен диагноз: «Цистаденолимфома правой околоушной железы», который подтвержден гистологически. В данном случае проведена операция: «Энуклеация с частичной аденэктомией», медикаментозная терапия, течение реабилитационного периода спокойное. Больная Б., 47 лет, обратилась с жалобами на дискомфорт, нарушение конфигурации лица на протяжении 4 лет. Обследована клинически, лабораторно, УЗИ, методом компьютерной томографии с контрастированием. По данным КТ-определено наличие новообразования неправильной формы с четкими контурами в области среднего отдела околоушной слюнной железы. Поставлен диагноз: «Цистаденолимфома левой околоушной слюнной железы». Проведена операция: «Частичная аденэктомия слева с сохранением ветвей лицевого нерва», медикаментозная терапия, течение реабилитационного периода спокойное.

Результаты и их обсуждение. Особенности строения смешанной опухоли определяют характер ее хирургического лечения. Отсутствие капсулы на отдельных участках и высокая склонность к рецидивированию с одной стороны предполагают радикальность хирургического вмешательства, с другой сохранение функции и эстетики. По нашему мнению и опыту при лечении больных с цистаденолимфомами необходимо индивидуально подходить к вопросу о степени радикальности оперативного вмешательства. Важным моментом является сохранение функции железы, иннервации ветвями лицевого нерва соответствующих анатомических областей. Индивидуальность подхода в составе комплексного лечения будет зависеть от таких немаловажных критериев, как: локализация новообразования и состояние слюнной железы, возраст пациента, общесоматический статус. Это по нашему мнению обуславливает востребованность каждого из предложенных методов

(тотальная аденэктомия, субтотальная аденэктомия, частичная аденэктомия, энуклеация опухоли) , что одновременно требует индивидуально - обоснованного подхода к выбору тактики лечения таких пациентов с учетом современных требований и возможностей.

Волченко Н.В.

РЕЖИМ ДНЯ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗНЫМ УЧЕБНЫМ ПРОГРАММАМ

**Кафедра стоматологии, Кафедра стоматологии детского возраста детской
челюстно-лицевой хирургии и имплантологии**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина, Харьков

В настоящее время, все большую популярность получают школы нового образца, где дети учатся по определенным программам (коллегиальные и кадетские школы, лицеи и гимназии). Это, в свою очередь приводит к увеличению количества времени проводящего в школе и за выполнением домашних заданий. Накопленные в литературе данные свидетельствуют, что учащиеся сокращают активный отдых на открытом воздухе и ночной сон. Более выраженными оказались нарушения режима дня у учащихся учреждений нового типа. Чрезмерная нагрузка и малоэффективный отдых провоцируют напряжение регуляторных систем, приводят к целому ряду сложных изменений, обуславливающих снижение адаптивных возможностей организма. Нами была поставлена цель – определить влияет ли учебная нагрузка на состояние здоровья школьников.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 91 ребенок 9 - 16 лет, из которых 50 школьников, обучающихся по коллегиальной программе и 41 - по общеобразовательной. Все школьники отвечали на вопросы анкет либо самостоятельно, либо с помощью родителей.

Результаты собственных исследований. Анализ ответов позволил получить следующие результаты: на подготовку домашних заданий основная часть детей первой (52,3%) и второй (59,0%) групп обычно тратят до трех часов в день. 45,3% школьников обучающихся по коллегиальной программе и 7,3% по общеобразовательной, отводят время на домашние задания более трех часов. И, 2,4% детей углубленной программы и 33,7% - обычной, готовятся к занятиям дома менее 1 часа в день. Таким образом, из всего выше изложенного можно сделать вывод, что школьники коллегиальной системы подвержены более длительным умственным нагрузкам, что в свою очередь может негативно отразиться на состоянии их здоровья.

Герман С.А.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ТА СТРУКТУРА ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра ортопедичної стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Янішен І.В.

Карієс та його ускладнення, хвороби пародонта, оперативні втручання з приводу патологічних процесів щелепно-лицевої ділянки, травми, нераціональні ортопедичні конструкції – все це, так чи інакше може зумовити втрату зубів. Ні профілактичні заходи, ні вдосконалення існуючих ортопедичних методів та підходів до лікування не зменшили відсоток населення, що мають дефекти зубних рядів. Статистичні дослідження В.А.Лабунця (2004-2012), проведені в Одесі, Білій Церкві,

Дніпропетровську, Тернополі, Чернівцях. За результатами цих досліджень 90,68% населення, вказаних регіонів, потребує заміщення часткових дефектів зубних рядів. З другого боку, в сучасній Україні продовжується наростання соціально-економічних змін. Серед останніх – соціальне розшарування суспільства, що призводить до зросту захворюваності, в тому числі, стоматологічної і, як наслідок, обумовлює збільшення потреби в стоматологічній допомозі. Тому вивчення розповсюдженості, локалізації та структури дефектів зубних рядів слід вважати за актуальні.

Мета: удосконалення стоматологічної допомоги пацієнтам УСЦ ХНМУ шляхом вивчення розповсюдженості, структури та локалізації дефектів зубних рядів.

Матеріал та методи. Дослідження виконане шляхом обстеження репрезентативної групи пацієнтів та аналізу медичних карток стоматологічних хворих ХОСП та аналізу медичних карт стоматологічних хворих (Ф043/о) за період 2008-2012 років (512 історій хвороб). Групування матеріалів проводилося згідно методичним рекомендаціям експертів ВООЗ. Вони включали в себе 8 вікових груп с 5- та 10-літніми інтервалами. При цьому від 15 до 35 років рекомендовані 5-річні огляди. Мінімальний об'єм виборки для кожної вікової групи розраховувався по спеціальній формулі та склав 64 людини. Вивчали поширеність та особливості дефектів зубних рядів, її топографію та структуру, з метою визначення потреби у протезуванні.

Результати. Встановлено, що розповсюдженість дефектів зубних рядів зростає із віком. З 512 обстежених не мають дефектів зубних рядів 121 особа (16,5%). Всі обстежені з 46 років мали дефекти зубних рядів (ДЗР). Різке зростання загальної кількості дефектів, більше ніж у 2 рази, збільшується у третій віковій групі у порівнянні з попередньою у віковій групі 26-30 років, далі кількість дефектів продовжує зростати до 250 (34%) у віці 66-77 років. У віці 36-45 років 64 обстежених мають 93 дефекти на обох щелепах. Після 56 років у пацієнтів по декілька дефектів на обох щелепах. У всіх вікових групах незначне достовірне превалювання дефектів зубних рядів на нижній щелепі (44,4%). У всіх вікових категоріях присутні дистально-необмежені дефекти зубних рядів, а превалюють обмежені.

Серед часткових дефектів зубних рядів дистально обмежені дефекти (III клас по Кеннеді) обіймають найбільшу частку – 52,1% порівняно з дистально необмеженими двусторонніми та односторонніми дефектами, які разом становлять 39,9%. Відзначено зростання дефектів зубних рядів у віковій групі 26-30 років у порівнянні з віковими групами 16-20, 21-25 років. Так, у віковій групі 26-30 років загальна кількість дефектів зубних рядів склала 51 (7,1%), в той же час у віковій категорії 16-20 років – 13 (1,8%), а в 21-25 – 22 (2,9%). Із віком збільшується кількість ДЗР по декілька обмежених на одній щелепі, а також комбінації дистально-необмежених та обмежених. Після 56 років зростає кількість двусторонніх необмежених ДЗР -29. В першій та другій вікових групах відсутні пацієнти з ДЗР на обох щелепах одночасно. Аналіз структури дистально обмежених дефектів залежно від кількості відсутніх зубів виявив, що найчисленнішою (252) зуба – була група дефектів зубних рядів, обумовлених відсутністю лише одного зуба. З віком зростає кількість людей, які мають видалені зуби і на верхній, і на нижній щелепі одночасно, у більшості чоловіків після 22 років відсутні по 3 зуба, а після 60 років з'являються пацієнти з беззубими щелепами. У віковій категорії 36-45 років відзначено різке зростання дефектів зубних рядів для заміщення яких, для створення опор під незмінну ортопедичну конструкцію, необхідна дентальна імплантація (зуби, що обмежують дефект, інтактні), у цій віковій категорії цей показник склав 37, у групах 31-35, 26-30 літні, в 21-25 роки - 27, 26 і 15 відповідно.

Висновки: Данні по розповсюдженості, локалізації та структурі дефектів зубних рядів визначають показання до лікування та об'єм лікувально-профілактичних заходів у досліджуваних групах.

Гоєнко О.М.

**МЕХАНІЗМ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ
ПАРОДОНТИТОМ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Кафедра терапевтичної стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Рябоконт Є.М.

З кожним днем з'являються нові дані про зв'язок генералізованого пародонтита та серцево-судинних захворювань. За останні три десятиріччя були переглянуті інфекційні і запальні механізми які пов'язують ці два захворювання але залишається багато питань. На основі багатьох досліджень Janket et al (2003), Mustapha et al (2007), Humphrey et al (2008) прийшли до висновку, що генералізований пародонтит має помірний ризик виникнення атеросклерозу та його наслідків, так як пародонтит — це інфекційно-запальне захворювання. Механізм участі пародонтита в атерогенезі пояснюється за рахунок мікроорганізмів порожнини рота, викликане ними запалення тканин пародонта і повільнопереміщуючого системного запалення за рахунок системного збільшення прозапальних цитокінів, С-реактивного білка в крові, та інші. Активація ендотелія бактеріями порожнини рота і підвищена експресія молекул адгезії і хемокінів — це перші кроки в розвитку атеросклеротичних уражень. Дані досліджень на тваринах і клінічні вказують на те, що грампозитивні бактерії викликають агрегацію тромбоцитів, призводять до гіперкоагуляції і збільшенню в'язкості крові. Це має велике значення для формування атеросклеротичної бляшки. Але механізм розвитку патологічного процесу визначений не до кінця.

Чисельні наукові дані дають можливість констатувати, що генералізований пародонтит є маркером чутливості імунної системи, або безпосередньо впливає на прогресування системних захворювань за рахунок запального навантаження і насамперед, є фактором ризику виникнення захворювань серцево-судинної системи. Новий погляд на характер цієї взаємодії буде сприяти розробці і створенню нових оптимальних та ефективних схем лікування генералізованого пародонтита у даного контингенту хворих.

Доля Э.И., Волкова О.С., Черепинская Ю.А.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ФУРКАЦИОННЫМИ ПЕРФОРАЦИЯМИ ТВЕРДЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ (ИЛ-1В,
ИЛ-4) ЦИТОКИНОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ.**

Кафедра терапевтической стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Рябоконт Е.Н

Было проведено лечение и последующее наблюдение за 62 больными с диагнозом фуркационная перфорация твердых тканей зуба, которые в зависимости от способа лечения были разделены на 2 группы: основную и контрольную. У пациентов всех групп было проведено исследование уровня про- и противовоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-4) цитокинов в десневой жидкости. До лечения показатель ИЛ-1β и ИЛ-4 у больных обеих групп достоверно не отличался ($p > 0,05$). Уровень ИЛ-1β составил

244,77 ± 28,19 пг/мл, что в 2,8 раза достоверно превышало данные показателя нормы ($p < 0,05$). Показатель ИЛ-4 составил 126,79 ± 12,11 пг/мл. Уровень ИЛ-1β через 6 месяцев в основных подгруппах снизился до показателей 126,79 ± 12,11 пг/мл ($p < 0,05$), в контрольных подгруппах – до 137,00 ± 10,35 пг/мл ($p < 0,05$). Через 12 месяцев после лечения показатели в основных подгруппах наблюдения составил 91,00 ± 12,77 пг/мл, достоверно не отличаясь от данных контрольных подгрупп ($p > 0,05$). Показатель противовоспалительного цитокина ИЛ-4 через 6 месяцев в основных подгруппах составил 239,02 ± 17,75 пг/мл, а контрольных - 196,30 ± 27,66 пг/мл. На 12 месяцев наблюдения уровень составил 262,56 ± 23,39 пг/мл в основных подгруппах, и 249,5 ± 31,67 пг/мл в контрольных.

Основываясь на данных результатах можно сказать, что использование в ходе проводимого лечения предложенного способа лечения богатой тромбоцитами аутомембраны оказывало более быстрое восстановительное действие на спектр цитокинов. Таким образом, представленные данные свидетельствуют об эффективности использования комплексного лечения фуркационных перфораций твердых тканей зуба в более ранние сроки в сравнении с традиционной методикой.

Елисеева О.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Кафедра стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Соколова И.И.

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) встречается у 72–89 % больных КПЛ СОПР, а в последние годы наблюдается стойкая тенденция роста частоты сочетанного ХГП и красного плоского лишая (КПЛ).

Целью исследования стало изучение пародонтологического статуса у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая.

Объекты и методы исследования. В исследовании принимали участие 32 пациента с диагнозом ХГП I степени тяжести на фоне КПЛ типичной формы с поражением СОПР и кожи. Возраст обследованных пациентов (25 женщин и 7 мужчин) колебался от 23 до 70 лет. При проведении объективного обследования пациентов изучены следующие индексы: упрощенный индекс гигиены по Грину–Вермильону (ОНИ-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); пародонтальный индекс (PI); проба Шиллера-Писарева; индекс кровоточивости десневых сосочков по Muhlemann-Saxer (РВИ).

Нами разработана следующая схема проведения местных терапевтических мероприятий: аппликации геля «Фитолизозим» (НПА «Одеская биотехнология», Украина), содержащего 19-21 мг лизоцима. Гель рекомендовали наносить на очаги поражения СОПР и ткани пародонта 2 - 3 раза в день после еды, после процедуры чистки зубов пастой «Лакалут актив» и ополаскивания полости рта зубным эликсиром «Лизомукоид» 3-5 раз в день. В лечебную схему были включены антисептические таблетки для рассасывания в полости рта, «Лисобакт», содержащие лизоцима хлорид 20 мг. Коррекцию общесоматического статуса по показаниям проводили профильные специалисты. Результаты исследований и их обсуждение. Определено, что значение медианы индекса ОНИ-S до лечения составляло 2,8 балла, сразу после лечения – 0,33 балла, через 3 месяца после лечения - 0,41 балла ($p < 0,05$). В норме (у

пациентов с интактным пародонтом) - 0,41 балла. Значение медианы РМА индекса в исследуемой группе до лечения составляло 30,12%, через 14 дней после полученной терапии – снизилось до 4,08%, и 6,25% через 3 месяца после лечения ($p < 0,05$). У пациентов с интактным пародонтом индекс РМА подтверждал отсутствие явлений воспаления. Значение медианы показателя РІ у обследованных больных составляли 2,04 балла до лечения и 1,39 балла через 14 дней после лечения. А через 3 месяца этот показатель составил -1,45 балла ($p < 0,05$). В группе пациентов со здоровым пародонтом индекс РІ составлял 0,06 балла. Значение пробы Шиллера-Писарева составило 1,84 балла до лечения и 0,24 балла через 14 дней после лечения. А через 3 месяца показатель равен 0,32 балла ($p < 0,05$). У пациентов с интактным пародонтом проба Шиллера-Писарева была отрицательна. Значение медианы индекса кровоточивости десневых сосочков у обследованных больных составили 0,53 балла до лечения, 0,03 балла после лечения и 0,05 балла через 3 месяца после лечения ($p < 0,05$). У пациентов с интактным пародонтом индекс не был выявлен.

Таким образом, проведенное клиническое исследование позволило установить, что комплекс лечебно-профилактических средств, таких как профессиональная гигиена полости рта с применением лечебно-профилактической зубной пасты на основе алюминия лактат и зубного эликсира, содержащего лизоцим, назначение лизоцимсодержащих таблеток, аппликаций лизоцимсодержащего геля на очаги поражения СОПР и ткани пародонта, а также системная терапия КПЛ является эффективным терапевтическим комплексом и доказывает позитивное влияние лизоцимсодержащих лекарственных средств на ткани пародонта и СОПР при сочетанном течении ХГП и КПЛ типичной формы.

Жданова Н.О.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ТИМЧАСОВОЇ ОБТУРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Рябокони Є.М.

Лікування хронічного гранулематозного періодонтиту є актуальною проблемою сучасної стоматології, тому що дуже часто на етапі тимчасової obturaції корневих каналів виникають ускладнення. Тому дуже важливо знайти оптимальний матеріал, який буде мати виражені антисептичні та протизапальні властивості.

Мета роботи: провести порівняльну характеристику протизапальних властивостей кальцій-вмістних та йодоформ-вмістних матеріалів для тимчасового пломбування корневих каналів. Пацієнти були поділені на 3 групи по 10 осіб в кожній. Пацієнти першої групи були проліковані методом відстроченого пломбування із тимчасовою obturaцією матеріалом на основі гідроксиду кальцію. Пацієнтам другої групи тимчасове пломбування проводили пастою на основі йодоформу. У хворих контрольної групи ендодонтичне лікування було проведене односеансно.

Аналіз найближчих результатів внутрішньо каналного лікування показав, що у хворих першої групи (використався кальцій-вмістний матеріал) ускладнення у вигляді болі при накушуванні спостерігались у 4 осіб з 10. У хворих другої групи (використання йодоформ-вмістного матеріалу) ускладнення були лише у 1 пацієнта. У хворих контрольної групи (одномоментне лікування) постпломбувальна біль спостерігалась у 7 пацієнтів, у двох пацієнтів припухлість слизової оболонки у

ділянці проекції апексу. Метод тимчасової obturaції із використанням йодоформ-вмістних при лікуванні хронічного гранулематозного періодонтиту дозволяє знизити ризик ускладнень після проведення ендодонтичного лікування.

Заверуха Я.И., Фасонов О.Э.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Искоростенская О.В.

Работа врача-стоматолога интересна, увлекательна и познавательна. Но вместе с этим данная профессия - очень тяжелый и напряженный труд. В ежедневной практической деятельности врачи-стоматологи сталкиваются с факторами трудового процесса, оказывающими неблагоприятное влияние на состояние здоровья, качество жизни, и приводят к последствиям, осложняющим и, в дальнейшем, делающим невозможной профессиональную деятельность. Зачастую данные неблагоприятные влияния обусловлены нарушением стоматологом правил трудовой деятельности.

Целью данного исследования является изучение влияния положения врача-стоматолога во время приема пациентов на опорно-двигательную систему в зависимости от пола, рабочего стажа, положения во время работы и проведения личных профилактических мероприятий.

Методы исследования. Нами была разработана анкета, которая была дана на изучение 75 врачам-стоматологам. Среди них: 25 стоматологов-терапевтов, 25 стоматологов-ортопедов, 25 детских стоматологов-терапевтов. Из них мужчин 43%, женщин 57%.

Результаты исследования. Полученные с помощью анкетирования данные показали, что чаще всего стоматологи работают в позиции «на 8 часов» - 61% респондентов, а реже всего - позиции «на 1 час» и «на 10 часов» и «на 7 часов» - 6% и 3% соответственно. Сопоставление позиции врача с болевыми симптомами в различных отделах опорно-двигательного аппарата (шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника, плечевого и лучезапястного суставов, суставы пальцев рук, суставы ног) показали, что наиболее неблагоприятной является позиция «на 8 часов» и «на 9 часов» - жалобы на болевые симптомы предъявили 43% и 18% опрошенных соответственно, при работе в позиции «на 10 часов» - 11%, «на 7 часов» - 9%, «на 1 час» - 8%. Наиболее благоприятными являются позиции «на 11 и 12 часов» - жалобы на болевые симптомы 4% и 7% соответственно. У стоматологов-терапевтов боли чаще всего локализуются в шейном и грудном отделах позвоночника (в 54,6% случаев); у стоматологов-ортопедов - в шейном отделе (37% случаев); у детских стоматологов-терапевтов - в шейном и поясничных отделах (30% и 17,5% соответственно). Также отмечено, что все поражения опорно-двигательного аппарата нарастают соответственно стажу. У мужчин чаще всего страдают шейный и поясничный отделы позвоночника (в 32% и 27,6% случаях соответственно), у женщин - шейный и грудной отделы (35,3% и 26,7% соответственно). Из опрошенных только 29% соблюдают режим работы в положении «стоя-сидя». И лишь 45% стоматологов соблюдают правильный режим отдыха во время работы. Из опрошенных 24% врачей носят специальную медицинскую обувь, делают утреннюю зарядку, занимаются спортом или проходят курс массажа зоны спины.

Таким образом, в работе врача-стоматолога существуют неблагоприятные условия, ведущие к возникновению болевых ощущений в различных отделах опорно-двигательного аппарата. Прослеживается взаимосвязь между несоблюдением стоматологами правил охраны труда, отсутствием индивидуальных профилактических мер и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. В связи с этим необходимо разработать и внедрить комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития заболеваний опорно-двигательного аппарата, улучшения качества работы жизни врача.

Зотов Д.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БЕРЕМЕННЫХ.

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.**

Научный руководитель: Демяник Д.С.

В отделение челюстно-лицевой хирургии значительно чаще стали обращаться беременные женщины с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГВЗ ЧЛО). Увеличение ОГВЗ ЧЛО объясняется снижением материально-бытовых условий жизни населения, ухудшением питания, загрязнение воздуха и воды. Широкое применение антибиотиков привело к появлению новых стойких штаммов микроорганизмов, что способствует росту этиологической роли условно-патогенной микрофлоры и возникновению осложнений в виде интоксикаций, аллергических реакций, дисбактериоза. Недостаточный объем и качество плановой санации полости рта у населения, не соблюдение личной гигиены являются одними из основных причин поддержания высокого уровня стоматологической заболеваемости, а следовательно, и хронической одонтогенной инфекции. На наш взгляд эта проблема остаётся актуальной, что заставляет постоянно совершенствовать методы лечения ОГВЗ ЧЛО у беременных женщин.

Цель. Оптимизировать методы лечения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области у беременных женщин.

Задачи. Определить оптимальную медикаментозную терапию, направленную на лечение одонтогенного заболевания с минимальным риском для беременной и плода, предотвращение осложнений.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 18 клинических случаев больных с флегмоной и абсцессом. У всех (100%) причиной возникновения воспалительного процесса являлось наличие очага одонтогенной инфекции.

Предрасполагающие факторы развития заболевания – переохлаждение, недавно перенесенные респираторные заболевания. Совместно с врачами акушерами-гинекологами мы подбирали медикаментозную терапию наиболее подходящую для каждого из случаев. В качестве примера приводим схему лечения: Цефтриаксон – по 1,0 2 р/сутки в/м ; Фуросемид- по 1 таб. в день; Панадол Беби- внутрь по 20мл 3-4 р/сутки; Энтеросгель- местно; поливитамины для беременных – Матерна- по 1 таб. в день. Профилактика осложнений заключается в строгом соблюдении назначений, гигиене полости рта, контроле лабораторных показателей.

Ниже приведены выписки из историй болезней: Беременная женщина 25 лет на 15 неделе беременности обратилась с жалобами на боль в подбородочной области, усиливающейся при жевании, глотании, прикосновении, отек и асимметрию лица.

Поставлен диагноз: одонтогенный абсцесс подподбородочной области, обострение хронического периодонтита 33. Произведена операция: «Вскрытие абсцесса с удалением 33». Медикаментозная терапия по предложенной схеме.

Беременная женщина 32 года на 23 неделе беременности доставлена в стационар по экстренным показаниям с жалобами на болезненную припухлость в подчелюстной области слева, возникшую после переохладения. Поставлен диагноз: одонтогенная флегмона подчелюстной области слева, обострение хронического периодонтита 36. Произведена операция: «Вскрытие флегмоны с удалением 36». Медикаментозная терапия по предложенной схеме.

Результаты исследования: Профилактикой одонтогенных инфекций является плановая санация полости рта до и во время беременности. При необходимости хирургические вмешательства следует проводить во 2 триместре, между 14 и 28 неделями беременности; для анестезии рекомендуется использовать препараты без вазоконстрикторов (Мепивастезин, Септанест, Скандонест). Вывод. Представленная медикаментозная схема эффективна и ее можно рекомендовать для лечения ОГВЗ ЧЛЮ беременным.

Кривенко Л.С.

НУЖДАЕМОСТЬ В ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО

**Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Назарян Р.С.

Проблема состояния здоровья преждевременно рожденных детей чрезвычайно актуальна во всем мире. Низкий гестационный возраст и низкий вес при рождении являются одними из ключевых факторов в определении неонатальных осложнений. Несмотря на то, что физическое развитие недоношенных детей было достаточно хорошо изучено, существует относительно мало исследований по стоматологическому развитию данной группы детей. Некоторые исследования показали, что у детей в возрасте 3-5 лет и 7-10 лет были обнаружены такие клинические проявления, как высокое небо, перекрестный прикус, а в возрасте 3-5 лет также определяли асимметрию неба.

Целью данной работы было исследование и сравнение распространенности зубочелюстных деформаций среди детей, рожденных преждевременно и рожденных в срок.

Материалы и методы: было обследовано 14 детей в возрасте 6-9 лет, которые, согласно данным анамнеза, родились преждевременно (гестационный возраст не превышал 37 недель). Данная группа детей составила основную группу пациентов. Контрольная группа представлена 27 пациентами в возрасте 6-9 лет, в анамнезе которых не указана преждевременность рождения. Были использованы стандартные основные и дополнительные методы обследования.

Результаты исследования. После проведенного анализа данных, были обнаружены достоверные отличия в ортодонтическом статусе пациентов. Такие аномалии, как глубокий прикус, перекрестный прикус, скученность зубов, определялись достоверно чаще среди пациентов основной группы. В то же время, достоверной разницы в частоте встречаемости прогнатического, прогенического, открытого видов прикуса обнаружено не было.

Выводы. Полученные данные делают перспективным дальнейшее исследование особенностей ортодонтического статуса детей, рожденных преждевременно, а также свидетельствуют о том, что клиницистам следует учитывать возможность повышенной нуждаемости в ортодонтическом лечении данной группы пациентов.

Куров А.М.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ ПОРОЖНИНИ ЕНДОДОНТИЧНОГО ДОСТУПУ ЗА ДОПОМОГОЮ СКЛОІОНОМЕРНИХ ЦЕМЕНТІВ

Кафедра стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.

Науковий керівник: професор Соколова І.І.

Мета дослідження: визначити якість тимчасової герметизації порожнини ендодонтичного доступу за допомогою склоіономерних цементів (СІЦ).

Матеріали і методи: На 29 видалених зубах, що пройшли обробку 6% розчином перекису водню на протязі 3 діб, було проведено ендодонтичну обробку та пломбування корневих каналів. У випадках, коли не всі стінки зуба були збережені, був виконаний білд-ап композиційним матеріалом світлового твердіння. Порожнини, стінки яких збережені повністю, було відпрепаровано згідно принципу біологічної доцільності та підготовлено до пломбування згідно інструкції виробника матеріалів. Для герметизації порожнини ендодонтичного доступу зуби були поділені на 3 групи: 1 група – 9 зубів запломбовано традиційним СІЦ хімічного твердіння «Ionolat» (Латус, м.Харків, Україна); 2 група – 9 зубів – традиційним СІЦ хімічного твердіння «Цемион» (ВладМиВа, м. Белгород, Росія); 3 група – 11 зубів – полімер-модифікованим СІЦ світлового твердіння «Riva» (SDI, Бейсуотер, Австралія). Після твердіння матеріалу зуби були занурені у розчин 2% водний розчин метиленового синього на 3 доби при температурі $37\pm 1^\circ\text{C}$. Після цього було проведено поздовжній розпил зубів за допомогою алмазного диску з повітряним охолодженням. Проведена візуальна оцінка пенетрації барвника.

Результати дослідження: Середня висота тимчасової пломби склала 4 ± 1 мм. Усі використані СІЦ («Riva», «Ionolat», «Цемион») забезпечують 100% герметичність порожнини, якщо стінки виповнені тканинами зуба. Поодинокі зони пенетрації барвника розміром $1,2\pm 0,3$ мм були виявлені у зонах нависаючих країв емалі, проте герметичність пломб була збережена за рахунок адгезії пломб до дентину. У третій групі було встановлено, що полімер-модифікований СІЦ «Riva» забезпечує 100% герметичність при з'єднанні як з тканинами зуба, так і композитним матеріалом білд-апу. Традиційні СІЦ не забезпечують герметизації порожнини, стінки якої відновлені композитом. 100% пломб з матеріалів «Ionolat» та «Цемион» мають ознаки порушення крайового прилягання: пенетрацію барвника уздовж межі СІЦ-композит на всю висоту тимчасової пломби. Наявність шару, інгібованого киснем, на поверхні композитної стінки, а також обробка її фінішним алмазним бором не впливають на герметичність тимчасової обтурації.

Висновки: Традиційні СІЦ припустимо використовувати для тимчасової обтурації порожнини зуба лише за умови збереження усіх стінок. Полімер-модифіковані СІЦ забезпечують герметизацію як на межі з тканинами зуба, так і з композитним білд-апом, тому є більш універсальними.

Марковская И.В.
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА
СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРЫС

Кафедра стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Соколова И.И.

В течение последних десятилетий уровень антропогенного неионизирующего электромагнитного излучения (ЭМИ) чрезвычайно увеличился. Интенсивное развитие новых технологий привело к тому, что антропогенное ЭМИ становится экологически значимым фактором, потенциальные риски которого для здоровья человека и состояния биосферы должны анализироваться самым тщательным образом. Именно поэтому с 1996 года Всемирная Организация Здравоохранения признала неионизирующее ЭМИ одним из факторов риска для здоровья человека и начала реализацию широкомасштабного международного «Электромагнитного проекта».

Цель – выявить влияния ЭМИ на соматометрические показатели крыс линии WAG.

Материалом данного исследования явились крысы линии WAG в возрасте 9–11 месяцев. В данном исследовании использовали крыс-самцов, что позволило исключить влияние половых циклов на результаты исследования. Животные были разделены на две группы: 1 группа – контрольная – интактные животные (n=12), которые содержались в стандартных условиях вивария и не подвергались каким-либо воздействиям; 2 группа – исследуемая – животные (n=12), которые ежедневно (с 9.00 до 12.00 часов) на протяжении 30 рабочих дней подвергались облучению переменным электрическим полем низкой частоты 70 кГц (5-й диапазон частот). По окончании эксперимента (на 30-й день) у животных проводили измерение соматометрических показателей (массы тела, длины тела и хвоста), а затем их выводили из эксперимента.

При измерении и анализе массы тела крыс контрольной и исследуемой групп отмечено отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$). Так, среднее значение массы тела крыс контрольной группы составило $(172,67 \pm 2,44) \times 10^3$ кг, исследуемой группы – $(174,50 \pm 4,10) \times 10^{-3}$ кг. При измерении и анализе длины тела и хвоста крыс контрольной и исследуемой групп так же отмечено отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$). Так, среднее значение длины тела в контрольной группе составило $(20,29 \pm 0,17) \times 10^{-2}$ м, в исследуемой группе $(20,57 \pm 0,23) \times 10^{-2}$ м; среднее значение длины хвоста в контрольной группе составило $(17,92 \pm 0,34) \times 10^{-2}$ м, в исследуемой группе $(17,58 \pm 0,27) \times 10^{-2}$ м.

В ходе проведенного экспериментального исследования по изучению влияния ЭМИ на соматометрические показатели крыс линии WAG в возрасте 9–11 месяцев негативное его воздействие на величину массы тела, длины тела и хвоста лабораторных животных не выявлено. Возможно, влияние ЭМИ было бы заметным при воздействии данного фактора на организм в период эмбриогенеза, фетогенеза и раннего онтогенеза.

Махмуд Хуссам I.¹, Назем Алабед¹, Мохсін Мохаммед X.¹,

Джасім Баласім O.¹, Гармаш Є.К.², Гармаш O.В.¹, Палій O.В.¹

МЕТОДИ СВІТЛОТЕРАПІЇ НА ДОПОМОГУ ЛІКАРЮ СТОМАТОЛОГУ

¹**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна.**

²**Харківський національний університет ім. Каразіна В.Н., Харків, Україна.**

Захворювання тканин пародонта - загальномедична проблема. Вони є джерелом хронічної інфекції в організмі та призводять до втрати зубів. У більшості випадків, протидіяти цим захворюванням дуже важко, а інколи, зовсім неможливо.

Для підтвердження терапевтичної ефективності методів світлотерапії у дослідженні приймали участь 24 пацієнта 18-25 років, які мали початковий ступінь пародонтита. Були сформовані 3 групи (по 8 хворих у кожній групі), які були рандомізовані за статтю та віком. З метою співставності результатів всі учасники дослідження використовували однакову зубну пасту серії INNOVA sensitive Splat, яка за даними виробника, призначена для зміцнення емалі та зниження чутливості зубів.

Пацієнтам першої підгрупи на тканини пародонта застосовували дію ПАЙЛЕР-світла, другої підгрупи – низькоінтенсивного лазерного випромінювання з довжиною хвилі 658 нм. В обох підгрупах тривалість процедур складала 6 хвилин, було проведено по 10 терапевтичних щоденних сеансів в кожній підгрупі. Пацієнти третьої підгрупи використовували тільки пасту.

Результати: зменшення, у середньому, показників гігієнічного індексу ОНІ-S на 18%, 14%, 10% та показників індексу РМА на 20%, 16%, 16% у першій, другій та третій підгрупах відповідно, вивило позитивні зміни у всіх підгрупах. Збільшення у пацієнтів першої підгрупи концентрації нітратів та нітритів на 12-16%, зниження концентрації аргініну на 8-14%, зменшення концентрації сечовини на 6-18% та збільшення цитруліну на 10-20%, свідчить про збільшення продукції NO та доводить активацію вазодилатації, в другій підгрупі позитивні зміни виявились дещо менші: концентрація нітратів та нітритів збільшилась на 5-8%, концентрація аргініну зменшилась на 4-10%, концентрація сечовини зменшилась на 5-8%, а цитруліну збільшилась на 13-16%. Цікавим виявилось те, що у пацієнтів третьої підгрупи, де використовувалась тільки зубна паста серії INNOVA sensitive Splat теж було відмічено покращення лабораторних результатів: концентрація нітратів та нітритів збільшилась на 4-6%, концентрація аргініну зменшилась на 6-8%, концентрація сечовини зменшилась на 4-7%, цитруліну збільшилась на 8-12%.

Проведені клінічні дослідження довели високу ефективність використання світлотерапевтичних методів у лікуванні захворювань пародонта, що було також підтверджено результатами одержаними біохімічним методом. Істотну протизапальну дію зубної пасти можна пояснити тим, що до її складу входять тимол та анетол.

Никонова Ю.В.

МЕТОДИКА ВЫБОРА КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Янишен И.В.

Рациональный выбор конструкции для восстановления твердых тканей зуба после эндодонтического лечения является одним из актуальных вопросов стоматологии. Подбор конструкции зачастую вызывает сложности, так как существующие в настоящее время методы не позволяют достаточно точно определить, какая конструкция необходима в каждой отдельной клинической ситуации. Выбор ортопедической конструкции для реставрации зависит от анатомического положения депульпированного зуба (фронтальной или боковой группы) и от количества разрушенных тканей.

С целью определения степени разрушения зубов и выбора конструкции протеза наиболее распространено использование индекса разрушения окклюзионной поверхности зубов – ИРОПЗ (В.Ю.Миликевич). Однако, недостатком этой методики является то, что автор учитывает разрушение только окклюзионной поверхности

зубов. Также, индекс не учитывает глубину дефекта. Предложенный Г.И.Рогожниковым метод не учитывает различие площади разных поверхностей зуба. Методика предназначена для обоснования применения только вкладок различной конструкции (расширенные показания) и пломб, а это создает определенные трудности для обоснования использования других восстановительных конструкций. Более рациональный метод был предложен В.П.Голиком и соавт., где обоснование выбора замещения твердых тканей зубов осуществлялась при помощи показателя объемного разрушения тканей зуба (ПОРТЗ), вычисляемого по соотношению объема разрушенных тканей зуба к объему тканей коронки зуба.

Целью данного исследования явилось применение более рационального метода для выбора конструкций, приемлемых для различных клинических случаев.

Измерения показателей зубов производились с применением штангенциркуля с заостренными ножками (точность измерения до 0,1 мм) и градуированного зонда. При выборе метода замещения дефектов твердых тканей зуба учитывалась степень ПОРТЗ. При I степени ПОРТЗ – до 0,2, дефект в основном замещался пломбой. При II степени ПОРТЗ – от 0,2 до 0,55 для замещения дефекта использовали вкладку. При III степени ПОРТЗ – от 0,55 до 0,75 целесообразно применить искусственные коронки. При IV степени ПОРТЗ – от 0,75 до 1,0 использовали различные модификации штифтовых зубов или культевые вкладки.

Нами было проведено эндодонтическое лечение 14 зубов с последующим выбором восстановительных конструкций по методике ПОРТЗ. Из них - 6 моляров, 3 премоляра и 5 резцов. В 7 случаях дефект был восстановлен пломбами из фотополимерного материала, в 2 применялись керамические вкладки, в 4 были использованы искусственные коронки, в одном случае была установлена культевая штифтовая вкладка. По нашему мнению, данный метод выбора конструкции является наиболее оптимальным при планировании реставрации зубов после эндодонтического лечения, так как он не требует специального оборудования, учитывает объем разрушенных тканей с любой поверхности зуба, независимо от локализации, и глубину дефекта твердых тканей, а также может быть применен для обоснования выбора различных видов восстановительных конструкций.

На данном этапе исследования можно сделать вывод о том, что эта методика может с успехом найти широкое применение в стоматологической практике, однако, требует дальнейшего и более детального изучения и клинической апробации.

Раззак Місс Узма, Аль-Хаснаві Іхаб Т., Імран Абдулмохаймен І.,

Палій О.В., Гармаш О.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ З ПІДВИЩЕНОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Кафедра терапевтичної стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Рябокони Є.М.

У 37 % випадках причиною виникнення підвищеної чутливості зубів є втрата епітеліального прикріплення ясен, визначається незадовільний рівень гігієни порожнини рота та збільшення значень індексу РМА, що в свою чергу, підтримує запальний процес у тканинах пародонта. Тому пошук профілактичних і лікувальних засобів, що мають десенситивну активність, є актуальним у схемі лікування захворювань пародонта де є гіперестезія твердих тканин зубів.

З метою клінічної апробації для визначення та підтвердження ефективності засобів гігієни серії Colgate 360° Sensitive Pro-Relief були сформовані три групи репрезентативні за статтю та віком (17-25 років), по 6 хворих у кожній групі. Учасники дослідження мали початковий ступінь пародонтита та I ступінь гіперестезії. В першій групі застосовували зубну пасту Colgate 360° Sensitive Pro-Relief, в 2-й групі - зубну пасту та зубну щітку серії Colgate 360° Sensitive Pro-Relief, в 3-й групі - зубну пасту, зубну щітку серії Colgate 360° Sensitive Pro-Relief, та додатково одночасно використовували лазер-терапію.

У результаті проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів усіх груп з підвищеною чутливістю відбулося зниження інтенсивності болю на температурний подразник. В 3-й групі інтенсивність болю зменшилась у 2,26 рази, в 2-й групі - в 2,15 рази і в 1-й групі – в 1, 8 рази. У результаті застосування комплексу профілактичних заходів у пацієнтів всіх досліджуваних груп знизилися показники індексу гігієни на 32,7%, що зменшило забрудненість порожнини рота патогенною флорою та підтверджено показниками зниження індексу РМА (на 21%).

Лабораторне дослідження мікрокристалізації ротової рідини підтвердило результати клінічних спостережень: кристалічний малюнок фацій ротової рідини в 1-й групі збільшився, в середньому, на 1 бал, у 2-й на 1 бал, у 3-й групі збільшення відбулося на 1-1,5 бали. Зниження кристалічної картини не спостерігалось в жодному з випадків як після щоденних сеансів, так і інтегрально після всього курсу профілактичних процедур. Застосування зубної пасти Sensitive Pro-Relief в якості десенситайзера та щітки, призначених для чутливих зубів викликає зниження больового відчуття, що свідчить про обтуруючу та ремінералізуючу дії використаного комплексу. Проведені дослідження дозволили зробити висновки, що лазер-терапія дає ряд переваг для більш ефективного лікування гіперестезії при захворюванні тканин пародонту.

Стеблянок А.А., Гурьева А.Ю., Кишкань А.А., Тищенко А.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ
ОТЛОЖЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ

Кафедра терапевтической стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Рябоконт Е.Н., Стеблянок Л.В.

Многочисленными исследованиями доказано, что возникновение и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта находятся в прямой зависимости от количества зубного налёта и в обратной – от эффективности гигиенических мероприятий (ГМ).

Целью исследования явилось определение состояния тканей пародонта после применения различных методов удаления зубных отложений (ЗО) при хроническом катаральном гингивите (ХКГ).

Нами проведено комплексное обследование 32 больных в возрасте 18-35 лет с ХКГ без сопутствующей соматической патологии. В зависимости от используемых методов удаления ЗО все пациенты были разделены на три группы. В первую группу включены 9 человек, которым удаление ЗО проводили химическим и механическим методами, используя при этом препарат Белагель-Р и специальные ручные кюреты, скейлеры, абразивно-полирующую пасту Детартрин и резиновые головки. Во вторую группу были включены 11 пациентов, которым ЗО удаляли с помощью ультразвукового скейлера (УЗ) «Mectron» с последующей полировкой зубов

резиновыми чашечками. В третью группу вошли 12 больных, которым для удаления ЗО применяли воздушно-абразивную систему (ВАС) Air-Flow (EMS), а также проводили полировку зубов резиновыми головками.

Гигиеническое состояние полости рта оценивали по индексу гигиены (ИГ) Федорова – Володкиной (1971), для оценки кровоточивости десны использовали индекс Мюллемана (Mühlemann, 1971) в модификации Коуэлл (Cowell I., 1975), интенсивность и распространенность воспаления определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА, Shourl., Massler M. 1947 в модификации Parma 1960). При обследовании выявлено, что у всех больных до проведения профессиональной гигиены полости рта (ПГПР) ИГ по Федорову - Володкиной составил $2,6 \pm 0,35$, индекс кровоточивости десны $2,6 \pm 0,3$, значение индекса ПМА - 50%. Повторное обследование проводили через 10 дней, 1, 3 месяца после вмешательства. Все пациенты были обучены гигиене полости рта (ГПР).

Через 10 дней после проведения ПГПР и тщательной ГПР в домашних условиях значения индексов Мюллемана, ИГ по Федорову - Володкиной, ПМА при использовании всех методов снизились. Спустя месяц значения изучаемых индексов практически не отличались от зарегистрированных через 10 дней после проведенных профилактических мероприятий (ПМ). Воспалительная реакция в десне исчезла, что подтвердили клинические обследования. Через 1 и 3 месяца все изученные показатели в исследуемых группах имели недостоверные отличия. Но у пациентов первой группы новые ЗО образовывались быстрее, по сравнению с другими применяемыми методами ПГПР. Можно предположить, что поверхность зубов в первой группе больных оставалась несколько шероховатой, что и приводило к повторному образованию ЗО в более ранние сроки.

Таким образом, после ПГПР с использованием разных методов удаления ЗО выявлено, что тщательное проведение ПМ с применением традиционных и современных методов независимо от их вида у лиц с ХКГ без сопутствующей патологии способствует переходу заболевания в стадию ремиссии. Наиболее эффективным оказалось применение метода ВАС Air-Flow (EMS), который позволил обеспечить более гладкую поверхность твердых тканей зубов и уменьшить адгезию ЗО. Методика ВАС Air-Flow для пациентов была признана самой комфортной.

Стеблянко А.А., Худик А.К.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИОКСИЗОЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Рузин Г.П.

В настоящее время одонтогенные флегмоны занимают ведущее место среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности препарата «Диоксизоль» (ЗАО «Фармацевтическая компания «Дарница») при лечении одонтогенных флегмон ЧЛО в послеоперационном периоде.

Основным действующим компонентом препарата «Диоксизоль» является диоксидин, обладающий выраженным антибактериальным действием в отношении к грамположительной и грамотрицательной анаэробной и аэробной микрофлоре. Вторым компонентом препарата является лидокаина гидрохлорид. «Диоксизоль»

обладает умеренным гиперосмолярным и выраженным обезболивающим действием, купирует перифокальное и раневое воспаление, стимулирует репаративные процессы в ране.

Под нашим наблюдением находились 25 больных, которые состояли на лечении в стоматологическом отделении Областной клинической больницы г. Харькова по поводу одонтогенных флегмон различной локализаций. В зависимости от выбора метода лечения все больные были разделены на две группы: в первую группу были включены 14 человек (8 мужчин, 6 женщин), в комплексном лечении которой был использован препарат «Диоксизоль»; во вторую - 11 человек (6 мужчин, 5 женщин), в которой лечение проводили по традиционной схеме.

Всех больных обследовали по единому клиническому плану. Больным обеих групп проводили одинаковый по объему и характеру комплекс мероприятий: после вскрытия и дренирования очага воспаления «Диоксизоль» ежедневно вводили в послеоперационную рану. Такие процедуры проводили до окончания фазы экссудации. Для оценки состояния гнойной раны учитывали сроки уменьшения интенсивности боли, уменьшения и прекращения образования гноетечения из раны, появления грануляционной ткани и признаков эпителизации в ране. Для оценки болевых ощущений использовали вербальную оценочную шкалу Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990).

