

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Korolkova Anastasiia

APPLICATION OF CONTINUOUS PASSIVE MOTION (CPM) THERAPY IN REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH GUNSHOT FRACTURES OF LOW EXTREMITIES'S BONES

Kharkiv National Medical University, Department of physical rehabilitation, sports medicine with a course of physical education and health, Kharkiv, Ukraine

Scientific advisor: Professor Istomin A.G.

Introduction. Nowadays, the problem of treatment and rehabilitation of patients with gunshot fractures is wide-spread and acute theme in Ukraine. Gunshot wounds are accompanied by the defeat of surrounding tissues that required prolonged treatment because of possible complications. These specialties could be a reason of significant economical troubles in our country.

Rare actual scientific works demonstrates some aspects of complex restorative treatment of patients with gunshot fractures of low extremities' bones but there aren't any works about employment of CPM-therapy in physical rehabilitation.

The aim: to analyze the results of application of CPM-therapy in rehabilitation treatment of patients with gunshot fractures of low extremities' bones.

Materials and methods. The survey of 2 gropes was carry out. The patients had identical parameters. The first, control, group included 28 patients (35 joints) and the second, base, group included 19 ones (24 joints). During the treatment they were operated because of gunshot fractures of low extremities' bones. The course of standard rehabilitation was performed in the 1-st group. The patient of 2-nd group performed the standard rehabilitation with CPM-therapy on domestic apparatus "Legtronic". A medical examination of all groups was conducted according to common methods before, during and after treatment. The special questionnaire was composed after surveys where some individual anatomical and functional properties of joints were demonstrated. For more effective restorative treatment was created an individual plan of rehabilitation and was provided a dynamical observation. Also complex rehabilitation with domestic device consider some human's psychological features.

The development of movements using «Legtronic» conducted by the following method: 1th day after immobilization and appropriate examination - 3 times for 5-10 minutes(m.) at a minimum(min.) speed of development movements and flexion-extension corner in the joint (s) from 5 to 15 °; 2th day- 3 times for 20 m. with min. speed and volume of movements from 10 to 35°; 3th day - 3 times for 40-50 m. with min. speed and volume movements in joints from 25 to 45 °; in the following days increased frequency rate (up to 6 times per day), duration (up to 2 hours at a time) and speed of development and volume movements was adjusted to 70-90 ° (depending on the characteristics of the underlying disease and severity of pain).

The results of two groups were compared and it was developed that CPM-therapy with domestic apparatus in complex restorative treatment of patients with gunshot fractures of low extremities' bones leads to significantly shortening the rehabilitation of 28%, increases range of motion compared to the control group, with a significant decrease in pain and complications because of gunshot wounds. In addition it was noted that patients have a positive mental attitude and positive psychological attitudes.

Conclusion. The expediency and high efficiency of the developed domestic device «Legtronic» for CPM-therapy in complex restorative treatment of patients with gunshot fractures of low extremities' bones that allows it to recommend broad clinical use in orthopaedic and trauma departments, rehabilitation and health centres.

Kotsur V.E., Kucherenko I.O., Hloba N.S.

**INTERDEPENDENCE OF METEOSENSITIVITY LEVEL AND
TYPE OF HIGHER NERVOUS ACTIVITY IN YOUNG PEOPLE**

Kharkiv National Medical University

Scientific advisor: Hloba N.S., assistant of Physiology department

Human organism is constantly interacting with environment and adapting to its changes, including weather conditions that are among the most constant factors influencing human body. Normal, physiological reaction to meteorofactors is useful part of adaptation, but if change of weather conditions leads to disturbances of psychic or physical state, that is pathologically high meteorosensitivity or meteoropathy. Level of meteorosensitivity depends on hereditary peculiarities of an organism, sex, age, type of higher nervous activity (HNA), presence of chronic diseases etc. Increase of meteoropathy prevalence and its intensity even among young healthy people proves the relevance of its research.

The aim of our study was to determine the incidence and level of meteorosensitivity among healthy young people and to analyze the interdependence of meteorosensitivity level and type of HNA. Research was carried out in 50 students of Kharkiv National Medical University aged 17-21 years, among them 21 men and 29 women. Meteorosensitivity was studied using adapted version of questionnaire "Meteo-Q", type of HNA was determined with help of Eysenck personality questionnaire. All examined persons gave their written consent to participate in research.

According to results, 40% of examined have high level of weather influence on psychic state, 32% have medium and 26% have low influence of weather on psychic state. Changes of physical state of high level were determined in 32%, medium level in 28% and low level in 40%. According to HNA type, among people with high level of psychic state changes 60% belong to choleric, 25% to melancholic, 10% to phlegmatic and 5% to sanguine. High level of physical state changes were determined in 68,75% of choleric, 18,75% of melancholic and 6,25% of both phlegmatic and sanguine.