После проведенного лечения на третьи сутки у пациентов первой группы наблюдалось уменьшение интенсивности боли у 10 человек (62,5%), а у пациентов второй группы – у 7 человек (58,3%), гноетечение из раны у больных первой группы уменьшилось у 9 пациентов (56,25%), во второй группе - у 5 пациентов (41,6%). Уменьшение воспалительного инфильтрата отмечалось у 13 пациентов (81,25%) первой группы и у 7 пациентов (58,3%) второй группы. Болезненность при выполнении перевязок по вербальной оценочной шкале у пациентов первой группы оценили в 1 балл, что соответствует боли слабой интенсивности, а у пациентов второй группы - в 4 балла, что соответствует боли умеренной интенсивности. Уменьшение интенсивности боли отмечалось в основной группе на $2,8 \pm 0,32$ сутки и на $3,1 \pm 0,43$ сутки в группе сравнения. Очищение раны от гноя у пациентов первой группы, в комплексном лечении которой был использован препарат «Диоксизоль», отмечено на $2,4 \pm 0,34$ сутки, а у больных второй группы, где лечение проводилось традиционно - на $3,2 \pm 0,41$ сутки. Начало эпителизации отмечено у пациентов первой группы на $4,3 \pm 0,44$ сутки и на $5,1 \pm 0,54$ сутки у больных второй группы. Сроки стационарного лечения у пациентов первой группы составили $8 \pm 1,6$ суток, у пациентов второй группы - $11 \pm 1,8$ суток. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что препарат «Диоксизоль» при комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области оказал выраженное лечебное действие у всех больных основной группы. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат «Диоксизоль» в комплексном лечении одонтогенных флегмон ЧЛЮ.

Таравнех Амир Шакер Джамиль, Черепинская Ю.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
МЕХАНИЧЕСКОГО РАЗРУШЕНИЯ БИОПЛЁНКИ В
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра терапевтической стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Микроорганизмы полости рта с момента их адгезии к поверхности зуба активно участвуют в построении биоплёнки которая в зрелом состоянии является ведущим

этиологическим фактором развития воспалительных процессов в пародонтальном комплексе и деминерализации твёрдых тканей зуба. Ежедневное эффективное механическое разрушение биоплёнки с помощью индивидуальных средств гигиены способствует значительному снижению риска развития распространенных стоматологических заболеваний как кариес и его осложнения, гингивит, пародонтит.

Цель: Сравнить эффективность механического разрушения биоплёнки в экспериментальных условиях при использовании зубных щёток с иррегулярной щетиной средней жёсткости, мягкой с регулярной щетиной и ультразвуковой зубной щётки с регулярной щетиной.

Материалы и методы: Экспериментальной части исследования подлежала скорлупа 15 штук белых куриных яиц. Для роста биоплёнки на поверхности скорлупы яйца были погружены в водопроводную воду на 10 дней при температуре 37°C. Через десять дней на поверхности скорлупы каждого яйца были выбраны и пронумерованы три участка площадью 2 см² и окрашены 1% р-ом метиленового синего. В течении 6 сек производилась очистка выбранных участков поверхности без использования зубной пасты. Расчет времени был выбран на основании стандартных рекомендаций по индивидуальной гигиене за полостью рта (32 зуба - 180 сек., 1 зуб - 5,6 сек.). В участке под номером 1 (группа А) использовали щётку с иррегулярной щетиной средней жёсткости, поверхность участка под номером 2 (группа В) очищалась с помощью регулярной щетины мягкой щётки, поверхность участка под номером 3 (группа С) - с помощью регулярной щетины ультразвуковой щётки. Эффективность механического разрушения биопленки в трёх группах оценивалась с помощью бинокулярного 3,5-х кратного оптического увеличения и контрольной сетки шагом в 1 мм.

Результаты: В группе А средний показатель очищенной поверхности был 54,4 % от общей площади очищаемой поверхности. В группе В этот показатель был выше и составил 89,1 %, в группе С наблюдалось очищение поверхности на 92,7 %.

Выводы. Полученные результаты исследования позволяют утверждать о том, что более высокая эффективность разрушения биоплёнки наблюдалась в группе В и С, где использовали ультрамягкую и ультразвуковую зубные щётки с регулярной щетиной в сравнении с группой А, где очищение проводилось при помощи зубной щётки средней жесткости с иррегулярной щетиной. Можно предположить, что для более эффективного механического разрушения биоплёнки следует рекомендовать зубные щётки с регулярной щетиной. Полученные данные эксперимента требуют подтверждения в клинике для обоснования широкого применения наиболее эффективных средств индивидуальной гигиены.

Тищенко О.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛОЖЕНИЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина.

Научный руководитель: профессор Соколова И.И.

В современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) диагностике положения третьих моляров нижней челюсти посвящено достаточно много работ. Вместе с тем, литературные данные свидетельствуют о том, что диагностические ошибки в данной клинической ситуации встречаются довольно часто. Значительный прогресс и внедрение новых диагностических технологий в

хирургической стоматологии позволяет раскрыть новые возможности и перспективы в диагностике целого ряда зубочелюстных аномалий, в том числе различных видов ретенции и дистопии третьих моляров нижней челюсти. При обследовании пациентов появляется возможность использования не только прицельной рентгенограммы и ортопантомограммы (ОПТГ), а и необходимость проведения конусно –лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Целью настоящего исследования явилось определение наиболее информативного метода оценки положений третьих моляров нижней челюсти.

Материалы и методы исследования. Был проведен сравнительный анализ ОПТГ и КЛКТ 10 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет. Всего исследовано 15 третьих моляров нижней челюсти с различными видами ретенции и дистопии.

Результаты исследования. В нашем исследовании при анализе ОПТГ и КЛКТ ретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти встречалась в 80% случаев (n=12). При этом на ОПТГ в 33,3% (n=5) невозможно точно было определить отношение этих зубов к нижнечелюстному каналу. На КЛКТ во всех случаях определялось точное расположение корней третьих моляров по отношению ко всем анатомическим образованиям. При исследовании количества корней на ОПТГ определено было, что 8 зубов имели 2 корня, 5 зубов – 1 корень, 2 зуба – 3 корня. КЛКТ показало: 8 зубов имели 2 корня, 3 зуба – 3 корня, 4 зуба – 1 корень. Наличие периапикальных изменений при ОПТГ было выявлено в 53% (n=8), при этом КЛКТ позволило определить данные изменения в 80% (n=12).

Выводы. Ретенция и дистопия зубов является одной из самых распространённых аномалий развития зубов. Анализ ОПТГ позволил определить позицию третьих моляров нижней челюсти, вычислить соотношения отдельных размеров моляров и ретромолярных участков нижней челюсти, при том не дал точного представления о положении, размерах, количестве корней третьего моляра нижней челюсти. Конусно-лучевая компьютерная томография позволила получить высококачественное рентгеновское изображение зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области в трех взаимноперпендикулярных плоскостях (фронтальной, сагиттальной и аксиальной). Максимально информативная визуализация ретенированных зубов и окружающих их анатомических образований способствует разработке более точного, а не приблизительного плана лечения. Таким образом, благодаря широкому использованию КЛКТ в практической хирургической стоматологии возможно значительно снизить количество ятрогенных осложнений лечения ретенции и дистопии зубов.

Філатов М.І.

ВПЛИВ СИЛОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА СТАН ЗУБІВ СПОРТСМЕНІВ – СИЛОВИКІВ

Кафедра стоматології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Соколова І.І.

Неухильне погіршення стану здоров'я населення України, зв'язане, насамперед, зі зниженням рівня рухової активності, вимагає широкого впровадження оздоровчої форми фізичної культури і розвитку напрямку «Спорт для всіх». Заняття фізичною культурою й спортом є одним з найважливіших засобів збереження й зміцнення здоров'я. На даний час відзначається перерозподіл популярності окремих видів спорту і відбувається зріст, насамперед, тих, що мають силову спрямованість.

Однак, сучасний спорт у зв'язку з постійно зростаючим обсягом і інтенсивністю тренувальних навантажень пред'являє до організму тих, хто займається дуже великі, часом граничні вимоги. Тому зростає необхідність у більш тісному зв'язку медицини і фізичної культури, обумовленому тим, що зростання спортивних досягнень приводить до значного збільшення обсягів і інтенсивності тренувального процесу, що вимагає більш ретельного лікарського спостереження за спортсменами та потребує застосування комплексного підходу у підготовці.

Силове навантаження діє на стан зубів спортсменів – силовиків у різний спосіб. По-перше, це опосередкована або непрямая дія через втрату великої кількості електролітів з потовиділенням, яке пов'язано з великими фізичними навантаженнями у цієї групи спортсменів, як під час тренувань, так і під час змагань. Результатом цієї дії буде нестача мінеральних речовин та вітамінів, зменшення їх в процесах обміну і, відповідно, виникнення захворювань зубів, пов'язаних з аліментарною недостатністю (карієс, кровоточивість ясен, порушення кісткоутворення, розрідження тканин зубів та щелеп, що може призвести до їх травмування, переломів та інших дефектів).

По-друге, це безпосередня дія. Під час підйому або переміщення вантажу відбувається мимовільне неконтрольоване змикання щелеп на тривалий проміжок часу. Функціональне навантаження збільшується як за величиною так і за тривалістю дії. Виникає жувальний тиск, який призводить до первинної травматичної оклюзії та функціонального перенавантаження зубів. Це викликає пристосування жувального апарату до нових функціональних можливостей. В періодонті компенсаторні явища супроводжуються посиленням кровообігу за рахунок збільшення капілярів. Якщо пристосувальні механізми пародонта не можуть компенсувати це перенавантаження, то жувальний тиск замість стимуляції обмінних процесів пригнічує їх. Виникають порушення мікроциркуляції крові, дистрофія опорних тканин зуба, що призводить до анемії пародонту і розвитку його захворювань. І, якщо втрату мікронутрієнтів можна компенсувати за рахунок поліпшення раціонів харчування продуктами, що містять кальцій, фосфор, магній, вітаміни та антиоксиданти, та за рахунок посилення питного режиму, то наслідки травматичної оклюзії можна попередити або зменшуючи силове навантаження за вагою та часом, або використовуючи захисні капи. Із 50 досліджених спортсменів силових видів спорту (гирьовий, арм-реслінг, важка атлетика) середнім віком 19-20 років, декілька мали ознаки стирання зубів, в багатьох встановлено наявність карієсу, у декількох було діагностовано ознаки запалення ясен після тренувань та змагань, які згодом проходили або зменшувалися. Таким чином, можна припустити, що компенсаторні механізми в пародонті цих досліджених ще не зірвані в силу молодого віку, невеликого (у середньому 2-3 роки) стажу спортивної діяльності та достатнього харчового раціону. Але в подальшому можливе прогресування вже існуючих передхворобливих станів та погіршення стану зубів у цих спортсменів.

Хумаири Зайнулабдиин
ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Стоматология одна из самых востребованных видов медицинской помощи населению. При этом стоматолог, как никакой другой врач, может практически сразу

увидеть результат своей работы или назначений, и это является положительным моментом. Вместе с этим, существует ряд производственных факторов, которые способствуют формированию профессионального стресса. Среди множества, можно отдельно указать на психологические и физические перегрузки при непосредственном выполнении стоматологических манипуляций, особенно оказания неотложной помощи пациенту. Зачастую, врачу, работа которого связана с высокой ответственностью за результат и высоким нервно-эмоциональным напряжением очень сложно мгновенно перестроится с одной манипуляции на другую, в особенности, если недостаточно опыта в оказании первой помощи в реальных условиях. Мы не хотим обсуждать уровень знаний персонала, предполагая, что существующие нормативные документы позволяют сформировать достаточную теоретическую базу. Однако, экстремальная ситуация по-разному действует на индивидуумов с различным психотипом. А поскольку пациент нуждается в незамедлительной помощи, очень важны четкие, согласованные действия медицинского персонала стоматологического учреждения.

Цель работы. Апробировать устройство CDS (Contra Dental Stress) среди практикующих стоматологов.

Материал и методы. Группе врачей курсов тематического усовершенствования по детской терапевтической стоматологии были предложены теоретические вопросы, касающиеся оказания помощи при неотложных состояниях. После оценки теоретических знаний, слушатели, получившие наивысший результат при анкетировании, были разделены на две группы по три человека. В обеих группах была предложена ролевая игра. Участник игры «пациент» симулировал симптомы некоторых экстремальных ситуаций, которые наиболее часто могут возникнуть при проведении стоматологического вмешательства. В первой группе врач должен был оказать неотложную помощь, ориентируясь на свои знания. Во второй группе применили устройство CDS (Contra Dental Stress) В обеих группах регистрировали время, в течение которого доктор смог поставить диагноз, найти необходимый препарат, выполнить манипуляцию. На следующий день участники «врачи» поменялись группами. Проведен хронометраж. После окончания предложена анкета, позволяющая оценить собственное эмоциональное состояние, а также охарактеризовать вопросы, которые задавал себе врач, оказавшись перед необходимостью оказать неотложную помощь, степень комфортности при наличии устройства и без него.

Результаты. При оценке хронометража действий и вопросов, которые возникали в ходе ролевой игры, установлено, что после постановки диагноза вопрос «Что делать?» и ориентация в пространстве кабинета занимает большую часть времени в случае отсутствия устройства. При наличии устройства участник ориентировался в пространстве кабинета быстрее. В обеих группах врачи отметили более высокую степень комфортности при экстренной ситуации при наличии устройства. Были высказаны пожелания относительно усовершенствования аппаратуры.

Выводы. Апробация устройства CDS (Contra Dental Stress) среди практикующих стоматологов продемонстрировала более высокую степень комфортности для персонала в случае экстренной ситуации по оказанию неотложной медицинской помощи на стоматологическом приеме.

Черепинская Ю.А., Доля Э.И., Волкова О.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОЗАМИНА СУЛЬФАТА НА ЭТАПЕ
НЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Кафедра терапевтической стоматологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Е.Н. Рябоконт

Пародонтальный комплекс представлен различными видами соединительной ткани которые в условиях воспалительно-дистрофических процессов неуклонно подвергаются патологическим изменениям что приводит к разрушению зубодесневой и зубоальвеолярного прикрепления, утрате костной ткани и как следствие к потере зубов. Значимым и актуальным при лечении данной патологии является назначение препаратов, которые, помимо противовоспалительного действия, ещё и усиливали бы процессы регенерации. Основой широкого спектра фармакологической активности глюкозамина является его протекторные свойства, которые реализуются через механизмы антиоксидантного и мембраностабилизирующего действия. Глюкозамин принимает непосредственное участие в построении коллагеновых волокон и межклеточного матрикса, стимулирует пролиферацию клеток соединительной ткани, повышает их биосинтетическую активность, улучшает сосудистую микроциркуляцию непосредственно в соединительной ткани.

Цель: Изучить эффективность применения глюкозамина у пациентов с генерализованным пародонтитом на этапе нехирургической фазы лечения. Сравнить клинические показатели состояния тканей пародонта изучаемой группы с контрольной группой в различные сроки наблюдения.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 52 пациента в возрасте 45-55 лет (23 женщины и 29 мужчин) с диагнозом хронический генерализованный пародонтит 2-ой степени тяжести. Пациенты были разделены поровну на две группы; А - группа изучения и В - группа сравнения. Пациенты были мотивированы и обучены индивидуальной гигиене полости рта.

Нехирургическая фаза лечения в двух группах (А и В) включала: над- и поддесневой скейлинг, сглаживание поверхности корня с помощью кюрет Грейси, ирригацию пародонтальных карманов 0,1% раствором хлоргексидина, деэпителизацию маргинальной части десны с помощью диодного лазера (940 μm , 2W/CW), назначение местной и общей противовоспалительной терапии, при необходимости шинирование. Пациентам группы В с целью стимуляции репаративных процессов в соединительной ткани пародонтального комплекса дополнительно назначали 1500 мг глюкозамина сульфата (препарат DONA «Rottapharm», Италия) 1 раз в день в течении 1 мес. Предложенный план лечения в соответствующих группах повторяли через 6 месяцев.

Изучались показатели гигиенических и пародонтальных индексов до лечения, через 6 и 12 месяцев после начала лечения. Эффективность лечения пациентов оценивалась на основании изучения динамики индекса налёта (PI), индекса кровоточивости (ВОР), индекса глубины пародонтальных карманов (DPP).

Результаты: Через 6 месяцев в группе А индекс PI снизился в 1,9 раза (на 46 %), индекс ВОР, в 2,4 раза (на 59 %), индекс DPP в 1,5 раза (на 32 %). В группе В индекс PI в 2 раза (на 50 %), индекс ВОР в 2,8 раза (на 64 %), индекс DPP в 1,6 раза (на 36%).

Через год в группе А индекс PI снизился в 2,3 раза (на 57 %), индекс ВОР в 3,9 раза (на 97 %), индекс DPP в 1,6 раза (на 37 %). В группе В индекс PI в 2,4 раза (на 58 %), индекс ВОР в 6,7 раз (на 98 %), индекс DPP в 1,6 раза (на 39 %).

Выводы: Через месяц после начала лечения в двух группах мы отмечали позитивную динамику клинических признаков подавления воспалительного процесса в виде отсутствия гиперемии, отёка, выделения экссудата, снижения подвижности зубов. Однако более выраженные клинические признаки заживления наблюдалось у пациентов группы В, где отмечалось большее количество пародонтальных карманов с глубиной до 3,5 мм, а также наблюдался более низкий индекс кровоточивости. Дальнейшее изучение препаратов оказывающих стимулирующее действие на процессы заживления в тканях пародонального комплекса представляет как научный так и практический интерес.

Яковлева Д. Ю., Емельянова Н. Ю.

**ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А В
РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПРИМЕНЯЕМОЙ ТЕРАПИИ**

**Кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой
хирургии и имплантологии**

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Назарян Р. С.

В последние годы широко обсуждается вопрос о возможности использования ингаляционных глюкокортикостероидов (И-ГКС) у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), которая характеризуется преимущественно нейтрофильным воспалением дыхательных путей. В настоящее время, согласно международным стандартам, наиболее эффективной признана терапия β -агонистами и глюкокортикоидами.

Цель: определение концентрации секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости у пациентов с ХОЗЛ в зависимости от курса терапии и наличия вредных привычек (табакокурение).

Материалы и методы: Обследовано 13 пациентов с ХОЗЛ, которые находились на лечении у врача-пульмонолога в ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины» и принимающие терапию согласно стандартам лечения МЗ Украины. Контрольную (II) группу составили 10 соматически здоровых пациентов, которые добровольно согласились взять участие в исследовании и на данный момент не принимали лекарственных препаратов. Из них 5 человек отнесено в подкласс табакокурящих. Уровень секреторного IgA в смешанной слюне определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Смешанную слюну собирали натощак или спустя 3 часа после приема пищи путем сплевывания в стерильные градуированные пробирки.

Результаты: Среди пациентов с ХОЗЛ один получал только β -2-агонисты, два пациента – терапию β -2-агонистами при наличии стажа курения, пять – глюкокортикостероиды + β -2-агонисты, пять – глюкокортикостероиды + β -2-агонисты + табакокурение. В результате исследования получены результаты, свидетельствующие о снижении (1,87 раза) местной иммунологической реактивности организма при наличии табакокурения. При терапии И-ГКС и β -2-агонистами наблюдается понижение титра секреторного IgA в 2,75 ($p < 0,05$). раза по сравнению с

монотерапией β -2-агонистами. Также наличие табакокурение снижает уровень секреторного IgA при терапии И-ГКС и β -2-агонистами в 1,15 раза.

Таким образом, наблюдается резкое повышение уровня секреторного IgA при терапии лишь β -2-агонистами, что возможно связано с механизмом действия данной группы препаратов; табакокурение снижает уровень секреторного IgA при наличии ХОЗЛ в 1,73 раза. В тоже время уровень секреторного IgA у пациентов с ХОЗЛ и стажем курения выше, чем в группе контроля при наличии табакокурения в 3,85 раза ($p < 0,05$).

Ярова А.В., Крошка В.І., Янковська А.А.
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ
КОРОНОК З МЕТОЮ ЗМЕНШЕННЯ ВПЛИВУ ЗАЛИШКОВОГО
МОНОМЕРУ

Кафедра ортопедичної стоматології
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Янішен І.В.

При лікуванні незнімними ортопедичними конструкціями (НОК) актуальним є застосування тимчасових коронок (ТК) з метою адаптації протезного ложа, відновлення функції жування та, уцілому, підвищення якості життя пацієнтів вже на етапах лікування. Водночас, застосування акрилових пластмас для виготовлення ТК, у частині випадків, може негативно впливати як на стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР), так і на процес адаптації до НОК. У цьому аспекті значимим є рівень вмісту залишкового мономеру (ЗМ).

Мета дослідження полягала у клінічному вивченні ефективності удосконаленої методики виготовлення тимчасових коронок, що забезпечує зменшення рівня ЗМ, на імунometаболічний профіль пацієнтів.

Застосовано удосконалену методику виготовлення ТК з використанням прямого методу, сутність якого полягає виконанні наступної послідовності: 1- підготовка опорних елементів шляхом препарування твердих тканин зуба та, у разі необхідності, усунення дефектів застосуванням воску (наприклад віск «Лавакс») для моделювання анатомічної форми зуба; 2 - отримання повного анатомічного відбитку застосовують А-силіконовий відбитковий матеріал (застосовано полівенілсалаксановий відбитковий матеріал «Стомавід», виробник АТ «Стома»); 3 - препарування опорних зубів згідно стандартної методики, відповідно вимог щодо металокерамічної конструкції зубного протезу; 4 - перед підготовкою опорних елементів (культі зубів) для захисту ясеневих сосочків та слизової від ушкодження, а також для попередження можливих алергічних реакцій на ЗМ, під НОК на ясна наносили захисну плівку; 5 - для зменшення можливого впливу ЗМ та для закриття дентинових каналців (попередження розвитку підвищеної чутливості і подразнення пульпи) покривали препаровані зуби тонким прошарком покривного лаку; 6 – після виготовлення ТК, виконували їх вакуумування за авторською методикою. Підвищення ефективності екстрагування залишкового мономеру із готових ортопедичних конструкцій досягнуто тим, що окрім водного середовища визначеної температури, процес екстрагування потенціували створенням вакууму, що є додатковим фактором інтенсифікації процесу. Для забезпечення вакуумування стоматологічних ортопедичних конструкцій нами опрацьовано комплекс засобів та пристроїв, застосування яких передбачає використання спеціальної вакуумної камери та пристрою для створення вакууму та визначеної технології вакуумування

ортопедичних конструкцій. Вивчення вмісту секреторного імуноглобуліну (sIgA) та показників стану окислювального гомеостазу (ОГ): глутатіону відновленого (ГВ), супероксиддесмутази (СОД), каталази (КАТ) виконано серед 128 пацієнтів (61 - без вакуумування ТК та 67 – з вакуумуванням ТК).

Узагальнений аналіз імунометаболічних змін у пацієнтів досліджуваних груп на етапах лікування виявив, що у порівняння з вихідними показниками на II етапі (після встановлення ТК) має місце зростання вмісту практично усіх показників, що характеризують активацію ферментативного ланцюга ОГ СОПР. Найбільш інформативним є зростання відносного вмісту КАТ, як індикатора функціональної перебудови та активації ферментативного ланцюга. На третьому етапі (після встановлення НОК) найбільш інформативними є зростання рівня вмісту ГЛ (переважно в групах пацієнтів, де застосовано ТК без вакуумування) та зростання рівня sIgA.

На етапі встановлення ТК функціональний стан СОПР характеризується компенсаторною реакцією ОГ, що проявляється перебудовою функціонального стану ферментативного ланцюга. У групі пацієнтів, лікування яких виконано без вакуумування ТК з кількістю ортопедичних елементів більше трьох компенсаторна реакція ОГ СОПР поєднується зі зростанням рівня sIgA, що свідчить на більш глибокі зміни та, може визначати потребу у застосуванні антиоксидантних засобів. Перспективи подальших досліджень з питань застосування ТК на етапах лікування НОК пов'язані з вивченням: впливу матеріалу ТК на адаптацію протезного ложа, впливу ТК на якість життя пацієнтів.

СУСПІЛЬНО-ГУМАНИТАРНІ НАУКИ

Andrew Brian Amoah-Danful
NOAM CHOMSKY ON 'HUMAN NATURE'

Philosophy Department

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: Doctor of Philosophy Science, Prof. K.I. Karpenko

For American philosopher Noam Chomsky 'human nature' is a clearly defined concept, biologically endowed and largely independent of social and historical conditions, because its deepest properties are genetically determined. For Chomsky, the study of human nature ought to proceed in much the same way the functions of other bodily organs are examined. His ground breaking research into the language faculty, which he claims is one of the more accessible attributes of human nature, revolutionized the study of linguistics and cognitive science generally in the 1950s and 1960s. However, this approach has put him at odds with those, such as behavioral scientists and existentialist philosophers, who have long argued that physical and mental development should be understood as separate processes because of the overwhelming influence of environmental conditions on the latter. It also sets him apart from some recent post-modern thinkers who deny the existence of an intrinsic human nature, arguing that our moral and political values are socially and historically determined. For his part, Chomsky still finds it odd that what we take for granted in explaining physical growth becomes so 'controversial' in a discussion of the psychological aspects of human nature. Noam Chomsky's understanding of human nature underwrites his conception of desirable social and political arrangements. A good society, according to Chomsky, is one that leads to the satisfaction of intrinsic human needs, insofar as material conditions allow. It should give expression to an instinct for freedom, the consciousness of which gives us 'the opportunity to create social conditions and social forms to maximize the possibilities of freedom, diversity, and individual self-realization. Libertarian socialists and anarchists like Chomsky believe complex industrial societies can be organized within a framework of free institutions and structures leading to a partnership of free communities which shall be bound to one another by their common economic and social interests and arrange their affairs by mutual agreement and free contract.

Fadi Sultan

PECULIARITIES OF HEALTH CARE SYSTEM IN ISRAEL

Department of social sciences

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Intensive development of health insurance sphere is only possible in countries with high level of medical care. Israel is a leader among these countries. Every year thousands of people from around the world come for highly specialized medical care. This demand due to the presence of a developed health systems, intensive development of medical science and practice, implementation of most modern treatments. Israeli scientists are working on developing new methods of diagnosis and treatment in different areas of medicine, using experience of European and American experts. Today, Israeli clinics provide highly specialized, quality medical care at a relatively affordable price, compared with the leading hospitals in developed countries. In a survey of 48 countries in 2013, Israel's health system was ranked fourth in the world in terms of efficiency.

The presence of advanced diagnostic facilities, modern medical equipment, high qualified specialists is part of the economic attractiveness and quality for patients with

various diseases. There are about 70 medical centers and hospitals in Israel, most of which are municipalities. The most developed directions of medical science in Israel are those: orthopedics, neurosurgery, oncology, hematology, cardiac surgery, gynecology and obstetrics. Statistical data on life expectancy in Israel do not need comments - an indicator of the quality and accessibility of health care access for all. Every year the World Health Organization published a report on life in different countries. In 2013, Israel occupies one of the first places in life expectancy: the average Israeli woman live to 83 years, man - to 80. These figures are much higher than in most developed countries.

Health care in Israel is universal and participation in a medical insurance plan is compulsory. All Israeli citizens are entitled to basic health care as a fundamental right. Based on legislation passed in the 1990s, citizens join one of four health care funds for basic treatment but can increase medical coverage by purchasing supplementary health care. There are many kinds of insurance and it's varying from country to another. In Israel we have such kinds of insurance, like health insurance, life insurance and vehicle insurance. Vehicle insurance According to Israeli law, a car owner is obligated to have at least the basic level of car insurance in order to legally drive the car. This legal requirement is known – The Compulsory Insurance Certificate. Car insurance in Israel works differently to car insurance in many other countries, often confusing not only Olim who have recently made aliyah, but also people who have lived in Israel for years. Life insurance is a contract between an insured (insurance policy holder) and an insurer or assurer, where the insurer promises to pay a designated beneficiary a sum of money (the "benefits") in exchange for a premium, upon the death of the insured person. Also it depends on the type of the company that any one participates with like (Clalit, Leumit, McCabe companies).

The Institute for National Security Studies is an Israeli research institute affiliated with Tel Aviv University dealing in areas of national security matters such as military and strategic affairs, terrorism and low intensity conflict, military balance in the Middle East, and cyber warfare. Headed by former IDF Military Intelligence Chief, Amos Yadlin, INSS research is published worldwide including in books, academic articles, news media, and used by government officials. INSS holds seminars and conferences in various fields of strategic affairs such as the annual Defensive Cyber Intelligence Security conference and Aerial Threat Seminar. Additionally, INSS publishes peer reviewed journals including Military and Strategic Affairs.

Kumah R. J.

TRADITIONAL MEDICINE DURING THE PRE-INDUSTRIAL PERIOD IN NIGERIA

Department of Social Sciences

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific advisor: PhD, senior lecturer Al'kov V. A.

Humanization of historical science in the contemporary world increases the interest directed on everyday life of ordinary people. Healthcare plays significant role in their lives. Healthcare system during the pre-industrial era in Nigeria was based on traditional medicine, and has contributed in the contemporary medical practice of the country.

Healers were held in high esteem and were also considered as spiritual beings in some societies at the pre-industrial time. Their practices involved spiritual cleansing. They believed that illness was not derived from chance occurrences, but through spiritual or social imbalance. There were different categories of traditional healers who performed different practices. The herbalists cured mainly with freshly gathered plants. When seasonal plants have to be used, these plants are collected when available and are preserved usually

by drying. Also herbs were mixed other things such as root, stem, leaves, flowers, fruits, seeds, snakes, tortoises, lizards, alum, salt, insects, etc. to make it potent. The traditional birth attendants (TBAs) were usually old experienced women in the northern part of the country whereas in other parts, both men and women were birth attendants. They knew how to diagnose pregnancy, confirm it and determine the position of the growing fetus. If there was difficult labor, for example, the TBAs massaged and pressed on the abdomen and worked on the fetus. The traditional surgeons performed the cutting of tribal marks on the faces and bellies; removal of whitlow; piercing of ear lobes; extraction of tooth; uvulectomy. Also performance of amputations: occasionally and very rarely too, there are amputations performed when the patient is sent to sleep with a strong narcotic concoction and the amputation has been done with a very sharp knife. The traditional surgeons performed their skills with only a little knowledge of anatomy.

Traditional bone-setters were those knowledgeable in the art and skill of setting broken bones in the traditional way, using their skill to see that bones unite and heal properly. Wounds resulting from such fractures were usually cleaned; the bones were set making sure that the ends of the bones united properly to prevent any deformity. Bleeding was usually stopped on application of plant extracts. It was common to use banana leaves as lint. Wooden splints made from bamboo plants were used to immobilize the fractures while fresh or dry banana stem fiber, served as bandage. Various methods were known for applying traction to fractured legs. Patients were usually subjected to radiant heat treatment or hot applications of peppers to reduce inflammation and swelling.

The traditional psychiatrist specialized mainly in the treatment of lunatics and those with mental disorders. Lunatics were usually restrained from going violent by chaining them with iron or by clamping them down with wooden shackles. People with mental disorders who were violent, particularly those that were demon possessed, were usually caned or beaten to submission and then given herbal hypnotics or highly sedative herbal potions to calm them. Treatment and rehabilitation of people with mental disorders usually took long periods. The development of traditional medicine in Nigeria has led to various categories of healers, the various healing methods now known. It is important to stress the relevance of traditional medicine to the majority of Nigerians. It is also expression of their spiritual world. A lot of Nigerians no longer believe that illnesses are caused by spiritual imbalance and so, are against traditional medicine while others prefer it because they believe that it is the wisdom of their fore-fathers which also recognizes their socio-cultural and religious background which orthodox medicine seems to neglect.

Nyikkeabasi Basse Ekott

ACCEPTING INTERVENTIONS: PATIENTS AND COMMUNITIES AS PARTNERS

Philosophy Department

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: Doctor of Philosophy Science, Prof. K.I. Karpenko

With the availability of new solutions in healthcare, previously fatal conditions can now be managed and patients can live with them for the rest of their lives. That has changed the definition of health. Health is now seen by the World Health Organization as a “state of complete wellbeing, not merely the absence of disease or infirmity”. This new definition [that states that a person could still be healthy with a disease] more than ever proves the need for patient compliance/participation in healthcare. Compliance in the sense of patients becoming partners in their care.

September 18, the world read the news about officials and journalists who were killed in a community in Guinea -- where they had gone to provide information about Ebola. With the high infectivity of the Ebola virus, people who fight the disease do so at a great personal risk so it was shocking that people would attack them rather than protect. This might be because in many communities, natives distrust even indigenous healthcare workers who help fight outbreaks. Even the foreign volunteers are sometimes not spared. A WHO adviser, Dr John Nwangwu speaking about Ebola, notes that the people sometimes believe, "that we brought the disease".

That attitude of non-compliance is not in Africa alone --where there is inadequate scientific knowledge about disease. In more developed countries, there are educated diabetics who do not take their shots of insulin, as well as patients who would wait to be taken to the emergency room than see a general practitioner early on. Such choices have great implications on the healthcare system affecting everyone and everything from the doctor to the insurance system. Compliance/participation by patients is difficult to achieve and answers are being sought everywhere. There are lessons to learn from the progress made towards the eradication of some diseases collectively called Neglected Tropical Diseases. These diseases affect more than 1.5 billion people. The new approaches that were created shifted from just the provision of solutions, to making patients [communities in this case] custodians of those solutions. One of the success stories is that of Guinea worm. In a documentary titled "How to Slay a Dragon," Dr Makoi using a special magnifying glass shows a native some copepods in a glass of water and then offers it to her to drink. She refuses to drink because of what she saw. That lesson proved to her that she needed to filter her water, so guinea worm will soon be history just like small pox.

A strong case can be made for a new definition for a "healthy nation." A healthy nation is not one without disease or infirmity but where there is a complete wellbeing of the populace. With the availability of air travel, bugs can easily move from one continent to another in a matter of hours. This might be what Bill Gates considers [in a recent note about Ebola] when he makes a case for long term improvements in "health systems [which provide] other benefits beyond dealing with outbreaks". Nwangwu echoes Gates when he says that to contain Ebola, "developed countries must provide more effective support." The World seems to be doing this already as more money, men and materials have been committed by different nations in the last few weeks to fighting the disease. However, a stronger factor pointed out by Nwangwu might be key to success. "The leaders of the African countries impacted must welcome it [the support]," he says.

Not just the leaders and not just for Ebola. Everyone in communities affected by health problems must welcome the solutions available for those problems --whether the problems are HIV and tuberculosis in Ukraine or Malaria and Polio in Nigeria. The people must participate, just like in the case of guinea worm.

Samer Maarabuni
THE PROBLEM RIGHTS IN HEALTH CARE SYSTEM
Department of social sciences
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser: Gaponova E.O.

The problem of realization of human rights is the most relevant in any health care system. The general opinion of the representatives of civil society organizations from the European Union about the problems in the field of patients' rights expressed in the "European Charter for patients." It says, that for a European citizen is unacceptable that the rights affirmed in

theory, but in practice, then they would be denied to people because of lack of funds. Financial constraints, however they have not been substantiated, can not legitimize the denial of the rights of patients or their review for cuts. Therefore, it is unacceptable that these rights are established by law, and then were not followed, that they proclaimed in their election programs, and in the future - after the formation of a new government - are forgotten. The "European Patients' Charter" significantly expands these rights and seeks the implementation of a health system such fundamental rights : the right to preventive measures, access, right to information, the right to consent, the right of free choice, the right to privacy and confidentiality of information, the right to respect for the patient's time, the right to quality standards, the right to safety, the right of access to modern achievements, the right to avoid unnecessary suffering and pain, the right to individualized treatment, the right to file a complaint, the right to compensation. The study of the work of many medical institutions of the European Union, whose activities are focused on patients has led to a new understanding of their needs. Health care institutions have a better understanding of patients to explain the test results and consistency of treatment, provide more information on treatments, symptoms and side effects. Excluding costs that have no practical value for the patient prevents the medical services of poor quality. Implementation of the rights and freedoms of patients is only possible while ensuring the health care system to the following principles: clarity and transparency of health information, legislative consolidation of all the fundamental rights of patients, developed by the international community, the real participation of citizens and patients in all decision-making processes in the field of health, state support of organizations patients, the real public oversight of the health care system, the favorable climate of cooperation and interaction between patients, the medical community and the authorities. These principles, developed by the international community, almost in all countries are a fragmentary and anywhere they are not fully the basis of the system. In many countries, in reality, these principles do not affect the operation of the system, being more declarative.

Therefore the question of how to make the health system more relevant to their tasks, as its guidance to better meet the needs of citizens, is the need to lobby for its purposes by all interested parties and stakeholders of the health system to organizations and decision makers.

Sultan Muhammad
STRING THEORY AND MEDICINE
Philosophy Department

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific adviser: Doctor of Philosophy Science, Prof. K.I. Karpenko

According to string theory, strings can oscillate in many ways. On distance scales larger than the string radius, each oscillation mode gives rise to a different species of particle, with its mass, charge, and other properties determined by the string's dynamics. Does the idea of vibrating energy have anything to do with our everyday life? More and more researchers, health care practitioners and futurists and are answering with a resounding yes. If it's true that all matter is composed of vibrating strands of energy, so are we. In this scenario, the body itself is literally a symphony of strings. Our cells, organs and tissues vibrate. Billions upon billions of frequencies interact with each other and resonate within us. Just as importantly, those vibrations constantly interact with what's happening in our environment. In short, in a world where vibration reigns supreme, the sounds and vibrations that fill the world *outside* of us can influence and change the vibrations *inside* of us, affecting our health

and well being for better or for worse. The converse would also be true—the vibrations emanating from inside of us affect and change what takes place in the environment outside of us. Of course, string theory is by no means the origin of such ideas. It is only a very recent adjunct to powerful and long-held principles that have been around for millennia. The principles of vibration and energy flow—and the idea that sound can influence our health—were espoused long ago by ancient sages of many cultures, East and West. To name just a few, Hermetic philosophers taught that one of the seven major principles we should live by is the principle of vibration: everything is in motion and everything vibrates. Chinese healers (and modern acupuncturists) seek to restore the flow of energy (or chi) through the body's meridians. In the Chinese system, particular healing sounds are associated with one of the five organ systems of the body and can help balance the body and emotions. Hindu, Buddhist and Jewish sages taught that sound, in the form of specific mantras, divine names and prayers, can bring about a host of powerful effects, both external and internal.

Абдуева А. М.

3D-БИОПРИНТЕРЫ И ИХ ПЕРСПЕКТИВЫ В МЕДИЦИНЕ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.ист.н. Альков В. А.

Бурное развитие науки в современном мире требует пристального внимания к авангардным проектам, которые в обозримом будущем могут быть применены на практике. Среди них 3D-биопринтеры – одни из самых невероятных новшеств в медицине. Их прототипом послужили 3D-принтеры – устройства, использующие метод послойного создания физического объекта по цифровой 3D-модели из пластика или металла. 3D-принтеры уже нашли свое применение в медицине, позволив расширить возможности в протезировании и создании имплантов.

3D-биопринтеры от обычных 3D-принтеров отличаются способностью печатать живыми клетками. Картриджи таких принтеров обычно заправляют сфероидными – конгломератами выращенных культур клеток или же эмбриональными стволовыми клетками. Существует два способа печати биопринтером: нанесение живых клеток на созданную пластиковую модель органа или внедрение клеток в специальный гель на основе коллагена, который скрепляет их воедино. В течение нескольких недель клетки в таких пластиковых или коллагеновых формах разрастаются, образуя необходимую ткань или орган. Впервые идею биопечати воплотил профессор биоинжиниринга японского Университета Тояма – М. Накамура, который заметил, что крошечные капли чернил струйного принтера по размеру совпадают с живыми клетками. Он же в 2006 г. впервые сконструировал 3D биопринтер. Благодаря своему изобретению ему удалось создать двухслойные трубки с различными типами клеток – сосудистые эндотелиальные клетки внутри и гладкие мышечные клетки снаружи, имитирующие структуру кровеносных сосудов.

Идеи М. Накамуры заинтересовали множество ученых по всему миру настолько, что уже в начале 2008 г. австралийской машиностроительной компанией Invetech совместно с американской компанией Organovo, специализирующейся на регенеративной медицине, был выпущен первый серийный биопринтер. В том же году компании Organovo удалось распечатать функциональные кровеносные сосуды и сердечную ткань из куриных клеток.

В настоящее время, специалистами по биопринтингу ведется множество разработок. Не смотря на то, что напечатанные органы, созданные биопринтерами, еще не трансплантировались человеку, при помощи трёхмерной печати уже удалось вырастить половые органы для кастрированных кроликов, которые после их вживления позволили животным снова спариваться. Также учёные воссоздали сердце крысы, которое успешно работало после имплантации подопытному грызуну.

На данный момент, компанией Organovo планируется производство продукта 3D Human Liver для фармацевтической промышленности. Это, по мнению ученых, позволит ускорить испытания лекарственных препаратов, которые обычно начинаются с экспериментов над животными.

Такой прорыв в области регенеративной медицины открывает для врачей и ученых всего мира невероятные возможности: от создания образцов живой ткани для проведения токсикологических анализов, до печати любых органов для трансплантологии. Ученые-медики уже вскоре получат в руки новый инструмент, который заставляет мыслить по-новому, ставить опыты и проводить невозможные ранее эксперименты, результатом которых должны стать значительный рост качества оказания медицинских услуг и их эффективности.

Абрикосова А.С., Штепа П.В.

АКСИОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ И ТРАНССЕКСУАЛЬНОСТЬ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.филос.н. Кучера Т.Н.

Человек в течении жизни через экспериментирование своей биосистемы (организма) создает новую культуру и формы существования. В основе адаптации человека лежит труд по выживанию, рождающий философию самопознания и самопреобразования. В современном мире можно выделить две проблемы: развитие новых технологий и способность человека использовать новые возможности с наименьшим негативным эффектом и риском для своего здоровья. Сегодня учёные отмечают, что гармоничность в современном мире находится в критическом состоянии, истощаются природные механизмы для восстановления баланса, появляются патологии. Человек научился использовать своё тело как ресурс (потенцию) и с помощью медицины видоизменяет не только себя, но и определяет новые филогенетические соотношения ведущие к изменениям мировосприятия и норм взаимоотношений между людьми. Одной из таких проблем является транссексуальность – термин, обозначающий состояние рассогласования между биологическим полом и гендерной идентичностью индивида, или же осознание своей принадлежности не к тому полу, к которому его зарегистрировали при рождении. В литературе называют различные факторы, которые могут приводить к развитию транссексуализма. Одним из них является нарушение половой дифференцировки мозга (ПДМ), происходящей у человеческого плода между четвертым и седьмым месяцами внутриутробного развития. В формировании церебрального пола существенная роль принадлежит гормонам, уровень и соотношение которых определяет направленность половой дифференцировки мозга. Окончание критического периода ПДМ предполагает формирование нейроэндокринной предрасположенности к полспецифическому поведению. В последние десятилетия накапливается все больше данных о том, что строение некоторых участков мозга транссексуалов отличается от строения соответствующих участков мозга нормальных

мужчин и женщин и приближается к таковому (хотя и не идентично) строению этих участков у людей противоположного анатомического и генетического пола. Помимо биологических, существуют и психологически ориентированные гипотезы формирования транссексуализма. Американский исследователь Р.Дж. Столлер считает, что транссексуальность – это вопрос не гражданских прав, соответственно, условием ведущим к подлинному транссексуализму, является биологическая сила. В этом случае речь идет о транссексуальной глубинной половой идентичности. К вторичному же транссексуализму ведет воздействие социальных и психодинамических факторов. Данная патология не обошла и Украину, с каждым годом количество транссексуалов в нашей стране растёт, и это не может остаться незамеченным. Сексопатолог Украинского института сексологии и андрологии М. Романюк подчеркивает, что сегодня на 30-40 тыс. населения встречается 1 случай транссексуализма. Причем 2/3 случаев приходится на мужчин. И это лишь зарегистрированные случаи, на самом деле их численность ещё больше.

Таким образом, природа транссексуальности раскрывается в том, что половая принадлежность не определяется энергетической, собственно переменчивость энергии позволяет личности выходить за круги своего пола и идентифицировать себя с противоположным. Актуальность и многогранность данной проблемы подчеркивает обеспокоенность общества касательно своего биологического и культурного обновления как гарантии сохранения символических кодов культуры.

Акимов М. Ю.

РЕВОЛЮЦИОННАЯ ПОВСТАНЧЕСКАЯ АРМИЯ УКРАИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра общественных наук, Харьков, Украина

Научный руководитель: Чернуха А. В.

Революционная повстанческая армия Украины (РПАУ) — вооружённые повстанческие формирования, действовавшие на юго-востоке Украины с 21 июля 1918 по 28 августа 1921 года под лозунгами анархизма. РПАУ в советских документах часто проходила под названием «махновщина» или «махновцы» по имени предводителя — Нестора Ивановича Махно (батько Махно).

Повстанцы Махно играли важную роль в украинской истории. Их боевые действия были определяющими в ходе войны Гражданской войны на территории Украины. Поддержка махновцев позволила советским войскам одержать победу над Вооружёнными силами Юга России и впоследствии распространить советскую власть на Украину, в противовес Белому движению. Центром движения было село Гуляйполе, а регион восстания простирался от Днестра до запада Области Войска Донского. Отряды махновцев включали в себя пехоту с тачанками и конницу, обладали большой подвижностью и, благодаря поддержке местного населения, хорошей связью и разведкой. Махновщина, согласно Большой Советской Энциклопедии, была антисоветским анархо-кулацко-крестьянским движением, одной из разновидностей мелкобуржуазной контрреволюции. Боевое снабжение производилось только за счёт трофеев, основная поддержка происходила от кулаков из местных жителей; сама же идеология Махно держалась в основном на социальном расслоении и лозунгах о "безвластном государстве" и "вольных советов", что означало борьбу против советской власти.

Несмотря на конфликты с правительством большевиков и неприятие идеи диктатуры пролетариата, в военном отношении отряды махновцев выступали, в

основном, на стороне красных. Главным противником Н. Махно называл белогвардейского генерала А. И. Деникина. Так, 21 февраля 1919 года формирования Махно вошли в состав Красной Армии и сражались на Южном фронте, где были разгромлены деникинцами летом 1919 г. К сентябрю 1919 г. повстанцы восстановили боеспособность. Всего армия имела 103 тыс. штыков, 20 тыс. сабель, 1435 пулеметов, 84 орудия. В 1919 г. армия Н. Махно ударила в тыл Вооруженным Силам Юга России (ВСЮР) в ходе крупного сражения под Перегоновкой, а в 1920 г. корпус РПАУ принимал участие в боях за Крым на стороне Красной Армии, что позволило красным занять полуостров. Несмотря на совместные боевые действия, независимая и антибольшевистская позиция махновцев не могла удовлетворять правительство Советской России. На уничтожение махновцев были брошены крупные силы Красной армии, всего более 350 тысяч личного состава с бронепоездами, броневиками, артиллерией и авиацией. Почти год Махно уходил от преследования, совершая рейды по юго-восточной Украине. 18 июня 1921 под Недригайловом армия Махно потерпела окончательное поражение от красных. К концу лета 1921 махновцы перестали существовать как организованная сила. Сам Махно, с трудом избежав гибели, ушел с семьей и небольшим вооруженным отрядом верных ему повстанцев в Румынию и там был интернирован.

Таким образом, партизанские действия Махно по разрушению тыла белой армии оказали заметное влияние на ход войны и помогли красным отбить наступление Деникина на Москву и захват Крыма П. Н. Врангелем. Историки отмечают, что политика Махно заключалась в поддержке простых украинских крестьян, которые были основой его войска, а сам он боролся за свободу Украины. Народное творчество относило махновцев к «героям гражданской». В последние годы жизни Махно активно участвовал в жизни европейских анархических объединений, вел упорную борьбу против клеветы в сторону махновщины и его личности. Также были опровергнуты домыслы, основанные на рассказах белых офицеров, по поводу его многоженств, а также разгулов и резни, якобы устраиваемых махновцами повсеместно во время гражданской войны.

Альков В.А.

«ФЕЛЬДШЕРИЗМ» ЯК ЯВИЩЕ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАПР. ХІХ – НА ПОЧ. ХХ СТ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Значною проблемою системи охорони здоров'я на Харківщині часів Російської імперії була кадрова, особливо це стосувалось сільської місцевості. Найбільш показовим є зразок кін. ХІХ – поч. ХХ ст., адже це був результат усього попереднього розвитку доби. У той час актуальною стала проблема «фельдшеризму» – надання населенню медичної допомоги середнім медперсоналом без фахового нагляду лікарів.

Розповсюджена допомога через фельдшерів викликала занепокоєння прогресивної лікарської громадськості. Знайти фельдшера, тим більше досвідченого, було проблемою через низьку зарплатню та важкі умови. Часто лікування, яке надавалось середнім медперсоналом, лише завдавало шкоди. Приміром, в Алешанській волості до військового фельдшера народ звертатись не хотів, бо той був некомпетентний. Фельдшери не бралися робити підшкірні ін'єкції, бо не вистачало навичок. Та більше половини хворих «лікувались» у фельдшерів. На з'їзді земських лікарів 1905 р. було підкреслено, що «Валківське повітове земство, заохочуючи фельдшеризм, подає

голодному камінь замість хліба». Фельдшери, на думку з'їзду, не мали лікувати самостійно. Самостійний «фельдшеризм» був названий особливим родом знахарства. Звичайно, далеко не завжди фельдшерська допомога була нефаховою, під час епідемій вже наприкінці XIX ст. нерідко виявлялось, що місцеві фельдшери користувались великою довірою населення, на відміну від присланих спеціалістів. Інший приклад – жителі слободи Лозовеньки намагались завадити управі перевести свого досвідченого та завзятого фельдшера, бо без фельдшериці-акушерки та лікаря, посади яких були вакантні, вони не могли розраховувати на медичну допомогу взагалі. У будь-якому випадку, це було краще, ніж нічого. Відмітимо й те, що траплялись випадки, коли темне населення ворогувало із фельдшером під час епідемій. 1905 р. конфлікт між лікаркою та фельдшером Лютівської міжповітової дільниці викрив непрофесіоналізм останнього. Фельдшер, на думку лікарки, був малограмотний, що не дозволяло доручати йому письмової роботи. Медичні знання були на мінімумі. Терапія зводилась до банок та розтирань, інструменти утримувались неохайно, шприці не кип'ятились перед щепленнями. Іноді фельдшер навіть плував ліки при видачі хворим тощо. Інвентар амбулаторії використовувався для власних потреб (білизна, посуд). Сільська поліція повернула його силою. Фельдшер також не виконував вимоги по службі. У результаті його звільнили.

Загалом ситуація із забезпеченням лікарської допомоги замість фельдшерської мала позитивну тенденцію. У Ізюмському повіті 1911 р. вже 58,2 % хворих приймалися лікарями, 41,8 % – фельдшерами. На Попівській та Слов'янській дільницях цього повіту відсоток лікарських прийомів навіть складав 84-90 %. На фельдшерських пунктах 6-ої та 8-ої дільниць практикувались прийоми виключно лікарями. На найменш урбанізованих дільницях ситуація була кардинально іншою. Скажімо, в Олександрівській волості 99% амбулаторної допомоги були фельдшерськими, у Довжанській – 91%. Зважаючи на таку ситуацію, у Старобільському повіті 1897 р. було ліквідовано всі самостійні фельдшерські пункти, а замість них відкрили три нових лікарських дільниці.

Отож, нестача медпрацівників високої кваліфікації призводила до невисокої якості медичної допомоги на селі, що напр. XIX – на поч. XX ст. забезпечувалась головним чином фельдшерами. Нефаховість допомоги негативно впливала на стан здоров'я сільських мешканців та їх довіру до медицини. Простежується позитивна тенденція в якості надання медичного обслуговування, та вона не стала в цей період провідною.

Арутюнян А.Ю.

МОЖНО ЛИ ПРИВЕСТИ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛ В СООТВЕТСТВИИ С ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТЬЮ?

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Марущенко О.А.

Как известно, социальное становление человека не происходит в отрыве от биологического пола: то, что общество считает «подходящим» для мальчика или девочки (черты характера, социальные роли, жизненные траектории, модели поведения и пр.), оно старается сформировать в ребенке и именно этого и ожидает от него. Но иногда сформированный гендер вступает в противоречие с биологическим полом. Такие люди чувствуют себя «не в своей тарелке», им трудно построить отношения с окружающими и найти себя. В какой-то момент их посещает мысль, что, возможно, они живут «не своей жизнью», не «в своем теле». Большая часть таких

людей (их называют трансгендерами), находясь под культурным давлением, хоть и считает труднопереносимым это несоответствие, готова и дальше с ним сосуществовать. И лишь единицы, не способные мириться с имеющимися половыми признаками, приходят к непростому решению о коррекции пола (таких людей называют транссексуалами). Диагностика транссексуальности является ключевым этапом, так как ее ошибки могут стать роковыми и непоправимыми: после того, как операция будет выполнена, уже мало что можно будет сделать, если пациент вдруг пожалеет о содеянном. Вначале необходимо получить заключение у нескольких психиатров и пройти обследование у специалистов других профилей (осуществляется проверка хромосомного набора и оценка общего состояния здоровья). Только после этого человек допускается к транссексуальной программе, где на первом этапе ему предлагается прожить год традиционной для представителя другого пола жизнью. Затем применяется гормональная терапия, сопровождаемая «косметическим» внешним эффектом (исчезновение менструации, огрубление голоса, усиление оволосения тела, увеличение клитора при применении андрогенов или увеличение грудных желез, феминизация очертаний тела в случае использования женских половых гормонов). Спустя несколько лет, если человек не изменил своего первоначального решения, осуществляется хирургическая коррекция пола. Операция при мужском транссексуализме включает орхэктомию, эректируемой ткани полового члена, при этом из вывернутой наизнанку кожи формируются внешние женские половые органы, создается женская форма груди. Превращение женщины в мужчину – намного более сложная процедура. Сначала производится маммэктомия с перемещением сосков в естественную для мужчин позицию, а также фаллопластика – создание полового члена: он «производится» из свернутой в трубку кожи, внутрь которой перемещают уретру и формируют головку, а из половых губ конструируют мошонку и помещают туда искусственные яички. Внешний вид и функционирование такого органа далеки от естественного, хотя становится возможным производить мочеиспускание так, как это делает мужчина. Позже проводится вторая операция – удаляются матка, фаллопиевы трубы, яичники. Многолетние послеоперационные наблюдения за судьбами людей, прошедших через операцию по смене пола, показывают, что она стала для них «вторым рождением», обретением долгожданной гармонии между полом и гендером. Медицина не стоит на месте и, возможно, через несколько десятков лет такая операция не будет иметь таких непреодолимых сегодня минусов – отсутствие репродукции и полноценной интимной жизни. К сожалению, само общество не готово понять и принять таких людей. Те нередко делятся своими переживаниями с близкими людьми, но родители, родственники, друзья зачастую отворачиваются от них, наивно полагая, что смена пола – это большая фантазия или прихоть. Транссексуал, лишенный последней опоры, вынужден выкарабкиваться из своих проблем в одиночку, а это труднее всего. Те, кто решается на операцию по смене биологического пола, всего-навсего хотят быть счастливыми, и если бы это не было «вопросом жизни и смерти», они вряд ли бы решились на «покупку билета в один конец»

Аскеров Р.Н.

ТРАГЕДИЯ ВЕЛИКОГО ТАЛАНТА

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В 2015 году исполняется 270-летие со дня рождения Максима Созонтовича Березовского. М.С. Березовский (1745 – 1777) – великий украинский музыкант,

котрий був признан, но не востребован у себя на Родине. Родився он в Глухове, где учился в певчей школе. Затем учёба в Киево-Могилянській академії. Іменно уже тоді Березовський став сочиняти свої перші композиції – і його помітили. Будучи родом із небогатой казачкої сім'ї, він став солістом в придворній капелі майбутнього імператора Росії – Петра ІІІ. Потім став придворним капел-музикантом самого імператора. Тут беруть початок його хорові оркестри. В 1769 році Максима Березовського відправляють навчатися в Болонську філармонічну академію, в якій навчалися Моцарт, Гайдн, Бах, Верді. Максим Созонтович закінчив її з відмінністю і став її академіком (його ім'я отчеканено на мармурній дошці Академії). Крім духовних хорових композицій, він пише симфонії, сонати і навіть оперу («Демофонт» - перша опера, створена українцем). І тепер геній їде на Батьківщину, де він, як думали, буде востребован. Спочатку Березовський займав високу посаду (придворний капельмейстер), але потім про нього майже всі забули. Забув його і Потьомкін, який обіцяв побудувати музичну академію, в якій Максим Березовський повинен був бути директором. Але цього не сталося (музична академія також не була побудована). Дошло до того, що Максим Созонтович підрабатывав в Придворній певчій академії без якої-небудь конкретної посади. Він, класик хорових концертів, академік Болонської філармонічної академії, забутий і нікому не потрібний. І в 1777, страждаючи від лихоманки, будучи в бідності і самотності, він (за деякими джерелами) покінчив життя самогубством. М. С. Березовський вніс великий внесок у розвиток українських і російських хорових концертів. Його твори по сьогодні виконують в православних храмах.

Бакута Ю.В.

**МИКОЛА СЕРГІЙОВИЧ БОКАРІУС – «БАТЬКО» РАДЯНСЬКОЇ СУДОВОЇ
МЕДИЦИНИ**

Кафедра суспільних дисциплін

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Глєбова Л.І.

В 2015 році Харківський національний університет відзначає чудову дату – річницю свого відкриття. За роки його існування було підготовлено велику кількість фахівців. Серед них гідне місце займає Микола Сергійович Бокаріус.

Ім'я цієї людини золотими нитками вписане в історію вітчизняної медицини. А особливо прославлений Бокаріус серед судових медиків і експертів-криміналістів. Це й не дивно, адже Микола Сергійович свого часу склав цінні методичні вказівки для роботи із трупним матеріалом. Ці вказівки містили велику кількість таблиць та ілюстрацій, що зробило їх особливо важливими для початку нового етапу розвитку судової медицини на теренах сучасних Росії і України. Крім того, на честь Бокаріуса названий Харківський науково-дослідний інститут судових експертиз.

Микола Сергійович Бокаріус народився у 1869 році в Одесі, у родині викладача та виховательки гімназії. 1890 року вступив на медичний факультет Харківського Імператорського університету, навчання на якому закінчив з відзнакою у 1895. Свою професійну діяльність розпочав із посади лікаря-ординатора хірургічної клініки на факультеті. У 1897 році став помічником прозектора кафедри судової медицини у професора Ф.А. Патенка. З цією кафедрою Микола Сергійович і пов'язав свою подальшу наукову діяльність. У 1902 році в Московському університеті Бокаріус захистив дисертацію на тему «Кристали Флоранса, їх хімічна природа і судово-медичне значення». А в 1907 запропонував новий реактив для проведення проби

Флоренса. Ці кристали увійшли в літературу під назвою «кристали Бокаріуса». Проба Флоранса – мікрокристалічна проба, яку було запропоновано для визначення присутності сім'я при дослідженні об'єктів, що, на думку фахівців, можуть бути спермою. За Бокаріусом, речовиною, що обумовлює появу кристалів Флоренса, є холін ((СН₃)₃N+СН₂СН₂ОН] ОН⁻), який дає сполуку із йодом. У 1910 році Микола Сергійович став професором кафедри судової медицини. У той же час виходить друком його перша книга – «Судебно-медицинские микроскопические и микрохимические исследования вещественных доказательств». Ця праця є авторитетним джерелом для експертів-криміналістів. Не менш важливе значення мали й інші книги Бокаріуса, а саме: «Краткий курс судебной медицины» (1911), «Судебная медицина для юристов» (Перший том було надруковано в 1915, а взагалі планувалося чотири. Але продовжити цю справу завадила Перша Світова війна), «Сведения к практическим работам» по дослідженням кривавих та сім'яних плям, волосся, пір'я (1916-1928, видавалися окремими випусками), «Первоначальный наружный осмотр трупа при милицейском и розыском дознании» (1925), «Первоначальный наружный осмотр трупа, на месте происшествия или обнаружения его» (1929), «Судебная медицина для медиков и юристов» у 2 частинах (1930). У 1931 році розпочав роботу над п'ятитомною збіркою «Настольное руководство по освоению научной техники в расследовании преступления». Але цей план перервала смерть автора. У 1920 році Бокаріуса було обрано деканом медичного факультету Харківського університету. Через три роки Микола Сергійович створив Головну судово-медичну інспектуру при оргвідділі Народного комісаріату з охорони здоров'я. Тоді ж став головним державним судово-медичним експертом УРСР. 10 липня 1923 року Раднарком УРСР прийняв постанову про створення у Харкові Кабінету науково-судової експертизи, і Миколу Сергійовича призначили завідуючим. Його практика на цій посаді була доволі обширною – розтин близько 3 тис. трупів та експертне дослідження більше 5 тис. речових доказів. У 1925 році Бокаріусу було присвоєне почесне звання «Заслуженный професор УРСР». Про талант радянського медика-криміналіста заговорила не тільки вітчизняна преса. Журнальні статті приходили з інших країн світу. З авторами цих статей Микола Сергійович міг вільно поспілкуватися на їхній рідній мові, оскільки був справжнім поліглотом – знав 17 мов. Незважаючи на те, що професія судового медика вимагала тяжкої та виснажливої праці, Микола Сергійович знаходив час для того, аби проявити себе в якості художника і навіть поета. Його унікальна особистість стала цілою епохою в галузі судової медицини. Вивчення його життя і наукових досягнень має важливе значення для виховання нового покоління студентів нашого університету.

Брошкова А.В.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

научный руководитель: доцент Глебова Л.И.

Свою актуальность история Второй мировой и Великой Отечественной войны, возможно, не потеряет никогда. Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. Медицинская служба осуществляла реорганизацию, не располагая необходимыми медицинскими частями и учреждениями, транспортом, кадрами. В обстановке вынужденного отхода наших

войск, упорных оборонительных боёв, сопровождавшихся большими потерями, испытывая острый недостаток в самом необходимом, медицинская служба делала всё, чтобы наладить чёткое, бесперебойное обеспечение советских войск. Всего за годы войны было госпитализировано 22 326 905 солдат и офицеров вооружённых сил. Из них 14 685 593 по ранению, остальные по болезни. Из этого огромного количества 17 169 389 человек возвращено в строй. Ещё 3 795 573 солдат комиссовано. И 1 361 941 бойцов врачам не удалось спасти. Вся система оказания медицинской помощи в бою и последующего лечения раненых до выздоровления была построена на принципах этапного лечения с эвакуацией по назначению. Работа передовых медицинских этапов имела исключительное значение для спасения жизни и восстановления здоровья раненых. И решало тут всё время. Для быстрой остановки кровотечения на поле боя важны порой минуты и секунды. Основным требованием к медицинской службе было обеспечение прибытия всех раненых на полевой медицинский пункт в пределах до 6 часов после ранения и в медсанбат до 12 часов. Оптимальным сроком для оказания первичной хирургической помощи раненым в медсанбате считался срок в пределах шести-восьми часов после ранения. Важнейшим органом доврачебной помощи, несомненно, являлся батальонный медицинский пункт (БМП), возглавлявшийся батальонным фельдшером. Именно он являлся организатором всей медицинской помощи и всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в батальоне. Раненых в состоянии шока согревали химическими грелками и теплыми одеялами, им давались сердечные и болеутоляющие средства. В свою очередь, полковой медицинский пункт превращались из пунктов общеврачебной помощи в подготовительные хирургические этапы. На полковом медицинском пункте, впервые на эвакуационном пути раненого, проводилась врачебная регистрация раненых, заполнялись медицинские карточки передового района, следовавшие с ними на всем пути эвакуации. Третью группу медиков составляли работники стационарных госпиталей. Их особенность — высокая квалификация и специализация врачей, связь с гражданским населением. Особую группу медиков составлял персонал санитарных поездов. Они вывозили тяжелораненых в тыл страны.

Среди санинструкторов было до 40% женщин. Среди 44 медиков – Героев Советского Союза 17 женщин. Но и смертность медработников была на втором месте после стрелковых частей. Всего за годы войны потери медицинской службы составили 210 тыс. чел. Больше всего убитых и раненых было среди санитаров и санинструкторов. Неоценим вклад советских медиков в дело Победы. Небывалый по своим масштабам повседневный массовый героизм, беззаветная преданность Родине, лучшие человеческие и профессиональные качества были проявлены ими в дни суровых испытаний. Самоотверженный, благородный труд их возвращал жизнь и здоровье раненым и больным, помогал вновь занять свое место в боевом строю, восполнял потери, помогал сохранять на должном уровне численность Советских Вооруженных Сил.

Величко Г.О.

ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ І МЕДИЦИНА

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Карпенко К.І.

Унаслідок досягнень генетики, медицини, реалізації можливостей сучасних біотехнологій загострюються питання гендерної ідентичності. Відомо, що навкруги

проблем штучного запліднення, сурогатного материнства та таких інших точаться гострі дискусії, які виходять за межі суто медичного знання. Тут виникають також юридичні, етичні, економічні та загальнокультурні питання, у контексті яких повному вимальовуються не лише проблеми батьківства, а й взаємовідносини між чоловіком та жінкою як такі. У нашому суспільстві відсутнє адекватне розуміння громадськістю небезпеки екологічних ризиків, що загрожують здоров'ю жінок, недостатньо оцінений позитивний вплив рівноправності статей на охорону навколишнього середовища. Жінки меншою мірою, ніж чоловіки представлені на рівні прийняття рішень щодо природокористування та охорони здоров'я. Кількість досліджень, заходів, цілеспрямованих стратегій і ступінь інформованості громадськості щодо різних впливів та наслідків екологічних проблем, що торкаються і жінок, і чоловіків, залишається недостатньою. За останні роки стало очевидним, що основним чинником у руйнуванні репродуктивного здоров'я є погіршення екологічної ситуації, зокрема внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, та соціально-економічна криза. В Україні протягом останніх років продовжується скорочуватися середня очікувана тривалість життя і чоловіків, і жінок. Статистичні дані сумно вказують, що за цим показником обидві статі втратили один рік. Серйозним сигналом є скорочення народжуваності. Серед комплексу причин, що його обумовлюють, досить вагоме місце займають трансформації гендерних цінностей сучасного молодого покоління. Замість того, щоб акцентувати увагу тільки на жінках або тільки на чоловіках, слід розглядати положення обох статей.

Гапонова Э.А.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ПАЦИЕНТА

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Главным объектом любой системы здравоохранения является пациент, и именно его потребности в различных видах медицинской помощи являются основой для предложения медицинских услуг. Высокая степень корпоратизации и коммерциализации системы медицинской помощи способствовали вытеснению пациента из центра системы здравоохранения.

Главной целью системы медицинской помощи, ориентированной на пациента является создание реальных условий и механизмов для максимальной реализации в здравоохранении прав граждан и пациентов. Данная система медицинской помощи обеспечивает уважение потребностей пациента, координацию и интеграцию медицинской помощи, передачу пациенту знаний о болезни, организацию активного наблюдения, работу единой клинической командой, эмоциональную поддержку. Также определены барьеры, препятствующие внедрению принципов медицинской помощи, ориентированной на пациента, такие как: отсутствие ориентированности на здоровье населения, слабое развитие социального партнерства, недостаточное вовлечение пациентов в деятельность системы охраны здоровья, декларативность, и как следствие, плохая реализация прав пациентов. Таким образом, система здравоохранения, ориентированная на пациента, определяется в большей степени как наиболее выгодный путь преобразования системы здравоохранения в направлении максимального удовлетворения потребностей растущего числа людей с болезнями и хроническими состояниями и поэтому не может быть достигнута без вовлечения самих пациентов. Развитие системы здравоохранения совместно с пациентами находящимися в центре ее политики улучшает результаты деятельности системы

здоровохранения, качество жизни и удовлетворенность пациентов. Основными принципами данной системы должны быть: ориентированность на закон, сфокусированность на потребностях пациентов, уважение пациентов и исключение любой дискриминации, наличие эффективной системы контроля за качеством медицинской помощи, соответствие менеджмента и документации современным требованиям, право пациентов на самоопределение и возможность выбора различных видов услуг, защита персональных данных, обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Указанные принципы охватывают практически все аспекты, предусмотренные в работе системы здравоохранения, ориентированной на граждан и пациентов, но на данном этапе внедрение всех этих принципов является самой сложной проблемой для системы здравоохранения в любой стране.

Герасимчук У.С

ИППОТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ ЛИДИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ДЕТСКОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Гончаренко Л.А.

Иппотерапия как метод реабилитации посредством лечебной верховой езды способствует формированию ребенка как личности. Эволюция взаимоотношений человека и лошади неизменно подтверждала, что общение с лошастью снижает чувство психологической усталости, вносит в сознание ощущение равновесия и умиротворенности. Для ребенка общение с лошастью — эмоциональный подъем и расширение кругозора, а на фоне дефицита общения — это еще и приобретение большого сильного друга. В процессе иппотерапевтических занятий у большинства детей увеличиваются желание общаться с окружающими и стремление к расширению сферы своих интересов. Первые исследования по иппотерапии были проведены французским врачом Перроном в конце XIX века, где он доказал, что благоприятное влияние верховой езды на организм заключается в активизации двигательной, дыхательной систем, а также системы кровообращения. Иппотерапия является одним из лидирующих методов детской анималотерапии прежде всего из-за ее распространенности. Она популярна в Европе, а в Украине при конно-спортивных базах существует около 25 центров иппотерапии. Находясь в обществе лошади, ребенок получает непередаваемые ощущения пребывания в энергетическом поле. У ребенка развивается особое кинестетическое чувство — эмоциональный порыв к движению, что создает высокую степень мотивации к занятиям. Таким образом, иппотерапия во многих странах занимает прочное место в цепи реабилитационно-восстановительных мероприятий у больных детей и подростков с отклонениями в психоневрологическом развитии и с детским церебральным параличом.

Гончаренко М.М.

ЛІВІ ТА ЛІВОРАДИКАЛЬНІ РУХИ СУЧАСНОСТІ: МАРГІНАЛЬНІ УГРУПУВАННЯ, ЧИ НЕПОЧУТІ ІДЕОЛОГІ.

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Сьогодні ми бачимо, як у молоді все більш зростає інтерес до суспільно-політичного життя. Молоді люди не бажають залишатися поза течією та не бояться висловлювати свою думку.

Найбільшу популярність нараз мають так звані молодіжні ідеологічні спільноти, які скликають однодумців та діють спільними зусиллями. Метою цієї роботи стало дослідити лівоспрямовані течії сучасності, проаналізувати позицію деяких з них, та виявити певні спільні риси, або розбіжності. Зараз найбільш відомими є організації правої ідеологічної спрямованості, частіш за все, завдяки своїм рішучим діям і активному висвітленню у ЗМІ. Але є і інший, менш відомий, але не менш значущий суспільний рух, який ми і розглядали у цій роботі. Це – ліві організації. Проте в них виникають суперечки не лише із своїми ідеологічними супротивниками, але і між собою також. Не усі вони зараз є зареєстровані, та не усі працюють «відкрито», але нам вдалося поспілкуватись із деякими їх представниками, та навіть із керівництвом у Харкові. Вдалося виявити, що спільне коріння лівого руху в сучасній Україні мають далеко не всі організації. Більшість різняться навіть на фундаментальному ідеологічному рівні. Викрилося дуже багато суттєвих розбіжностей між багатьма течіями цих ідеологічних груп, та не менш багато спільних рис.

Таким чином, ми спробували максимально висвітлити основні течії лівого руху сучасності, прослідкували його історію створення, виявили їх основну ідею та пропозиції для її досягнення.

Гончарова Е. Ю.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. ист.н. Альков В.А.

Проблемы сельского населения актуальны для Украины на протяжении всей её истории. Из села черпается больше ресурсов, чем отдаётся взамен. Охрана здоровья жителей села является частью всего здравоохранения, но осуществить все требования к оказанию медицинской помощи не всегда возможно, поэтому внедряются комплексные программы по улучшению жизни в сельской местности. Смертность сельского населения выше в 1,5 раза, чем городского, а доля здоровых людей в селе вдвое ниже, чем в городе. На уровень и качество медицинской помощи в селах влияют: низкий уровень обеспечения больниц современным оборудованием, несоответствие половины организаций здравоохранения санитарно-техническим нормам, изношенность материально-технической базы сельского здравоохранения, высокая текучесть медицинских кадров, а так же недостаточное развитие транспортных связей. В связи с этим в Украине функционирует четырехэтапная система оказания медицинской помощи в сёлах, которая предусматривает более высокий уровень помощи на последующем этапе по сравнению с предыдущим.

Первый этап - сельские врачебные участки, предусматривающие оказание первой квалифицированной помощи. Второй этап - территориальное медицинское объединение, обеспечивающее доступную и квалифицированную лечебно-профилактическую помощь людям. Третий этап - областная больница и медицинские учреждения области. Четвёртый - республиканский уровень.

Итак, для качественного оказания медицинской помощи необходимо обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения. Здесь приобретает значение четкое разделение функций на каждом из приведённых этапов, выполнение которых и приведёт к улучшению положения сельских жителей со стороны развития медицины.

Данькина В.В.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕЖДУНАРОДНОГО КОМИТЕТА КРАСНОГО КРЕСТА И КРАСНОГО ПОЛУМЕСЯЦА В ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Глебова Л.И.

Многовековая история человечества хранит в себе упоминания о множестве конфликтов и войн, различной степени кровопролитности. В ходе войн страдают люди, как ведущие её с оружием в руках, так и мирные люди, находящиеся в зоне боевых действий. И именно для того, чтобы уменьшить человеческие страдания, необходимо сделать все возможное для защиты неотъемлемых прав человека в период вооруженных конфликтов. Эта деятельность осуществляется разнообразными международными организациями, которые в своей деятельности руководствуются нормами международного права. Одной из таких организаций является Международный Комитет Красного Креста и Красного Полумесяца, который помогает жертвам вооруженных конфликтов. основополагающими принципами работы этой гуманитарной организации являются - гуманность, независимость, беспристрастность, нейтральность, единство, добровольность, универсальность. В настоящее время Международный Комитет Красного Креста и Красного Полумесяца имеет представительства в более чем пятидесяти странах, чуть меньше половины которых находятся в Африке. Исполнительный комитет полностью состоит из граждан Швейцарии, большинство представителей в других странах - также швейцарцы, хотя сейчас появилась тенденция принимать на работу и граждан других стран. Это организация, которая в своей деятельности строжайшим образом руководствуется Женевскими Конвенциями со всеми их статьями и пунктам статей. Кроме того, можно с уверенностью утверждать, что первым в зону любого конфликта, а также бедствия с предложением помощи приходят представители именно этой организации. Такие действия реализуют негласный принцип работы Международного Комитета Красного Креста и Красного Полумесяца: «Прийти первым, уйти последним». Зачастую представители Международного Комитета остаются в зоне конфликта даже тогда, когда все остальные миссии ООН выведены. Таким образом, Международный Комитет Красного Креста и Красного Полумесяца на протяжении всего своего существования, с момента создания и до наших дней, осуществляет деятельность по оказанию помощи жертвам различных конфликтов. Начиная с практической деятельности, то есть непосредственно лечение пострадавших, доставка продуктов и медикаментов и т. п. и заканчивая теоретическими разработками документов, имеющих международное значение, а также принятием мер по ограничению распространения оружия, причиняющего излишние страдания, и бесчеловечных методов ведения войн. Эту деятельность трудно переоценить, так как благодаря ей были спасены миллионы человеческих жизней. Несмотря на трудности, с которыми приходится сталкиваться работникам комитета в своей деятельности они самоотверженно приходят туда, где люди ждут помощи. Но помощь пострадавшим – не единственная цель Международного Комитета Красного Креста и Красного Полумесяца. Оказывая поддержку, он служит не менее важной задаче: отстоять во время войны идею солидарности людей и уважения человеческого достоинства, когда реальные или мнимые нужды войны отодвигают моральные ценности на второй план. За долгие годы работы Международный Комитет Красного Креста и Красного Полумесяца накопил

уникальний опыт работы и стал поистине крупнейшей в мире гуманитарной организацией. Тесное сотрудничество между региональными организациями позволяет быстро и эффективно реагировать на проблемные ситуации, возникающие по всему миру.

Демочко Г.Л.

**СИСТЕМА КОНТРОЛЮ З АСПІРАНТСЬКОЮ НАУКОВОЮ РОБОТОЮ У
ХАРКІВСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ У 50-Х РР. ХХ СТ.**

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Харківський національний медичний університет завжди славився своєю потужною науковою школою. Яскравим показником була кількість дисертацій, як докторських, так і кандидатських, захищених співробітниками вишу. Для того, щоб аспіранти в строк захистили кандидатські дисертації, керівництво вишу розробило і запроваджувало у життя досить щільний графік контролю за їхньою роботою. В архівних установах є документи, що відображають звітування аспірантів за свою науково-дослідну роботу. Так, навчальний план аспірантів кожного року затверджувався відділом аспірантури та деканами відповідних факультетів. Контроль за виконанням планів аспірантів був у вигляді заслуховування звітів на Вченій раді інституту, радах факультетів та ін. Такі слухання звітів не були звичайно рутинною справою «для галочки». Рада інституту намагалася вирішити усі проблеми науковців і надавала практичну допомогу тим аспірантам, хто скаржився на погані умови роботи. Для них забезпечувалися кімнати для занять, закупалася необхідна апаратура, піддослідні тварини тощо. Так, на звітному засіданні аспірантів, ректор проф. Кононенко І.П. особисто цікавився, чого їм не вистачає у роботі над дисертаціями, а у відповідь на скарги доручив науковому відділу закупити необхідне обладнання та піддослідних тварин, щоб молоді науковці могли успішно закінчити дослідження, необхідні для дисертації. Також відділом аспірантури проводилися систематичні перевірки аспірантів шляхом особистих бесід, бесід із завідувачами кафедр тощо. Наукові успіхи та невдачі кожного аспіранта відображались у звіті вишу наприкінці року. Така система контролю дозволяла постійно тримати аспірантів у науковому тонусі та вчасно підводити їх до захисту дисертацій.

Дресвянкин А. С.

**ФИЛОСОФСКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО
ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Кафедра філософії

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Гончаренко Л.А.

В истории развития медицины и культуры человечества отношение врача к аборту стало одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность. Это объясняется тем, что проблема аборта концентрирует в себе отношения между людьми на уровне нравственного, юридического, социально-политического, религиозного и научного сознания. Этическая проблема аборта заключается в обосновании моральной допустимости или недопустимости аборта как практики вмешательства в жизнь человека на стадии внутриутробного развития. Данная проблема фокусирует в себе основополагающие вопросы человеческого

существования, от решения которых зависит ответ на другие проблемные вопросы этики – когда начинается жизнь человека?

В данной проблеме сконцентрировался ряд противоречий. Во-первых, признавать человеческий эмбрион человеком или считать его всего лишь естественным новообразованием в организме женщины, которое при определенных условиях может стать человеком. Во-вторых, проблема права распоряжаться жизнью другого человека – решать вопрос о жизни (или смерти) человека, в данном случае – еще не родившегося. Таким образом, эта проблема поднимает философско-этические аспекты и заставляет человека задуматься, что это не просто медицинская технология искусственного прерывания беременности, это деструктивный акт вмешательства человека во все сферы жизнедеятельности людей.

Дякова М. А.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРИ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ РАДЯНСЬКОГО СОЮЗУ ТА США У РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харьков, Україна

Науковий керівник: Троценко О.В.

Досягнення медицини та охорони здоров'я в роки Великої Вітчизняної війни - слава сторінка історії, неминуща цінність для наступних поколінь. На фронті і в тилу було зроблено дуже багато, щоб організувати допомогу пораненим воїнам. На прикладі двох держав – союзників – Радянського Союзу та Сполучених Штатів Америки розглянемо і порівняємо структури охорони здоров'я в роки Великої Вітчизняної війни. Одним з найбільших досягнень радянської військової медицини є успішно діюча в ході війни, система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням. Лікувально-евакуаційне забезпечення військ у час Великої Вітчизняної війни представляло складну високоорганізовану систему, яка залежно від стратегічної обстановки постійно видозмінювалася й удосконалювалася. Основні елементи системи включали в себе чітке і послідовне надання пораненим та хворим медичної допомоги, починаючи з першої медичної на полі бою і закінчуючи вичерпною спеціалізованою в госпітальних базах фронту і тилу країни. Евакуація поранених з госпітальних баз фронту в тиліві госпіталі країни здійснювалася в переважній більшості випадків військово-санітарними поїздами.

Організацією медичного забезпечення військ передбачалось поступове розгортання від фронту в тил низки медичних пунктів і лікувальних установ: батальйонний медичний пункт (БМП), полковий медичний пункт (ПМП), окремий медичний батальйон (омедб), хірургічний польовий пересувний госпіталь (ХППГ) 1-ї лінії, госпіталів 1-го та 2-го ешелонів госпітальної бази армії та фронту (ГБФ), а також госпіталів тилу країни. При цьому медичні пункти і лікувальні установи (госпіталі) забезпечували надання визначених видів медичної допомоги пораненим і хворим: на БМП надавалася долікарська допомога, на ПМП - перша лікарська допомога, в дивізійному медичному пункті - кваліфікована, у госпітальях - кваліфікована та спеціалізована медична допомога. Начальник медичної служби Радянської Армії в роки Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. Є.І. Смирнов, у телеграфному розпорядженні від 10.07.1941 р., відданому начальникам медичної служби армій всіх фронтів, вказував: «...головним завданням санітарної служби військового району є своєчасне надання долікарської допомоги, швидке винесення поранених з поля бою і негайна евакуація в армійські польові і стаціонарні госпіталі...».

На початку Другої світової війни медичне постачання американських збройних сил здійснювалося значно краще. США в найкоротші терміни наростили свої виробничі потужності. Цільна кров і плазма заготовлювалися у великих кількостях і відправлялися в замороженому вигляді на фронт. На відстані всього 300-400 метрів від лінії бою знаходилася станція надання медичної допомоги. Вона не містила ніяких ліжок. Це лише транзитний пункт. Лікар ставить діагноз, вводить морфій і ставить систему внутрішньовенного вливання, потім під'їжджає машина швидкої допомоги і відвозить пораненого до місця розташування операційної, яке знаходиться ще далі в тилу, добре обладнане та укомплектовано всім необхідним аж до рентгенівської установки. Тут робиться операція, і потім поранений евакуюється в тилу в госпіталь. Кожен солдат мав індивідуальний екстрений пакет, в якому знаходилися: сухий пайок, пачка сульфаніламіда (антибіотик) та шприц зі знеболюючим. Чітка і ефективна організація роботи медичної служби обох країн в роки Великої Вітчизняної війни дозволила досягти високих результатів у лікуванні поранених і хворих. Ці системи можуть бути використані і в наш час, оскільки вони мають високу ефективність.

Дякова М. А.

ЮРІЙ ЮРІЙОВИЧ ВОРОНИЙ — ВИДАТНИЙ ХІРУРГ-НОВАТОР

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: Чернуха О. В.

«Професія лікаря — це вчинок, вона потребує самоствердження, чистоти душі і чистоти думок», — писав свого часу А.П. Чехов. Україні є ким і чим пишатися. Вчені-медики і лікарі України, часто ризикуючи власним життям, рятували людство від страшних епідемій, знаходили ефективні методи діагностики і лікування тяжких хвороб. Юрій Юрійович Вороний (1895-1961) - видатний хірург-новатор, народився на Полтавщині; у 1921 році закінчив Київський медичний інститут і став аспірантом кафедри хірургії, якою керував професор Є.Г.Черняхівський, а в 1926 р. був призначений асистентом Харківського медичного інституту. Працював в хірургічних клініках Києва та Харкова. У травні 1931 року, відзначаючи велику цінність науково-дослідних робіт асистента хірургічної клініки Ю.Ю. Вороного, Наркомздор'я України видає наказ про преміювання лікаря Ю.Ю. Вороного науковим відрядженням до Ленінграду для удосконалення та поглиблення своїх знань.

У 1933 році Ю.Ю. Вороний був призначений директором Херсонського вечірнього виробничого медичного інституту. За обставин маніакальної пильності до класового ворога «друзі» Ю. Вороного сипали на нього доноси як на «ворога народу» в усі можливі інстанції. Завдяки незаперечному авторитету лікаря та педагога, 14 грудня 1934 року бюро Херсонського міськпарткому та президія міськради приймають Ухвалу «Про захист тов. Вороного». Під час тривалих відряджень в Харків до головної установи, у хірургічній клініці Всеукраїнського інституту невідкладної хірургії та переливання крові, Ю.Ю.Вороний продовжує фахово самовдосконалюватись і виконує роботи з вивчення стану лімфи під час шоку та отримання цитолізину. Центральна кваліфікаційна комісія Наркомздор'я України 2 січня 1936 року присудила йому вчений ступінь кандидата медичних наук без захисту дисертації. Восени 1936 року Юрій Юрійович обирається за конкурсом завідувачем кафедри загальної хірургії Харківського стоматологічного інституту.

До початку Великої Вітчизняної війни продовжується його напружена та самовіддана викладацька, наукова й лікувальна діяльність. Він обирається секретарем Всесоюзного з'їзду хірургів (1938-1939 рр.) і членом правління спілки хірургів міста Харкова (1936-1941 рр.). Під час німецької окупації Харкова, із незрозумілих причин Наказом по НКОВ України Ю. Вороний звільняється з посади завідувача кафедри хірургії стоматологічного інституту. Цим же наказом Юрій Юрійович був залишений на тимчасово окупованій території та надходить у розпорядження міськздорвідділу. Він надає медичну допомогу хворим і пораненим мешканцям міста у 12-й лікарні на Холодній горі аж до її спалення 23 лютого 1942 року. У 1952 році Юрію Юрійовичу Вороному присвоюється ступінь доктора медичних наук. У 1953 році засновується Інститут фізіології ім. О.Богомольця і Ю.Ю. Вороний переходить на роботу в Київський інститут гематології й переливання крові. Ю.Ю.Вороний займався дослідженнями проблеми трансплантації, зокрема питаннями імунології, крові та кровозамінників, функціонування центральної нервової системи за трансплантації органів і тканин, опрацював імунобіологічний підхід, встановив імунний механізм відторгнення пересаженої нирки і описав комплемент-зв'язуючі антитіла, що з'являються після перещеплення (1929). Здійснив першу в світі клінічну пересадку трупної нирки (1933), чим започаткував новий етап трансплантології. Саме у 12-й лікарні Харкова він зробив унікальну пластичну операцію дівчині з майже повністю відірваною вибухом снарядом правою рукою.

Помер Ю.Ю. Вороний 13 травня 1961 року просто біля Бесарабського ринку, йдучи додому, на вулицю Городецького. Похований Юрій Юрійович на Байковому цвинтарі. Лікар від Бога висококваліфікований хірург, за сприятливих обставин його інтелект і самовіддана праця могли спричинити суттєвий поступ у розвитку світової медицини та забезпечити престиж української наукової думки.

Ефименко С.А.

ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Гончаренко Л.А.

Превентивная медицина – это принципиально новая идеология и методология здравоохранения Украины. Базируясь на современных достижениях генетики, молекулярной биологии и биоинженерии, она дает возможность использовать высокие технологии не только с целью выявления патологических процессов на доклинической стадии болезни, но и на основе анализа генома прогнозировать предрасположенность к тем или иным заболеваниям. Основной целью превентивной медицины является продление полноценной здоровой жизни человека до биологически обусловленных пределов, которые, по мнению геронтологов, составляют не менее 120 лет. Превентивная медицина, направленная на раннюю диагностику заболеваний, должна научить врача составлять программу индивидуальных оздоровительных мероприятий, которая включает в себя: схему питания, наиболее рациональную для данного пациента; программу физической реабилитации и физических нагрузок; рекомендации и помощь в укреплении психического здоровья. Превентивная оценка состояния здоровья и комплекс рекомендуемых ею мер основываются на том, что первые патологические признаки зачастую не являются биохимическими, а проявляются в большинстве случаев на биофизическом уровне.

Таким образом, философия превентивной медицины принципиально отличается от традиционной, поскольку в ее основе лежит концепция не «ремонта», а сохранения здоровья человека. Принимая во внимание известное высказывание классика медицины Н.И. Пирогова о том, что «будущее принадлежит медицине профилактической», с учетом современного уровня развития медицинских знаний – точнее было бы сформулировать: «будущее принадлежит медицине превентивной».

Затолока Д.В.

НЕУТЕРЯННОЕ ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Алексеенко А.П.

Почти в самом конце прошлого века в США увидела свет книга терапевта-кардиолога с мировым именем, лауреата Нобелевской премии Бернарда Лауна с очень, однако, пессимистичным названием: «Утерянное искусство врачевания». Автор призывает к возвращению врача в лоно прямого контакта со своим пациентом. Сутью призыва стало обращение автора с первых же страниц книги к письму одного пациента, написанному своему доктору незадолго до смерти от рака предстательной железы: «Я не стану просить доктора уделить мне больше внимания. Я хочу лишь, чтобы он полностью посвятил себя мне, хотя бы на пять минут, стал близким мне человеком, поддержал не только мою плоть, но и мою душу, ведь люди по-разному переживают болезнь. Я хотел бы, чтобы врач сделал анализ меня самого, как он делает анализ моей крови или моих костей, прощупал меня, как прощупывает мою простату. Невзирая на пессимизм в названии, книга является оптимистичной и служит первоклассным учебником по культуре и даже философии врачевания. Переход в нынешнее тысячелетие ознаменовался пересмотром философии клинической медицины. Великий врач древности Гиппократ учил будущих врачей: «Лечи больного, а не болезнь». Контроль, прогнозирование исхода и оценка достижения конечной цели лечения определяются ценностным подходом к пациенту, при этом прямой контакт врача с пациентом является доминирующим. Изменения вовлеченных в процесс органов и систем оцениваются через классы функциональной недостаточности и объективируются системой инструментальных лабораторных и иных методов. Система этих методов строится так, чтобы обеспечивалась максимально возможная объективная картина состояния исследуемых органов и систем при минимальных вмешательствах в организм пациента и потерях, при этих вмешательствах. Б. Лаун указывает на то, что современные врачи слишком «технологизированы», заняты и теряют контакт с пациентом. Но такие же упреки предъявляли молодому Б. Лауну, когда он внедрял систему мониторингового наблюдения за больными в палатах интенсивной терапии. Раньше врач должен был непрерывно находиться у постели больного, но со временем автоматизированные системы стали более успешно выполнять функции наблюдения. Хотя врач и «отдалился» от больного в результате этого нововведения, смертность от нарушений ритма резко сократилась. Значит ли это, что роль врача стала меньше со временем? Нет, конечно. Объем диагностических и лечебных возможностей таков, что без грамотного знатока – профессионала невозможно сделать правильный выбор. Правда, несколько изменилась функция современного врача. Из сердобольного Айболита, щупающего пульс и поглаживающего больного по голове, врач превратился в более рационального специалиста – технаря, смотрящего не на больного, а на монитор

современной чудо-машины. Магия волшебника, способного одним взглядом угадать болезнь, исчезает. Врач уже не лечит словом. Но значит ли это, что в старину врач с большей вероятностью ставил точный диагноз, чем сейчас? Думаю, что нет. Когда мы говорим о врачах прошлого столетия, то вспоминаем выдающихся клиницистов, оставивших след в истории медицины. Таким образом, я думаю, что искусство врачевания не утеряно. Прижизненный диагноз инфаркта миокарда был поставлен в начале XX века. Болезнь была описана как смертельное заболевание. Сегодня миллионы людей во всем мире после перенесенного инфаркта продолжают жить полноценной жизнью, в первую очередь, благодаря искусству врачевания с использованием достижений современной медицины.