Analysis of research results allows to confirm the increase of meteoropathy prevalence and its intensity, as 60% of examined healthy young men that belong to the group with the highest adaptive capabilities that should have had low,

physiological meteosensitivity showed increased level of it and appearance of meteopathic reactions. There is also a correlation between type of HNA and weather sensitivity intensity that can be connected with initially lower adaptive abilities of people with choleric and melancholic types in relation to phlegmatic and sanguine. However, meteosensitivity is a complex concept that depends on numerous factors, thus it's necessary to continue research in that area to determine possible risk factors that decrease adaptive ability of human organism and to invent precautionary measures for such states.

Tishakova T.S., Isaaka Adamu, Saveliev V.V.
DETERMINATION OF QUANTITATIVE AMINO ACID
COMPOSITION IN HERBAL RAW MATERIAL OF PULSATILLA
PRATENSIS

Medical and bioorganic chemistry department of KNMU
Scientific advisor: Syrovaya A.O.

Amino acids are one of the physiologically important groups of compounds, taking part in synthesis of specific tissue proteins, enzymes, nucleic acids, fats, hormones and other compounds necessary for living organisms. They are capable of maintaining normal function of organs and systems at extreme environment. Some acids are indicated for treatment of many pathological conditions of central nervous system and for prophylaxis. Up to present medicinal plants are not considered to be the source of easily digested form of amino acid in combination of other active substances aimed to use it for treatment of different pathologies. From this perspective we have been investigated amino acid composition of *Pulsatilla pratensis*. *Pulsatilla pratensis* is a perennial buttercup (*Ranunculus* spp.), which is widely spread in the flora of Ukraine and in European Russia.

Amino acid analyzer AAA 400 (Czech Republic) was used for study, this is highly specialized computerizing liquid chromatograph equipped by postcolumn detector system. Peak areas of identified amino acids were used for quantification.

As a result of studies of *Pulsatilla pratensis* 16 amino acids were found, 7 of them are essential (threonine, valine, methionine, isoleucine, leucine, phenylalanine, lysine). Found amino acids can be arranged in decreasing order of their composition in herbal raw material as follows: Glu > Asp > Leu > Lys > Gly > Val > Ser > Ala > Arg > Thr > Phe > His > Ile > Tyr > Pro > Met.

Predominant amino acids in *Pulsatilla pratensis* are *monoamino-dicarboxylic amino acids*, such as *aspartic acid* and *glutamic acid* (16.76% and 11.01% of total amino acid composition, correspondingly). Composition of essential amino acids in investigated raw material is 37.74% of total amino acid composition, where leucine is uppermost (9.06%) along with other biologically active substances (phenol compounds, polysaccharides, organic acids, macro- and microelements). This stresses the importance of *Pulsatilla pratensis* and gives an opportunity to develop new medicinal products of sedative and hypnotic action on the base of investigated herbal raw materials. Amino acid composition of *Pulsatilla pratensis* has been studied first.

Аванесян А.И.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕРВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ОЖИВЛЕННЫХ ПОВЕШЕННЫХ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,
Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Ольховский В.А.

Повешение, или механическая асфиксия является довольно серьезным состоянием, которое представляет опасность не только в момент происшествия, но и после того, как пострадавшего удастся извлечь из петли и вернуть к жизни.

К наиболее частым осложнениям принято относить – отёк мозга, который, несомненно, является очень серьезным состоянием, достаточно часто приводящим не только к серьезным ухудшением жизненно важных функций организма, но и к смерти пациента. Проявляться это может появлением острых психозов, либо провоцировать обострение уже имевшихся психических заболеваний.

Практически всегда механическая асфиксия сопровождается потерей сознания, даже в тех случаях, когда сердечная и дыхательная деятельность сохраняется. Безсознательное состояние тянется различное время (от четверти часа до двух суток, находясь в глубоком коматозном или сопорозном состоянии). Продолжительность бессознательного состояния находится в известной зависимости от продолжительности нахождения повесившегося в петле. В случаях быстрого снятия с петли, бессознательное состояние кратковременно. Спустя нескольких часов после снятия с петли у оживленных повешенных, в большинстве случаев наступает общая конвулсия, которая возникает в связи с изменениями, наступающими в дыхании.

Когда наконец больной, после окончания судорог приходит в сознание, то обнаруживается дальнейшее явление — существование дефектов памяти. Пробелы памяти прежде всего касаются того периода времени, в течении которого больной находился в бессознательном состоянии. Затем утрачивается воспоминание о совершенной попытке самоубийства, больной не осознает и не понимает положения, в которое оно его привело. Например, одна из больных думала, что перенесла апоплектический удар, чего с нею не происходило. Она с негодованием отвергала покушение на самоубийство, существующую у нее от странгуляции хрипоту, она объясняла простудой, странгуляционную борозду — давлением узкого воротника рубашки, которую надели ей после покушения. Считала себя жертвой врачебной ошибки, из последнего помнит, что выходила с сестрой вешать белье.

Дефекты памяти во многих случаях не ограничиваются моментом покушения, они распространяются на больший или меньший промежуток времени, предшествовавший покушению на самоубийство. В некоторых случаях, амнезия в большей или меньшей степени распространяется на время последующее за покушением на самоубийство, уже после возвращения

сознания. Степень амнезии зависит от продолжительности потери сознания и от продолжительности повешения или strangulation, то есть времени, нахождения в петле. В случаях с не продолжительной потерей сознания, амнезия совсем не наблюдалась.