Зелиский Р.С.

Ф. БЭКОН КАК ИНТЕРПРЕТАТОР «ПЕЩЕРЫ» ПЛАТОНА

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Дейнека В.В.

Важнейшей задачей философа Бэкон видел построение методологического аппарата познания, вооружившись которым, мыслитель сможет достичь понимания «природы вещей». Проблема понимания решается Бэконом от противного, т.е. понимание достигается путем устранения непонимания. Последнее, в свою очередь, связано с «идолами/призраками сознания». Они – суть заблуждения, отдаляющие разум от истины. Одним из таких идолов сознания для Бэкона является «идол пещеры». Уже само название указывает на аллюзию к «Пещере» Платона. Бэкон полагал, что у каждого, помимо ошибок, свойственных роду человеческому, есть своя особая пещера, которая ослабляет и искажает свет природы. Идолы пещеры возникают из собственной духовной и телесной природы каждого человека, являясь также результатом воспитания, образа жизни и даже всех случайностей, которые могут происходить с отдельным человеком. Для Платона пещера представляет собой чувственный мир, в котором люди живут подобно узникам пещеры, и полагают, что благодаря органам чувств познают истинную реальность. Однако такая жизнь — всего лишь иллюзия. От истинного мира идей до них доходят только смутные тени.

Бэкон стремится к преодолению разрыва между ощущениями и истиной. Если для Платона путь к истине лежит через абстрагирование от чувственных аффектов, то Бэкон видит причину непонимания в формировании ошибочных логических конструктов. Единственным путем преодоления логицизма и схоластики является подтверждение истин логики, которое может быть осуществлено только за пределами самой логики. Если разум берется устанавливать истины природы, то искать подтверждение этих истин необходимо не в разуме, а в самой природе, т.е. экспериментальным путем.

Ильин В.Г., Эксарова М.А

«ДЕЛО ВРАЧЕЙ» В ХАРЬКОВЕ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

13 января 1953 года сообщение в газете «Правда» объявило о раскрытии в СССР преступной организации крупных работников медицины, которые привели своими целенаправленными действиями к гибели ряда руководителей партии и государства. Среди последних значились главный идеолог в ВКП(б) А.А. Жданов и первый

секретарь Московского обкома ВКП(б) А.С.Щербаков. Отмечалось, что члены «группы», ведущие профессора и академики, вели шпионскую работу по заданию разведок капиталистических стран. Единственным доказательством вины «убийц в белых халатах» были письма о неправильном лечении Жданова, написанные кремлёвским врачом Лидией Тимашук. Идеальной платформой «преступной шайки» был объявлен еврейский буржуазный национализм. Причины «дела врачей» глобальны. В 1946 г. начинается «холодная война», в ходе которой обостряются отношения между СССР и Израилем – главным союзником США на Ближнем Востоке. Симпатии советских евреев к Израилю Сталин считал изменой, евреев, заявлявших о своих национальных правах – «пятой колонной». Последовали кампания против «безродных космополитов», расстрел членов Еврейского антифашистского комитета, а также «дело врачей», которое затронуло и Харьков – третий по значению научный центр СССР. Другой причиной антиеврейских гонений была подготовка Сталиным очередной чистки в партии. 7 февраля 1953 года в Харькове был арестован выдающийся эндокринолог, один из создателей украинской советской системы здравоохранения, профессор В.М. Коган-Ясный. Благодаря усилиям Виктора Моисеевича в Харькове был открыт первый в мире Институт экспериментальной эндокринологии. Здесь в 1923 г. В.М. Коган-Ясный получил первый отечественный инсулин. Виктора Моисеевича обвинили сразу в трех не связанных между собой преступлениях: в национализме, вредительстве во врачебной деятельности и в аморальном поведении. В ходе следствия В.М. Коган-Ясный перенес тяжелые моральные и физические издевательства, но не признал предъявленных ему обвинений. Его спасла смерть Сталина, но силы ученого были подорваны. Виктор Моисеевич так и не добился полной реабилитации и скончался в 1958 г. Еще одной жертвой «дела врачей» стал заведующий Украинским НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии Н.М. Зеленский. Организовавший эвакуацию и восстановление института в годы войны, Н.М. Зеленский был награжден орденами Трудового Красного Знамени и Красной Звезды, медалями «За победу над Германией» и «За доблестный труд в Великой Отечественной войне». Несмотря на заслуги, Зеленского исключили из партии и уволили, после чего последовала антисемитская чистка в институте, нанёсшая значительный вред научному центру союзного значения. Искусственно созданное «дело врачей» было продиктовано внешнеполитическими интересами сталинского руководства. Значение и актуальность «дела врачей» состоит в том, что оно ярко иллюстрирует проблему простого человека в условиях тоталитаризма – решение государственных задач происходит за счёт страданий ни в чём не повинных людей, которые становятся «мальчиками для битья» в условиях расхождения реальных целей власти и декларируемых ею мотивов, как это было в нацистской Германии, где истребление евреев было не самоцелью, а лишь отвлекающим ходом, способным решить социальный вопрос за счёт других наций.

Карамян А.А.

СТРАХ КАК ЭЛЕМЕНТ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ БУДУЩИХ ПОКОЛЕНИЙ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В каждом человеке есть память его предков, то есть то, что было заложено в его роду. Научными словами это называется «генетическая память».

Генетическая память – это способность, помнить ту информацию, которой не было в жизненном опыте человека. Еще ее называют «памятью предков», «памятью рода».

Генетическая память находится в дальних уголках подсознания, в сфере ощущений. Проявляется на уровне впечатлений и восприятия человеком окружающего мира. Она передается по наследству от родителей к ребенку. Механизмы ее передачи неизвестны, однако, ученые сделали предположение о том, что эта информация содержится в пределах биополя человека, которое связано с биополем его родителей. Ряд исследователей считает, что у каждого народа существует единое информационное поле, которое и влияет на каждого его представителя. На нашей планете живет множество народов самых разных национальностей. У каждого народа своя культура, своя история развития, свой язык, свое духовное наследие, свой образ жизни, свой характер, свои правила поведения в обществе. По мнению ученых, эти начала передаются с генетической памятью. Именно поэтому мы такие разные и не всегда можем понять друг друга. По мнению Карла Густава Юнга духовное наследие является причиной различия сознания разных народов. Поэтому мы не можем воспринять дух чуждой расы как свой собственный и принять чуждую нам культуру как свою. Психологи, работающие с детьми различных национальностей, утверждают, что генетическая память человека встроена в области его подсознания и дана ему «сама собой». Психика ребенка не является чистым листом бумаги, на котором можно писать что угодно. Ребенок приходит в этот мир с определенным набором заложенных генетических знаний, с определенным отношением к этому миру. Поэтому, находясь в условиях чуждой ему культуры, его генетическая память руководит сознанием – помогает или мешает воспринимать информацию. Взрослым людям сложно увидеть этот вид памяти потому, что сознание препятствует этому, оно стремится защитить нас, нашу психику от раздвоения личности. События последнего столетия свидетельствуют о том, что наука и общество столкнулись с фактом глобализации ощущения страха по отношению к созданному самим же человеком миру. Страх становится объективным фактором, который оказывает влияние на процессы общественной жизни. Социальный страх – это состояние, которое выражает неуверенность в поисках надежности, который обусловлен действительной или неявной угрозой биологическому или социальному существованию и благополучию человека, обеспечивая при этом, на определенное время, самосохранение индивидов. Основанием беспокойного самочувствия украинцев является предчувствие за будущее собственных детей. Особенно эта тенденция нарастает в условиях современного состояния украинского общества: война на востоке, беженцы, неустроенность бытовых условий, отсутствие необходимых продуктов питания, отсутствие денег и неопределенность дальнейшей жизни. Генетически это чувство страха передается как живущим ныне детям, так и тем, которые родятся в будущем. Генетическая память – это никакой не миф, не фигура речи, не выдумка, а настоящая реальность.

Кожушко К.С.

ПЕРШІ ВІЙСЬКОВІ ЛІКУВАЛЬНІ ЗАКЛАДИ В УКРАЇНІ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

У багатомістовій історії України важливе місце належить козацтву. Життя запорізьких козаків здебільшого минало в походах і бойових сутичках за свою національну самобутність. З походів козаки поверталися з великою кількістю

поранених, частина яких залишалась назавжди інвалідами. З цих причин козаки змушені були мати свої шпиталі та дбати про медицину.

У XV ст. у Львові, Києві, Луцьку, Кам'янці-Подільському та інших містах України почали створюватися цехи цирульників. Навчалися у цих закладах шість років. Це була єдина на той час школа медичних кадрів для міст та великих сіл. Цирульників навчали надавати медичну допомогу при травмах, пораненнях, переломах кісток, кровотечах. При монастирях для поранених козаків почали створювати військові шпиталі, де застосовували традиційні методи лікування. Перший шпиталь у Запорозькій Січі був заснований у 80-х рр. XVI ст., він розташовувався неподалік на острові. За розпорядженням із Запорозької Січі у військовому шпиталі розміщали «ранами скалічених козаків, усіх хворих, всіх на бійках увічнених, на баталіях поранених». Великий шпиталь був заснований у 1576 р. при Запорозькому Трахтемирівському монастирі. Головний медичний заклад козаків проіснував до 1678 р., коли був зруйнований. Пізніше ще один шпиталь було відкрито при Київському Межигірському монастирі, він проіснував до скасування Запорозької Січі у 1775 р. Водночас існував інший великий шпиталь - у Самарському Пустельно-Миколаївському монастирі (нині м. Новомосковськ Дніпропетровської області). Монастир мав власну артилерію і слугував надійним сховищем як для поранених, так і для місцевого населення. Персонал шпиталю знався і на народній медицині, і на засадах наукової медицини. Крім того, було багато дрібних військових шпиталів: у Кодаку, Матвієвій слободі (нині м. Павлоград), у Лебединському (біля Чигирини) і Левківському (біля Овруча) приходах тощо.

Гетьман Богдан Хмельницький приділяв велику увагу організації медичного обслуговування не тільки самого війська, але й населення козацьких земель. У Запорозькій Січі майже в кожній козацькій сотні були цирульники - люди, які знали прийоми лікування отриманих у бою ран без звичних ліків. Цехові цирульники займалися лікарською справою у військах Богдана Хмельницького під час Визвольної війни (1648-1654 рр.). Збираючись у похід, вони заготовляли смуги полотна («пасочки») для перев'язок, лубки для фіксації переломів, суху «морову губку», що мала кровоспинну дію. Єлисаветградська медико-хірургічна школа була відкрита лише у 1787 р., а через п'ять років Запорозьку Січ було ліквідовано, тому козацьке військо не могло повною мірою скористатися знаннями та вміннями лікарів, підготовлених у цій школі. Але деякі дипломовані лікарі у часи Запорозької Січі працювали при полках. Так, із історичних джерел відомі імена Лук'яна Салтицького, Мартина Родомського, Івана Гладкого, Матвія Таборовського.

Лікарі в свій час дуже сильно допомогли козакам у боротьбі за незалежну Україну. Хоча запорожці й не досягли своєї цілі, але ми все одно дуже пишаємося, пам'ятаємо їх подвиги та беремо з них приклад.

Колотилов А.В.

РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД УКРАИНСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ (1917-1918 гг.)

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Глебова Л.И.

За все время существования независимой Украины вопрос реформирования здравоохранения всегда был актуален. Чтобы наиболее эффективно проводить трансформации системы охраны здоровья, следует обратиться к богатому

историческому опыту. В период после Февральской революции 1917 года Украина пережила несколько этапов своей государственности, каждый из которых характеризовался своими особенностями построения центральных органов управления здравоохранением.

Первый этап — период правления Украинской Центральной Рады (17 марта 1917 — 29 апреля 1918 гг.). Центральная Рада формировала собственные управленческие структуры медико-санитарным делом, сначала подражая примеру Временного правительства России, которое провозгласило своим высшим медико-административным органом Центральную врачебно-санитарную Раду. Результатом этого стало создание в Киеве Краевой врачебно-санитарной Рады — первого органа управления медико-санитарным делом автономной Украины.

15 октября 1917 года была принята резолюция, в которой указывалось, что «все врачебно-санитарное устройство должно базироваться на тех же, наработанных общественным медицинским мнением, демократических основах, на которых ранее строилась земская медицина». После провозглашения независимости Украинской Народной Республики, в структуре Совета Народных Министров, был основан Департамент здравоохранения, первым директором которого стал Б. П. Матюшенко. Впоследствии Департамент возглавил Евмен Лукасевич. В связи с изменением политической ситуации, обусловленной гражданской войной, Департамент здравоохранения фактически не приступил к своей деятельности и не смог внести ничего нового в управление медико-санитарным делом.

Второй этап (29 апреля — 18 декабря 1918 г.) в формировании центральных органов управления здравоохранением относится к периоду правления гетмана П. П. Скоропадского после падения Украинской Центральной Рады в конце апреля 1918 г. В управлении медико-санитарным делом наблюдался возврат к дореволюционным формам: восстановление деятельности городских управ с «отделами народного здравия», губернских и уездных земских управ с санитарными бюро. Для истории управления украинской медициной период Гетманата знаменит тем, что правительство в начале мая 1918 г. впервые в истории Украины основало собственный национальный орган централизованного управления медицинским делом на правах министерства — Министерство Народного Здоровья и Попечительства. Первым министром здравоохранения Украины стал В. Любинский.

Таким образом, начальные этапы украинской государственности сопровождались пониманием необходимости решать проблемы управления медицинским делом. Но в условиях гражданской войны, значительных разрушений медико-санитарной сети, распространение эпидемий и отсутствия финансового обеспечения они ограничивались очередными изменениями в системе управления, которые в то сложное время не могли достичь поставленной цели.

Костенко А. И.
ДИСИДЕНТСЬКИЙ РУХ В УКРАЇНІ
Кафедра общественных наук
Харьковский национальный университет, Харьков, Украина
Научный керівник, к.и.н. Чернуха А. В.

Тема доповіді полягає у дослідженні дисидентського руху в Україні. Дисидентський рух на сьогоднішній день є взірцем високого рівня патріотизму, здатності самопожертви заради демократії, розвитку культури свого народу та боротьби проти тоталітарного режиму.

У роки «відлиги» почало формуватися покоління людей, яке ставило під сумнів офіційно декларовані цінності. Політична «відлига» привела до нової хвилі «українізації». Знову було відкрито поставлено питання про збереження української мови та розширення сфери її вживання. Послаблення тоталітарного впливу, посилення влади на місцях призвели до виникнення усіляких рухів, що мали відверту націоналістську забарвленість. Прагнення влади будь-що втримати суспільство під своїм контролем та проводити десталінізацію тільки у визначених межах неминуче вело до її конфлікту з інтелігенцією та критично налаштованими представниками інших верств населення. Результатом цього стала поява наприкінці 50-х – на початку 60-х років руху українських інакодумців – дисидентів. Українське дисидентство непокоїли дві головні проблеми: права нації, права людини. Його представники в Україні спочатку виступили проти недоліків існуючої системи, ігнорування марксистсько-ленінських ідей, порушення законів, друку, за вільний розвиток української мови і культури, за правду історії. Цілі дисидентського руху це здобуття національних прав та громадянських свобод, проведення в СРСР реформ, припинення національних репресій на Україні. Дисиденти відкрито засуджували шовінізм, імперську політику центру, форсовану русифікацію. Дисиденти використовували мирну, ненасильницьку, форму боротьби, зверталися до розуму і совісті людей конституційними методами, шляхом проведення агітаційно-пропагандистських акцій. Дисидентський рух здобув чималі успіхи у розвитку демократії, утвердження прав людини та нації, підготував підґрунтя для виникнення конкурентноспособної опозиції. Активізацію дисидентів влада зустріла у всеозброєнні. Як і раніше, вона не допускала критики режиму. Репресії проти дисидентського руху що мали місце в Україні в першій половині 60-х років, не відвернули членів руху від політичної боротьби. Навпаки, переслідування надали тим, хто залишився на волі, ще більшої сили, натхнення й відваги. Побоюючись, щоб події не вийшли з-під контролю, Кремль вирішив ударити по дисидентському рухові в усьому Радянському Союзі. Наслідком цієї політики в Україні стала хвиля арештів. Проте ця тактика бумерангом ударила по них самих, викликавши ще сильніші протести й опозицію. Вже на початок 70-х років дисидентський рух можна було назвати національно-визвольним рухом. Методи боротьби залишалися незмінними: розповсюдження самвидав, написання і розповсюдження листівок. В 1972 р. почалися нові масові арешти. Але вони не зупинили цей рух. Члени руху не покидали своєї діяльності, не переставали боротися з тоталітарною, радянською системою аж до «перебудови». Висновок: дисидентський рух зародився у 60-х рр. у Радянському Союзі як форма виступу проти існуючого державного ладу та політичного режиму в країні. Його поява була певною мірою викликана десталінізацією та новою політикою М. Хрущова. Розвивалось дисидентство трьома напрямками: правозахисне, релігійне та національно орієнтоване, але характерною рисою усіх трьох напрямів була боротьба за національні інтереси українського народу.

Михайлова Ю.В.

СХОЖІСТЬ МЕДИЦИНИ ТА РЕЛІГІЇ

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Карпенко К.І.

Американський лікар, професор медицини Роберт Мендельсон наполягає на тому, що медицина не стільки лікує, скільки втішає людей, тобто надає їм скоріше

психологічну, а ніж тілесно-органічну допомогу. В цьому вона подібна до первісної езотеричної медицини, яка здійснювала деякі квазі-медичні ритуальні дії. Основним лікувальним засобом тут був сам факт демонстративної уваги й турботи про хворого, а також стимуляція його надії на одужання. В такій ситуації дії лікаря уподібнюються до дій священика. тобто він не тільки здійснює медичний догляд, лікування і нагляд, а й створює ілюзію, надію та віру у власне зцілення, яка інколи стає дійсним фактором видужання. На думку Мендельсона, медицина подібна до релігії і в тому відношенні, що має справу з особливими моментами людського життя, зокрема, народженням, репродуктивною діяльністю, структурою харчування, смертю. Від імені науки вона прагне нав'язати свою волю, а також контролювати поведінку і мотивацію пацієнта. При цьому лікар стверджує обрядовість і ритуали. Все це проявляється в особливій технології лікарських процедур: вимірюванні температури, визначенні кров'яного тиску, розкладених у певному порядку медичних інструментах, стриманій жестикуляції, багатозначних жестах, котрі мають засвідчувати глибокі роздуми та напружений пошук істини. Медичні прийоми і консультації багато в чому нагадують сповідь, тим більше, що в цій ситуації, подібно сповіді у священика, пацієнт має розповісти про себе те, що він хотів би втаїти від сторонніх вух і приховати від зайвих очей. Це вдається завдяки тому, що пацієнт прагне уникнути страждань, а також має або змушений мати повну довіру до лікаря. В цій ситуації роль лікаря і священика практично співпадають, як також практично співпадають поведінка хворих і віруючих.

Насонова Л. И.

ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА В АВРААМИЧЕСКИХ РЕЛИГИЯХ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Помимо строгого монотеизма и возведения начала исповедания единобожия к Аврааму общей чертой трех религий – иудаизма, христианства и ислама – является институционализация неравенства мужчин и женщин. Религиозные институты, призванные упорядочивать и организовывать религиозную деятельность, связи и взаимоотношения верующих, как между собой, так и с представителями других исповеданий и неверующими, транслируют дискриминационный паттерн гендерного неравенства посредством конфессиональных норм и правил, формализующих и регламентирующих все аспекты жизни членов религиозного сообщества. На основе норм и правил в конфессиональном пространстве выстраиваются социальные статусы и роли, отказ от принятия которых расценивается не только как нарушение внутриобщинного порядка, но и как восстание против закона, утвержденного божественным демиургом. В свою очередь религиозные нормы, т.е. установленные различными вероисповеданиями и обязательные для выполнения верующими правила, основываются на доктринальных положениях, которые, в свою очередь, берут свое начало из канонизированных текстов (Библия, Коран, Талмуд и др.), постановлений церковных соборов, фетв, произведений руководителей конфессий и т.д. Институциональные составляющие обеспечивают безопасное и предсказуемое существование, как религиозной общины, так и индивидов, что обуславливает стремление верующих к воспроизводству нормативного поведения, исключаящего женщину как субъекта действия из пространства допустимого. Подобная стратегия, направленная на облегчение переживания экзистенциальной тревоги, приводит к

догматизму и отказу от пересмотра гендерных стереотипов, инкорпорированных в религиозную практику. Во многих странах, где получили распространение авраамические религии, в силу конституционных гарантий равенства прав и свобод граждан деятельность некоторых религиозных институтов не может регулироваться законом и выстраивается в соответствии с народными обычаями и «внутренними» традициями. Таким образом, проблемы религиозной дискриминации по признаку пола, привлекая внимание правозащитников и общественности, не попадают в поле юрисдикции органов государственной власти, что приводит к дальнейшему закреплению гендерного неравенства в социуме.

Авраамические религии традиционно признают доминирующее положение мужчины и подчиненное положение женщины в пространстве «разумной истории» человечества, руководимой лично Богом и должной преодолеть себя самое в приходе «грядущего мира». И, хотя мнения иудейских, христианских, исламских эсхатологов расходятся в описании конечных судеб мира и человека, эссенциалистская позиция в отношении природы «человека сотворенного» не предвещает наступления гендерного равенства по окончании времен.

Олійник М.В.

ІСТОРІЯ ПРИЙНЯТТЯ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: старший викладач, к.і.н. Чернуха О.В.

Основним законом держави, який закріплює її суспільний і державний устрій, права, свободи й обов'язки громадян, організацію державної влади і місцевого самоврядування, територіальний устрій є Конституція. Знання історії прийняття Конституції дає можливість доповнити і розширити відомості про зміст і спрямованість волі законодавця при її прийнятті, встановити, чому ті чи інші конституційні норми прийняті в тій чи іншій редакції.

Процес розроблення і прийняття Конституції України тривав досить довго. Його було започатковано 16 липня 1990 року із прийняттям Верховною Радою Декларації про державний суверенітет України. Декларація про державний суверенітет стала основою для подальших конституційних розроблень в Україні. Із здобуттям Україною незалежності 24 серпня 1991 р. конституційний процес вийшов на новий, вищий організаційно-правовий рівень. Протягом перших років незалежності в Україні офіційно діяла Конституція колишньої УРСР у зміненому варіанті. Перший проект було винесено на розгляд Верховної Ради 30 червня 1992 р. Даний проект було схвалено в першому читанні Верховною Радою, проте, через спротив значної частини депутатів, згодом він зазнав суттєвих змін. Восени 1993 р. Верховна Рада розпочала обговорення оновленого проекту. 26 жовтня 1993 р., після певного доопрацювання, проект було опубліковано. 8 червня 1995 р. – підписано договір "Про основні засади організації та функціонування державної влади і місцевого самоврядування в Україні на період до прийняття нової Конституції України". Це був тимчасовий конституційно-правовий акт.

27 червня 1996 р. Президент ухвалив "Указ про винесення проекту Конституції на Всеукраїнський референдум". У ніч на 28 червня 1996 р. прийнято нову Конституцію України. Голоси розподілилися так: "за" – 315, "проти" – 36, утрималося – 12. 8 грудня 2004 р. – прийнято закон "Про внесення змін до Конституції України". 30

вересня 2010 року Конституційний Суд України скасував дію конституційних реформ, що були прийняті в 2004 році. З цієї дати знову діяла Конституція 1996 року.

1 лютого 2011 року Верховна Рада України прийняла Закон України № 2952-VI «Про внесення змін до Конституції України щодо проведення чергових виборів народних депутатів України, Президента України, депутатів Верховної Ради Автономної Республіки Крим, місцевих рад та сільських, селищних, міських голів».

З 6 жовтня 2013 року діяла Конституція України від 28 червня 1996 року. 21 лютого 2014 року Верховна Рада України без рішення профільного комітету і без висновку Конституційного Суду прийняла закон № 742-VII «Про відновлення дії окремих положень Конституції України». Від 22 лютого 2014 року є чинними на території України положення Конституції України, прийнятої на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року, із змінами і доповненнями. 1 березня 2014 року закон № 742-VII був опублікований у спецвипуску газети «Голос України» за підписом в.о. Президента Турчинова О. В., він набув чинності 2 березня 2014 року.

Конституція України як вищий законодавчий акт визначила базові принципи організації вищих органів держави і місцевого самоврядування, їхні відносини та компетенцію, а також права, свободи й обов'язки громадян. Затвердження Основного Закону держави створило юридичне підґрунтя для ефективної та раціональної розбудови політичних структур, стабілізації економіки, формування розвиненого громадянського суспільства, органічного входження України до світової спільноти.

Остапенко Д. М.

КАРПАТСЬКА УКРАЇНА – ЧАСТИНА ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ ІСТОРІЇ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к.і.н. Чернуха О.В.

З здобуттям незалежності виникла проблема нового бачення історії для виховання патріотизму в молоді використовуючи здобутки Карпатської України. Історія південних схилів Карпат є невід'ємною частиною всеукраїнської історії. Здобуття незалежності мало велике значення для розвитку Українського самостійницького руху. Цікавим є процес формування урядових структур, війська, національної думки Карпатської України. Карпатська Україна - територія південних схилів Карпат, і заселена переважно українцями, словаками, угорцями. Початком історії держави є отримання права автономії 11 жовтня 1938 року. Незалежна держава з 14 березня 1939 року. Закінченням її існування можна вважати 17-19 березня доостаточної окупації Карпатської України Угорщиною. Утворення Карпатської держави стало наслідком багаторічної цілеспрямованої активності українських патріотичних сил у всіх напрямках суспільно-політичного життя краю. Боротьба за автономні права завершилася перемогою в жовтні 1938 р., коли празький уряд дав згоду на формування автономного кабінету міністрів Андрія Бродія. Однак, перший уряд діяв недовго. Його заміна кабінетом міністрів Августина Волошина засвідчила кардинальну зміну політичної орієнтації. Під керівництвом А. Волошина держава стала вагомим чинником міжнародної політики, а Уряду Волошина вдалося здійснити колосальний політичний і соціально-економічний прорив. Було сформовано дієвий Кабінет Міністрів, який складався з чотирьох міністерств: внутрішніх справ, шкільництва і народної освіти, юстиції та комунікацій; також сформовано Службу безпеки, Управління поліції в Хусті, відділ преси та пропаганди. На початку листопада 1937 року була утворена організація народної оборони «Карпатська Січ», кістяк якої

склали члени ОУН. Загальна кількість січовиків становила близько 2 тисяч. Особливо активізувалася діяльність уряду Карпатської України напередодні та під час виборів до крайового Союму (12 лютого 1939 р.). Вони принесли повну перемогу партії Українське національне об'єднання, дозволивши президенту Чехословаччини призначити засідання першого українського парламенту в історії краю. У цілому було проведено шість засідань Союму, які прийняли рішення, що мали велику історичну вагу для становлення молодій держави.

Завдяки Акту проголошення Союмом державної незалежності Карпатської України створилися умови для формування історичної тяглості процесу українського державотворення, перерваного після поразки національно-визвольних змагань доби УНР (1917-1921 рр.). Після прийняття цього закону Союм обрав А.Волошина президентом Карпатської України, який після складення присяги, іменував новий уряд. Молода Карпатська Україна мала стати зародком майбутньої Української Самостійної Оборони Держави. Про це свідчить Конституційний закон ч.1, прийнятий 15 березня 1939 р. Союмом Карпатської України, яким українську мову затверджено як державну, синю й жовту барви державного прапора, дотеперішній крайовий герб і Тризуб св. Володимира, як державний герб, державний гімн: «Ще не вмерла України і слава і воля». У нерівному бою з ворогом полягли біля тисячі карпатських січовиків. За два дні угорська армія окупувала Закарпаття. Президент Августин Волошин був змушений покинути країну. Однак опір агресорам не припинявся. Вцілілі військові підрозділи перейшли до партизанської війни, яка тривала до травня 1939 року. Карпатська Україна пройшла своєрідну еволюцію від автономності до федеративного устрою і проголошення незалежності. Однак, незважаючи на короткочасність свого існування, саме виникнення Карпатської України як держави ще раз продемонструвало перед усім світом, що на Закарпатті живуть українці, які бажають мати свою державність разом з своїми братами з Великої України.

Остапенко Д. Н.

ВОЛОНТЕРСТВО В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Насонова Л. И.

Волонтер -человек, который добровольно помогает окружающим его людям, не ожидая ничего от них взамен. Также можно сказать, что он является примером, воплощением добропорядочности, самопожертвования, стремления к миру, справедливости, терпимости. В нашей стране, к сожалению, волонтерское движение не приобрело массового характера. Оно лишь захватило определенные организации и группы населения. Причиной тому может быть как неосведомленность граждан, так и низкий уровень развития.

В мире такова реальность, что большинство составляет население, которому необходима помощь. И в тоже время желающих помочь им невелико. Ведь каждый из нас может помочь ограниченному количеству людей, и на первый взгляд это не имеет смысла. Волонтерскую помощь можно сравнить с попытками мальчика спасти морские звезды, которых выбросило на берег. В этом случае морские звезды – это люди, нуждающиеся в нашей поддержке и понимании. Их бесчисленное множество. А волонтер – мальчик, который одну за другой бросает их обратно в море. Бессмыслица? Возможно. Но если взять одну звезду, которую спас мальчик, то для

нее он сделал многое. Так и волонтерство. Мы не можем помочь всем и сразу. Но для конкретного человека мы способны на многое. Помощь выражается не только денежным эквивалентом, но и духовной поддержкой. Ведь не все волонтеры – это «дяденьки и тетеньки с толстым кошельком денег». Им также может стать любой из нас. И для этого не обязательно делать, что-то особенное. Главное – это желание помочь ближнему. Ведь все мы люди, и все также можем оказаться на месте того или иного человека. Необходимо проявлять доброту и милосердие к тем, у кого жизнь сложилась не так хорошо как у вас.

В большинстве случаев для человека, нуждающегося в помощи, необходимо, прежде всего, внимание. Быть может не значительный разговор, в будущем поможет ему больше, чем вы ожидаете изначально. Многие из них прекрасные люди, спрятавшиеся в коконе от остального мира, в частности от людей. Отгородились заслонкой отчуждения и неверия в лучшее. Недаром символом волонтерства является бабочка. Но бабочка не всегда была такой красивой. Сначала это была уродливая гусеница, которая после спряталась о всего в свой кокон. Так же и многие люди в силу обстоятельств замыкаются в своих коконах и необходимо помочь им стать теми прекрасными бабочками.

Но не только те, кому мы помогаем, преобразуются. Мы также развиваемся духовно, получаем информацию, опыт. Есть также не гласный девиз: если хочешь стать человеком – помоги другому. Волонтерство – не просто увлечение или хобби, это, прежде всего, тяжелый труд. Столкнуться можно с любыми препятствиями. Это могут быть проблемы с человеком, которому вы хотите помочь, или же это личные проблемы, возникающие у вас в связи с деятельностью. Но не стоит разочаровываться в своих способностях, после первых не совсем удачных попыток помочь. Здесь нет отличников и двоечников, здесь только те, кто стремится поделиться с другим человеком. Волонтерство – это, в каком-то смысле, благородное занятие и оно, помимо многих сложностей, приносит много хорошего в жизнь. Не только то, что все хорошие поступки будут помнить и что все доброе вернется. На самом деле это не важно. Важно то, что когда помогаешь кому-то, сам становишься лучше и добрее. А главное становишься человеком.

Павликова А.А.

ЧЕГО В ЛЮБВИ БОЛЬШЕ – БИОЛОГИЧЕСКОГО ИЛИ СОЦИАЛЬНОГО?

Кафедра философии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Марущенко О.А.

Множество ученых и в наше время задают себе вопрос: «Действительно ли любовь – это взаимодействие на уровне социальных практик или же она лишь смесь гормонов, вызывающих привыкание?». Медицина чаще стоит на вторых позициях, тогда как социальные науки придерживаются первой. У сторонников биологической интерпретации природы любви есть немало аргументов. Анализ реакций на биохимическом уровне указывает на значительную роль надпочечников, вырабатывающих адреналин, норадреналин и кортизол. Известно, что под воздействием адреналина возникает ощущение страха, который и связывают с ранними стадиями влюбленности (когда потеют ладони, учащается сердцебиение, усиливается дыхание и потоотделение). Кортизол дает большой приток энергии, поэтому влюбленные люди не хотят ни спать, ни есть (при потере аппетита нередко спрашивают, не влюбился ли человек?). Именно кортизол повышает содержание

глюкозы в крови и расщепление жиров. Ощущение же удовольствия и сексуального возбуждения вызывает норадреналин: он, подобно кокаину, приучает к любимому человеку, поскольку вырабатывается всякий раз, когда вы видите объект своих чувств. Но любовь вызывает не только приятные ощущения, но также тоску, сомнения. Согласно биологическому объяснению, всему виной – низкое содержание серотонина. Исследования показали, что у людей, переживающих любовь, содержание этого «гормона радости» в 2-3 раза ниже. Подобная ситуация наблюдается и у психически больных людей с синдромом «навязчивых идей» – не зря ведь говорят, что влюбленные в чем-то похожи на сумасшедших. Чтобы любовь не приносила нам одни лишь страдания, вырабатываются эндорфины. Воздействуя на центр удовольствия в мозге, они вызывают такое чувство эйфории, что недостаток серотонина не ощущается. В отличие от кортизола и норадреналина, эндорфины обеспечивают эффект, который может длиться долгие годы, как, прочем, и сама любовь. Но если биологические аргументы верны и все обстоит так «природно», почему же в мире так много одиноких людей? Ведь каждый и каждая может просто поддерживать постоянное содержание этих «любовных гормонов» в крови и быть счастливым. Ответ заключается в том, что связь между любовью и гормонами односторонняя: любовь вызывает всплеск гормонов, но гормоны как таковые не способны вызвать любовь. Если мы обратимся к аргументам социальных теорий, то любовь можно будет определить как высокую степень эмоционально положительного отношения, помещающего объект в центр жизненных потребностей субъекта и пробуждающая у субъекта ответное чувство того же градуса напряженности и позитивного отклика. Поскольку именно общество обуславливает усвоение культурных образцов и ценностей, значит «искусству любви» нас учат еще с детства, когда в отношении нас проявляют заботу, понимание, внимание. Позже, уже в зрелом возрасте, мы познаем коммуникационные и иные практики любовных отношений, что тоже является культурным продуктом. Именно по этой причине у одних народов, например, маркером женской привлекательности является грудь, а у некоторых других – оголенные ступни ног. Или другой пример: влюбленный европеец спрашивает себя: «Что я чувствую?», тогда как, например, китаец, прежде всего, задастся вопросом: «Что скажут другие люди?». Все дело в том, что молодые азиаты, по сравнению с западными сверстниками, чаще идентифицируют свои чувства с дружеской, а не романтической любовью, то есть с тем стилем любви, который меньше всего нарушает сложную сеть существующих в семье и обществе отношений.

Думаю, науке следует признать, что любовь – это довольно загадочный феномен, «расположенный», вероятно, где-то «на стыке» биологического и социального, и ни один из этих подходов по отдельности не может дать окончательного ответа на вопрос, как же возникает данное чувство и чем оно есть на самом деле, а, значит, наиболее продуктивным здесь будет консенсус.

Піняєва Ю.В.

ФІЛОСОФСЬКА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Карпенко К.І.

Сучасна медицина досить адекватно відповідає структурно-функціоналістській методології аналізу. Вона гармонізує з такими базовими засадами філософського мислення і діяння, як раціоналізація, секуляризація, диференціація й адаптація. В

своїй основі вони визначають вимогу базуватись на логічному аналізі, а не вірі; масовій експериментальній перевірці лікувальної технології (а не успіху окремо взятого випадку); інтерпретації хвороби та здоров'я через причино-наслідковий ряд обставин і відокремлення медичного знання від віри, а лікувального процесу від езотеричних маніпуляцій із свідомістю пацієнта; перетворення лікувального процесу в різновид професійних занять, а місця спостереження за пацієнтом у різновид формально організованої бюрократичної структури та процедури. В цілому ж соціально-філософська інтерпретація лікувального процесу визначається ідейно-методологічними засадами того чи іншого філософського напрямку, зокрема тим, як тут визначається сутність і природа поточного історичного процесу, які основні проблеми і суперечності даного суспільства вважаються найбільш актуальними, а процес їх розв'язання не залежить від суб'єктивних намірів і бажань. Елітна медицина здійснює послуги найвищої для даного історичного моменту якості, а масова медицина підтримує робочу силу у відносно задовільному функціональному стані. В результаті медицина слугує додатковим знаряддям соціального розподілу – відтворення та закріплення різних груп населення на різних соціально-класових позиціях. Нарешті, медицина слугує також ствердженню володарювання, що проявляється у відношенні лікар-пацієнт, де лікар є суб'єктом влади – права визначати, контролювати, а пацієнт – носій потреби, задоволення якої знаходиться в руках лікаря.

Пушкарева М. Д.
ИТОГИ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ ДЛЯ СССР
Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Чернуха О. В.

Вторая мировая война явилась самым крупным военным конфликтом в истории человечества. В войне погибло более 46 млн. человек. Итоги войны для человечества не утратили своей актуальности и в наше время. Обсуждая данную тему, мы несем ответственность за то, чтобы отстоять историческую правду о войне, закрепить в общественном сознании правильность понимания ее уроков с точки зрения современного мирового развития.

Цель работы: определить, как повлияла Вторая мировая война на дальнейшее развитие СССР в послевоенные годы, как развивалась внутренняя и внешняя политика государства.

На международном уровне, после Второй мировой войны статус и влияние СССР выросло до такой степени, что международное сообщество не могло не считаться с ним. Обладание ядерной бомбой делало положение Советского Союза еще более прочным. На основе этого, СССР на оккупированных им территориях Восточной Европы навязал этим странам свою модель социалистической ориентации развития государства коммунистически-сталинского типа. Конфронтация СССР с США, Англией и Францией привела к разделу Германии и формированию политических и военно-политических блоков – НАТО, АНЗЮС, Коминформбюро, организацию стран Варшавского договора. Противостояние двух противоположных социально-экономических систем переросло в вооруженную конфронтацию и стало причиной начала «холодной войны» между СССР и США. Депортация и репрессии против многих малых народов, живущих в СССР, привели к обострению межнациональных отношений, и насильственный возврат территорий стран Прибалтики и Западной

Украины в состав СССР, а также политика, проводимая там, значительно испортила отношения между народами этих стран. Во внутренней политике государства, жизненный уровень населения стал ниже, чем в предвоенные годы вследствие значительного роста цен на продукты и бытовые промышленные товары, а уровень зарплат был поднят незначительно. Катастрофически не хватало жилья. Большинство инвестиций государства шли в тяжелую промышленность, оборону и интернациональную помощь. Масштаб потерь в промышленности и сельском хозяйстве был чудовищным; практически на всей оккупированной ранее территории была уничтожена вся промышленная база и разорены колхозы и совхозы. Демографические потери СССР в войне составили шестую часть активного населения. Принудительная коллективизация, ограничение на торговлю своей продукцией и уменьшение прав и свобод сельского населения привело к оттоку крестьян из сельской местности в города. Вследствие этого, приток неквалифицированной рабочей силы из сельской местности на предприятия привел к кризису, результатом которого стали очень ограниченный рост производительности труда, проблемы производственной дисциплины, брак в работе, большая текучесть кадров, а ужесточение в контроле за искусством, наукой и литературой привело к застою развития данных отраслей. Итоги Второй мировой войны коренным образом изменили геополитическую ситуацию в мире. В результате победы неизмеримо вырос международный авторитет СССР, ставшего мировой державой. Однако основная тяжесть военных потерь в борьбе с фашизмом пришлось на СССР. Цена, заплаченная народами СССР за победу над фашизмом, была чрезвычайно велика. Война принесла советскому народу неслыханные потери и разрушения.

Резник М.А.

БОЕВОЙ ПУТЬ ЛЮБОВИ ТРОФИМОВНЫ МАЛОЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Ильин В.Г.

Л.Т.Малая родилась в селе Копани Запорожской области. В 1938 году успешно закончила 1-й Харьковский медицинский институт и была направлена врачом в село Петровеньки, где работала до первых дней войны.

22 июня 1941 года Любовь Трофимовна встретила достаточно спокойно: на следующий день собрала в чемоданчик свои нехитрые пожитки, попрощалась с больными, коллегами по работе и поехала в райвоенкомат. Назначение получила на Южный фронт: заместителем начальника эвакогоспиталя по медицинской части.

Нередко город и вокзал Луганска подвергались тяжелым фашистским бомбардировкам. 10 октября 1941 года фашисты налетели внезапно. Одна из зажигательных бомб попала в последний вагон эшелона, он загорелся. Оттуда слышались отчаянные крики, стоны. Л.Т. Малая, пренебрегая опасностью, с помощью дружинниц лично организовала вынос тяжелораненых из охваченного пламенем вагона через двери и окна, благодаря чему было спасено 17 человек. Мобилизовав рабочих, она произвела отцепку горящего вагона, чем предотвратила возгорание соседних вагонов с ранеными. За этот бой Л.Т.Малая была награждена медалью "За боевые заслуги". Позже она отметила, что для нее это самая дорогая награда. Зимой 1942 года в связи с оккупацией Луганска немецко-фашистскими войсками госпиталь перевели в Сталинград, тогда еще тыловой город. После неудавшейся попытки возвратиться в

Луганск сортировочный госпиталь №3416 был переведён на Кавказ. Дороги отступления были очень тяжелыми: страшная бомбёжка была на станции Георгиевская (Северный Кавказ). Особенно трудным был путь в Махачкалу. Работники госпиталя пришли в город пешком, потому что железнодорожный состав был разбомблён полностью, в изодранной и обгоревшей одежде, до предела уставшие. В сентябре 1942 года Любовь Трофимовну назначили заместителем начальника крупнейшего сортировочного эвакогоспиталя № 1602. В нем принимали раненых и больных с Южно- и Северо-Кавказского фронтов, распределяя их затем по эвакогоспиталю Тбилиси и оказывая медицинскую помощь во всех экстренных случаях. Позже было отмечено, что из всех сортировочных госпиталей, находившихся на территории Закавказского фронта, госпиталь № 1602 являлся лучшим. В период упорных боёв под городом Орджоникидзе в ноябре этого же года Л.Т. Малая была командирована в район боевых действий. В сложных условиях ее команде удалось организовать вывоз 3710 раненых из передовых лазаретов по направлению Военно-Грузинской дороги. В мае 1943 года Л.Т. Малая была назначена заместителем начальника эвакоотдела фронтового эвакопункта № 34, которому подчинялись все эвакогоспитали Северо-Кавказского, а затем Южного фронтов. В ноябре 1943 года Любовь Трофимовна была переведена на должность помощника начальника лечебного отделения санитарного отдела Харьковского военного округа. После передислокации в 1944 года военного округа в Киев Л.Т. Малую назначили ординатором Харьковского военного госпиталя № 384, откуда 1 сентября 1946 года она демобилизовалась в звании майора медицинской службы.

Пройдя Великую Отечественную войну с первого до последнего дня, Л.Т. Малая и в мирное время всегда оставалась на передовой. Ее трудовые подвиги отмечены множеством государственных наград и высокими званиями. Главное дело жизни Л.Т. Малой – это служение людям. Любовь Трофимовна была прекрасным руководителем, невероятно чутким, добрым и справедливым человеком, великим ученым, настоящим Врачом.

**Скомаровська І.
ДОВГОЛІТТЯ СЕРЕД ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ
Кафедра філософії**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Карпенко К.І.**

Західні соціологи досить скрупульозно займаються порівняльним аналізом довголіття серед чоловіків і жінок. При цьому висувуються різні гіпотези: побутово-зневажлива (довголіття жінок пояснюється їх природною витривалістю та здатністю пристосовуватися до будь-яких умов); близьке до нього посилення на те, що жінки менше уваги приділяють «високим матеріям», більше занурені в побутову структуру повсякденного існування, що не вимагає значного напруження життєвих сил, як наприклад, війна, політика, революція, історична відповідальність тощо; дією обох чинників одночасно. В таких поясненнях досить очевидно проглядається «чоловічий шовінізм». Так, американські соціологи освіти пояснювали у свій час відставання у школі темношкірих дітей їх антропологічними особливостями або смисловою структурою їх сімейного життя. На наш погляд, тут можливі два пояснення і дві технології, що на них ґрунтовані. Якщо це пояснюється антропоморфними відмінностями і лише ними, то тут має місце науково не виправдана редукція соціальних факторів до примітивно спрощених факторів природного походження.

Якщо ж має місце залежність від соціо-економічних та інших обставин, тоді варто розподілити їх за мірою впливу і формувати таку соціальну технологію, яка б усунула або суттєво пом'якшила ці впливи. Щоправда є серед них і більш раціональні пояснення, зокрема, прагнення чоловіків до самозбереження у зв'язку з підвищенням загальної цінності життя у зв'язку з більш благополучним існуванням і знеціненням героїки та пошуків авантур і пригод «на свою голову». Проте, всі ці припущення носять дещо умоглядний характер і потребують подальшої емпіричної верифікації.

Сотнікова О. В.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ДЕОНТОЛОГІЇ

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к. іст. н. Альков В. А.

Значний прогрес медицини за останні роки сприяє неухильному впровадженню в роботу медичних закладів нових методів діагностики і лікування, що потребує складної і різноманітної апаратури і більш конкретної спеціалізації знань лікарів. Складається ситуація, коли медичні працівники зосереджуються на дослідженні окремих органів і систем, що часом заслоняє сприйняття ними хворого як особистості, ускладнює спостереження за людиною, що страждає. Саме це стає актуальною проблемою медичної етики і медичної деонтології сьогодення.

Деонтологія – розділ загальної етики, що вивчає специфічні критерії моральних вимог при виконанні професійних обов'язків. Своєрідність медичної деонтології полягає в тому, що в ній всі норми, принципи та оцінки орієнтовані на здоров'я людини, його поліпшення та збереження. Серйозні моральні проблеми виникають у зв'язку з практикою трансплантації людських органів, що все більше поширюється, коли перед лікарем постає завдання точного визначення того, чи є донор мертвим чи він ще живий, і чи не буде порятунок однієї людини фактичним убивством іншої. Тим більше, що медична етика вимагає боротися за життя хворого до останньої секунди, навіть якщо ситуація абсолютно безнадійна. Нині визнано, що в подібній ситуації пріоритет має належати інтересам донора, а не реципієнта.

З питаннями, що розглядаються, тісно пов'язана проблема «евтаназії», коли невиліковно хворому для припинення його страждань прискорюють смерть шляхом медикаментозного впливу на його власне прохання. Дана проблема є однією з найгостріших у сучасній медичній етиці. Справді, чи має лікар право замахуватися на великий дар природи – життя навіть на прохання пацієнта? З іншого боку, чи може він бути байдужим до нестерпних людських мук? Не менш важливе й питання про моральну допустимість експериментальних дослідів на людях. Такі експерименти можуть здійснюватися виключно добровільно з дотриманням усіх запобіжних заходів, максимальним почуттям відповідальності тих, хто їх проводить. Воістину моральним подвигом в інтересах людства слід визнати ті експерименти, які лікар проводить на собі. Наприклад, у 20-х рр. минулого століття медик із Німеччини В.Форсман вирішив увести катетер крізь вену руки прямо у власне серце, щоб дізнатися, що відбувається в передсердях і шлуночку. В. Форсмана відмовляли, та він настояв на своєму. Лікар дивився на екран рентгенівського апарата й спостерігав, як повзе від ліктя до плеча і входить у серце гумова трубка катетера. Відомі випадки, коли лікарі, ризикуючи власним життям, свідомо заражали себе вірусами дуже небезпечних інфекційних захворювань для того, щоб вирвати у хвороби її таємниці в інтересах порятунку мільйонів хворих людей.

Таким чином, все більшої поширеності у наш час набувають питання трансплантації органів, евтаназії та експериментальних дослідів на людині, але, спираючись на засади сформованої моралі сучасного соціуму, втілення їх на практиці залежить лише від особистих морально-етичних якостей лікаря. Стосовно питання, що розглядалося, можна зробити висновок про те, що, не зважаючи на широкий спектр досягнень у практиці охорони здоров'я, все ж таки продовжують набувати важливого значення питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового обов'язку й професійної підготовки. Враховуючи специфіку самої професії лікаря, медична етика є необхідною і невід'ємною стороною професійної діяльності. Одним з головних завдань медичної деонтології є збереження благородних етичних традицій медицини.

Степаненко К.М.
ФІЛОСОФСЬКІ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ
Харківський національний медичний університет
Науковий керівник: Гончаренко Л.О.

Серед проблем обов'язку й совісті в житті та професії лікаря на особливо пильну увагу і глибокі роздуми заслуговують моральні аспекти ставлення до тяжкохворих та вмираючих хворих. Упродовж багатьох тисячоліть смерть трактувалась як миттєвий акт, навідміну від свого протиставлення в часі і просторі — життя.

Природна смерть — явище надзвичайно рідкісне. Більшість людей помирають від хвороб, коли організм веде запеклу боротьбу з кризою, іноді подовжуючи страждання хворого в передагонії чи агонії. Через це у людей, які за професійною належністю є поза медициною, виникає запитання: як повинен діяти лікар, коли вже немає реальних шансів на врятування? Дехто вважає, що справжнє завдання медицини у такій ситуації — скорочення тяжких страждань, якщо немає об'єктивної лікарської надії на поліпшення стану хворого. Ідеться про застосування евтаназії чи відмову від такої можливості. Розмірковуючи над цими питаннями, багато вчених — противників евтаназії слушно вважають, що майже ніколи неможливо констатувати абсолютну безнадійність стану хворого. Таким чином, зменшувати страждання хворого за рахунок скорочення терміну його життя — це не що інше, як вбивство з гуманною метою, що насправді було б злочином перед справжнім гуманізмом. Слід зважити, аргументують вони далі свою точку зору, що, з юридичних міркувань, нікому не надано права на вбивство людини, а отже, лікар не повинен здійснювати евтаназію, посилаючись навіть на те, що хворий "безнадійний". І ця позиція виглядає дійсно прогресивною. Цей клінічний досвід боротьби зі смертю дає медицині підстави для подальшого розвитку. Адже саме внаслідок такого досвіду були зроблені визначні відкриття й торовано нові напрямки в медицині, зокрема, трансплантологію. А прискорення розвитку науки, в свою чергу, дає нові шанси врятування ще вчора "безнадійних" хворих.

Суходольская Е.И.
ВКЛАД Н.И.ПИРОГОВА В РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель Троценко А.В.

Болезни и боль, к сожалению, всегда преследуют людей. С древнейших времен человечество мечтало избавиться от боли. Эпоха общего обезболивания берет начало

с 1846 года, когда зубной врач из Бостона (США) Уильям Мортон впервые публично продемонстрировал обезболивающее действие эфира при операции удаления опухоли подчелюстной области.

Огромная роль в развитии эфирного, а впоследствии и хлороформного наркоза принадлежит выдающемуся русскому хирургу Н.И.Пирогову. 4 февраля 1847 г. он произвел свою первую операцию под эфирным наркозом во 2-м военно-сухопутном госпитале, 16 февраля оперировал под эфирным наркозом в Обуховской больнице, 27 февраля в Петропавловской больнице (Санкт-Петербург). В июле-августе 1847 г. Н.И. Пирогов, командированный на Кавказский театр военных действий, где впервые применил эфирный наркоз в условиях действующих войск (при осаде укрепленного аула Салты). В "Отчете о путешествии по Кавказу" (1849) Н.И. Пирогов писал: "Возможность эфирования на поле сражения неоспоримо доказана... Самый утешительный результат эфирования был тот, что операции, производимые нами в присутствии других раненых, нисколько не устрашали, а, напротив того, успокаивали их в собственной участи".

Первенство Н.И. Пирогова в применении эфирного наркоза в военно-полевой хирургии неоспоримо, и в дальнейшем его внедрение в таких условиях благодаря Н.И. Пирогову получило широкое распространение не только в России, но и во всем мире. Применению эфирного наркоза у раненых на поле боя предшествовал длительный период экспериментов на животных, на себе и на сотрудниках.

Он сконструировал особую маску, позволяющую вдыхать точно заданное количество эфира. Пирогов тренировался на себе: испытывал головокружение, погружался в мир призраков и, наконец, глубоко засыпал. Пробуждение сопровождалось тошнотой, головной болью, разбитостью.

Доказал на самом себе, что эфир вызывает глубокий сон и полную нечувствительность к болевым ощущениям.

Свои исследования он проводил в двух направлениях: с одной стороны, его интересовал механизм наркоза, с другой - разработка техники применения эфира в качестве наркотического средства. Пирогов изучал местное действие эфира на нервную ткань. Испытывал влияние эфира, используя различные способы введения его в организм: в желудок с помощью зонда, в прямую кишку, закапывание в трахею, введение в кровяное русло, в субарахноидальное пространство. Н.И.Пирогов является основоположником обезболивания в России и автором новых способов ингаляционного и неингаляционного наркоза. В его трудах заключены идеи многих современных методов: эндотрахеального, внутривенного, ректального наркоза, спинальной анестезии.

Наиболее значительные труды Пирогова — внедрение в хирургию эксперимента и разработка современной топографической анатомии, что сразу сделало хирургию действительно научной дисциплиной, организация медицинской помощи раненым на войне, в том числе применение наркоза на поле боя, и создание службы медицинских сестер. Но главная его заслуга в области анестезиологии и реаниматологии — экспериментальная разработка методов наркоза, которые используются и в наши дни. Такие его труды, как «Протоколы и физиологические наблюдения над действием паров эфира на животный организм», «Отчёт о путешествии по Кавказу», были настолько ценными, что издавались во всём мире.

Халимов Е.Г.

СОЗДАНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УКРАИНСКИХ СЕЧЕВЫХ СТРЕЛЬЦОВ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Деятельность УСС(Украинских Сечевых Стрельцов) является объектом споров и дискуссий по сей день. Для одних они были символом роста украинского патриотизма и восстановления военных традиций, а для других они являются предателями и убийцами. В наше время история легиона Украинских Сечевых Стрельцов особенно актуальна, так как одной из основ независимого государства является его армия, а для независимой Украины ее Вооруженные Силы, воспитанные на примере легиона Украинских Сечевых Стрельцов, всегда будут являться надежным гарантом независимости Украинского государства.

Украинские Сечевые Стрельцы (УСС) – единственное украинское национальное воинское формирование в составе австро-венгерской армии, сформированное из добровольцев, которые откликнулись на призыв Главной Украинской Рады 6 августа 1914 и стояли под руководством Украинской Боевой Управы (УБУ). Главным атаманом «Сечевых стрельцов» был избран доктор Владимир Старосольский, его заместителем – есаулом Дмитрий Катамай.

На пути создания легиона возникли некоторые проблемы: Отсутствие денег на содержание добровольцев; Отсутствие инструкторов для подготовки личного состава легиона; Нежелание создания отдельной украинской воинской части австрийскими военными властями.

Первая из этих проблем была решена: деньги на содержание добровольцев собирались по всему краю. В этих сборах участвовали все слои населения. Вторая проблема была решена только наполовину, так как из австрийской армии удалось уволить и перевести на службу в легион только 20 старшин, которые стали инструкторами. Долго оставалась нерешенной третья проблема. Австрийские военные власти всячески препятствовали созданию легиона

Деятельность УСС развернулась на территории Галичины и Буковины и проявилась в военно - организационной и технической подготовке их членов. С 1913 г. "Сичови Стрельцы I" начали издавать первый украинский военный, идеологический журнал "Отзывы", что популяризировал лозунг вооруженной борьбы за украинскую государственность. Таким образом, главной задачей стрелковых обществ течение 1913-1914 г., стала подготовка их членов к войне против России, которая уже была очевидной. Зимой 1914 - 1915 сотни УСС в составе 130 бригады защищали карпатские переходы: им достались тогда разведывательная и охранная служба. Первым успехом Легиона УСС была победа на горе Маковке 29 апреля - 3 мая 1915. Далее он отметился в боях под Болеховом, Галичем, Завадовом и Семиковцами. С лета 1915 УСС окопались над р. Стрипой; там, в Соснове и на Веселой, находились до августа 1916. Далее в составе 55-й дивизии оба куреня преобразованы в полк УСС. В начале июля 1917 в бою под Конюхами в плен попал почти весь Легион УСС. От плена спаслось около 400 старшин и стрельцов. Пополненные украинцами из российской армии, УСС сформировали в Киеве в ноябре 1917 Галицко-Буковинский курень Сечевых Стрельцов (СС), который впоследствии развернулся в полк СС, а дальше в корпус и группу СС, и были одной из лучших формаций украинской армии. Итак, Украинские Сечевые Стрельцы оставили заметный след в истории украинских Вооруженных Сил, одну из самых романтических и трагических ее страниц. Кроме того, украинские формирования

всячески поднимали национальное сознание населения. Примером для подражания есть любовь стрелков в Украине, способность к самопожертвованию ради обретения независимости своего народа.

Чалая А. Р.

ЛОБОТОМИЯ КАК ЯВЛЕНИЕ В ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кафедра общественных наук

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Альков В. А.

В современных условиях гуманизация отношения к людям с особыми потребностями ставит на повестку дня оценку отношения к ним в прошлом. Ярким примером такого отношения являлась лоботомия, которую применяли к больным шизофренией и другими психическими расстройствами. Разряд электричества в качестве анестезии, зачем врач с помощью специального инструмента – лейкотомы – проникал в головной мозг пациента и перерезал связи между лобными долями и более глубинными отделами мозга. После этого у психически больного не могли возникнуть ни галлюцинации, ни бред – это слишком сложные действия для поврежденного мозга.

О лейкотомии как методе лечения впервые заговорили на Международном неврологическом конгрессе в 1935 г. Животным, которые отличались агрессивным характером, врачи провели операцию на лобных частях мозга и они стали гораздо покладистей и спокойней. Первому мысль снимать таким же образом тревожное состояние у душевнобольных пришла в голову португальскому неврологу Э. Манишу. В 1936 г. Э. Маниш и его коллега, нейрохирург А. Лима, провели первую лоботомию человеку. Врачи рисковали, ведь человеческий мозг все еще остается загадкой, но им повезло. После операции больному стало гораздо лучше. Лоботомия получила право на жизнь. Вслед за Манишем за лейкотомой берется еще один тандем врачей – психиатр У. Д. Фримен и нейрохирург Д. Уоттс. У. Фримен не был первым, но именно ему было суждено стать главным адептом лоботомии.

Несмотря на всю простоту, лоботомия – опасная операция, которая часто приводила к жутким последствиям. Примерно трети пациентов лоботомия вообще никак не помогала, а часть больных, причем значительную, превращала в растения. Но Фримен не афишировал этих данных. Он считал такой результат нормальным, ведь лучше быть безобидным овощем, чем запертым в клетку, буйно помешанным зверем. Из высказываний У. Фримена: «Эта операция – милосердное убийство души, пациенты... должны жертвовать частью своей движущей силы, творческого духа и души». Почему же такие сомнительные результаты общество сочло нормальными? Дело в том, что это была единственная альтернатива буйному помешательству, а также лоботомия боролась с переполненностью больниц и дорогостоящим содержанием пациентов. За 30 лет Фримен прооперировал десятки тысяч больных, казалось, операция обрела заслуженное признание, но однажды эйфория прошла. В 1967 г. Фримена лишили лицензии. Вскоре под запрет попала и сама лоботомия. Ей на смену пришли более гуманные препараты.

Хотелось бы провести аналогию. Отмена смертной казни еще и тем хороша, что возможна судебная ошибка. Когда врачи назначают препараты, они имеют возможность прекратить их использование и заменить их другим новоизобретенным методом. Когда мы говорим о лоботомии, такая возможность пропадает. Это, так сказать, «на всю жизнь».

Конечно, У. Фримен при применении лоботомии исходил из лучших побуждений, ведь все-таки в 40-60 % случаев наблюдалось явное улучшение состояния пациентов. На смену лоботомии пришли новые методы лечения, так же как на смену телеге пришел автомобиль. Никто не спорит, что в свое время телега была очень важна, просто она уже отжила свое. Когда метод Фримена применялся, и он был оправдан. Хотя лоботомия в ряде случаев имела плачевные последствия, большинство больных все же возвращала в семью. Из этого следует, что использование этого метода лечения не было неким «варварством» или «необоснованной жестокостью» по отношению к душевнобольным, а являлось важным этапом развития психиатрии. Развитие медицины дало возможность гуманизировать отношение к психически больным и отказаться от устаревших методов.

Чернишова І.І.

**СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНИХ ПРОБЛЕМ
ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к. філософ. наук Кучера Т. М.

XXI століття визначене стрімким розвитком нових біотехнологій, що наскрізно видозмінюють життя людини і суспільства, зокрема й сам феномен традиційної родини. Поява репродуктивних технологій і генної інженерії з одного боку допомагають вирішити проблеми безпліддя, подарувати радість батьківства багатьом родинам, а з іншого боку – є реальною загрозою для сучасної культури в руслі традиційних уявлень суспільства на родину, шлюбні стосунки і відповідальність. Прагнення людини втручатися у таємниці і закони Всесвіту, видозмінювати людську природу можуть призвести до незворотніх наслідків і людських страждань.

Слід зазначити, що застосування на сучасному етапі біомедичних і репродуктивних технологій у медичній практиці мають позитивні і негативні моменти. За даними дисертаційного дослідження Бахтіярової В. О. “Стан здоров’я дітей, що народилися в результаті екстракорпорального запліднення і штучного осіменіння”, з 82 пробіркових дітей - 44 мали неврологічну симптоматику. Найбільш часто зустрічаються такі розлади: “затримка внутрішньоутробного розвитку - 29,3% (від загального числа досліджених дітей, зачатих методом ЕКО), 28,3% (від загального числа досліджених дітей, зачатих методом ВЕ)”, “асфіксія при народженні - 89,4% (ЕКО), 90,5% (ВЕ)”, “неврологічні зміни - 53,6% (ЕКО), 38,3% (ВЕ)”.

Соціальний аспект морально-етичних проблем застосування нових репродуктивних технологій перш за все пов’язаний із захистом людського життя від маніпулювання, зважаючи на появу ідеології репродуктивних прав (відношення до людського життя як до продукту, що відповідає власному вибору й уподобанням). Слід підкреслити, що процес зародження і поява нової людини на світ можливі лише за умови всебічної людської відповідальності і високої довіри, що забезпечує суспільне благополуччя. Таким чином, проблема застосування нових репродуктивних технологій актуалізує створення не тільки відповідної системи нормативного регулювання в державі, а й поглиблює суспільний запит на лікарську відповідальність перед суспільством у застосуванні біомедичних технологій. Вчені і лікарі повинні завжди пам’ятати про етичну сторону своїх професійних дій і отриманих результатів.

Багато вчених наголошують на тому, що застосування репродуктивних технологій можуть по-різному використовуватися в розвинених країнах і в країнах третього світу, в різних прошарках суспільства і в умовах різних культурних традицій.

Аналізуючи дану проблему, слід підкреслити що доступність дорогих технологій обумовлюється фінансовими можливостями людини. Цей факт може призвести до зловживань в області медицини, що вимагає забезпечення відповідної законодавчої бази для реалізації прийнятого рішення й захисту прав громадян. Прогрес у медичній науці і сучасні технології актуалізують нові етичні питання, зокрема зростає відповідальність лікарів і юристів, які повинні запропонувати до законодавчої бази заходи з недопущення використання наукових знань на шкоду людині. Таким чином, першочерговою проблемою є захист людини як біологічного виду, її життя, здоров'я, гідності, унікальності від шкідливих наслідків сучасних біомедичних і репродуктивних технологій.

Шевлякова Н.М., Ничипорчук Г.В .

ТЕХНІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ: ПРОБЛЕМИ і ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра філософії

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

науковий керівник: к. філос. наук Кучера Т. М.

XXI століття визначене активним входженням технологій в життя суспільства. Видатний філософ Ж. Еллюль наголошував: “Ми існуємо в світі технологій, технології співіснують з нами”. З цього випливає, що неабиякої значущості та актуальності набувають питання адаптації людини до техносередовища власного існування, досягнення коеволюції природи і суспільства, становлення нової ноосферної цивілізації. Спробуємо проаналізувати і визначити, чи можна вважати технічний прорив спасінням людства і альтернативою в лікуванні хвороб?

Ми живимо в епоху технічного прориву, який характеризується активним впровадженням технічних засобів, що змінюють фізіологічні умови і можуть сприяти розвитку захворювань. Наприклад, джерела випромінювання мають місце в різних галузях виробництва: промисловості, сільському господарстві, медицині, атомній енергетиці (ядерні реактори). Також ризик випромінювання виникає при роботі на рентгенівських установках, з радіоактивними ізотопами, при дефектоскопії металів, контролі якості зварних з'єднань, під час роботи на комп'ютерах. Іонізуюче випромінювання, проникаючи до організму людини та проходячи через біологічну тканину, призводить до загибелі клітин, порушує функції центральної нервової системи. Внаслідок цих змін порушується нормальний перебіг біохімічних процесів та обмін речовин, що призводить до опіків і променевої хвороби. Слід підкреслити, електромагнітне випромінювання, яке ми отримуємо щодня від побутової техніки, викликає головний біль і перевтому, зміни тиску крові, гіпотонію або гіпертонію, порушує біоенергетичну рівновагу нашого організму. Учені Всесвітньої організації здоров'я після проведених досліджень зробили висновок про те, що у абонентів, які користуються мобільним зв'язком понад 10 років, майже на 40% збільшується ризик появи пухлини головного мозку, безпліддя, серцевих захворювань.

В контексті аналізу проблем і перспектив технізації медицини, слід підкреслити, що рівень ядерної медицини і технологій ядерної медицини у розвинутих країнах, а саме: у США та країнах Європейського Союзу, дає змогу досягти значних успіхів у подоланні онкологічних захворювань. Сучасна діагностика з використанням технологій ядерної медицини має широкий спектр застосування в клінічній практиці:

ендокринології, нефрології та урології, кардіології, неврології та психіатрії. Основним статистичним показником розвитку цього напрямку в системі охорони здоров'я зазначених країн є кількість радіологічних досліджень, що проводяться протягом року на 1 тис. осіб населення. Також Міжнародне агентство з атомної енергії (МАГАТЕ) велику увагу приділяє розвитку ядерної медицини як ефективному діагностичному і терапевтичному інструменту, де використовуються радіонукліди та іонізуюче випромінювання для дослідження функціонального та морфологічного стану організму, а також для лікування захворювань людини. Отже, діагностика захворювань на ранніх стадіях захворювань значно скорочує ризик летальних випадків у медичній практиці, а кількість вилікованих людей завдяки технізації у медицині значно переважає.

Шульга Є. В.

БРЕСТ - ЛИТОВСЬКИЙ МИРНИЙ ДОГОВІР

Кафедра суспільних наук

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к. і. н. Чернуха О. В.

Нещодавно людство вступило в нову, постіндустріальну епоху розвитку, перехід до якої фактично співпав із початком третього тисячоліття. Поряд з високими технологіями, всеохоплюючою інформатизацією соціуму та реалізацією демократичних цінностей, цивілізаційний спадок сучасності містить також комплекс масштабних проблем розвитку, серед яких одне з ключових місць посідає необхідність недопущення нових глобальних військових конфліктів та забезпечення мирних засад співіснування держав. Гострота даної проблеми спонукає до історичного аналізу прикладів мирного врегулювання локальних та світових воєн.

Брест – Литовський (Брестський) мирний договір — сепаратний мирний договір, підписаний 3 березня 1918 року в Брест - Литовську представниками Радянської Росії, з одного боку, і Центральних держав (Німеччина, Австро - Угорщина, Туреччина і Болгарія) — з іншого. У результаті збройного перевороту 25 жовтня 1917 р. в Росії було повалено Тимчасовий уряд. Другий всеросійський з'їзд Рад прийняв Декрет про мир, в якому запропонував усім воюючим державам негайно укласти перемир'я і почати мирні переговори. Вони велися в три етапи: з 9 по 15 грудня 1917 р., 27 грудня 1917р. по 28 січня 1918 р. та з 1 по 3 березня 1918 р. На першому етапі переговорів, ініційованих російською владою, що проходили у м. Брест, більшовики декларували принцип самовизначення націй, який фактично суперечив як російській, так і німецькій державній політиці. Початковий етап завершився безрезультатною спробою радянських дипломатів залучити до переговорів держави Антанти.

На наступному етапі радянський уряд направив телеграми головам делегацій країн Четверного союзу з пропозицією перенести мирні переговори в Стокгольм з міркувань власної безпеки, яка, однак, не була задоволена. В ході переговорів німецька сторона спочатку підтримала ідею «миру без анексій і контрибуцій», а згодом відмовилась від цієї формули. В січні 1918 р. в м. Брест прибула самостійна делегація Центральної Ради Українська Народна Республіка (УНР), оголосивши про свою незалежність від Росії. Німецька і австро - угорська делегації 27 січня підписали мир з делегацією Центральної Ради.

Заключний етап переговорів завершився 3 березня 1918 р. підписанням ганебного для Росії Брест - Литовського мирного договору. Брестський договір зобов'язував російську державу піти на безліч територіальних поступок центральним державам, а

також демобілізувати сухопутну армію та флот. Від Росії відторгалися привіслінські губернії, Україна, губернії з переважаючим білоруським населенням, Естляндська, Курляндська і Лівонська губернії, Велике князівство Фінляндське. Більшість цих територій повинні були перетворитися на німецькі протекторати або ввійти до складу Німеччини. На Кавказі Росія поступалася Карською і Батумською областю. Також Росія зобов'язувалася визнати незалежність України в особі уряду УНР.

Брестський мир, у результаті якого від Росії були відторгнуті великі території, закріплена втрата значної частини сільськогосподарської і промислової бази країни, викликав вкрай різку реакцію як всередині російської держави, так і з боку держав Антанти. Брестський мир розв'язав руки Німеччині для ведення подальших військових дій проти армій Антанти. Дія договору була припинена підписанням Німеччиною Комп'єнського перемир'я, після чого розпочався вивід німецьких військ з окупованих територій колишньої Російської імперії, а більшовицька Росія на довгі роки опинилась в міжнародній дипломатичній ізоляції.

ПЕДАГОГІКА ТА ПСИХОЛОГІЯ

Антонович С. О.

МОТИВАЦІЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Фоміна Л. В.**

Навчальна діяльність займає визначне місце при становленні спеціаліста, зокрема це стосується лікарської справи. Здобуття вищої освіти – неодмінна вимога сучасного суспільства до будь-якої особистості, тому проблема мотивації навчання є однією з центральних у педагогіці та педагогічній психології. За Є. Ільїним, мотив навчальної діяльності – це всічинники, що зумовлюють прояв навчальної активності: потреби, цілі, установки, інтереси тощо. Залежно від ракурсу вивчення питання можна перерахувати велику кількість мотивів вступу до медичних освітніх закладів: суспільне значення професії, широка сфера її застосування, відповідність професії інтересам і здібностям, самореалізація, сподівання на високу заробітну платню та ін. Психологи не оминають і гендерні відмінності у визначенні пріоритетних мотивів. Так, на думку дослідників, дівчата частіше відзначають суспільне значення професії лікаря, можливість працювати в наукових центрах, матеріальне забезпечення. Юнаки ж указують, що обраний фах відповідає їх інтересам, а також посилаються на сімейні традиції. А.Гебос справедливо виділяє чинники, що сприяють формуванню в студентів позитивного мотиву щодо процесу здобуття освіти: усвідомлення цілей навчання; розуміння теоретичного практичного значення засвоєваних знань; емоційна форма викладу нового матеріалу; професійна спрямованість навчальної діяльності; вибір завдань, що створюють проблемні ситуації; наявність допитливості і пізнавального психологічного клімату в групі. Ці чинники актуальні й у медичній сфері. І. Єрмакова переконливо стверджує, що пізнавальна активність студентів загалом істотно залежить від емоційного фону заняття. Емоції заряджають енергією й організують мислення та діяльність студентів, зокрема й майбутніх медиків.

Отже, дослідники, які займалися проблемою мотивації навчальної діяльності, підкреслюють її виняткове значення для формування й розвитку майбутніх спеціалістів, оскільки саме вона є гарантом пізнавальної активності, унаслідок чого розвивається мислення, здобуваються знання, необхідні для успішної діяльності особистості в подальшому житті.

Аскеров Р.Н.

НАСЛІДКИ ДИТЯЧИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ ТА ЇХ ПОДОЛАННЯ

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: к. філ. н., викл. Скорбач Т. В.**

Нас, майбутніх медиків, професійно цікавить психологія, внутрішній світ людей, справжні мотиви їх вчинків; суть, часто схована за сімома замками. Покладаючись на думку видатного австрійського вченого З. Фрейда, хвороби дорослої особистості зводяться до переживань дитинства. Таку ж точку зору мав і К. Юнг.

Саме дитячі психологічні травми найглибше та найсильніше впливають на подальше життя людини. Про це свідчать ті, хто втрачав і відчував такі потужні руйнівні емоції, як замкненість, самотність, біль, образа, страх, брак любові, поваги

або уваги. Такі емоції та почуття можуть бути викликані іншими людьми, навіть близькими, або подіями в країні (війна, голод, революція). Ось, наприклад, коли дівчатка скеровують свої ніжні почуття до батька, а агресію – до матері, у психоаналітичній теорії називають це комплексом Електри. Недолюбленість поглиблює внутрішню скутість дітей, і тому вони відчують себе рослинами без коріння у сухій пустелі. Своїм дітям необхідно частіше виявляти любов, приділяти якомога більше уваги, а медичним працівниками, зокрема педіатрам, слід приділяти більше уваги психічному емоційному стану своїх пацієнтів, особливо дітей. І ми, повинні зробити дуже багато для того, щоб ці «переживання дитинства» можна було б подолати та вирішити ще в дитинстві.

Бакута Ю.В.

ЕТНОПСИХОЛОГІЯ ТА ЇЇ РОЛЬ В ОСМИСЛЕННІ НАЦІОНАЛЬНОГО БУТТЯ

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: к. філ. н. Калініченко О.В.

Інтенсивний розвиток міжнаціональної взаємодії в інформаційній, культурній, економічній і політичній сферах в українському суспільстві є на сьогодні характерною ознакою сучасного світу. Одночасно, інтернаціоналізація соціокультурного середовища передбачає збереження традицій різних культурно-історичних типів суспільства.

Етнопсихологія – наука про факти, закономірності та механізми прояву психологічної типології, ціннісних орієнтацій і поведінки представників тієї чи іншої етнічної спільноти. Етнопсихологія досліджує, яким чином особистість ідентифікує себе з тією чи іншою спільнотою, що впливає на формування її національної свідомості, різні соціально-психологічні явища, які виникають у процесі спілкування людей різних національностей, а також процеси етногенезу – соціально-психологічного розвитку етнічних груп.

Усвідомлення української етнопсихології не буде повним без здобутків корифеїв української літератури М. Коцюбинського, В. Стефаника, О. Кобилянської, Т. Шевченка, О. Воропая. Останній у своїй праці «Звичаї нашого народу» розкриває етнопсихологію української душі через призму світовідчуття, світосприймання та взаємин між людьми.

Отже, сьогодні осмислення національного буття, народження національної ідеї, зміцнення єдності української нації, підняття її культури до світових стандартів, гуманізація та демократизація нашого суспільства неможливі без урахування етнопсихологічного чинника.

Данькіна В.

ВПЛИВ ТОНАЛЬНОСТІ НА ЕМОЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНУ СФЕРУ АДРЕСАТА

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: доцент Фоміна Л.В.

Порушення тональності спілкування може стати причиною різноманітних непорозумінь, образ, комунікативних бар'єрів.

Тональність спілкування формується засобами мовного коду, тематикою розмови та значною кількістю невербальних, паромовних елементів. Тональність впливає на емоційно-психологічну сферу адресата та на ситуацію спілкування.

Незважаючи на важливість тональності в процесах спілкування, її сутність, типи, складові, співвідношення з іншими елементами акту комунікації, а також лінгвальна природа, залишаються невизначеними. Так, деякі дослідники тональності мовлення ототожнюють її з атмосферою спілкування, його загальною емоційною налаштованістю, манерою мовленнєвої поведінки учасників комунікації. Тональність мовлення (спілкування) формується багатьма чинниками: Загальна манера спілкування, ведення розмови. Внутрішній стан адресанта: спокійний/неспокійний, упевнений/непевнений, рішучий/нерішучий тощо. Орієнтація адресанта на ситуацію спілкування: офіційну, неофіційну, дружню.

Отже, тональність – одне із стрижневих понять процесу комунікації. Правильно дібрана тональність – обов'язкова складова стилю мовлення, типу комунікації.

Дудка А. М.

УРАХУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТЕМПЕРАМЕНТУ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ (КОМПАРАТИВНИЙ АНАЛІЗ ГРУП СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ)

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Фоміна Л. В.**

Властивості темпераменту в основному біологічно обумовлені і є вродженими. Він виступає сполучною ланкою між організмом, особистістю й пізнавальними процесами. Однією із центральних проблем сучасних досліджень є необхідність врахування властивостей темпераменту в педагогічному процесі. Цепов'язано з тим, що темперамент, на думку психологів, впливає на хід і результати різних видів діяльності. У цьому контексті ми звернулися до порівняльного аналізу груп студентів-іноземців та вітчизняних з метою визначення домінантних типів темпераментів (за національним критерієм (араби, турки, та студентикаїн СНД), врахування характерних рис студентів, що знайшло своє відображення на поведінці студентів на заняттях, питаннях і оцінках.

Об'єктом дослідження стала поведінка студентів у стресових ситуаціях (ними називаємо поведінку на іспиті, під час опитування та адаптаційні ситуації (входження в колектив, узаємини «студент — студент», «викладач — студент» тощо).

За основу аналізу ми взяли так і показники властивостей темпераменту, як: процеси збудження, гальмування, рухливість нервових процесів. Залежно від інтенсивності кожної з названих властивостей було виділено три рівні: високий, середній і низький.

Таким чином, було визначено, що навчальний процес у групах зі студентами-іноземцями перебігає значно складніше, ніж у групах вітчизняних студентів, що обумовлено не тільки мовним бар'єром та потребою тривалішого адаптаційного періоду. Це, як з'ясовано, багато в чому залежить від домінантних властивостей темпераменту студента, взятого і як окремий психотип, і як представник певної нації. Крім того, слід зазначити, що властивості темпераменту можуть бути замасковані сформованими навичками, звичками або рисами особистості. Тому важливо виділяти найбільш стійкі характеристики, які проявляються в різноманітних ситуаціях.

Дядичев О.В.

ІНДИКАТИВНА ФУНКЦІЯ УВАГИ

**Кафедра української мови, основ психології і педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник : доцент Фоміна Л.В.**

Увага є однією з найбільш цікавих властивостей людського розуму, знання про яке може застосовуватися в дуже широкому спектрі професій. Для нас, як для майбутніх лікарів, найважливішою функцією уваги є її індикативна, тобто порушення уваги є однією з ознак великої кількості захворювань та розладів центральної нервової системи .

Так, наприклад, порушення уваги є першим проявом хвороби Альцгеймера, одним із симптомів раку мозку, склерозі судин головного мозку. У таких випадках першочерговим завданням психології є розробка найбільш продуктивних та точних методів тестування уваги, для визначення хвороби на ранніх етапах.

З іншого боку, порушення уваги є однією з перших ознак гіперактивності в дітей. Значна кількість педіатрів згаяла багато часу для того , щоб примусити таку дитину пройти певну процедуру, що потребує від дитини деякий час перебувати в лежачому стані або сидючи нерухомо. У цьому випадку завдання полягає в тому, щоб змусити дитину без нервового напруження для лікаря й самої дитини здати певні аналізи або пройти процедуру.

Обсяг навчального матеріалу для більшості студентів є завеликим і засвоєння його призводить до перевтоми, яка у свою чергу негативно позначається на продуктивності роботи студентів під час практичних занять. Таким чином, тема уваги є найбільш актуальною для майбутнього лікаря, не лише з позиції лікувальної справи, але й з позиції продуктивності нашої праці.

Іващенко І.Ю.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ У ВИКЛАДАННІ ТА ВИВЧЕННІ МОВИ

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Фоміна Л.В.**

Мова – спосіб народження думки та знаряддя її самовираження. Вона реалізується через мовлення, без якого будь-яка мова буде мертвою.

Особливість викладання мови в тому, що важко зробити її об'єктом пізнання, який би спонукав до здобуття знань, необхідних у практичній діяльності, адже у студента існує ілюзорне уявлення, що він знає свою мову (бо ж говорить нею!). Основна умова, за якої можна досягти успіху у вивченні мовознавчих дисциплін, – розумова діяльність, активна робота думки. Як вважає відомий педагог і психолог Д.М. Богоявленський, думатиме студент тільки тоді, коли для цього будуть створені певні умови.

Насамперед студента варто зацікавити новим матеріалом. Для одержання ефекту новизни на заняттях необхідно створити проблемну ситуацію, яка б активізувала такі процеси мислення, як розмірковування, осмислення та фіксацію в пам'яті.

Різноманітність дидактичного матеріалу – ще один ефективний засіб збудження та сконцентровання уваги, який у процесі викладання мови спрацьовує бездоганно. Психологічними передумовами засвоєння знань є: позитивне ставлення до навчання; процеси безпосереднього чуттєвого ознайомлення з матеріалом; процес мислення;

запам'ятовування та збереження здобутої інформації. Отже, учіння може виникати лише тоді, коли наявні мотиви, які стимулюватимуть поступ індивіда до гностичної мети.

Кулікова І.І.

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ
ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН**

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: доцент Л. В. Фоміна

Вектор вузівської освіти, спрямований у площину особистісного розвитку, варіативності та відкритості вузу, формує принципову потребу в переосмисленні тих чинників, від яких залежить якість освіти: цілі, зміст, методи, форми навчання та виховання. Основна місія педагога - навчання, виховання, соціальний захист, збереження індивідуальності. Педагогічний експеримент - один з інноваційних проєктів нашої кафедри.

Під час семінарів та круглих столів педагоги збагачують свій методичний арсенал такими формами й методами роботи, які визначають студента активним суб'єктом навчальної діяльності, допомагають побудувати навчальний процес на діяльнісній основі. На таких зустрічах панує атмосфера взаємодопомоги, зацікавленого неформального спілкування, що сприяє творчому підходу до науково-дослідницької діяльності. Адже обличчям університету, як і кожного навчального закладу, є педагог. Справжній педагог, як музикант, розучує етюди, створює емоційний настрій, як журналіст чи письменник, засвоює методи та прийоми письма (почерк, індивідуальний стиль).

Під час проведення та обговорення занять педагоги обмінюються досвідом. Звичне явище - проведення презентацій, застосування інноваційних прийомів: "мозковий штурм", використання рольових ігор тощо. Проведення таких занять вимагає від педагогів психологічної готовності, ґрунтовної теоретичної та практичної підготовки, уміння швидко пристосуватися до змін у перебігу заняття, раціонально розподіляти час, логічно та послідовно конструювати кожен з етапів заняття, мотивувати їх, визначати цілі, досягати поставлених завдань. Педагоги кафедри працюють над виробленням таких освітніх форм, які оптимізуватимуть навчально-виховний процес, сприятимуть його перспективності та зацікавленості в ньому.

Олійник М.В.

ДІТИ-БІЛІНГВІСТИ. ДОБРЕ ЧИ ПОГАНО?

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Науковий керівник: Калініченко О.В.

Знання декількох мов дуже важливе для сучасної людини. Було б добре, якби всі люди з народження говорили кількома мовами, хоча б найпопулярнішими у світі. Не треба було б витрачати час і гроші на навчання. Насправді подібні люди існують серед нас, ми просто не звертаємо на них уваги. Дітей, які відразу починають говорити двома мовами, називають білінгвістами.

Білінгвісти – це ті, хто виріс у системі двомовності. Коли в сім'ї дитина чує одну мову, а в дитячому садочку, на вулиці – іншу.

Розрізняють засвоєння другої мови в дитячому та підлітковому віці. Коли дитина вивчає дві мови одночасно змалечку (до 5-8 років), вона засвоює їх як рідні. У цьому випадку майже не змішуються різні слова. Більш важкий вік – 8-11 років: імовірність високої якості засвоєння фонетичної системи іншої мови значно знижується, зменшується вірогідність природного й легкого використання мовних конструкцій та прийняття культури цієї мови.

Ідеальний варіант – коли з малечею починають говорити двома мовами в один і той же період часу. Чим пізніше буде введена друга мова, тим більша ймовірність, що перша домінуватиме. Якщо інтервал введення мов не дуже великий (до 1 року), то обидві вони стануть рідними.

Виховати дитину-білінгвіста можна і в сім'ї, де тато й мама розмовляють однією мовою. Це буде важче, але все-таки можливо. Тут потрібно дотримуватися певних умов. Італійські психологи провели ряд досліджень, щоб з'ясувати, добре чи погано для самої дитини знання двох мов. За допомогою двох груп немовлят, комп'ютерного монітора, аудіоколонки і пари відеокамер вони зуміли довести, що вже в однорічному віці немовлята, батьки яких зверталися до них двома мовами, кмітливіші за своїх однолітків. Але є декілька мінусів. Вони починають говорити пізніше своїх однолітків, які володіють лише однією мовою. Словниковий запас малюка невеликий, хочавін і знаєнабагатобільшеслів.

Отже, двомовність позитивно позначається на розвитку пам'яті, швидкості реакції, умінні розуміти, математичних навичках і логіці. Діти-білінгви добре вчаться й краще за інших засвоюють математику, фізику, іноземні мови й літературу.

Остапенко Д., Чобаноглу С.
АСИМІЛЯЦІЯ ТЮРСЬКО-ТАТАРСЬКОЇ МОВИ В УКРАЇНСЬКІЙ
ЛІНГВОКУЛЬТУРІ

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: Калініченко О.В.

Українська мова за час свого багато вікового розвитку перебувала в контактах із сусідніми та віддаленими мовами. Ці контакти найбільшою мірою виявилися в запозиченні численних слів, які органічно входили до лексичної системи української мови, у багатьох випадках повністю адаптуючись у ній. Лексичні запозичення становлять одне із джерел словотворення, а також є одним із чинників розвитку кожної мови.

Пам'ятки давньоруської писемності з українських територій («Повість временних літ», Київський літопис, Галицько-Волинський літопис, «Слово о полку Ігоревім») і дані порівняльно-історичних досліджень вказують близько 1 500 загальних і власних назв печенізьких та половецьких запозичень (у сучасній українській мові їх налічується, без урахування власних назв, близько 4 000). Впливи цього часу були взаємними, пам'ятка половецької мови «CodexGumanicus» за рукописом середини 14 століття, яскравий доказ, де зустрічається ряд характерних східнослов'янських: izba «кімната», kukel «кукіль», ous «жито, збіжжя», реґ «піч», salam «солота», samala «смола», ugs «рись» (ізтиповимнадставним и – перед р).

З розвитком козацтва й чумацтва тюркський вплив на лексику української мови ще більше зростає. Запозичення стосуються передусім козацького й чумацького побуту (аркан, батіг, казан, шаровари, капкан, майдан, таз, тапчан, торба), речі й поняття, пов'язані з військовою справою (кинджал, кайдани, орда, осавул, отаман, сагайдак),

осіб різних соціальних груп (бурлака, гайдамака, козак, султан, хан, чабан, чумак), фінансово-економічні поняття (аршин, базар, кабала, ярлик), тварин, птахів, риб (баран, беркут, бугай, кабан, сазан, судак), продукти харчування (балик, ковбаса, кумис, лапша, халва), предмети одягу і взуття (башлик, каптан, халат, чалма) тощо.

Тюркське походження має слово «козак», значення якого різні автори пояснюють по-різному («бурлака», «вільна людина», «людина, яка відокремився від свого народу», «вигнанець» або навіть «розбійник»). Як би там не було, це слово має родинний зв'язок зі словом «казах». Козацтво зароджувалося як чисто тюркське явище. Слов'янське козацтво виникло значно пізніше. Однак чималу його частину становили православні тюрки (половці, торки, татари). Так, деталі національного одягу як турецькі шаровари та широка розшита сорочка, і все це «прикрашене» пучком хвоста на бритій голові, іменованого оселедець – має тюрське походження. Скажімо, усім відомий танець "гопак" прийшов від татарських кочівників. Точніше, від половців, які стали частиною татарського народу.

На увагу заслуговують власні назви тюркського походження, поширені у степовій і пристеповій зонах України. Для прикладу можна навести такі назви значних за розміром річок тюркського походження: Тилігул, Чичиклія, Бакшала, Висунь, Громоклія, Саксагань, Самара, Кальміус, Айдар.

У зв'язку з наявністю в сучасній Україні тюркомовного населення — кримських татар і кримчаків (Крим), урумів (Приазов'я), караїмів (Галич), гагаузів (Одес.обл.) — українсько-тюркські контакти в ній продовжуються. Певна специфіка спостерігається в українсько-тюркських мовних контактах за межами України, де сама українська мова опиняється в становищі острівної: Казахстан, Карачаївщина, Балкарія, Кумикія, Татарія, Башкирія, Алтай та ін. У цих місцевостях вона становить один з компонентів українсько-російсько-тюркської тримовності чи й певної багатомовності.

Отже, багато елементів української народної культури мають степове, татарське походження. При всій культурній і релігійній відмінності, котра існує між Україною та Туреччиною, історична близькість, котра встановилася між ними протягом кількох століть, погребує проведення багатьох досліджень, розуміння та усвідомлення всіх позитивних і негативних аспектів їх взаємовідносин, бо тюрко-татари мали потужний вплив на формування української нації.

Резнік М.А.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ КІЛЬКІСТЮ ГОДИН СНУ ТА РІВНЕМ ВАЖКОСТІ РАНКУ

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: к.філ.н. Скорбач Т.В.

Кожного ранку люди прокидаються та підіймаються з ліжка. Для когось це дуже просто, а для деяких людей - це важка проблема.

Метою нашого дослідження було виявити зв'язок між кількістю годин сну та рівнем важкості ранку, роздратованості та невчасним прокиданням.

У соціальному опитуванні взяли участь 100 осіб. В анкеті було розглянуто такі питання, як рівень важкості прокидання вранці, реакція на будильник, кількість годин сну на добу, частота невчасного прокидання, а також причини різкого прокидання.

У результаті проведеного дослідження було виявлено, що 12% опитуваних сплять більше 8 годин на добу, 27% - 7-8 годин, 25% - 6-7 годин і 36% менш, ніж 6 годин на добу. Ми розглянули категорію людей, що сплять менш, ніж 6 годин і виявили, що 53% з них дуже часто невчасно прокидаються (найчастіша причина - людина вимикає

будильник і продовжує спати), 45% з них дуже важко прокидаються і 22% з них дуже дратує дзвінок будильника. Однак, з категорії людей, що важко прокидаються, лише 35% сплять малу кількість годин, отже, решта має психологічний бар'єр. 80% опитуваних стверджували, що їм допомагає прокинутися мотив або подія, що відбудеться. Таким чином, ми можемо говорити про взаємозв'язок між малою кількістю годин сну й важким ранком, а також невчасним прокиданням. Та в будь-якому разі кожного ранку ми повинні виконувати декілька правил, а саме: прокидаючись, радіти новому дню, налаштувати себе звечора на гарні події і пригадувати їх вранці; не залишаючи ліжка, потрібно обов'язково потягнутися, позіхнути, розім'яти тіло, повільно піднятися й побажати собі та своїм близьким доброго ранку!

Ткач Г.В.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ОДИН ІЗ ЧИННИКІВ ВДОСКОНАЛЕННЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ

**Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник : доцент Фоміна Л.В.**

Важливим резервом підвищення ефективності вищої освіти є широке впровадження інноваційних технологій, використання кращих здобутків як викладачів, так і науковців у процесі навчання й виховання студентів.

Інноваційні технології як результат творчого пошуку викладачів вищих навчальних закладів, відіграють особливу роль в освітньо-педагогічному просторі. По-перше, вони зумовлюють розвиток педагогічної науки, «живлять» її новими фактами, ідеями, створюють нові цінності, виступають критерієм істини розроблених теоретичних положень; по-друге, стимулюють викладачів до самоосвіти, саморозвитку, самовдосконалення, пошуку нових оригінальних засобів, методик, прийомів організації навчально-виховного процесу у вищих навчальних закладах до реалізації професійно-педагогічних функцій на засадах активності й творчості, що, безумовно, впливає на зростання їхньої майстерності. По-третє, упровадження критично опрацьованих передових ідей, концепцій, систем, методик забезпечує підвищення в цілому рівня діяльності вищого навчального закладу, усіх його ланок і напрямів роботи. Проблема інноваційних технологій належить до актуальних проблем сьогодення. Усвідомлюючи особливу роль інновацій у підвищенні навчально-виховного процесу, в удосконаленні педагогічної майстерності, вчені, педагоги розкривали сутність інноваційних технологій, їх функції, специфічні ознаки (високий рівень і якість знань, умінь і навичок), критерії цінності інноваційних технологій (високі результати навчання й виховання, оптимальність, економічність тих засобів і сил, які витрачає викладач для досягнення певного результату; стійкість і постійність успіхів навчально-виховної процесу). Таким чином, слід підкреслити, беззаперечно, роль і значення інноваційних технологій у створенні системи вищої освіти, її реформування, підвищенні рівня кваліфікації викладача.

Фоміна Л.В.

ПОСТАТЬ ВИКЛАДАЧА В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ

**Кафедра дерматології, венерології та СНІДу
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Особистість викладача вищого навчального закладу можна розглядати як з точки зору його діяльності, зокрема, його навчальної, виховної діяльності, так і з точки зору

його як "об'єкта спостереження, оцінки і запозичення", як прикладу поведінки, як носія конкретної системи цінностей. Будь-яка професія потребує того, щоб людина дивилася на світ "реалістично", бачила його таким, яким він є. Професія викладача — виняток. Він мусить бачити світ, яким він стане внаслідок його зусиль..

Одна із функцій викладача духовна в своїй основі. Її сутність вдало визначив В. Пачовський на Першому педагогічному конгресі 1935 року. Викладач, на його думку, повинен вічно творити і ніколи не повторюватися. Він має творити нових людей, формує через своїх вихованців родину, місто, громадянство, цілу націю. Значущість місії викладача також у тому, що він виховує не лише в процесі навчання й не лише за свого життя. Залишаючись в пам'яті людини як образ, як виразник певної системи цінностей, він стає для неї прикладом на все її життя. Якщо викладач залишив добрий слід у душі студента то, ставши на самостійний шлях, він буде "радитися" з ним — довго, можливо, впродовж усього життя.

Важливою рисою сучасного педагога є його демократизм. Викладач повинен шанувати тих, кого навчає і виховує, поважати їхню гідність. Повага до вихованця є головною засадою педагогіки партнерства. Щоправда помилковою є думка, начебто вона була "винаходом" нашого часу. Демократизм стосунків викладача і вихованця був характерним для нашої виховної традиції. Виховання людини, як стверджував Г. Сковорода, повинно ґрунтуватися на засадах природовідповідності ("сродності"). Не варто насилувати природу, заважати їй, треба лише допомагати, усувати перепони, торувати шлях: природа сама все зробить. Педагог і лікар — це служителі природи, її помічники, — так уважав Г.Сковорода. Ці погляди близькі світогляду Ж.-Ж. Руссо, хоча, на відміну від нього, Г. Сковорода визнавав потребу більш активної участі педагога. Любов до людини є першим природним критерієм відбору молоді до викладацької діяльності. З-посеред різних психологічних типів до цієї діяльності надається людина так званого соціального типу, в натурі якого закладена потреба праці для інших. Оскільки психологічно чистих типів не буває, то бажаними "додатковими" рисами викладача є естетичні та морально-духовні орієнтації. Загальновідомо, що соціальний тип людини зорієнтований також на професії лікаря, медсестри, священника тощо.

Загальноприйнято вважати, що викладач повинен володіти цілісним і сильним характером — як для того, щоб надійно виконувати свою місію, так і для того, щоб він (характер) слугував взірцем для вихованців. "Тільки особистість може діяти на розвиток і визначення особистості, тільки характером можна формувати характер. Причини такого морального магнетизування приховані глибоко в природі людини" (Ушинський К., 1954, т. 1, с. 123—124). Цілеспрямованість, наполегливість, розум, глибока моральність дають... характерність. Характер випромінює вимогливість до себе і до інших, оптимізм, подвижництво, жертвовність, почуття гумору тощо. Чинником виховання може слугувати лише людина вихована. І йдеться не про те, що вона знає і ким вона є, а про те, якою духовною і моральною культурою володіє.

У більш конкретних вимірах викладач повинен чітко бачити виховний ідеал і вести до нього своїх вихованців. Григорій Ващенко вважає, що цей ідеал не повинен формуватися ні якоюсь партією, ні самим викладачем. Він виробляється досвідом народу, а відтак втілюється у культурі й становить основу освітньо-виховної політики держави. Лише той викладач, який поділяє цей ідеал, сам прагне до нього, має право займатися діяльністю педагога професійно.

Шейко А.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ ПРИ ПОДОЛАННІ КРИТИЧНИХ СИТУАЦІЙ

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Фоміна Л. В.

Однією з фундаментальних проблем у психології є взаємозв'язок між людиною та ситуацією: співвідношення суб'єктивного та об'єктивного, внутрішнього та зовнішнього світу. Саме ситуація визначає поведінку суб'єкта, яка у своїх різноманітних проявах віддзеркалює специфіку внутрішнього життя особистості, її цінності, наміри, ставлення до людей та світу, особливості характеру, емоційних проявів та ін. Серед багатьох видів життєвих ситуацій критичні ситуації займають особливе місце. У них відображається гостре протиріччя між спрямованістю суб'єкта до найповнішої самореалізації та неможливістю задоволення деяких цінностей, які мають для нього важливе значення. Критичні ситуації є викликом для особистості, випробуванням її внутрішнього потенціалу на розвиненість та міцність. Від правильності вибору стратегій подолання критичних ситуацій залежать: успішність розвитку, діяльності, соціального буття людини, її цілісність, зрілість, стійкість. Актуальність дослідження психічної стійкості особистості студентів зумовлена наявністю в молодіжному середовищі цілого ряду стресогенних факторів, пов'язаних як з учбовою діяльністю, так і зі спілкуванням. У юнацькі роки проблеми подолання критичних ситуацій сприймаються дуже гостро. Адже в цьому віці розвиток багатьох особистісних структур відбувається нерівномірно й відрізняється індивідуальною своєрідністю. Тому молода людина може піддаватися стороннім впливам, які деформують її внутрішній світ та гальмують процеси вдосконалення. Нестійкість до небажаних впливів у критичних ситуаціях може проявлятися на поведінковому, мотиваційному, емоційному, комунікативному рівнях. Прояви нестійкості в юнацькому віці можуть призвести до зниження ефективності учбової й трудової діяльності, вони супроводжуються погіршенням відносин з іншими людьми, втратою фізичного та душевного здоров'я, частим виникненням проблемних та конфліктних ситуацій у спілкуванні. Стійкість особистості являє собою один з ключових параметрів індивідуальної здатності суб'єкта до зрілих форм саморегуляції, фундамент його особистісного потенціалу. Вона характеризує ступінь сформованості здібності молодшої людини витримувати ситуацію гострого та хронічного стресу, зберігати внутрішню збалансованість, не знижуючи при цьому успішності діяльності.

Проблеми психічної стійкості, її внутрішніх ресурсів, специфіки проявів нестійкості особистості в певних ситуаціях, а також оптимізації поведінки, що допомагає долати труднощі в юнацькому віці є на сьогодні вивченими недостатньо. Ми вважаємо, що дані аспекти, пов'язані з подоланням критичних ситуацій, треба розглядати спільно, але в основу їхнього вивчення перш за все треба покласти феномен психічної стійкості.

Шеліховська А.О.

МІЖКУЛЬТУРНА КОМУНІКАЦІЯ

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Спілкування людей завжди відбувається в межах певної культури з використанням конкретної етнічної мови, неповторних мовних картин світу, законів спілкування, які

випрацювані в межах цієї мови та культури. Потрапляючи в інше культурно-мовне середовище, людина фактично потрапляє в інший світ цінностей та законів спілкування. Це необхідно враховувати всім, хто спілкується з носіями інших культур і мов.

Проблеми міжкультурної комунікації досліджувалися різними науками: етнологією, етнолінгвістикою, семіотикою, психологією, етнопсихологією, лінгвістикою тексту тощо.

У сучасному динамічному світі звичним явищем стали контакти носіїв різних культур і мов. Незнання або неадекватне відтворення норм мовленнєвої та немовленнєвої поведінки створює труднощі в спілкуванні представників різних лінгвокультурних спільнот і може спричинити різноманітні комунікативні девіації.

Найважливішими аспектами й одночасно об'єктами дослідження міжкультурної комунікації є аспекти, пов'язані з культурною традицією, соціальними чинниками та соціальними функціями спілкування, з етнопсихологією, специфікою традиційної організації культурно-мовної спільноти.

Підсумовуючи, можна зазначити, що дослідження міжкультурної комунікації не обмежуються лише аналізом засобів мовного коду, а охоплює комплекс проблем, пов'язаних з етнічними, соціальними, культурними, психологічними чинниками.

ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЯ

Аджисегири Майова Джозеф

ПРЕЦЕДЕНТНЫЕ ТЕКСТЫ КАК ОБЪЕКТ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научные руководители: доц. Гетманец А.О., ст. преп. Запорожец И.В.

Тексты, значимые для человека в познавательном, эмоциональном отношении, хорошо известные широкому окружению данной личности, включая ее предшественников и современников, а также «такие, обращения к которым возобновляется неоднократно в дискурсе данной языковой личности», называются прецедентными (Ю. Караулов). Явление прецедентности рассматривается как одно из важнейших средств межкультурной коммуникации.

Общеизвестность прецедентных текстов обуславливает такое их свойство, как реинтерпретируемость: как правило, они перешагивают рамки словесного искусства, где исконно возникли, воплощаются в других видах искусства (драме, поэзии, опере, балете, живописи, скульптуре), становясь тем самым фактором культуры в широком смысле слова и получая интерпретацию у новых и новых поколений. В самом общем случае можно было бы сказать, что состав прецедентных текстов формируется из произведений мировой классики и фольклорных шедевров. Знание прецедентных текстов есть показатель принадлежности к культуре соответствующей эпохи, а владение им, умение включить в дискурс свидетельствует о богатстве тезарусаговорящего.

В работе рассматриваются прецедентные тексты как способ отражения в сознании человека объективно существующего реального мира, как одно из средств межкультурной коммуникации.

Адил Шахаб

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КРАСОТЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЛИЦА В СИСТЕМЕ СРАВНЕНИЙ РУССКОГО И БЕНГАЛЬСКОГО ЯЗЫКОВ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Тарлева А.В.

В сознании человека определенной культуры складываются стереотипные представления об объектах окружающей действительности. Они отражаются в структуре языка через систему символов, ассоциаций и национально обусловленной информации и формируют идеал – прототип.

Знакомство с такого рода идеальными образованиями в процессе изучения нового языка позволяет судить о системе ценностей народа. Одним из образных средств, способных дать ключ к разгадке национального сознания, является устойчивое сравнение. Представление о красоте человеческого лица в системах русского и бенгальского лингвокультурных пространств передается при помощи устойчивых сравнений, основанием которых могут служить различные образы: человекоподобные существа, животные и растения, небесные светила, объекты и предметы, являющиеся результатом физической и интеллектуальной деятельности человека и др.

Образы устойчивых сравнений, характеризующих глаза и лицо человека, отражают важные различия характера красоты в двух языках: спокойное величие и кротость русской красоты; скромность, изящество, женственность бенгальской.

В двух языках с красотой ассоциируется разный цвет глаз: голубой - в русском языке, черный, как безлунная ночь, – в бенгальском.

Среди прототипных образов красоты в русском языке, так же как и в бенгальском, выделяются следующие: растения и животные, божества, фольклорные персонажи. Помимо того, чувство красоты в бенгальском языке требует передать ощущение комфорта своего тела.

Башири Мохаммед Амин
ИСТОРИЯ АРАБСКОЙ ПИСЬМЕННОСТИ: ЗАРОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ
КАЛЛИГРАФИИ

Кафедра гуманитарных наук
Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина,
Научный руководитель: доцент Филянина Н.Н.

Возникновение арабской письменности датируется первым веком хиджры — VII в. н. э. К этому времени арабский алфавит уже практически сложился. В целом, из-за ограниченности информации точно датировать появление алфавита сложно, но целый ряд фактов все же указывает на доисламский период его происхождения.

Арабская каллиграфия – это область декоративного художественного искусства, вобравшая в себя элементы доисламского наследия. Характерная для каллиграфии условность художественного языка позволяет относить мусульманскую каллиграфию к области орнамента.

Можно говорить о двух функциях каллиграфии – художественно-декоративной и религиозно-мистической. По-арабски каллиграфия называется «хатт» или «хутут».

Первоначально арабская каллиграфия возникла на базе копирования Корана, который считается творением Аллаха, поэтому написанное слово само по себе получило сакральный смысл.

В начальный период ислама было известно два основных типа арабского письма: монументальное и курсивное. Монументальное опирается на использование прямых линий, оно величаво, тогда как курсивное использовалось в ежедневных общепотребительных записях, став основой для почерка «насах».

В арабской письменности принято выделять шесть основных каллиграфических почерков: «куфи», «сульс» и «насах», «талик» («фарси»), «дивани» и «рика».

В отличие от европейской письменности, арабские тексты пишутся справа налево. Основу каллиграфической надписи составляют строгие геометрические принципы и четкие пропорции, от этого зависит четкость надписи и красота линии. Основой правила составления пропорции является размер буквы «алиф», первой буквы арабского алфавита, которая представляет собой прямую вертикальную черту.

Единицей измерения в каллиграфии считается арабская точка, основной рабочий элемент мастера.

В каллиграфии точка имеет квадратную форму, причем размер стороны квадрата зависит от угла наклона кончика пера и от степени нажима мастера.

Каллиграфическое перо, которое называют томар, состоит из 24 волосинок осла. Очень важно, как обрезан кончик пера; это зависит от пристрастий самого мастера, национальных традиций и типа наносимого текста.

Беррада Бушра
ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В АРАБСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ

Кафедра гуманитарных наук

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина,

Научный руководитель: ст. викл. Остапенко С.П.

Фразеологии пословицы и поговорки - бесценный материал для каждого, кто пытается почувствовать дух народа, язык которого он изучает. Фразеологии пословицы и поговорки вобрали в себя мудрость, накопленную веками, им свойственна афористическая сжатость и точность суждений о самых различных сторонах жизни человека. У каждого народа свои фразеологии пословицы и поговорки, отражающие особенности его быта и национального самосознания. Изучение этих концептов приведет к мысли о многих общих чертах в менталитете арабского и русского народов. В пословицах и поговорках разных народов есть много интернациональных тем и мотивов, так как народы разных стран и культур имеют, схожие моральные идеалы. Поэтому, изучая скрупулезно арабские пословицы и поговорки, мы получаем прекрасную возможность существенно расширить собственные знания арабского языка, познакомиться с некоторыми обычаями и фактами истории арабов. В качестве примера рассмотрим концепт "удачливости, счастья, благополучия". Он передается в русском языке фразеологизмом родиться в сорочке, родиться под счастливой звездой, а в арабском – паремией Он счастлив по воле бога. Носители обеих культур вкладывают в данный концепт идею о том, что само рождение человека предрешает его участь, и удача, счастье, благополучие зависят от предначертания свыше. Для русских все приятные эмоции связаны с ощущением тепла, а у арабов тепла в избытке, и их приятные эмоции ассоциируются с холодом. Поэтому когда русский скажет, что у него потеплело на сердце, араб ответит, что у него похолодело на печени. В характере каждого народа есть свои особенности, но это не означает, что между людьми в процессе межкультурной коммуникации должна быть непреодолимая стена непонимания. Просто есть национальные особенности. Их надо изучать.

Бурлака А.

**КЛАССИФИКАЦИЯ РУССКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ЛЕКСИКИ,
ОБОЗНАЧАЮЩЕЙ ВНЕШНИЕ ЧАСТИ ТЕЛА
(ИСТОРИЧЕСКИЙ И СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ)**

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Губарева С.А.

Система русской анатомической терминологии пополнялась преимущественно за счет латинских и греческих наименований, однако части тела сохранили в основном исконно русские наименования. Материалом нашего исследования являются лексические образования данной группы, обозначающие внешние части тела. В соответствии с данными этимологических словарей происхождение русской соматической терминологии охватило все досовременные этапы становления языка и выглядит следующим образом:

Индоевропейские языки (живот); Праславянский язык (десна, шея; голова; рука; ухо; ус и др.); Древнерусский язык (глаз; колено; локоть, нога; палец; мочка, пах и др.); Старославянский язык (голова, кость; ноздря; бровь и др.).

Что касается современного этапа русского языка, то здесь на уровне медицинской терминологии соматические новообразования не представлены, зато продуктивным является пласт жаргонизмов (моргалы – глаза и т.д.).

Основным способом образования русской медицинской соматической терминологии является прямой способ лексической деривации:

1. Префиксальный способ – (предплечье – от плечо); 2. Суффиксальный способ (глотка – от глотать, гортань – от гъртати); 3. Префиксально-суффиксальный способ (переносица – от нос); 4. Безаффиксный способ (глаз, губа); 5. Сложение основ – ноздря (от нос и драть).

Что же касается образования соматических жаргонизмов, то в этом случае новое наименование чаще всего основывается на метафоризации, метонимическом переносе, олицетворении (костыли – «ноги» сопоставляются с приспособлением для поддержания веса тела пациента).

В результате исследования мы сделали вывод, что исконно русская соматическая медицинская терминология, обозначающая внешние части тела, образовывалась на различных этапах досовременного периода языка с помощью прямого способа лексической деривации. На современном этапе соматизмы представлены жаргонной лексикой, образованной опосредованным способом деривации.

Гальперин В.

НОВЫЕ СЛОВА В ЯЗЫКЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Шафорова С.Г.

Язык – это динамическая система, которая постоянно развивается, обогащается новыми словами, из которых многие — заимствования. Вместе с импортируемыми предметами, политическими, экономическими, научными технологиями в языке образовался целый пласт новых слов. Самый активный и быстро пополняемый сегмент лексики — молодежный сленг. Остановимся на некоторых примерах.

Что такое «селфи»? Составители Оксфордского словаря английского языка выбрали слово 2013 года, которым стало существительное «selfie», означающее фотографию самого себя. С одной стороны, такое действие и его результат как фотоавторпортрет было возможно гораздо раньше 2013 года. Автоспуск существует в фотоаппаратах более 100 лет, возможность проконтролировать свое изображение в кадре во время съемки авторпортрета уже лет 10 доступна на цифровых аппаратах с поворотным экраном.

Но слово для фотоавторпортрета не возникало: явление не было массовым, до появления в планшетах и смартфонах фронтальной камеры.

Самые первые USB-флеш-накопители (или просто флешки) появились в 2000 году в Израиле. В апреле 1999 г. в США был зарегистрирован патент на флешку, а в сентябре 2000 г. был представлен и сам накопитель. Флешку назвали DiskOnKey, в США она продавалась совместно с IBM и несла на борту логотип американской корпорации. Кроме того, компания разработала и запатентовала True Flash Filing System (TrueFFS), представляющую флэш-память как обычный диск ПК.

Первая флешка обладала 8 МБ памяти и стоила \$50. В 2006 г. компания M-Systems была поглощена корпорацией SanDisk за \$1,55 млрд.

С тех пор слово «флешка» используется не только в русском языке, но и во всех других языках мира.

Не секрет, что в последнее время русский язык активно "прирастает" не только англицизмами, но и американизмами.

Это и понятно: с развитием информационно-коммуникационных технологий на нас обрушилась лавина иностранных слов (например, компьютер, файл, бренд, стартап, инсайдер, айпэд, айфон и т.д.)

Некоторые из них приживаются, становятся неотъемлемой частью нашего лексикона, обогащая его, другие уходят в небытие. Многие люди употребляют иноязычные слова, следуя моде, но большая часть использует их, исходя из того, что одно такое слово позволяет передать целое понятие, явление, заменяя длинную фразу на родном языке.

Знание, понимание и правильное употребление иностранных слов необходимы, так как это влияет на ясность и понятность речи, что, в свою очередь, является показателем общей культуры и образованности.

Гордон Арие

РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ В РУССКОМ И ИВРИТЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Шафоростова С.Г.

Речевой этикет – явление универсальное, но в то же время каждый народ сложил свою, национально специфическую систему правил речевого поведения. Но для речевого этикета разных народов характерны также и некоторые общие черты, с различием лишь в формах реализации речевых норм этикета.

Самый массовый и самый яркий этикетный признак – обращение.

Особенно интересной, национально-специфичной формой наименования знакомого человека и обращения к нему в русском языке является имя и отчество. Называние по имени-отчеству (свидетельство определенной степени уважения к взрослому человеку) входит в употребление по достижении человеком социальной зрелости, скорее всего при начале самостоятельной работы.

В русском языке прямое отношение к речевому этикету имеют личные местоимения. Они связаны с самоназваниями и названиями собеседника, с ощущением того, что «прилично» и «неприлично» в таком названии. Наличие в русском языке форм обращения на «ты» и на «вы» позволяет выразить учтивость. Например, когда человек поправляет собеседника: «Говорите мне «вы», «Не тычьте, пожалуйста», он выражает недовольство по поводу направленного к нему «неуважительного» местоимения. Значит, «вы» не всегда пустое, а «ты» не всегда сердечное? Обычно «ты» применяется при обращении к близкому человеку, в неофициальной обстановке и когда обращение грубовато-фамильярное; «вы» - в вежливом обращении, в официальной обстановке, в обращении к незнакомому, малознакомому. Хотя здесь существует множество нюансов.

Иврит является одним из самых древних языков в мире, следовательно, обращения в иврите имеют древнейшие корни.

В отличие от русского в иврите нет обращения на «вы». В Израиле люди на улице обращаются друг к другу, начиная фразу словом «брат» – «Ахи – брат мой – אחי». Обращение «господин» используется в случае оформления документов в полиции или других государственных учреждениях, а также в литературном языке. В Израиле очень неофициальное общение, зачастую мужчины надевают галстук один раз в жизни – на свадьбу, и то не всегда.

Национальную специфику в речевом этикете имеют приветствия.

Так в иврите приветствие «Шалом», аналогичное русскому «Здравствуйте», используется крайне редко. Как правило, беседа начинается неофициально, с вопроса «Как дела?». В ответ почти всегда будет встречный вопрос «Нормально, а как у тебя?». Официальное приветствие используется только в деловых письмах или на собеседовании.

Умение правильно оценить ситуацию, завести и поддержать разговор с незнакомым человеком, грамотно изложить свои мысли является визитной карточкой человека высокой культуры, образованного и интеллигентного.

Захрат Фатима

АПОТРОПЕЙНЫЕ РИТУАЛЫ В МАРОККАНСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Литвиненко И.В.

Апотропейные ритуалы в марокканской культуре складываются из трех составляющих - этоберберские и арабскиетрадиции, а также традиции марокканских евреев, основанные на каббалистическом учении.

Различные приемы и обряды: вахнахт и тахдид (ночные бдения у постели роженицы), лансара (зажигание костров), хиллула (обрядовое посещение могил предков) и др. – были призваны обезопасить человека, его потомство и имущество. Противниками благополучья выступают, как правило, злые духи – джнуны. Считается, что причиной несчастья может стать «злойглаз» - зависть или ненависть конкретного человека.

Апотропейную функцию у марокканских евреев (сефардов и ашкенази), арабов и берберов выполняли огонь, железо, различные травы (гигантский укроп, герань, семякервеля, ромашка и др.), ритуальная еда, различные обереги в виде наколок и амулетов, дым ритуальных костров, кровь ритуальных животных. У сефардов защитным огненным ритуалом является зажигание субботних и ханукальных светильников и специальные молитвы

Среди марокканских иудеев и мусульман широко распространены разнообразные заклинания и заговоры, в том числе с употреблением имен Бога. Для защиты от Лилит (и Броша) применялись всевозможные написанные или печатные амулеты-шмира или хейеле.

Праздничный обряд урожая и плодородия Маймуна также вообрал в себя черты древнего ритуала. В его обрядности легко выделить элементы магии плодородия — употребление зелени, яиц, фасоли, живой рыбы и т.д.

Исаев Насреддин

НИЗАМИ ГЯНДЖЕВИ ИЛЬЯС ИБН ЮСИФ (1141) –ВЕЛИКИЙ ПОЭТ

АЗЕРБАЙДЖАНА

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Шафоростова С.Г.

Среди азербайджанских поэтов XII века возвышается величественный образ Низами - одного из корифеев мировой поэзии, имя которого обычно упоминается вслед за именем гения иранского народа АбульКасима Фирдоуси. Низами Гянджеви Ильяс ибн-Юсиф (1141-1203) – величайший азербайджанский поэт-романтик,

который родился, жил и умер в городе Гяндже, откуда и происходит его прозвище Гянджеви. Поэт вел замкнутый образ жизни, занимался поэзией и наукой. Он был близок ко двору азербайджанских хатабеков, которые не раз посещали жилище поэта, уважаемого в народе за свою мудрость и скромный образ жизни. Низами прославился созданием большого цикла романтических поэм, ставших известными не только в Азербайджане, но и в Иране. Поэтическое наследие Низами состоит из пяти больших произведений "Хамсе" ("Пятерица"), состоящих из тридцати тысяч бейтов (двустихий).

Низами имел большое влияние на развитие азербайджанской поэзии. Песня о свободной любви, созданная Низами Гянджеви, через несколько столетий вдохновила другого великого азербайджанца – поэта Физули.

В бессмертных творениях Низами Гянджеви отражены думы и чувства азербайджанского народа, его богатая история и быт. Азербайджанский народ на протяжении восьмисот лет высоко чтит память своего великого поэта. Произведения Низами Гянджеви переведены на ряд европейских языков. Его богатое поэтическое наследие является ценнейшим вкладом азербайджанского народа в сокровищницу мировой поэзии. Низами скончался в 1209 году в Гяндже. Могила великого поэта Низами находится недалеко от Гянджи. Много столетий она служит местом поклонения.

Исмаил Шахуа

СОПОСТАВЛЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ СО ЗНАЧЕНИЕМ «УМНЫЙ» В РУССКОМ И АРАБСКОМ ЯЗЫКАХ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Губарева С.А.

Фразеологические единицы (ФЕ) присутствуют в каждом языке и благодаря своим специфическим функциям, специфическим планам выражения и содержания являются экспликаторами особенностей определенной культуры. Мы сделали произвольную выборку единиц данной группы и составили языковые пары, компоненты которых конструируются по аналогичной модели:

1. «Голова варит» (РЯ) – нет аналога (АЯ); 2. «голова на плечах» (РЯ) – «в голове ум», *عنده مخ، في رأسه عقل* (АЯ); 3. «с головой» (РЯ) – «с умом», *عقل و* (АЯ); 4. «семи пядей во лбу» (РЯ) – нет аналога (АЯ); 5. «нет аналога» (РЯ) – «проницательное зрение», *نافذ البصيرة* (АЯ) и т.д.

Проведенный анализ русских позволил сделать следующие выводы:

1) Значительное сходство по содержанию между русскими и арабскими ФЕ наблюдается в тех случаях, когда форма является актуальной и для экспликации фразеологического значения, и для конструирования прямого значения с помощью сложения лексических значений всех компонентов. Например: «С головой» – 1. Об умном человеке; 2. О фактическом наличии части тела «голова». В то же время «голова варит» в прямом значении для описания объективной реальности не употребляется.

2) Аналогичные по форме ФЕ со значением «умный» отсутствуют в сопоставляемом языке в случаях, если а) форма актуальна только для ФЕ или имеет переносное, метафорическое, алогичное реальным бытия значение («голова варит», «семи пядей во лбу»); б) реализуется специфическое мировосприятие определенной

культуры («проницательное зрение» – параллели между умом и зрением не характерны для русской культуры, но встречаются в арабской).

Комбо-НдзабаГлуар Де-Желис
ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ СОЗДАНИЯ ОККАЗИОНАЛЬНЫХ ЕДИНИЦ
В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Губарева С.А.

Русский современный дискурс характеризуется насыщенностью окказиональными единицами, которые частотно используются в устной речи, рекламном дискурсе и текстах СМИ. Причинами данного явления, на наш взгляд, являются следующие тенденции, утвердившиеся как маркеры XXI века: 1) стремление к стиранию внутренних рамок; 2) экспликация творческого потенциала; 3) желание эпатировать; 4) экономия языковых средств.

Как правило, носители языка с легкостью устанавливают семантику неuzuальных слов, опираясь на контекстное окружение, у иностранцев же этот процесс вызывает ряд затруднений. Мы считаем, что при определении значений данных слов нужно прибегать к их словообразовательному анализу.

Исходя из словообразовательного потенциала, мы разделили окказионализмы на следующие группы: 1. Окказиональные глаголы от имен существительных (эсэмэсить – отправлять СМС, креативить – проявлять креатив, выдвигать нестандартное решение). 2. Конструкция «заимствованное слово + русский аффикс» (зафрендить – подружиться, от англ. friend; вуменша – женщина, от англ. woman). 3. Конструкция «русское слово + заимствованный аффикс» (жабинг – неудачная пластическая лица; откатинг – взятка). 4. Узуальная форма с окказиональным значением (журналист – тот, кто отвечает за журнал посещаемости студентов; декабристы – цены в декабре). 5. Удаление, добавление, перестановка или замена звуков (Гороскопы / горескопы – выражается недоверие к гороскопам как жанру).

После определения базовой конструкции окказионализма становится возможным провести параллели между узуальным словом и новообразованием, подобрать однокоренные слова, установить значение аффиксов и, наконец, вывести значение. Овладение данным навыком позволит глубже понять русскую культуру и выйти на новый уровень владения языком.

Куковицкая Юлия
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В
РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Губарева С.А.

Процесс зарождения и развития анатомической лексики (АЛ) тесно связан с особенностями перцептивных процессов человека. В соответствии со становлением знаний медицинского характера и отражением их в различных источниках мы выделили несколько периодов данного процесса:

1. Дохристианский период. Исследуемый материал (ИМ): фольклор и фразеологизмы. Источник знаний (ИЗ): приготовление пищи, преднамеренные

вскрытия, черепные операции жрецов-волхвов в IX–XI вв. АЛ: номинация частей тела человека путем переноса наименований соответствующих органов животных.

2. Христианский период: 2.1. Средневековая Русь. ИМ: Летописи и другие древнерусские памятники. Например, описание эпидемии чумы 1363 г. в Никоновской летописи. ИЗ: практика древнерусских лечцов – как светских, так и монастырских. АЛ: названия болезней, симптомы, способы лечения.

2.2. Зарождение научной анатомии. ИМ: Трактаты монахов, «псевдоаристотелева литература», переводные лечебники, травники (зельники), «вертоград» дохтурские сказки (истории болезни). ИЗ: Открытие Лекарской школы в 1654 г. Практика врачей, составляющих уже иерархию: высшее место – доктора, лечащие внутренние болезни; далее – лекари, занимающиеся хирургией и лечением наружных болезней; за ними – аптекари и другие специалисты. Медшколы иностранных анатомов, приглашенных Петром I. АЛ: Систематизация знаний анатомии и становление ее как научной дисциплины.

2.3. Латинизация терминологии. В дальнейшем состав АЛ пополнялся за счет латинских и греческих номинаций, ставших основой современной системы научных терминов. Однако крупные органы и части тела в большинстве случаев сберегли старые наименования (голова, рука, сердце, желудок, и т.д.). Что же касается диалектов и просторечья, то здесь традиционные названия частей тела вытеснили научную систему терминов (брюхо, пузо, башка, и т.д.).

Пайзулаева Л.А.

ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ ЧЕЧЕНСКОГО ЯЗЫКА И ЕГО СРАВНЕНИЕ С РУССКИМ ЯЗЫКОМ

Кафедра гуманитарных наук

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина,

Научный руководитель: доцент Синявина Л.В.

В истории чеченского языка было много изменений в связи со сложной политической обстановкой в Чечне и переселением её народа в другие страны. В 1926 г. арабский алфавит был приспособлен к фонетике чеченского языка. В чеченском языке этого периода появляется значительное количество арабских слов: жайна-книга, дола-молитва.

В 1923 г. чеченский язык перешел на латинскую графику, которая быстро распространилась на всем Кавказе. Вплоть до 1927 г. в газетах печатались статьи с использованием русской, арабской и латинской график. Образование быстро развивалось и из русского языка в эти годы была заимствована научно-техническая, учебно-педагогическая, медицинская и военная терминология. В 1944 г. язык был запрещен, книги на чеченском языке были уничтожены, и только в 1956 г. чеченский язык снова официально был разрешен для использования в письменной речи. С 1990 г. во заимствованиях стали соблюдать орфографические нормы русского языка: слова стали произносить и писать так как в русском языке, не подвергая их фонетическим изменениям. В отличие от русского языка в чеченском 10 падежей. Помимо основных шести падежей, которые по значению совпадают с аналогичными в русском языке, в чеченском есть еще четыре падежа: эргативный, вещественный, местный и сравнительный падежи. Имена существительные в эргативном падеже выступают в роли подлежащего при переходных глаголах, в вещественном – в качестве косвенного дополнения, а в местном – в качестве обстоятельства места.

Рандрианасоло Керри
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗОТИЗМОВ И ВАРВАРИЗМОВ В СОВРЕМЕННОЙ
РАЗГОВОРНОЙ ЛЕКСИКЕ МОЛОДЕЖИ

Кафедра гуманитарных наук
Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Долгая Е.А.

Современная разговорная лексика молодежи – это особый пласт культуры живого русского языка, сложное единство литературной, диалектной, жаргонной, и просторечной лексики. Значительную часть разговорной лексики молодых людей составляют заимствованные слова. Из всего многообразия иностранных слов нас будут интересовать лишь два типа заимствований: экзотизмы и варваризмы. Экзотизмы – это заимствованные слова, которые характеризуют специфические национальные особенности жизни разных народов и употребляются при описании их действительности. Отличительной особенностью экзотизмов является то, что они не имеют русских синонимов, поэтому обращение к ним при описании жизни других народов продиктовано необходимостью. Варваризмы – это перенесенные на русскую почву иностранные слова, употребление которых носит индивидуальный характер. Варваризмы – это не закрепившиеся в общелитературном языке единицы. Варваризмы попадают в речь как окказиональные средства, их употребление не носит общепринятого характера. В отличие от экзотизмов варваризмы можно перевести на русский язык с помощью одного слова, без каких либо смысловых потерь. Многие лингвисты считают, что варваризмы нарушают чистоту речи. Процесс постоянного заимствования на данный момент неизбежен, и в будущем его темпы будут увеличиваться со стороны доминирующего на планете языка. Однако опасения лингвистов, высказанные в начале 90-х, о том, что английские заимствования окончательно испортят великий русский язык, не подтвердились. Русский язык не утратил своего национального лица, несмотря на активное, можно даже сказать агрессивное влияние английского языка.

Реджепов Мердан
ПОНЯТИЕ ЧЕЛОВЕК В ЯЗЫЧЕСКОЙ И ПРАВОСЛАВНОЙ КУЛЬТУРАХ И
ЕГО ОТРАЖЕНИЕ В РУССКИХ ИДИОМАТИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЯХ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Мухортова О.Д.

Знакомясь с православной культурой, следует учитывать тот факт, что наряду с официальной существовала и так называемая бытовая ее версия – некий особый тип народного христианства, в котором христианские представления сосуществовали с языческими. Эта народная версия христианства являет собой единую, цельную систему верований, в которой языческое и христианское не противоречило, но естественно дополняло друг друга.

Сведения о системе взглядов славян на мир дают возможность иностранным учащимся проанализировать реалии, имеющие отношение к языческой и православной культурам, а также сравнить факты и явления, нашедшие отражение в русском языке.

Человек с позиции языческой культуры – это тоже в первую очередь материальное тело: голова, туловище, руки, ноги. В русском языке есть много идиом, в состав которых входят существительные со значением “части тела человека”. Эти идиомы

могут многое рассказать о человеке. Когда человек очень сильно беспокоится, волнуется из-за чего-нибудь, то в таком состоянии у него кружится голова, у него по спине мурашки бегают, на нем лица нет. Если человек сильно устал, он сам о себе говорит: Я едва стою на ногах, меня ноги не держат и др.

Славянскую языческую культуру можно назвать культурой тела, потому что все, что существовало в мире славянина-язычника, имело тело. Тело было у солнца и земли, у неба и воды, у ветра и грома, у добра и зла, у человека и животных. Сам мир – это тоже тело. Самый известный телесный образ мира – Мировое древо, этот образ известен в культурах многих народов.

Ферас Абдуллах

**МЕТАФОРИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ ПОЗИТИВНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА (В РУССКОМ И
АРАБСКОМ ЯЗЫКАХ)**

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: Дорохова А.И.

В настоящее время темы, связанные с комплиментарной лексикой, активно разрабатываются лингвистами, однако многие вопросы по-прежнему остаются открытыми. В нашей работе мы проводим сравнительный анализ метафорических конструкций позитивной направленности, используемых при обращении к лицам женского пола или для их характеристики и реализующихся на современном этапе русского и арабского языков.

При исследовании контекстного материала мы разработали классификацию соответствующих метафорических конструкций по типу сравнения:

- 1) с животным или с частью животного (в русском языке – «зайчик/ зая/ зайчонок/ зайнышка», «котенок/ кися», «рыбка», «ласточка»; в арабском – «утка», «верблюду», «лань», «газельи глаза»);
- 2) с небесными телами (в русском – «солнышко», в арабском – «луна»);
- 3) с растением (в русском – «роза»; в арабском – «роза», «листья салата», «глаза как лес из пальм»);
- 4) с ребенком (в русском – «малыш/ малышка», «пупсик», в арабском – аналог отсутствует);
- 5) с оружием (в русском – «бомба», в арабском – «ракета»);
- 6) отождествление с частью себя (в русском – «свет очей моих», «душа моя», в арабском – «душа моя», «зрачок моего глаза», «мое сердце»).

Обобщая вышеописанный материал, можем отметить, что в русской культуре позитивное сравнение женщины с животным или ребенком реализуется с помощью ласкательных форм и предполагает выражение нежных чувств говорящего. В арабской же традиции параллель женщины и животного проводится по внешнему признаку и выражает эстетическое, в том числе и сексуально-эстетическое наслаждение субъекта.

Данный факт объясняет отсутствие отождествления женщины и ребенка. Все остальные типы конструкций представлены в обоих языках и являются общекультурным элементом процесса метафоризации, но различаются словарным материалом, в котором и выражается самобытность каждой из культур.

Эль Хамссани Эль Мехди
ОТРАЖЕНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В РУССКИХ И АРАБСКИХ
ПОСЛОВИЦАХ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель: Ткаченко О.В.

Семья, семейные и родственные отношения являются общими духовными приоритетами любого общества. Наиболее ярко отражается этот аспект человеческих отношений в народных пословицах. В настоящем исследовании мы проанализировали русские и арабские пословицы о семье и выделили следующие общие черты:

1. Важность и необходимость семьи: «Дерево держится корнями, а человек семьей»; «Забот твоих не разделит никто, кроме родных» (араб.).

2. Семейная сплочённость: «Семья в куче — не страшна и туча» (рус.) «Стена, имеющая подпорку, не упадет» (араб.).

3. Своя семья никогда не предаст человека: «В своей семье какой расчет?» (рус.); «Твоя семья может пережёвывать тебя, но никогда тебя не проглотит» (араб.).

4. Особенно важна любовь братьев в семье: «Братская любовь пуще (лучше) каменных стен» (рус.); «Брат - твой меч, если с тобой приключилось несчастье» (араб.).

5. Уважение к старшим, прежде всего к родителям, сыновнее и дочернее послушание: «Живы родители – почитай, а умерли – поминай» (рус.); «Кто не уважает своего отца, у того нет ни рода, ни племени» (араб.).

6. Любовь к детям: «Семья без ребенка, что очаг без огня» (рус.); «Дети для нас - и во-первых, и в-последних» (араб.).

7. Любовь к своим детям, несмотря на их недостатки: «Свой дурак дороже чужого умника» (рус.); «Обезьяна в глазах своей матери - газель» (араб.).

Отличительной чертой русских пословиц является констатация равенства в семье мужчины и женщины: «Муж да жена – одна сатана» (рус.) В арабских пословицах говорится о власти мужчины в семье: «Хозяин дома лучше всех знает, что в нём происходит» (араб.).

Таким образом, несмотря на национальное своеобразие быта и образа жизни русского и арабского народа, пословицы отражают общие для всех людей представления о семье и ее роли в обществе.

Эльдор Якубов
ЗАИМСТВОВАНИЯ В УЗБЕКСКОМ ЯЗЫКЕ

Кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научные руководители:- Помазун О.В., Овчинникова А.С.

Узбекский язык – государственный язык и язык межнационального общения в Узбекистане. До 80% населения владеет русским языком. Это связано с тем, что в больших городах во многих школах обучение на русском языке, а в узбекских школах есть русские классы.

Усвоению русского языка способствует также большое количество заимствований в узбекском языке из русского.

Когда узбекские студенты, приехав в Харьков, начинают изучать химию, то они обнаруживают, что названия почти всех химических элементов на русском языке звучат также, как и на родном.

В 80-е годы XX века 80% технической литературы в мире издавалось на русском языке. Таким образом в узбекский язык вошли следующие слова: телевизор, холодильник, труба, мотоцикл, велосипед, этаж, потолок, пол.

Очень много заимствовано из русского языка слов, обозначающих названия изучаемых предметов: химия, физика, биология, математика; а также слова из быта учебных заведений: ручка, очки, сумка, пакет, доска, стул, стол, библиотека, материал; названия предметов одежды: куртка, шарф, костюм. С ростом технического прогресса, с появлением современной техники в узбекском языке появляются новые заимствованные слова: кондиционер, компьютер, телефон, курс доллара, смартфон и др.

В мире существует немало примеров влияния одной культуры на другую, и большое количество заимствованных слов в узбекском языке из русского – яркий тому пример.

Сейчас мы живем и учимся в Украине и часто слышим украинскую речь, которую мы также используем и лексика которой обогащает наш язык.

IHO3EMHI MOBI

Aous Khaskia

USE OF ANTIBODIES IN TREATMENT OF DIFFERENT DISEASES

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Prasko A.Yu.

Antibodies are glycoproteins which play a main role in defense of the immune system of the human body. They are produced by B lymphocytes inspired by introduction of an antigen to the body. They have Y shape, which consists of two parts Fab and Fc. The Fab portion (upper one) contains two resemble antigen binding sites which differ between each antibody. The Fc portion (lower one) is one shaped in all antibodies and is responsible for neutralization and removal of antigen. So, as a result of that, scientists wanted to benefit from the antibodies features by using them as a treatment for different diseases, mainly cancer. But they faced a huge problem which was about the limited production capacity of the plasma cells (which produce antibodies) so they decided to make hybridization with myeloma (skin cell cancer) to produce huge amount of antibodies according to the fact that these cancer cells are rapidly reproductive. Scientists developed three types of treatment using antibodies:

Antibodies connected with toxins. Using toxins like ricin and connecting them with specific antibodies against specific cells in the body. The disadvantage of this way of treatment is that in order to get rid of disapproval cells, the antibody with the toxin has to enter inside of each cell, especially dealing with diseases like melanoma, breast cancer, colon cancer and leukemia where immunotoxin antibodies are not able to enter to their tumor cells because of large size of these antibodies. Antibodies connected with radioactive material. Using radioactive antibodies is an alternative solution for the size issue due to the fact that radioactive antibodies have the ability to destroy disapproval cells by spreading rays to kill the tumor cells without getting into each cell. But the negative point of this way of treatment is that radioactive material also destroys normal body cells.

Antibodies connected with specific enzymes. This way of treatment requires two steps in order to destroy disapproval cells in the body. The first step is introduction of the enzymatic antibody and the second one is introduction of the substrate which is transformed into toxic material after connection with the enzyme. This way of treatment approximately resembles immunotoxin antibodies but the difference between them is that toxins in enzymatic antibodies are more effective against disapproval cells in the body.

Askerov R. N.

CANCER: NOT A DEATH SENTENCE

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: Zhdanova T. A.

Nowadays we have much experience in treating cancer diseases including new methods of treatment, new inventions which can deal with these diseases and make treating process safe. Talking about new methods we should mention them: different kinds of surgery, chemotherapy, radiation, photodynamic, targeted, laser therapies, transfusions, hyperthermia, psychological therapy etc. Yes, oncological diseases are difficult to treat but we can do it. Moreover, it depends on how our patient feels. Nowadays it is proved that bad

emotions damage organism and positive – make it stronger. These facts should be mentioned when we talk about treating process connected with cancer diseases. The medical treatment of cancer is upgrading confidently nowadays. Who expected them to cure cancer of the blood with virus? None expected but Mayo Clinic did it. Other problem is that treatment processes are too expensive and it seems that people, who suffer from cancer diseases in poor countries or who can't afford this treatment process, have less (or, maybe, no) chances to survive and live on. It is a very big problem, which must be solved by helping and treating these patients. And of course, we should reduce physical, chemical and biological carcinogens, which cause cancer, in order to be safe. So, dear future physicians and doctors, future surgeons and oncologist, this important and generous mission is our mission. We should help people with *arte et humanitate, labore et scientia* to deal with all cancer diseases.

Ayvazyan K.

ARTERIAL HYPERTENSION – EPIDEMIC OF THE 21ST CENTURY

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Ovsianikova G.

This disease, though often has no symptoms, but nevertheless belongs to a group of diseases, the most threatening to our hearts. Hypertensive heart disease - a disease of civilization, now in developed countries about 25% of the adult population indicated high blood pressure. According to the World Health Organization, only 5% of them are unaware of their condition, 40% (5%) receive appropriate treatment and only 10-20% has shown a steady normalization of blood pressure. Thus spread of hypertension has features a large epidemic, which is not brought under sufficient control.

Hypertensive heart disease - a chronic disease, which is based on the main symptom: increased blood pressure. At the heart of hypertension are tonic contractions of arterioles resulting in dysregulation of the vascular system. In the etiology of hypertension can be distinguished: a) acute psycho-emotional trauma; b) prolonged or repeated psycho-emotional surge; c) disorders of the higher nervous activity associated with menopause; g) disorders caused by head concussion. Scientists divide over the hypertensive disease into three stages. The first increases at some time substantially influenced by emotions. The disease at this stage is reversible. The second stage is characterized by a sustained increase in blood pressure, which does not decrease without treatment. There is a tendency to a hypertensive crisis (rise in blood pressure). The third stage is called the sclerotic. During this period, there are irreversible changes in the blood vessels of the kidneys and other organs, aorta, coronary and cerebral arteries. Treatment of hypertension is constant monitoring of blood pressure levels and taking drugs, supporting blood pressure in stable condition. For the treatment of hypertension doctor, first of all, advise the patient to change lifestyle, give up cigarettes and alcohol, eat poorly salty foods, avoid stressful situations. If hypertension responds well to treatment, the doctor prescribes a drug (it is b-blocker, ACE inhibitor or diuretic).

Chan Thi Thuy Linh

THE FIGHT AGAINST OBESITY

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Obesity is a major problem in many countries. It has become the most attractive subject for medical researchers to find a “cure” for the common condition of being overweight.

However, rather than taking responsibility for their weight, obese people often shift the blame on a slow metabolism. Despite the persistence of this metabolism myth, science has known for several years that fat people have faster metabolism than slim people. Overweight people actually burn off more energy. They have more cells, bigger hearts, bigger lungs and they need more energy just to keep their bodies working. To prove the truth, an experiment was carried out. By sealing the room and measuring the exact amount of oxygen the patient used, researchers were able to show that her metabolism was fast. Prof. O'Rahilly's (University of Cambridge) groundbreaking work has proved that obesity can be caused by our genes. An interesting fact is that the part of the brain called the hypothalamus is responsible for regulating hunger. Studying an obese mouse Professor Jeffery Friedman from Rockefeller University in the US found out that leptin (special hormone) acts as a messenger, sending messages to the hypothalamus to turn off the appetite. It gave a new perspective on the horizon. On the basis of Friedman's research prof. O'Rahilly carried out the experiment by giving this hormone to two obese patients who didn't have leptin in their blood. And after that they lost a stone in weight. It was the first proof that a genetic defect could cause obesity in humans.

Until recently, research and treatment for obesity have concentrated on behaviour modification and drugs to decrease appetite and plastic surgery. How those drugs worked was often not understood and many of them caused severe side effects. Surgical operations have also claimed many lives. Consequently, more research must be done before the "magic" cure for obesity is found.

Fadi Sultan
HUMAN LIMBS REGENERATION
Department of Foreign Languages
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Prasko A.Yu.

The limbs of the human body are created to help humans to make their life needs. It must be admitted that without extremities a human is able to live but quality of life will be definitely lower. According to the research conducted in the period from 19th to 21st century loss of the limbs due to different causes is irreversible process. But the latest studies have shown that when a human loses any part of his or her limbs, he/she can regenerate it like lizards do. In 2010 a woman called Deepa Kulkarni lost a fingertip because of the steel door. She was able to grow it back by using development product called "Matristem". This product contains pig bladder matrix, collagen, elastin and glycoproteins. The empty matrix of pig gallbladder performs an important function which consists in regenerating of the limbs. For many years scientists have thought that the matrix function is like being glue that combines cells and tissues. But they discovered that its real function is to be highway between cells that can be classified as embryonic stem cells for making different tissues (like bones, muscles, nerves, etc.). For every kind of tissue in the human body there are groups of stem cells that are responsible for cell division. These cells provide signals to stimulate it to make a part undiminished, knowing that it cannot regrow in a natural way. So, when a person loses some part, these cells make a scar on his/her tip. The matrix has such kind of signals that forces these cells to produce lost tissues again. Another way of treatment developed by accident called "WNTS" is relative to a group of cells that are found in mice and produce protein called WNTS. This protein interferes with growth process and can restore growth, but it is useless without stem cells because these proteins need an incentive for the stem cells. In general, not all humans can use this kind of treatment.

Moreover, it is not available in pharmacies. The above-mentioned types of treatment can cause allergies due to the weight composite particles in the blood plasma. The blood plasma consists of high or low molecular weights of materials that vary from one person to another. That is why doctors make blood plasma test before providing of treatment.

Unfortunately only 8% of humans have ability to get treatment like that mentioned above, but scientists expect to discover such kind of treatment that will be suitable for everybody in the following 10 years and they say it may be the beginning of the end of losing of human limbs.

Goncharenko M.

ANALYSIS OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADOLESCENTS

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Head of Dep., PhD Korneyko I.V., Sherstova E.I.

Hypertension (HT) is the most common condition in primary care that can lead to health consequences and death, if not detected early and treated appropriately. It is well established that HT begins in childhood and that cardiovascular (CV) risk in early teens can be tracked into adulthood CV disease. Research into adolescent CV risk factors (CVRF) provides evidence that development of possible interventions may hold great promise if conducted with correction of previous lifestyle.

Purpose. The work studied the prevalence and incidence of CVRF in adolescents and investigated current approaches to adolescent heart health awareness, modification of CVRF, education of adolescents about methods of prevention of CV diseases.

Materials and Methods. The physical assessment measures included body mass index (BMI) and blood pressure measurement in 68 adolescents; and their dynamics for 12 months. A family CV risk history assessment questionnaire that asked about family hypertension or diabetes and individual lifestyle was completed.

Results. Almost 20% of the adolescents had one CVRF (more pronounced in the older age group). The investigation demonstrated that during the study period, the percentage of obese teens (according to dynamic of BMI) increased significantly (especially in the group “Pre-hypertension” - metabolic imbalance established at 38%). In 8 persons with maximal risk (BMI over 25 in combination with pre-hypertension) health condition has deteriorated most rapidly during the year (obesity of 1 degree and stage I HT were diagnosed in 5 adolescents). Additionally, the family history, low levels of physical activity, sedentary behaviors were all independently and negatively associated with all aspects of CV risk. The findings of this study supported the need for continued surveillance to provide early identification and follow-up of adolescents with CVRF, because the early diagnosis of HT in school children, monitoring and modification of risk factors is the basis for slowing down the pathological process and prevention of CV complications.

Haifa Yasser Awad

THREE MOST RARE PSYCHOLOGICAL AND PHYSIOLOGICAL DISEASES IN MEDICINE

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: PhD Kuznetsova I.V.

Three significantly distinctive diseases but share one thing in common scarcity. Three are psychologically destructive, cause's severe anxiety disorders and depression, shattering,

immensely daunting, horrifying and eventually fatal. Three of them being classified neuropathological, they immeasurably affect the person both physiologically and psychologically causing a spectrum of problematic difficulties in body's locomotion, posture and disorders such as delusions, hallucinations insomnia and so on.

These disorders fall on top of the list of most bizarre neurological and psychological disorders and their existence if not scientifically proven would be impossible to acknowledge.

Fatal Familial Insomnia (FFI), a very rare autosomal dominant inherited prion disease of the brain caused by a mutation of the protein PrPC at codon 178. The stages of the disease array from: 1) Insomnia; 2) Hallucinations, panic attacks, paranoia, and phobias; 3) Inability to sleep and rapid weight loss; 4) Dementia, followed by death

These stages occur in a period of approximately 6 months. Unfortunately, gene therapy seems to fail to cure this atrocious disorder and no treatment has yet been found. Secondly comes the Alien Hand Syndrome (AHS) which is a rare neurological disorder that causes hand movement without the patient having control over the action. This strange movement may occur after brain surgeries, strokes, tumors, etc. Particularly in patients who have damaged or cut corpus callosum that connects the two cerebral hemispheres (split brain), the hands appear to act in opposition to each other. Patients with AHS tend to lose their 'sense of agency' associated with their purposeful movement of the limb while retaining a sense of 'ownership' of the limb. However, the symptoms could be reduced by keeping the alien hand occupied or involved in a task but sadly the cure is yet to be found.

Finally, Cotard's Syndrome (also known as The Cotard delusion and Walking Corpse Syndrome) which falls on top of the list. An unusual extremely rare mental illness, which was first described by the Persian neurologist Dr. Jules Cotard (1840-1889), in which the afflicted person holds a fixed and unshakable delusion that he or she is dead.

Surprisingly, in spite of its extreme rareness this disorder has numerous causes. Cotard's syndrome usually is encountered in people who suffered from neurological and mental illness, clinical depression, etc. The medical literature has indicated that the occurrence of Cotard's syndrome could be associated with lesions in frontal and temporal regions of the right hemisphere of the brain.

After long years of patients suffering from this dreadful syndrome, fortunately in 2010 a review reports successful pharmacological treatments using antidepressant, antipsychotic, and mood stabilizing drugs, likewise, with the depressed patient, electroconvulsive therapy (ECT) is more effective than pharmacotherapy which makes this disorder curable but after lengthy treatment producers and massive effort.

Ippolitov D. A.
DEONTOLOGY AND MEDICAL LAW IN UKRAINE
Department of Foreign Languages
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Kulikova O.V.

To begin with, in general, deontology is the normative ethical position that judges the morality of an action based on the actions adherence to the rules. As we see, deontology is very capacious theme, so I want to concern only few sides of this question, with which I have recently faced.

But, first of all, several sentences about history of this science. The term is derived from the Greek 'deon' - obligation or duty and it was first used to describe the current commonly

understood definition by Charlie Dunbar Broad, who was an English writer and moral philosopher, in book 'Five types of ethical theory', which was published in 1930.

And now let's pass to the purpose of my report. As you maybe know, on the second year of medical university students always start to study propedeutics or in other words introduction into such fundamental sciences as therapy and surgery. In particular, we consider the moral side of the doctor's work, but all offered information is about good gestures, manners, behavior and about positive influence of these factors on patient's health. I don't say that it isn't necessary, but such qualities we can acquire only during practice. Instead, now we are living in a century of human liberties, of course not totally, but only relatively to previous centuries. This is shown in a wide range of human rights, which can be applied to a medicine, as well as to any other side of our life. I think each of us have heard about the main, in my opinion, rule of today's medicine, which is known as an Informed consent. So, according to this patients have a complete control over the treatment, even despite an absence of medical knowledge. Is this right and what does that mean for student as for the young practicing doctor in future ?

Only one thing – for what do we need good manners and gestures if our patients, which we can cure will decide to stop treatment and even maybe die, because of their religious beliefs, creeds or any other reason and we can't affect in any way.

First of all, because of imperfection of our law system, specifically we haven't objective control system, which can assess the adequacy of the patient's solutions. Existing courts are often too slow, but decision-making speed is very important in health questions.

The second reason is our lack of knowledge in moral and especially in medical ethics areas. Last, but not least, because of interaction system of the student with the teacher, I mean tests now. How can tests display student's understanding degree of his 'deon' – duty, obligation before the patient? In no way, I'm sure, but I'm sure too, that each of us, who stand on a medical pass must understand his responsibility.

Kudin I.
ANABOLIC STEROIDS
Department of Foreign Languages
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Sirenko O.P.

Anabolic steroids are pharmacological drugs that simulate the action of the "male hormone" testosterone. Testosterone takes part in the development of male genitals and secondary sexual characteristics: low voice, male facial features and provides spermatogenesis as well as sexual behavior and exerts influence on nitrogenous and phosphoric metabolism.

In 1934 the Swiss organic chemist Leopold Ruzicka synthesized an anabolic steroid. In Nazi Germany soldiers used steroids to increase aggression and stamina. Adolf Hitler received injections of anabolic steroids, following his personal doctor's advice.

Doctors use anabolic steroids in medicine during replacement therapy, when it is necessary to restore the organism after severe diseases, such as testicular cancer or when a person needs a sharp jump in the level of testosterone in the blood during the period of puberty. They are also used to restore muscle mass lost after recovery from surgery. They are helpful in treating severe burns.

From the middle of 20th century anabolic steroids are used not only in medicine, but also in sports. They began to be used in the Soviet Union, East Germany, the United States and

other countries to improve the performance of Olympic athletes. Anabolic steroids are beneficial to the achievement of athletes.

They affect the body, changing the process of building muscle. The key to the construction is protein synthesis. Muscles are composed of long chains of fiber-containing proteins. When an athlete is engaged in heavy training this structure is damaged leading to microscopic muscle tears. The body is restored independently, connecting the broken fiber. As a result, the muscles become bigger and stronger than before. With the use of steroids the process of recovery is faster.

Each athlete risks being faced with terrible side effects when taking steroids. Men may experience gynecomastia (accumulation of fatty tissue under the nipples), testicular atrophy (testicles become half of the original size). Women may present with androgenic side effects such as male pattern baldness, hair growth on the face and a permanent deepening of the voice. It may also decrease the breast and increase clitoris.

Steroids possess many positive qualities and they continue to be used in medicine, though their side effects are terrible as they are associated with a serious harm to the human body. According to their influence on the human, steroids may be compared with drugs. And I think that anti-doping control is an absolutely necessary tool to fight with steroids and an effective thing for fair competition.

Mamedova K.T.

VITAMINS IN PRACTICE OF PEDIATRICIANS

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Andrienko M.I.

Balanced diet of children and adults is the most important condition for maintaining the nation's health. However, at present in Ukraine only very few people can be considered as having balanced nutrition in view of the current socio-economic conditions. The daily diet of the majority of Ukrainians in the late twentieth century is "the food of the poor" which is carbohydrate and fat, with an insufficient amount of animal protein, vitamins and minerals deficiency.

The results of population research suggest extremely insufficient consumption and increasingly growing shortage of vitamins (A, B, C, E) as well as trace substances (such as iron, zinc, iodine). It is alarming that vitamin deficiency is experienced not only in winter and spring, but also in summer-autumn periods, indicating the formation of the strongly unfavorable year-round type polyhypovitaminosis among the majority of population.

Intense metabolic rate in children, which not only supports life activities, but also provides growth and development of the child's body, requires adequate and regular supply of micronutrients. Therefore, the development of vitamin and microelement deficiencies in children can be associated with various health problems.

Thus, at the present time there appears to be such an environment in which nutritional disorders can affect not only the health, physical and intellectual potential, but in general, the viability of the nation.

Vitamins are essential nutrients of organic origin and practically are not synthesized in the human body, but play the role of regulators of numerous biochemical reactions in metabolism and energy. Not being a building and energy substrate, vitamins serve as catalysts of biochemical reactions. Equally important is the lack of vitamins in the pathogenesis of many human diseases.

Insufficient intake of vitamins in the body leads to the development of deficiency of these essential micronutrients. Depending on the depth of vitamin deficiency in the body there are hypo- and avitaminosis. Avitaminosis is usually defined as a deep vitamin deficiency due to the almost complete abnormality of their intake. Hypovitaminosis is called a deficiency of vitamins in the body as a result of reduced and insufficient intake of them.

For the prevention of micronutrient deficiency it is reasonable to distinguish children and adults who have a variety of predisposing factors for the development of vitamin and microelements deficiency.

Severity of deficiency of vitamins depends on many factors and can have strongly marked and distinct clinical manifestations in cases of deep micronutrient deficiencies. Moderate or weakly expressed hypovitaminosis without manifestation of symptoms may also lead to the development of various pathological conditions or exacerbate their severity.

The main feature of the mineral metabolism in children is that the processes of intake of minerals and their removal are not balanced with each other. Child growth and development require intensive intake of minerals.

Martynenko A.

THE EFFECTS OF ALCOHOLISM ON THE HUMAN BODY

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Sirenko O.P.

At the present time a lot of people have an alcohol addiction. More than one fifth of population of Ukraine has this problem.

Alcohol or ethanol (C₂H₅OH) is an organic compound made up of molecules of Carbon, Hydrogen and Oxygen. The high solubility in water makes it one of the most potent depressants of the human nervous system; also it is a powerful hypnotic sedative. This is why people drink alcohol to settle down and forget about all their troubles, but few of us know about the dangers of alcohol. The negative effect of alcohol on the brain is associated with lack of oxygen in the neurons, resulting alcohol intoxication. Alcoholic dementia, developing long-term use of alcohol is a result of death of the brain cells.

Alcohol abuse affects the heart muscle, increases the volume of the heart, which leads to serious illness and death. Use of alcohol also causes accumulation of clots in blood vessels, which inevitably appears after drinking alcohol in any doses, leads to the death of groups of heart cells (microinfarctions). The accumulation of blood clots in capillaries and arterioles can lead to death of large areas of the heart muscle - a stroke. As medical statistics shows at young age (under 40) heart attacks occur exclusively in connection with the use of alcohol.

Patients suffering from the 1st stage chronic alcoholism appear to have a stimulation of respiratory function: increased respiratory minute volume, breathing becomes more frequent. As the disease progresses various diseases affecting breathing may occur: chronic bronchitis, bronchitis, emphysema, tuberculosis. Often the effect of alcohol is compared with the one of tobacco. Patients with chronic alcoholism often complain of disorders of the gastrointestinal tract because gastric mucosa first takes toxic effects of alcohol. Typically, patients reveal gastritis, gastric ulcer and duodenal ulcer.

Alcoholism also leads to failure of salivary glands function. The liver is a unique organ of the digestive system because it performs an antitoxic function, participates in almost all types of metabolism. Drinking alcohol can damage the liver in many ways, for example it can lead to cirrhosis (degeneration of the liver). The majority of patients with alcoholism present with impaired excretory function of kidneys. The effect of alcohol on the gentle

renal epithelium is detrimental. Alcoholism also accounts for a variety of mental problems, such as hallucinations, numbness of body parts, muscle cramps, sometimes sudden weakness in the limbs ("cotton legs") etc.

Alcohol exerts harmful effects on the human immune system, as it affects the blood, reducing the lymphocytes production, promotes the development of allergies. Reproductive glands experience harmful effects of alcohol, which lead to decreased sexual function. "Alcohol impotence" occurs in men, as well as neurosis, reactive depression, etc. Under the influence of alcohol menstruation may stop, the ability to bear children may get worse.

Chronic alcohol often leads to weakening and wasting of muscle. In 30-50% of cases, alcohol abusers develop skin diseases. It also leads to premature aging and disability. Life expectancy of alcohol abusers is usually 15-20 years shorter than the average.

Nedielko D.

HEART DISEASES. PROBLEM OF THE MODERN WORLD.

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Getmanets I.O.

All diseases of the circulatory system are subdivided into three groups according to the localization of the pathological process: 1) the disease, which affects mainly the heart; 2) the disease, occurring with a primary lesion of vessels; 3) the disease affecting the entire circulatory system in general. The causes of cardiovascular disease can be congenital or acquired or it can be the result of infectious inflammatory process. But the main enemy of the health of the heart and blood vessels is abnormal metabolism and, in particular, high level of cholesterol. Unfortunately, while we are young and healthy, we almost never think how to keep our hearts fit throughout the life.

Heart arrhythmia is a collection of heart rhythm disorders. They can occur in almost healthy people on the background of pronounced fatigue, a common cold, after taking alcoholic drinks. Congenital heart defects are anatomical disorders of the heart, its valve apparatus or vessels that occur in utero, before the birth of a child. Acquired heart disease develops after the birth and is the result of lesions of the valves or partitions of the chambers of the heart in various diseases, most often as a result of rheumatism. Endocarditis, myocarditis, pericarditis belong to the so-called inflammatory heart disease. They can be an independent conditions or complications of other diseases. Coronary heart diseases are caused by oxygen starvation of the heart, caused by narrowing or blockage of the coronary arteries. Myocardial infarction is a serious complication of ischemic heart disease.

Today the problem of heart diseases is very crucial. Indeed, people of all ages are in the risk category. These diseases are very hazardous because the science doesn't have enough information about some of them. If you care about the health of the entire body, it is good to nourish your heart with nutrients and oxygen and not to poison it by nicotine and alcohol.

Onischenko D.

THE HOPE FOR YOUTH AND HEALTH

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Sirenko O.P.

Each of us has his own receipt for happiness, but whatever it is the main ingredient is our health. Do we have enough knowledge and experience to cure incurable diseases? Doctors

have been trying to deal with this complex issue for decades. Nowadays they admit that the key to our health is given to us all from the beginning without exception. This is stem cells.

These cells are responsible for the daily support of our vital functions, such as heartbeat, work of the brain, blood filtration, replacement of the skin cells, etc. The main purpose of unique stem cells is to produce the rest of cell types. They are suppliers of new cells. When stem cells divide they can form more cells.

There are two types of stem cells. The first type is hematopoietic cells. They are converted into formed elements of blood and are marked by short term transformation. The second type is mesenchymal cells; these cells provide restoration of damaged organs and tissues.

Stem cells have a certain chemical composition and differentiation for each individual cell type. In general, for the treatment stem cells are introduced into the affected organ and, if not rejected, they are transformed into the cells of the body.

One of major sources of stem cells is embryonic tissue. There is a large amount of various methods of isolation and separation of hemopoietic stem cells from peripheral blood, bone marrow and umbilical cord blood, which is the most promising source of hemopoietic stem cells.

Stem cells are really important for our health, because they ensure restoration of damaged tissues and replace old cells. That's why stem cells maintain our health and prevent premature aging of our organism. They are like our own army of microscopic doctors.

Researchers suggest that doctors have an opportunity to use stem cells as a therapy for patients with a wide range of medical disorders. Stem cells show promise for the treatment of major diseases that people face throughout their lives, including cancer, cardiovascular diseases, Parkinson's disease, multiple sclerosis, stroke, Huntington's disease, spinal cord injury, etc. The cells undergo permanent ageing in the human body. Instead of the old new cells are born by means of regeneration from stem. While the body is young enough, there are always some stem cells for producing young somatic cells in the bloodstream and tissues. However, with age, the number of stem cells is reduced so that maintenance of the balance is not enough. There are some ways to overcome this situation: one of them is introducing stem cells into the bloodstream.

However, there are a lot of risks when using stem cells: embryonic stem cells can turn into anything. There is an unsolved problem in the use of stem cells in transplantation. In general, scientists and doctors specializing in the field of stem cell treatment apply such unconfirmed species transplants with caution. There are cases in which such treatment lead to death of the patients. However it is still reasonable to consider all the options when a person faces a potentially incurable condition or disease.

Rassolova A.S.

INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS ON OUR BRAIN

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Prasko A.Yu.

The brain is the most complex and most important organ in the human body. It performs a variety of functions starting with processing of incoming information and ending with higher nervous activity. Studies showing that the human brain can only develop up to the age of 24-26 were refuted and now it has been proved that our brain does not finish its formation by maturity.

Early experiences affect development of brain architecture, which provides a foundation for all future learning, behavior, and health. But toxic stress weakens the architecture of the developing brain, which can lead to lifelong problems in learning, behavior, and physical and mental health. And therefore the influence of environment on the human brain is an important subject for discussions and research.

It was found that bullied teens score less well on tests of verbal memory than their peers, suggesting that abnormal levels of the stress hormone cortisol may kill neurons in the hippocampus, leading to memory problems. Using magnetic resonance imaging (MRI) scans it was found that there were abnormalities in the corpus callosum, which connects the brain's left and right hemispheres and is known to be important in visual processing and memory. The impact of childhood maltreatment has been explored in several studies. The researchers claimed to have strong evidence of interaction between childhood maltreatment and volume of cerebral grey matter in several brain regions. According to the results of several neuroimaging studies the most consistent grey matter abnormalities in victims of maltreatment were found in the ventrolateral prefrontal and limbic-temporal regions and were associated with late development.

Interesting finding: children exposed to family violence have the same patterns of brain activity as soldiers exposed to combat. The brains of a group of children of twelve were scanned in the study. While in the scanner, the children were shown pictures with angry faces and the functional MRI scans registered increased activity in the anterior insula and amygdala. Both of these brain regions are associated with threat detection and anxiety disorders. However, exposure to violence in the family or at school is not the only experience that may influence brain development. In the study, healthy men were required to play a shooting game. All of the participants underwent functional MRI at the beginning of the study with follow-up sessions after the first and second weeks. The researchers reported that after 1 week of playing the shooting game, participants exhibited less activation in the left inferior frontal lobe and less activation in the anterior cingulate cortex, which are important for controlling emotion and aggressive behavior. The brain scans showed less volume of white matter connecting the frontal and parietal lobes, which can be a sign of less maturity in brain development.

However, there is still much that neuroscientists need to sort out. It remains difficult to thoroughly disentangle cause and effect. Studying such a complex and mysterious organ as the human brain is, neuroscientists hope that the results of their research will provide new targets for possible interventions in patients whose mental health problems may be related to victimization or exposure to violence of children as well as adults.

Reznik M.A.

A.I. MESCHANINOV – THE HEROIC EXPLOITS OF PHYSICIAN

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Gusak E.G.

The Great Patriotic War This event makes every person think about the main values of life. Heroic deeds were performed by doctors. The name of Alexander Ivanovich Meshchaninov is forever steeped in the history of the great victory. He was a prominent doctor and the head of the city hospital which became underground after the Nazi occupation of Kharkiv. Despite the age, professor would spend day and night in operating and hospital rooms rendering aid to the wounded. The Hitler troops were advancing Kharkiv through Kholodna Hora and that's why it was impossible to evacuate the hospital. The

professor could foresee that fascists would take savage reprisal over soldiers and he ordered to burn the uniform and to register soldiers as civilians.

In Kholodna Hora district Germans arranged a big concentration camp where they kept about 20.000 prisoners. Every day nearly 400 corpses were removed from the camp. More than 2.000 captives were saved in Kholodnogirskii hospital due to Meshchaninov and his colleagues' underground activity. It is impossible to count how many lives of civilians were saved here. In April 1942 Hembek, the guard of the concentration camp, became aware of the mass disappearance of war prisoners. Gestapo interfered with this case and the group of self-sacrificing doctors was threatened with mortal danger. However, Gestapo did not dare to shoot the professor who enjoyed wide popularity.

Meshchaninov managed to save a lot of young people from forced sending off to Germany. Young ladies were received to hospital as if they had appendicitis but as soon as there was no danger, they were discharged. Alexander Ivanovich Meshchaninov made a notable contribution to the victory against Fascism. He was a real hero, to be more precise, the Great Doctor. He was awarded the Order of the Red Banner of Labour. In September, 22nd in 2006 the monument to A.I. Meshchaninov was put up in the public garden named after this outstanding professor.

Shirokih A.
NEUROSURGERY
Department of Foreign Languages
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Ovsianikova G.

Neurosurgery is the branch of medicine that requires a specialist jeweler's precision and professionalism at all stages of getting rid of the disease. It is said that innovations give hope. In neurosurgery, they give hope, even to the patients who seem to be the most hopeless. Through the joint efforts of developers of modern technology, tools and materials and talents of highly medical professionals who are able to implement innovative features in their practice, today neurosurgery is developing rapidly. In many clinics, there are the highest standards in this area.

Neurosurgery is a priority area for investment, it uses the newest innovative tools, the best treatment methods. Neurosurgical operations are distinguished not only by the use of the most innovative technologies and best practices, but also by significantly lower rate of postoperative complications. Specialists provide diagnosis and treatment of a wide variety of diseases, including removal of malignant and benign brain tumors, removal of tumors located at the base of the skull, endoscopy of tumors, removal of pituitary tumors, restoration of the skull bones. In some clinics, it is possible to use the treatment which at a certain stage of development of medicine was either ineffective, or led to severe consequences. Nowadays, such things as epilepsy and a number of diseases such as congenital malformations of the brain, diseases of the brain and spinal cord in children with neuro-oncological disease, Parkinson's disease, developmental disorders of vessels and structures of the brain, cerebral circulatory disorders, diseases of the spine with neurological syndromes irritation and loss of functions, angioma, syringomyelia, pituitary tumors, brain and spinal cord tumors and vascular abnormalities of the spinal cord, nerve roots, vascular disease of the brain and spinal cord, hydrocephalus, spinal hernia, complete or partial paralysis of the peripheral nerve, microsurgical reconstruction of peripheral nerves are treated on the highest level.

Some clinics have the opportunity to hold one of the most complex neurosurgical operations using innovative technologies - craniotomy under local anesthesia (awake craniotomy) during which the patient remains conscious and can talk to surgeon. By monitoring the patient's response surgeon knows exactly at what point to stop.

Neurosurgery is one of the most expensive branches of medicine which operates with high technologies. In neurosurgery, the success of the operation is determined not only by the qualification of the surgeon, but also the quality of surgical and diagnostic equipment. In some clinics, the most innovative tools are used for the treatment. For example, with the help of "The Da Vinci Robot," a new generation device, the surgeon may perform surgery through very small incisions using miniature manipulators and 3D cameras of high resolution. As a result, PET-CT scan, one obtains more accurate test results, higher resolution images, reducing the radiation dose, reduction in the time of the survey held.

Shpak O.

BIG PROBLEMS – BIG SOLUTIONS

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: Ovsianikova G.

Nowadays people all over the world start to realize, that there have been accumulated burning problems, which require their drastic solution. The causes of the problems vary a lot, though all of them have to do with the humankind, directly or indirectly. That's why the responsibility for solving them lies only on the mankind. If we do not find the way to prevent the disastrous consequences, the world can collapse.

One of such burning issues is epidemics and improper treatment. Epidemics, which are not separated from our life, can be divided into two classes. The first class includes the epidemics that manifest themselves in outbreaks. The humanity tries to cure as soon as possible such disasters as plague, swine and avian flues and other serious illnesses.

Ebola virus disease has happened about thirty times since 1976. Its genus was originally named for Zaire (now the Democratic Republic of Congo), the country where it was first described, and was at first suspected to be a new "strain" of the closely related Marburg virus. The virus was renamed "Ebola virus" in 2010 to avoid confusion. The natural reservoir of Ebola virus is believed to be fruit bats and it is primarily transmitted between humans and from animals to humans through body fluids. It causes a severe and often fatal hemorrhagic fever in mammals, and in the 2013–2014, during the epidemic in West Africa resulted in at least 16,203 suspected cases and 7,275 confirmed deaths. It has also started affecting well-developed European countries, so dangerous it is. Its high mortality rate beats alarm and calls to action.

The other class of epidemics includes AIDS, tuberculosis and sexually transmitted diseases (STD). If the first three are well-known and people try to avoid or cure them, STD is as widely-spread, but it is not convenient to discuss it in the media, so we prefer to keep silence, which leads to improper treatment.

Another global problem is cancer, which only in 2012 caused about 8.2 million deaths. About 165,000 children less than 15 years of age were diagnosed with cancer. Medical scientists, promoting healthy way of life, claim, that many cancers can be prevented by not smoking, maintaining a healthy weight, not drinking too much alcohol, eating plenty of vegetables, fruits and whole grains, being vaccinated against certain infectious diseases, not eating too much red meat, and avoiding too much exposure to sunlight. Being early detected through screening, cancer is often successfully treated with some combination

of radiation therapy, surgery, chemotherapy, and targeted therapy. It is also a matter of concern for all living beings that the great majority of cancers, some 90–95% of cases, are due to environmental factors, so among our great solutions is the protection of the environment. And one more point to conclude, people say “To know little is a dangerous thing”. There are many peculiarities in treating diseases depending on the age, sex, occupation of the patient, which should be taken into account by medicine. Our great attention to all the details, as well as profound knowledge of the subject, will lead to the proper treatment and to solving life-death questions.

Sushetskaia D.

EBOLA VIRUS DISEASE: PROBLEMS AND PROSPECTS

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Supervisor: K.I. Sherstova

At present, despite the development of medicine and pharmacy, infectious diseases represent a great threat to mankind. In 2013, infectious diseases mortality accounted for about 30% of the total number of deaths. The relevance of infectious diseases is due to increased migration. It facilitates a rapid movement of infectious agent sources (infected people) and pathogens' transport to other areas. A striking example is the outbreak of Ebola virus disease in March, 2014, in Western Africa. To date, the disease has reached epidemic proportions in three countries (Guinea, Liberia, and Sierra Leone). According to World Health Organization, the spread of the disease is faster than efforts to combat it: the number of victims as of September 26, 2014, equaled to 6574 people, among them 3091 deaths.

Ebola virus disease (Ebola hemorrhagic fever) is a highly contagious acute viral disease. There are five species of Ebolavirus. They are the following: Bundibugyo ebolavirus, Zaire ebolavirus, Reston ebolavirus, Sudan ebolavirus, and Tai Forest ebolavirus. Contamination of people occurs through close contact with the blood, secretions, organs or other body fluids. Medical staff is infected as a result of cuts or punctures with infected subjects while taking care about the sick or while performing autopsy.

The incubation period of the disease ranges from 2 to 21 days. Onset of the disease is accompanied by a sudden fever, severe weakness, muscle pain, sore throat, and headache. Then the course of the disease is characterized by such symptoms as: vomiting, diarrhea, rash, abnormal liver function and kidney function, internal and external bleeding. Unfortunately, at present there is no vaccine and specific treatment for the Ebola virus disease. Application of intensive supportive therapy is aimed at stabilizing vital functions of the body. A major role is given to the prevention of infection which includes personal hygiene and restricted traveling to epidemiologically unfavorable countries. Cases of Ebola virus disease on the territory of Ukraine have not been registered. However, due to modern means of communication to eliminate this risk in any country in the world is impossible. Ukraine has strengthened sanitation and epidemiological regime at checkpoints across the state border and prepared for taking anti-epidemic measures.

Varenikov E.

STROKE. CAUSES AND RECOVERY

Department of Foreign Languages

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Stroke has recently become one of the biggest medical problems of neurology. Every year nearly 6 million people suffer cerebral stroke. It is the main reason why a lot of people

become handicapped. 70-80 % of survived after stroke are handicapped and 20-30 % need everyday care. According to researches of Vilensky mortality in patients with stroke depends on the treatment conditions in the acute period. Early 30-day mortality after stroke is 35%. In hospital mortality is 24%, and people treated at home die in 34% of cases. Between 1990 and 2010 the number of strokes decreased by approximately 10% in the developed world and increased by 10% in the developing world.

A stroke is the loss of brain function due to a disturbance in the blood supply to the brain. This disturbance is due to either ischemia (lack of blood flow) or hemorrhage. As a result, the affected area of the brain cannot function normally, which might result in inability to move one or more limbs on one side of the body, failure to understand or formulate speech, or a vision impairment of one side of the visual field. Ischemia is caused by either blockage of a blood vessel via thrombosis or arterial embolism, or by cerebral hypoperfusion. Hemorrhagic stroke is caused by bleeding of blood vessels of the brain, either directly into the brain parenchyma or into the subarachnoid space surrounding brain tissue. Risk factors of stroke include old age, high blood pressure, previous stroke or transient ischemic attack (TIA), diabetes, high cholesterol, tobacco smoking and atrial fibrillation. High blood pressure is the most important modifiable risk factor of stroke. Nicotine causes vasospasm, they form plaques, which are a major cause of coronary heart disease. Quitting smoking will reduce the risk of stroke by almost half. Irregular heartbeat leads to stagnation of blood in the parts of the heart that triggers the formation of blood clots involved in the occlusion of blood vessels.

Recovery after stroke is very difficult and exhausting process. The first and most important rule to restore walking skills after a stroke – it is earlier initiation of rehabilitation. At the latest, when experts recommend to start it - four days after the onset of the disease. The first thing to do is physiotherapy. Simple moves can have very good effect and they can be the reasons of quick recovery. But also there are other ways of recovery. For example Italian scientists have found out that magnetic therapy help cope with the restoration of paralyzed limbs after stroke. During procedure of magnetic therapy a magnetic coil that creates electrical currents that stimulate neurons in the brain, helping to restore the lost possibility of movement is placed around the patient's head. But all this procedures can bring nothing without optimistic mood of patient and his believe in his full recovery. Only willpower to live can help person to recover fully.

Zharikov M.A.
LEECH THERAPY
Department of Foreign Languages
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Supervisor Kulikova O.V.

Leech therapy, also known as hirudotherapy, is a medical treatment that uses leeches. Medical leeches (*Hirudo medicinalis*) have been used to cure patients and prevent diseases for centuries. Since ancient times, leeches have proved to be an effective treatment for many of conditions. Although leech therapy is not considered to be a method of traditional medicine, it is widely used even nowadays. Main effects of this treatment are anticoagulating, clot dissolving, antiinflammatory, vasodilating, bacteriostatic and anesthetic. It is perfect for patients with cardiovascular, gastrointestinal, genitourinary, respiratory problems, skin diseases and many other. They are used to treat arthritis and other inflammatory processes. Idea of leech therapy is bloodletting using tendency of leeches to consume only “bad blood”. Leech therapy is contraindicated to the patients with AIDS and

to patients who are on immunosuppressive drugs. Infection is the most common complication of leeching and occurs in 2-36% of the patients. On the other hand, there are no reports on the leech therapy-transmitted diseases, even though, physicians who practice leeching are advised to use a leech once. The application of leeches to the patient is relatively simple, but requires a professional. Amount of applied leeches depends on type of disease, its size and clinical response. The patient's skin is cleaned thoroughly with soap, then rinsed with water. Once the leech is attached, it will likely remain safely in place until fully distended. The site should be checked continuously to ensure that the leech has not moved. The leech will go itself when it is finished. To conclude, leeching was a popular therapeutic practice throughout the ages for a wide range of diseases and it was applied as an unscientific home remedy by traditional therapists. Nowadays, leech came back to the medicine with fewer applications, which were proven and supported by a huge number of scientific studies and case reports.

Великий О. П.

**ЕТИМОЛОГІЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ ІЗ ГРЕЦЬКИМ КОРЕНЕМ «CHEIR»
І ЛАТИНСЬКИМ КОРЕНЕМ «MAN-»З І ЗНАЧЕННЯМ РУКА**

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: канд. філол. н. Дерев'янченко Н. В.,

Етимологічні дослідження лексичних запозичень з давньогрецької і латинської мов є актуальною проблемою лінгвістики. Мета нашої роботи – розглянути походження медичних термінів із коренями «cheir-» (з давньогр. мови «рука») і «man-» (з латин. мови «рука»). Одним із найбільш уживаних медичних термінів з грецьким коренем «cheir-» є назва професії «хірург» – від давньогрецьк. «cheir» – рука і «ergon» – робота, ремесло. Тобто буквально – це лікар, який зцілює за допомогою рук. У сучасному розумінні зміст цього слова значно розширюється. Це фахівець, який отримав підготовку за методами діагностики та хірургічного лікування захворювань і травм. Ще одним уживаним терміном у сфері альтернативної медицини є «хіропрактика» («cheir» – рука, «praxis» – дія). Згідно з концепцією хіропрактики виникнення деяких хвороб зумовлено вивихом певного хребця, який слід вправляти ручними прийомами. Нам відомі й інші терміни з вищезгаданим коренем. Наприклад, хіроскопія («cheir-» – рука, «skopeo» – розглядати, досліджувати) – спосіб ідентифікації особистості, що базується на вивченні індивідуальних особливостей будови шкіри долонної поверхні кисті. Хотілося б звернути увагу на слово «мануальний», що має в своїй основі латинський корінь «man-» (від manus, usf – рука). Широко відомим є термін «мануальна терапія», тобто лікування та діагностика за допомогою впливу рук терапевта на організм пацієнта. Отже, на основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що грецькі і латинські корені є продуктивними для формування медичної термінології та сприяють інтернаціоналізації професійної мови лікарів.

Дерявый Д.С.

ЗООНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Древние анатомы для определения формы органов сравнивали их с общеизвестными предметами: «дужка» (clavicula), «мышка» (musculus). Активными

источниками метафоризации в медицинской терминологии являются зоонимы – имена нарицательные, которые обозначают животное.

В анатомическую номенклатуру входят термины: Cochlea – улитка, musculus soleus – камбаловидная мышца, processus vermicularis – червеобразный отросток. Кроме того, есть термины, указывающие на какой-то орган животного: крыло птицы – alamaior (ossis sphenoidalis) – большое крыло клиновидной кости, processus pterygoideus – крыловидный отросток; клюв птицы – processus coracoideus – клювовидный отросток лопатки; клык – dens caninus (букв. «собачий зуб»). Кроме названий анатомических структур, зоонимы также используются в клинической терминологии. Среди наименований болезней широко известен термин «заячья губа» (labium fissum) – расщелина верхней губы и неба. «Заячий глаз» (lagophthalmus) называют болезнь, при которой происходит несмыкание век. Синдром конского хвоста (syndroma caudae equinae) – проявление сдавления нескольких поясничных нервных корешков. В фармацевтике при изготовлении лекарственных препаратов используют такие растения, как заячье ушко (Auricula leporis), заячьи уши (Otidaleporina), львиный хвост (Leonurus).

Таким образом, мы можем сделать вывод, что зоонимы являются неотъемлемой частью анатомических, клинических и фармакологических терминов. Их использование доказывает непосредственную связь понятийного аппарата человека с природой, в частности с животным миром.

Литвинова Т.Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ НА МАТЕРИАЛЕ ОСТЕОЛОГИИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Научный руководитель: канд. филол. наук Литовская А.В.

Хотя в наше время медицинские работники в профессиональном общении перешли на национальные языки, латинский язык по-прежнему используется в качестве международного научного языка, прежде всего в медико-биологических номенклатурах, названиях болезней, диагностик и лечений.

Изучение анатомической номенклатуры начинается с остеологии. Этот раздел анатомии изучает костную систему скелета человека, его отделы, половые различия, строение костей в связи с их функцией, химическим составом, развитием и влиянием внешних факторов на их строение. Врачу важно владеть медицинскими терминами на разных языках.

Сравнив основные названия костей в латинской, украинской, русской и английской номенклатурах, можно выделить такие группы, согласно строению термина. 1) Названия, которые во всех языках состоят из одного слова (Скелет – скелет – skeleton – skeleton; кость – кістка – os – bone; череп – череп – cranium – cranium; бедро – стегно – femur – thigh; ключица – ключиця – clavicula – clavicle; ребро – ребро – costa – rib; запястье – зап'ясток – carpus – wrist; пясть – пясть – metacarpus – metacarpus; стопа – стопа – pes – foot; надколенник – надколінок – patella – kneecap; таз – таз – pelvis – pelvis; лопатка – лопатка – scapula – shoulderblade). 2) Названия костей, которые на латинском и в английском не содержат слова кость, а в русском и украинском слово кость добавляется (плечевая кость – плечова кістка – humerus – humerus; локтевая кость – ліктьова кістка – ulna – ulna; лучевая кость – променева кістка – radius – radius; большеберцовая кость – великогомілкова кістка – tibia – tibia;

малоберцовая кость – малогомілкова кістка – fibula – fibula). 3) В латинском структура: имя существительное в именительном падеже + имя существительное в родительном падеже, а на русском и украинском прилагательное + слово «кость», а в английском – одно слово (подвздошная кость – клубова кістка – osilium – ilium; лобковая кость – лобкова кістка – ospubis – pubis; седалищная кость – сіднична кістка – osischii – ischium; крестцовая кость – крижова кістка – ossacrum – sacrum; копчиковая кость – куприкова кістка – oscoccygis – coccyx). 4) Во всех языках слово «кость» + прилагательное (тазовая кость – тазова кістка – oscoxae – pelvicbone; скуловая кость – вилична кістка – oszygomaticum – cheekbone; лобная кость – лобова кістка – osfrontale – frontaltbone; слезная кость – слъозова кістка – oslacrimale – lacrimaltbone; истинные ребра – істинні ребра – costae verae – trueribs; ложные ребра – помилкові ребра – costae spuriae – falseribs). 5) В русском и украинском языках термины состоят из двух слов, а на латинском и английском – из одного (верхняя челюсть – верхня щелепа – maxilla – maxilla; нижняя челюсть – нижня щелепа – mandibula – mandible).

Мы можем сделать вывод, что английская и латинская номенклатуры анатомических терминов являются очень близкими, а в русской и украинской наблюдаются существенные различия, несмотря на то, что в большинстве случаев структура термина остается неизменной. Хотя схемы подобные, зачастую используются разные слова, как, например, ложные ребра – помилкові ребра – costae spuriae – falseribs. При изучении остеологии особое внимание нужно обращать на построение терминов, которые состоят из двух слов. Важно помнить, что существуют такие термины, которые на английском и латинском языках являются подобными, но все же не идентичными (osischii – ischium).

Лунина А. О.

ИМЕННОЕ СЛОВООБРАЗОВАНИЕ В АНАТОМИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЕ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Научный руководитель: к. филол. н. Литовская А. В

Анализируя современное состояние анатомической терминологии, мы можем заметить, что устоявшиеся латинские названия гармонично взаимодействуют с новыми терминами.

Основные способы образования имен существительных в анатомической терминологии: аффиксация (присоединение к основе суффикса, приставки или суффикса и приставки одновременно) и безаффиксный способ (объединение двух и более основ или слов с помощью интерфикса -o-, реже используется -i-).

Префиксация не меняет значение корня слова, а лишь добавляет к нему некоторый компонент, указывающий на локализацию, направление, отсутствие чего-либо (hypogastrium – подчревьє, mesencephalon – средний мозг, mesogastrium – брыжейка, antebrachium – предплечье).

Суффиксация – присоединение суффикса к основе. Распространенный способ суффиксации деминутивы – существительные с общим словообразовательным значением «уменьшительность» (Globus – шар – globulus – шарик; canalis – канал – canaliculus – каналец; bronchus – бронх – bronchiolus – бронхиола).

Достаточно распространенным в анатомической номенклатуре является сложение основ: обонятельный мозг – rhinencephalon (rhin «обоняние» + encephalon «мозг»);

lymphonodus – лимфатический узел (lymphaticus «лимфатический» + nodus «узел»); fibrocartilago – волокнистый хрящ (fibrosus «фиброзный» + cartilago «хрящ»); neurocranium – мозговой череп (neur «мозг» + cranium «череп»).

Сегодня возможности аффиксации в анатомии исчерпаны, хотя она используется в клинической терминологии. А продуктивным для расширения анатомической терминологической системы является сложение основ.

Петренко Л.О.

ЕПОНІМИ У КЛІНІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Зана Л.Ю.

Епоніми використовуються у клінічній термінології для назв хвороб, патологічних станів, способів обстеження та лікування, назв операцій тощо. Ми пропонуємо кілька прикладів епонімів у назвах сучасних психічних захворювань.

Синдром Стендаля. Він проявляється в запамороченні, непритомності, прискореному серцебитті та навіть іноді галюцинаціях саме в оточенні творів мистецтва або неймовірно красивої природи. Синдром Пітера Пена. Притаманний людям, які в дорослому віці тікають від відповідальності, живуть з батьками і проводять весь свій час з неповнолітніми друзями. Жіноча стать до даного синдрому практично не схильна. Синдром Ван Гога полягає у тому, що хворий дуженаполягає на операції або навіть, оперує себе сам. На синдром ДоріанаГрея страждають усі, хто всі свої сили кидає на збереження зовнішньої молодості. Ці люди користуються молодіжною атрибутикою, вибирають одяг переважно у молодіжному стилі, зловживають пластичною хірургією і косметичними засобами. Іноді цей розлад закінчується депресіями і навіть спробами самогубства. Синдром Мюнхгаузена. Свого роду іпохондрія - це розлад, при якому людина симулює, перебільшує або штучно викликає у себе симптоми хвороби, щоб піддатися медичному обстеженню, лікуванню, госпіталізації, хірургічному втручанню. Синдром Мерилін Монро. Люди з таким синдромом схильні надовго "застрягати" у тривалих відносинах з партнером, який робить їх нещасними, мають понижено самооцінку, вважають, що безліч можливостей йде прямо їм в руки, а вони пасують і втрачають їх. Синдром юного Вертера. Названий на честь роману Гете "Страждання молодого Вертера". Хворі на цей синдром здатні до суїциду.

Полякова А. Д.

ЭПОНИМЫ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Научный руководитель: канд. филол. наук Литовская А.В.

Эпоним-термин, который состоит из имени собственного и имени нарицательного, обозначающего научное понятие.

В медицинской терминологии эпонимы образовывались от имён учёных, которые совершали некоторые открытия (точка Абражанова – точка болезненности при аппендиците; перегородка Леонардо да Винчи – предсердно-желудочковая перегородка (septumatrioventriculare) и от имён мифологических героев (атлант (atlas) первый шейный позвонок от имени титана Атланта; гигиена (hygiene) – наука о сохранении здоровья от имени древнегреческой богини Гиги; голова Медузы

(caputmedusae) – расширение подкожных вен передней брюшной стенки со змеевидным ветвлением вокруг пупка от имени мифического чудовища).

В анатомической терминологии мифологические эпонимы встречаются реже, чем образованные от имён учёных. Широко известны эпонимы тракт Мюнцера (tractum tectorum) – нервные волокна, идущие от латерального колленчатого тела к ретикулярной формации латеральной части моста от имени чешского врача и анатома Э. Мюнцера; отверстие Везалия (foramen venosum) – непостоянное отверстие в большом крыле клиновидной кости от имени учёного эпохи Возрождения А. Везалия; Дарвинов бугорок (tuberculum auriculae) – выступ переднего края верхней части завитка ушной раковины от имени создателя эволюционного учения Ч. Дарвина; пирамида Лалуэтта (lobus pyramidalis glandulae thyroideae) – непостоянная доля щитовидной железы от имени французского врача и физиолога П. Лалуэтта.

Отметим, что в международных номенклатурах эпонимы не используются. Поэтому, например, в атласе Ф. Неттера эпонимы указаны в скобках после основного названия.

Хара И. В.

МЕЖДУНАРОДНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ НОМЕНКЛАТУРА: ИСТОКИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Научный руководитель: канд. филол. наук Литовская А. В.

Основными этапами создания анатомической номенклатуры являются Базельская анатомическая номенклатура (1895), Йенская анатомическая номенклатура (1935), Парижская анатомическая номенклатура (1955). В 1985 г. был создан Федеративный международный комитет по анатомической терминологии, который продолжает работу по систематизации номенклатуры. В основу современной украинской и российской номенклатуры входят версия, принятая на съезде в Сан-Паулу в 1997 г. В 1990 г. была избрана постоянная Украинская анатомическая номенклатурная комиссия. Её усилиями в 1997–2000 гг. была создана «Международная анатомическая номенклатура» (украинский стандарт), изданная под ред. И.И. Бобрика в 2001 г. В 2010 г. под ред. В.Г. Черкасова и И.И. Бобрика была опубликована номенклатура на латинском, украинском, русском и английском языках.

Сегодня разработка и усовершенствование уже существующей терминологии осуществляется Международной Федеративной программой по анатомической терминологии в рамках работы Международной федерации ассоциаций анатомов. Результатом этой программы является сайт <http://www.unifr.ch/ifaa/Public/EntryPage/HomePublic.html>, на котором возможен всеобщий свободный доступ к последней версии анатомической номенклатуры. На сайте ведется открытое обсуждение, не прекращается работа по улучшению номенклатуры. Кроме анатомической, эта программа разрабатывает международную эмбриологическую и гистологическую номенклатуры. Отметим, что новые ревизии номенклатуры выходят уже под «брендом» Terminologia Anatomica, но последние изменения зачастую не находят отображения в практике: в преподавании и в новых научных публикациях.

Щепук В.А.

МИФОЛОГИЗМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Научный руководитель: доцент Зана Л.Ю.

Большая часть мифологизмов вошла в медицинскую терминологию в эпоху Возрождения — период культа античности и классической латыни. В составе анатомических терминов часто используются имена богов и богинь: cornu Ammonis (hippocampus) — Аммонов рог, mons Veneris — мост Венеры, umbilicus Veneris — пуп Венеры, tendo Achillis (t. calcaneus) — Ахиллово сухожилие и др. При подготовке международной анатомической номенклатуры в 1955 году было решено полностью исключить эпонимы, заменив их систематическими терминами (например, первый шейный позвонок имеет эпонимическое название Atlas (Атлант) и систематическое *vertebra cervicalis prima (I)*), но в производных терминах эпоним сохраняется (атлантозатылочный — *atlanto-occipitalis*, ахиллотомия — *achillotomia*, ахиллотенопластика — *achillotenoplastica* и т.д.). Мифологические эпонимы встречаются и в клинической терминологии: термин *psychiatria* — психиатрия происходит от имени Психея — олицетворение души человека, *corona Veneris* — корона Венеры, Эдипов комплекс и др. Большое количество мифологических эпонимов используются также и в фармацевтической терминологии в названиях лекарственных растений, например: *Artemisia* (полынь) — растение богини охоты Артемиды; *Adonis* — имя греческого юноши, любимца Афродиты, погибшего на охоте и др.

Помимо мифологизмов, в медицинской терминологии функционируют библеизмы; термины, включающие имена литературных персонажей; термины, включающие имена ученых и врачей; термины, включающие имена больных.

Щербаков О. О.

ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ ПРОФЕСІЙ ЛІКАРІВ

Кафедра латинської мови та медичної термінології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник – кандидат філологічний наук Дерев'янченко Н. В.

У словниковому складі української мови особливе місце посідають запозичення з давньогрецької і латинської мов. Мета нашої роботи – дослідити походження назв професій лікарів в українській мові. Предметом нашого аналізу стали ті слова, які яскраво демонструють основні моделі утворення цих назв.

Наприклад, термін «анестезіолог» складається з грецького префікса «an» – відсутність, кореня «-aesthes» – чутливість, «-log» – наука. Тобто це лікар, який отримав підготовку з питань обезболювання і управління життєво важливими функціями організму під час хірургічного втручання. Можливе також уживання в одному терміні і латинських, і грецьких формантів одночасно. Так, слово «неонатолог» походить від латинського «neonatus» – новонароджений, і вже згаданого грецького «log-». А в терміні «перінатолог» є грецький префікс «peri-» – навколо, біля. Це лікар, який вивчає особливості розвитку плода в другій половині вагітності («біляпологовий» період) та в перший тиждень після пологового періоду.

Щодо таких назв, як, приміром, педіатр, фоніатр, фтизіатр, то у їхньому складі є корінь «iatros» – з давньогрецької «лікар». А також грецькі корені «paid» – дитина (педіатр – лікар, який лікує дітей); «phon-» – звук, голос (фоніатр – лікар, який вивчає

питання порушення функції голосового апарату); «phtthisis» – сухоти (фтизіатр – лікар, який займається профілактикою, діагностикою і лікуванням туберкульозу).

Отже, у ході проведеного аналізу ми зробили висновок, що назви професій лікарів утворені за допомогою таких основних моделей: 1) грецький або латинський корінь + «-log»; 2) грецький корінь + -iatros. Також продуктивними для словотворення є префікси грецького походження.

Оглавление

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА	3
Kulakova K. A.	3
Ugrimova E. A., Shuba D. G.	3
Амжад Хамдаллах	4
Бабич А.В.	5
Байчикова А.А.	5
Бакута Ю.В.	6
Барсукова О. Д.	7
Безродна А. І., Ходош Я. Є.	8
Бережной Г.Г.	8
Брюханова Т.А., Шкапо А.И., Кочубей Ю.И.	9
Вашенко В. Н.	10
Вовк А.О., Турманидзе К.И.	11
Вовк О.Ю.	12
Гольник Я. В.	13
Граніна О.В., Соболев О.С.	13
Григорова М.В., Косилова О. Ю.	14
Григорова М.В., Сокол А.А.	15
Денисенко И.В.	16
Дзюба В. С.	17
Долгов В.М., Медяник Е.А., Меженская Е.А.	18
Дрокин А. В.	18
Дяченко Д. А.	19
Ерохина В. В., Завгородний А. С., Пономарева А. О.	20
Ерохина В. В., Поликов Г. О.	20
Ерохина В. В., Хромей Е. В.	21
Завгородний А.С.	22
Замковая Д.А.	23
Зикрач В.С.	24
Зиновьев И.Э., Федько К. О.	24
Икрамов В.Б., Минакова Е.И., Терещенко С.С.	25
Калюжка В.Ю., Маркевич М.А.	25
Кириченко А. Е.	26
Коваленко Т.І., Сушецька Д.А.	27
Коваленко Т.І., Турута Д.О.	28
Ковальковський М., Романенко В.	29
Колесникова Е.Ю.	30
Корнієць А.В.	31
Коршунова М.С.	32
Кочнева О.В., Зеліський Р.С.	32
Краснощокова Є.О.	33
Краснощекова Е.А.	34
Крецька Г.І.	35
Круль О.Н.	35
Кулинченко Г. М.	36
Ложко Н.В., Пажин С.А.	36
Лукьянова Е.М.	37
Лучко Н. О.	38
Лютенко М.А., Донцова Е.В.	38

Мамасуева Л.В.	39
Мар'єнко Н.І.	40
Митрофанюк В. А.	40
Мірошниченко М. О.	41
Нагорный И. А.	42
Осокин А.Э.	43
Осокін А.Е.	44
Отчик А. Е.	45
Павлічук Є.О.	45
Паніч Р.В.	46
Риженкова І. В., Лобко Я. І.	47
Рыженкова И. В., Тройно И. В.	48
Рыженкова И.В., Троян О. А.	48
Рябуха М. В.	49
Сокол А.А., Косилова О. Ю.	49
Тищенко А.И.	50
Ткаченко О.Д.	51
Федько К.О., Зиновьев И.Э.	51
Халиль Эль Мансури, Васильева О.В.	52
Холошева Д.	53
Хромей Е. В.	54
Шиян Д.Н., Завгородний А.С., Поликов Г.О.	54
Чепелюк А.А.	55
Чернуха Т.Ю.	56
Шакирова О.О.	57
Шакирова О.О., Шиян Д. Н.	58
Шиян Д.М., Дякова М.А.	59
Шиян Д.Н., Лихая В.М.	60
Шмаргальов А.О.	60
Штанюк Є.А., Гончаренко М.М.	61
Шубина М., Гончаров А.	62
Шубина М.В.	63
ТЕРАПІЯ	64
Abugu Nnadozie, Ayodunmila Oluwakayode	64
Frolova- Romaniuk E.Yu., Panchenko G. Yu., Galchinskay V. Yu, Paley D.	64
Hafsa Haji Omar	65
Isaak Adaora, Douglas Ibiba	65
Istomina O.	66
Kochubiei O.	67
Nebesnaya H., Goptsii O., Zelena I.	67
Pasiieshvili T.M., Kosulyn S.V.	68
Tereshkin K.I.	68
Tymchenko G.A., Andrusha A.V.	69
Аксьонова Н.	70
Алієва М. І.; Башмакова А. О., Андреева А. О., Башкірова А.Д.	71
Архіпкіна О. Л.	72
Бильченко А.А., Просоленко К.А.	72
Борзова-Коссе С.І.	73
Боровик Е.Н., Романова Е.А., Корж – Гульченко В.И.	74
Брачкова Д.С., Колесник В.А.	75
Бутенко Е.А., Чернякова А.Е.	75
В'юн Т.І.	76

Волик М.С.....	78
Габисония Т.Н., Минухина Д.В.....	79
Гайнутдинова А.А.....	79
Герасимчук У.С.....	80
Гонтарь Е.В., Орлова О.С.....	81
Гончаренко М.М., Шаповалова С.О.....	82
Гужва Н.Ю.....	83
Делєвська В.Ю.....	84
Донская А.П., Ильченко С.О.....	84
Доспехова М.А.....	85
Дубінін С.О., Молчанюк Д.А., Гопцій О.В.....	86
Ерєменко Г.В., Каримова З.М.....	86
Ерєменко Г.В., Михайская Е.Р. Порадюк Е.В.....	87
Еременко Г.В., Илюха С.Э.....	87
Еременко Г.В., Илюха С.Э.....	88
Єрмак О.С.....	89
Железнякова Н. М., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Степанова Е.В.....	90
Жижера Д. В.....	90
Зайцев П.В.....	91
Зайцева М.М.....	91
Залюбовская Е.И. Силичева А.Е. Слинько П.В.....	92
Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю.....	93
Зелёная И.И., Скибина К.П., Алексеева А.С., Сокольникова Н.В.....	93
Иванова Е.В., Кожемяка А.В.....	94
Иванченко С.В, Гончарь А.В, Иванова Е.В.....	95
Кадикова О.І., Шапаренко О.В.....	95
Кадыкова О.И., Боровик Е.Н.....	96
Кисиленко Е.В., Визир М.А.....	97
Ковальова Ю.О., Арнаутова Ю.С., Шелест Б.О., Гуляева Д.Ю.....	97
Ковальова Ю.О., Котелюх М.Ю.....	98
Корнієнко Д.О., Єрмоленко І. М.....	98
Королькова А. А., Тиханский Д. С., Белоконь Н. О.....	99
Косенко А.М., Тригуб Ю.В.....	100
Котелюх М.Ю.....	101
Кошман С.К., Міронченко А.О.....	102
Кравчун П.П.....	102
Кравчун П.П.....	103
Кутовая М. В.....	103
Лактионова А.С.....	104
Ложко Н.В., Пажин С.О.....	105
Малец О.С.....	106
Манин С.А.....	106
Мартовицкий Д.В., Воскобойников Е.А.....	107
Мартовицкий Д.В.....	108
Митрофанюк В. А., Нестерова И. Д.....	108
Михайлова Ю.О., РуденкоМ.І.....	109
Михайлова Ю.О., РуденкоМ.І.....	110
Молотягин Д.Г., Маткеримова З.....	110
Молчанюк Д. А., Дубінін С.О., Гопцій О.В.....	111
Наріжна А.В.....	111
Ніколаєнко О.Ю.....	112
Огнева Е.В.....	112

Отчик А. Е.....	113
Отчик А. Е.....	114
Петюнин П.А., Золотайкина В.И.....	114
Пилипенко С.А., Аманов Б.А., Ёвшанова А.Б.	115
Просоленко К.А., Лапшина Е.А.	116
Просоленко К.А., Сытник К.А., Куринная Е.Г., Гарькавец Л.А.	116
Пылёв Д.И.....	117
Резник М.А.	118
Риндіна Н.Г.....	119
Рындина Н.Г.	119
Рогачева Т.А.	120
Савченко А.Г.	120
Степанова О.В., Баранова Є. В., Сьомова О.В.	121
Степанова Е. В., Железнякова Н. М., Кебашвили С.В., Вьюник Т.В.	122
Степанова Е.В., Железнякова Н.М., Рускова Е. В.	122
Степанова Е.В., Зеленая И.И., Бардинов Д.В.....	123
Степанова Е.В., Зеленая И.И., Левашова А.И.	123
Степанова Е.В., Кербаж Н.Р.	124
Степанова Е.В., Острополец А.С.....	125
Степанова Е.В., Попова Т. О.....	126
Степанова Е.В. ¹ , Фельдман Д.А. ¹ , Сёмова О.В. ²	126
Степанова Е.В., Червань И.В., Зеленая И.И.	127
Сухонос Н.К.	128
Табаченко О.С.	128
Тверезовская И.И.	129
Тимошенко Е. В.	130
Титова Г.Ю., Глебова О.В., Калініченко А.О.	131
Титова Г.Ю., Кадикова О.І, Калініченко А.О.	131
Трикоз В.Г, Фадеев П.В.....	132
Чернякова А.Е., Каушмян Д.В.	133
Шалімова А.С.	134
Шевченко Я.А., Ромасько Е.И.	134
Шкільнюк М.С., Гончарь А.В.....	135
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ	137
Ehab Nafa Dahe	137
Petiunin P.O., Ievtushenko O.V.....	137
Robak V.I., Ievtushenko D.V., Ievtushenko O.V.....	138
Бабич Я.П.....	139
Басилайшвили С.Ю.....	140
Бережной Б.Ю.	141
Бережной Б.Ю.	141
Бобро В.В., Прахарадж Пуджа	142
Брек О. О., Ахмед Раліат Балогун	143
Голованова А.Ю. Стародубцев Д.С.	144
Гоні С.-А. Т., Лапшин Д.В.	144
Гоні С.-К.Т.....	145
Гончарова Н.М.	146
Гончарова Н.М., Дроздова А.Г., Чернякова О.Є., Каушмян Д.В.....	147
Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.....	148
Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.....	149
Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Евтушенко А.В., Олефир А.С.....	150
Истомин Д. А., Орлова Т. В., Четвериков С. А.....	151

Калашник Ю.М., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	151
Китченко С.С., Зайцева О.В., Любомудрова Е.А., Котелевская В.И., Бережной Б.Ю.	152
Кулакова Е.А., Татьяна Л.С.	154
Лапшин Д.В., Гони С.А.Т.	155
Майорова М.В., Олейник А.А., Истомин Д.А.	156
Малик А. С., Тетерник О. А., Суховой В. В., Биленко И. А., Курбанов А. К.	157
Михайлусов Р.Н., Гужва Н.Ю., Юзюк М.В.	158
Мясоедов К.В.	159
Носова Я.В., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	160
Омельченко-Селюкова А.В.	161
Орлова Т. В., Четвериков С. А.	161
Пажин С.А., Прокопенко К.А., Шадрин В.С.	162
Прийменко Д.С., Чопозидис Христос	163
Робак В.І., Курбатов В.О.	164
Кожемяка К.О., Гричаная Е.Н.	165
Трофимова А.В., Еремченко А.В., Шевченко Я.А.	166
Трофимова А.В., Тышко А.С., Сапай А.В., Шульга А.А., Петренко Т.А.	167
Ходак А.С.	168
Черняев Н.С.	169
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	170
Adeyemi A.A, Romanenko A.A., Hussein N.Y.	170
Аралова В.О.	171
Беленькая Е.С.	171
Бородай И.С., Болховецкая И.В., Градиль О.Г.	172
Бородай И. С., Кебашвили С. В.	172
Бородай И.С., Тихонович Ю.И.	173
Боярский А.А.	174
Ганчева Е. В.	174
Гахраманова Н.Ф. Бойко Н.И.	175
Данькина В.В.	176
Диннік О.О., Прокопенко А.М.	177
Дудниченко Н.А., Дякова І.В., Ткаченко А.С., Фесенко Е.А.	178
Кириенко М.А., Антонян М.И.	179
Ковель А.Ф.	180
Коновал А.О.	181
Кулик А.Ю., Кошман С.К.	182
Литвинова А.В.	183
Луцкий А.С.	184
Маракушина Е.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Покрышко С.В.	185
Нагута Л.А., Драганчук Ю.В.	185
Небесная А. А.	186
Никулочкина А.И.	187
Олифер А.С.	188
Паламарчук В.В., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В., Рогачова Н.Ш.	189
Парашук В.Ю., Любомудрова Е.С., Красковская Т.Ю., Зайцева О.В.	190
Парашук В.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В.	191
Прудивус А.А., Чумак А.М., Буравель Б.О.	192
Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н., Пироженко Ю.С., Колисник А.И.	193
Сайтарли Д.П., Демиденко О.Д., Рубінська Т.В., Меренкова І.М.	194
Сендецкий С.С.	194
Скорбач О.І., Левашова А.І.	195
Таравнех Д.Ш.	196

Теряник А.В., Дусматова А.К., Саєнко В.П.	197
Ткачѳва А.И.	198
Тумка А.В.	198
Тысячка Г.М., Семенченко Л.А., Мирончук Е.И., Соляник В.Ю.	199
Федькович Л.А., Эпштейн М.М., Пилюян А.Ж., Шейко А.І.	200
Чернушова Л.А., Козирь О.В., Камардіна К.О., Пшикун Ю.М.	201
Явдак А.А., Альмарадат М.С.	202
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	204
Tsymbol V.M.	204
Амаш А.Г.	204
Барчан Г.С.	205
Васильченко Ю.В.	205
Головачова В.О., Одинець П.І., Черних Г.В.	206
Должко Н.В., Грищенко С.А., Соляник А.О.	207
Дриль І.С., Тихова О.І.	208
Дриль І.С. Петренко Є.К., Забашта І.В.	208
Дубинин С., Молчанюк Д., Дмитренко А.	209
Задорожная Г.Ю., Бударних Т.А., Келеберда І.С., Лупальцова О.С.	210
Кириенко И.С, Сахошко С.И., Вержанская О.Н.	211
Конарева В.И., Вовк Т.В., Чистяк Ю.М.	211
Красницкая В.А., Стрелкова М.И.	212
Кулакова Е.А.	213
Лозко Л.В.	214
Лоскутов А. В., Зайцева О.В., Ильенко Н.А.	215
Макєєва Є.А.	216
Мірошниченко Я.М., Череднікова Т.Ю., Андрущенко В.В.	217
Ольховський Є.С.	218
Панасюк М.С. Фадеев П.В.	219
Плехова О.А., Калюжка В.Ю.	220
Потихенская К., Болдырева Е.С.	221
Потіхенська Х.	221
Прященко М.О., Труш А.М.	222
Пушкарь М.Б.	223
Семенюк М.О.	224
Тихонова О.О., Жаркова Т.С*., Яворович М.В.	225
Хоменко М.А.	226
Цымбал Е.Ю.	227
Червань И.В., Фельдман Д.А., Яновская А.А.	228
Черненко Л.Н., Авдейчик Е.В.	229
Черненко Л.М., Майорова М.В.	229
Яворович М.В.	230
Яновская Е.А., Белокур А.С., Заяц О.В., Проценко М.Р.	231
ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА	232
Sokol M.	232
Баранова М. С.	233
Ковальцова М. В., Сіренко В. А., Бережний Б. Ю.	233
Гасан А. А.	234
Губин Н.В., Шматко Е.В.	235
Дакалов Д.С., Калюжка В.Ю., Маркевич Н.В., Шутова І.В.	236
Демидчук К.В.	236
Дмитренко П.С., Дмитренко А.С.	237
Дудник О. С.	238

Зеленцова А.С.	239
Илюха С.Э., Каримова З.М.	239
Калужина О.В.	240
Капитула А. А.	241
Кас'янов Б.В.	242
Костишин М.М.	243
Кошман С.К., Кулик А.Ю.	243
Кулакова Е.А., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н.	244
Леонтъев П.А., Каплуновский П.А, Куцын В.Н.* , Воробьев В.В.*	245
Мельник Т.А., Гужва А.А. Артамонов Р.О., Гасанова А., Голованова А., Герашенко А., Григоренко В.Р., Дубовик В.В. Паменко Е.А., Паймина И.С., Писаренко Г., Похваленная В.И., Поляков А, Талахан А.А., Тригуб А.В., Щетинин Н.А.	246
Михайличенко М.А.	247
Несвит М.А.	247
Нестерук А. В.	248
Поляков А.В., Писаренко Г.М.	249
Резниченко А. Н., Гайнанова В.О.	250
Репа В.В.	251
Репа В.В., Заверуха Я.И.	251
Сакал А.А., Товажнянская В.Д.	253
Секрет Т.В.	254
Сербиненко И.Ю., Яковлева Д.Ю.	255
Сиренко В.А.	256
Тымощук В.С., Дубовой И.В.	257
Тихонова О.О., Семеняченко А.М.	258
Чертенко Т.Н.	259
ФАРМАКОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ	260
Байрачный К. А., Ткаченко К. Н.	260
Богатырь С. Н.	260
Водолага Я. Ю.	261
Голованова А. Ю., Стародубцев Д. С.	261
Горобивская Т. А., Чинёнова Ю. Э.	262
Гранкина А. В., Александрова А. В.	263
Григорьева Ю. А., Натальченко М. Л., Куртина Е. О.	264
Гужва А. А., Гутарра К. К., Задорожная Л. О., Плехова О. А.	264
Гузиенко Е. С.	265
Гуйван И. В.	265
Гукасян С. Э.	266
Данило Р. Р.	267
Дебелая И. С., Турбар Д. С.	268
Дудник О. С., Бигдаш В. В.	268
Дягилев С. М., Нагиева А. А.	269
Жижера Д. В.	270
Журба Е. П.	271
Заверуха Я. И.	271
Золотарь Е. С.	272
Івахнова К. С.	272
Кайда Н. С.	273
Калюжка В. Ю., Маркевич Н. А.	274
Каримова З. М., Михайская Е. Р., Порадюк Е. В.	274
Касьянова А. В.	275
Кірієнко М.А., Щенявська О.М.	276

Коваленко Ю. Д., Луценко М. Ю.	277
Ковтун И. С.	277
Колесник В. А., Брачкова Д. С.	278
Колесник К.Ю.	279
Конарева В. И.	279
Тригуб Ю. В., Косенко А. М., Король А. В.	280
Косарева А. И., Гетманская Ю. Н.	281
Крамар Э. Ю.	282
Кругляк В. А., Меркушева А. Е.	283
Кузьменко Р. А., Гринь В. В.	284
Кулакова Е. А.	285
Курявая А. О., Гринь В. В.	286
Ломакина А. О., Олейник А. В.	287
Ляшенко В. А., Гринь В. В.	288
Набока М. В., Мамчук В. В.	289
Митрофанюк В. А.	290
Некрасова Ю. В.	290
Нестеренко В. В., Александрова А. В.	291
Николаенко Е. Ю., Полунина М. А.	291
Марченко Т. Н., Орловская Э. Б., Чудинович И. А.	293
Паймина И. С., Томиленко К. В., Жучкова Ю. И., Кравчина Ю. Г.	294
Пархоменко М. Р.	294
Перепелиця Ф. С.	295
Петрук Б. Ю.	296
Пивень В. И.	296
Пильгуй И. В., Щербина Н. Ю.	297
Пишун Ю. В.	298
Попенко С. А.	299
Постолаки М. А.	299
Прокопенко М. С.	300
Пушкарь Е. С.	301
Рудова М. И., Скляренко Д. А., Александрова А. В.	302
Саламин М. А.	302
Силичева А.Е.	303
Сорокина Е. В.	304
Старов К. П., Стоянова Ю. Д.	305
Перетяцько А. В., Сытник Н. А.	305
Тараненко А. О.	306
Татьянко Л. С.	307
Титаренко В. В., Кулык Т. В.	308
Трегуб Е. С., Гринь В. В.	308
Пивовар А. В., Трофимов М. А., Гринь В. В.	310
Фельдман Д.А., Червань И.В., Попова Т.О.	311
Хворостинко Р. Б., Давидыч А. М., Гринь В. В.	311
Хомуленко Е. В., Онасенко И. А.	313
Чепелев И. С., Ковальковский Е. В.	313
Чернигова В. Л.	314
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ	316
Gavrylov A.V., Sokhan A.V., Zots Ya.V., Hvozdetzka M.G., Bereznoj V.Yu.	316
Iurko K.V., Bondarenko A.V., Anis Akhtar, Solomennyk A.O., Mohylenets O.I., Sokhan A.V., Hvozdetzka M.G., Gavrylov A.V.	316
Акинина М.Н., Калашникова Е.С., Хардун И.А.	317

Анциферова Н.В., Соломенник Г.О, Кузнецова А.А., Пеньков Д.Б., Бикова К.М.	318
Базалеева А. М.	319
Береговая А.А., Позняк А.С., Линник А.С.	319
Бережная А. В.	320
Бережная А. В., Тертышный В. А.	322
Болховецька І.В., Романенко В.Р., Ушакова К.О.	323
Бондарчук Я.В.	324
Бутко Ю.В., Тырса Н.С.	324
Бутов Д.А., Григоренко В.Р., Яковлев В.А.	325
Бутов Д.А., Лисицина А.И., Дегтярь Е.Н.	326
Воробьева Е.Ю.	327
Говардовська О.О.	328
Деонега А.В., Котелевская В.И., Цыбульник М.С., Соломенник А.О., Блажко В.С.	329
Жаркова Т.С., Шевченко Я.А., Ильченко С.О.	329
Зайцева О.В., Ильенко Н.А., Кузнецова А.А., Соломенник А.О., Юрко Е.В., Анцыферова Н.В.	330
Зоц Я.В., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Калужный В.А., Копиленко Е.А.	331
Кирсанова Т.А., Донская А.П., Шевченко А.А.	332
Кирсанова Т.А., Шевченко А.А., Донская А.П.	333
Лавров Ф.Д.	334
Лукьянова Е.М.	335
Майорова М.В.	336
Острополец А.С., Минакова С.А., Соломенник А.О., Могиленец Е.И., Бондарь А.Е., Юрко Е.В., Винокурова О.Н., Анцыферова Н.В., Зоц Я.В.	337
Петренко Т. А.	338
Петренко Т.О., Меркулова Н.Ф., Могиленец О.І., Соломенник Г.О.,	339
Гвоздецька М.Г., Юрко К.В., Винокурова О.М.	339
Плотнікова В.В.	339
Повыдыш О.С., Соломенник А.О., Винокурова О.Н.	340
Пономаренко О.А., Краюшкина И.Л., Романенко А.Р., Талалаенко А.К.	341
Попович Н.В., Береговая А.А.	342
Розумная Е.А.	343
Рыбачик Ю.Н.	344
Рудь В. П.	345
Смалюк К. О.	345
Сухорукова М. Ф.	346
Ткачев С.Н., Воропай С.А., Минченков М.С.	347
Фоміна Л.В.	348
Христенко Н.Е.	348
Чопорова А.И., Иванисова А.Н., Межеричкая Н.И.	349
Чопорова А.И., Максимовский В.А., Чеховской А.О.	350
Чопорова А.И., Исак А. В.	350
Чопорова А.И., Мирошниченко Я.Н.	351
Юрко К.В., Сененко О.С., Адейемі Айодеджи Александр.	352
ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ	354
Adeyemi A.A, Hussein N.Y.	354
Базалеева А. Н.	355
Байбарак Н. А.	355
Волик М.С.	356
Воробьева Е.Ю.	357
Гармаш Н.Ю., Гармаш П.И.	358
Зеленская Е.А.	358

Ковинько А.В.	359
Коровіна Л.Д.	360
Любчич А.С.	360
Меламуд Е.С.	361
Погодина Е.В., Минакова С.А.	362
Прутко Е.	363
Смешко А.С.	363
Тверезовская И.И., Воронова М.В.	364
Фатьянова Ф.В.	365
Фельдман Д.А., Михайлов В.Б.	366
Хмаин С.	367
Хроменкова Ю.Ю.	367
Шахзадян Л.Г.	368
Шульга А.А., Дроботова Е.А.	369
НЕВРОЛОГІЯ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ	371
Novak A.S.	371
Soloviova Y.T.	371
Балуга Б.Ю.	372
Безуглова И.О.	373
Боярский А.А., Сухомлин Н.П.	374
Волошин – Гапонов И.К.	374
Иващенко Р.О.	375
Кохан Е.Н., Черняк А.В.	376
Куфтерина Н.С.	377
Марковская Е.В., Шапкин А.С., Чернякова А.Е., Бутенко Е.А., Каушмян Д.В.	378
Некрасова Н.А., Бортновская В.С.	379
Новохатский ¹ М. С., Новохатская ² Е. М.	380
Новохатский ¹ М. С., Новохатская ² Е. М., Кельгина ³ К.А.	381
Олефир А.С.	382
Самойлова Г.П.	383
Тихова А. И.	384
Тихонова О. О.	384
Ульванский Д. В., Каук О.И.	385
Хворост В.А.	386
Хоменко М.А.	386
Шеремета И.А., Каук О.И.	387
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ	389
Бусяк А.П.	389
Гончарь Е.Н., Саркисян Г.С.	389
Гуліда А.О.	390
Дурас А.А.	391
Ивженко Л.И.	391
Ковель И.В.	392
Кривущев В.Б., Самофалова М.Н., Фрянцева М.В.	393
Лактионова А.С., Громова Ю.А.	394
Литвищенко А.В., Саркисян Г.С.	394
Мирошниченко Я.М.	395
Рождественская А.А.	396
Саркисян Г.С., Литвищенко А.В.	397
Столярова О.К.	397
Тверезовская И.И., Самофалова М.Н.	398
Фрянцева М.В., Самофалова М.Н., Саркисян Г.С.	399

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА	400
Semenova N., Mayorova M.	400
Semenova N., Khristenko N.	400
Pomogaybo K.G.	401
Veretelnuk O., Prokopenko K.	401
Zinchuk A.M.*, Urazova L.F.*, Zinchuk O.G.**	402
Базалеева А. Н.	403
Баришовец А.В., Конорева В. І., Старусева В. В.	404
Билера Н.В., Лысенко О.В., Попович О.А.	404
Дубовик В.В., Кателевська Н.М., Хабаль О.В.	405
Котелевська В.І, Кузнєцова Д.О., Подпрядова А.А.	406
Кателевська Н.М, Куркіна В.М.	407
Літовченко О. Л., Кальна А. О.	407
Лазаренко К.П., Михайлік Т.М.	408
Лазаренко К.П., Гасанова А.І., Міхаелян К.Х.	409
Линник А.О.	409
Макаренко Н.И., Якивец И.В.	410
Нестеренко В.Г.	412
Поляков О.В., Писаренко Г.М., Богачова О.С.	412
Резніченко О.Г., Гуйван І.В.	413
Хорошевська Д.О., Кателевська Н.М.	413
Щёлок Т.С., Подпрядова А.А.	414
МЕДИЧНА ТА БІОРГАНІЧНА ХІМІЯ	416
Dyadichev O. V., Dyakova M. A.	416
Fed'ko K. O., Zinoviev I. E.	417
Komarova O.P., Korneev I.Y.	417
Malay V.V.	418
Ал-Огайли М. Д. К., Кулык О. Г., Колосов М. А.	419
Бабіч О.В.	420
Дрокин А. В.	421
Карев А.И., Свинарёв А.С.	421
Колотілов О.В., Полякова В.	422
Кузнєцова М. О.	423
Лега Д.О.	423
Мірошниченко М.О.	424
Нагорный И. А.	425
Присяжный А.В.	426
Профатилова В.Д.	426
Савельев В. В.	427
Семенов О.А.	429
Селезнев И. С.	429
Смєлова Н.М., Проскуріна К.І.	430
Соханевич Е.М.	431
Тишакова Т.С., Силина М. П.	431
Тищенко О. С.	432
Тімофєєв Д. Е., Востріков І.О.	433
Фесенко О. І.	434
Шакирова О.О.	435
Шадріна Г.М.	436
Чаленко Н.Н., Лиманская А.А., Алексеева Т.М.	436
СТОМАТОЛОГІЯ	438
Vasylenko O.M., Mousa Bahja	438

Vasylenko O.M., Zeinab Hammoud	438
Акельева Е.С., Худоярова Н.А.	439
Бабай К., Емельянова Н.Ю.	440
Богатиренко М. В.	440
Богату С.І.	441
Василенко О.Н., Ниязова Жимал.	442
Волкова О.С., Черепинская Ю.А., Доля Э.И.	443
Волошан А.А.	443
Волченко Н.В.	445
Герман С.А.	445
Гоенко О.М.	447
Доля Э.И., Волкова О.С., Черепинская Ю.А.	447
Елисеева О.В.	448
Жданова Н.О.	449
Заверуха Я.И., Фасонов О.Э.	450
Зотов Д.Е.	451
Кривенко Л.С.	452
Куров А.М.	453
Марковская И.В.	454
Махмуд Хуссам І. ¹ , Назем Алабед ¹ , Мохсін Мохаммед Х. ¹ ,	454
Джасім Баласім О. ¹ , Гармаш Є.К. ² , Гармаш О.В. ¹ , Палій О.В. ¹	454
Никонова Ю.В.	455
Раззак Місс Узма, Аль-Хаснаві Іхаб Т., Імран Абдулмохаймен І.,	456
Палій О.В., Гармаш О.В.	456
Стеблянко А.А., Гурьева А.Ю., Кишкань А.А., Тищенко А.В.	457
Стеблянко А.А., Худик А.К.	458
Таравнех Амир Шакер Джамиль, Черепинская Ю.А.	459
Тищенко О.В.	460
Філатов М.І.	461
Хумаири Зайнулабдин	462
Черепинская Ю.А., Доля Э.И., Волкова О.С.	464
Яковлева Д. Ю., Емельянова Н. Ю.	465
Ярова А.В., Крошка В.І., Янковська А.А.	466
СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ	468
Andrew Brian Amoah-Danful	468
Fadi Sultan	468
Kumah R. J.	469
Nyikkeabasi Basseyy Ekott.	470
Samer Maarabuni	471
Sultan Muhammad	472
Абдуева А. М.	473
Абрикосова А.С., Штепа П.В.	474
Акимов М. Ю.	475
Альков В.А.	476
Арутюнян А.Ю.	477
Аскеров Р.Н.	478
Бакута Ю.В.	479
Брошкова А.В.	480
Величко Г.О.	481
Гапонова Э.А.	482
Герасимчук У.С.	483
Гончаренко М.М.	483

Гончарова Е. Ю.	484
Данькина В.В.	485
Демочко Г.Л.	486
Дресвянкин А. С.	486
Дякова М. А.	487
Дякова М. А.	488
Ефименко С.А.	489
Затолока Д.В.	490
Зелиский Р.С.	491
Ильин В.Г., Эксарова М.А.	491
Карамян А.А.	492
Кожушко К.С.	493
Колотилев А.В.	494
Костенко А. И.	495
Михайлова Ю.В.	496
Насонова Л. И.	497
Олійник М.В.	498
Остапенко Д. М.	499
Остапенко Д. Н.	500
Павликова А.А.	501
Піняєва Ю.В.	502
Пушкарева М. Д.	503
Резник М.А.	504
Скомаровська І.	505
Сотнікова О. В.	506
Степаненко К.М.	507
Суходольская Е.И.	507
Халимов Е.Г.	509
Чалая А. Р.	510
Чернишова І.І.	511
Шевлякова Н.М., Ничипорчук Г.В.	512
Шульга Є. В.	513
ПЕДАГОГІКА ТА ПСИХОЛОГІЯ	515
Антонович С. О.	515
Аскеров Р.Н.	515
Бакута Ю.В.	516
Данькіна В.	516
Дудка А. М.	517
Дядичев О.В.	518
Іващенко І.Ю.	518
Кулікова І.І.	519
Олійник М.В.	519
Остапенко Д., Чобаноглу С.	520
Резнік М.А.	521
Ткач Г.В.	522
Фоміна Л.В.	522
Шейко А.О.	524
Шеліховська А.О.	524
ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЯ	526
Аджисегири Майова Джозеф.	526
Адил Шахаб.	526
Башири Мохаммед Амин.	527

Беррада Бушра.....	528
Бурлака А.....	528
Гальперин В.....	529
Гордон Арие.....	530
Захрат Фатима.....	531
Исаев Насреддин.....	531
Исмаил Шахуа.....	532
Комбо-НдзабаГлуар Де-Желис.....	533
Куковицкая Юлия.....	533
Пайзулаева Л.А.....	534
Рандрианасоло Керри.....	535
Реджепов Мердан.....	535
Ферас Абдуллах.....	536
Эль Хамссани Эль Мехди.....	537
Эльдор Якубов.....	537
ІНОЗЕМНІ МОВИ	539
Aous Khaskia.....	539
Askerov R. N.....	539
Ayvazyan K.....	540
Chan Thi Thuy Linh.....	540
Fadi Sultan.....	541
Goncharenko M.....	542
Haifa Yasser Awad.....	542
Ippolitov D. A.....	543
Kudin I.....	544
Mamedova K.T.....	545
Martynenko A.....	546
Nedielko D.....	547
Onischenko D.....	547
Rassolova A.S.....	548
Reznik M.A.....	549
Shirokih A.....	550
Shpak O.....	551
Sushetskaia D.....	552
Varenikov E.....	552
Zharikov M.A.....	553
Великий О. П.....	554
Дерявый Д.С.....	554
Литвинова Т.Г.....	555
Лунина А. О.....	556
Петренко Л.О.....	557
Полякова А. Д.....	557
Хара И. В.....	558
Щепук В.А.....	559
Щербаков О. О.....	559