Как дальнейшее последствие strangulation у оживленных повешенных наблюдаются психопатические состояния. Чаще всего состояния эти транзиторного характера и обнаруживаются немедленно по возвращению сознания в виде психического возбуждения. Кроме таких скоро проходящих душевных расстройств, у оживленных повешенных наблюдались и более длительные психозы — случаи острой деменции.

Наблюдаемые после strangulation явления со стороны ЦНС составляют последствие тех ненормальных условий, под которыми находится мозг при strangulation, того нарушения питания, которые ими вызвано.

Явления, наблюдаемые у оживленных повешенных в практическом судебно-медицинском отношении очень важны, как вообще все анамнестические расстройства.

Нужно считаться, с теми установленными факторами, что нередко самоубийству предшествуют другие уголовные правонарушения, что неосторожное или ненамеренное убийство, нанесения ран или телесных повреждений, может принудить человека к самоубийству. К тому же может привести и умышленное убийство или иное преступление.

В большинстве случаев мотивы повешения, род смерти известны. Однако, иногда возникают ситуации, когда следствию приходится выяснять многие обстоятельства, устранять в них противоречия. В таких случаях судебно-медицинская экспертиза может оказать правоохранительным органам неоценимую помощь.

Айвазян К.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,
Научный руководитель – к.биол.н. Днестранская Л.И.**

По данным организации здравоохранения, в Украине болеет хроническим вирусным гепатитом 2 млн. человек. На официальном диспансерном учете находятся около 73 тыс. больных. Более того, отмечены случаи данного заболевания у детей разных возрастных групп, лиц пожилого возраста, у медработников, беременных женщин. Смертность от гепатита С в Украине составляет 50% от общего числа больных.

Долгое время для стандартной терапии этой патологии применялись интерферон и рибавирин. Но интерферон имеет ряд побочных эффектов и может привести к развитию сердечной недостаточности, сепсиса и лейкопении, а эффективность такого лечения не превышает 50%. В Украине для лечения гепатита С стал доступным новый противовирусный

препарат - софосбувир - пероральний нуклеозидний інгібітор полімерази. На сьогоднішній день більше чем 1000 пацієнтів в Україні уже мали доступ к ліченню препаратами нового покоління, из них завершили лічення почти 600 человек и ефективність лічення складає 93%. У тех, кто завершил лічення и достиг отметки 12 недель после окончания лічення вирус гепатита С не обнаруживается. Это касается и лиц, которые имели предыдущий опыт лічення другими схемами. Кроме того, использование препарата нового поколения приводит к сокращению срока лічення. Если раньше лічення длилось 48 недель, то с использованием Софосбувира такое лічення может длиться 12 недель. Приказом МЗ Украины от 25.01.2016 г. № 41 софосбувир внесен в перечень лекарственных средств отечественного и иностранного производства, которые могут закупать заведения и учреждения здравоохранения, полностью или частично финансируются из государственного и местных бюджетов. В конце прошлого года в Украине было зарегистрировано лекарственное средство Гратециано (софосбувир) для комбинированной терапии больных вирусным гепатитом. Это дает Украине новые шансы на преодоление этого заболевания.

Анпілов О.О., Кармазін М.Є.

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗМІНИ
ГЕМОПОЕЗУ У ВАГІТНИХ ЩУРІВ В НОРМІ І В УМОВАХ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПЕРКОАГУЛЯЦІЇ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
патологічної фізіології ім. Д.О.Альперна, Україна**

Науковий керівник: д.м.н., професор І.Ю.Кузьміна

Актуальність. Зазвичай, система гемостазу знаходиться в стані рівноваги, що запобігає розвитку гіперкоагуляції. Вагітність є станом, при якому в 5-6 разів збільшується ризик виникнення венозних тромбозів, що значно підвищує можливість тромбоемболічних і акушерських ускладнень.

Метою дослідження було вивчення показників гемопоезу в крові та кістковому мозку у щурів лінії Вістар при фізіологічній вагітності і при експериментальній моделі гіперкоагуляції.

Матеріали і методи. Дослідження проведені на 15 щурах лінії Вістар, які були розділені на 3 групи. Першу групу склали 4 щури з фізіологічним перебігом вагітності та пологамі. До другої групи увійшли 7 щурів у яких вагітність і пологи, протікали в умовах експериментальної гіперкоагуляції. У 3 групу (контрольну) увійшли 4 дорослі невагітні самки щурів. Щури 1 і 3 групи отримували звичайний раціон харчування і знаходилися на вільному питному режимі. Щури 2 групи протягом всієї вагітності отримували сухий корм і метіонін, розчинений в обсязі води, що становить 2/3 від нормального добового обсягу. Метіонін призначали в добовій дозі, розрахованій в залежності від маси тварини (0,6-0,7мг) після встановлення наявності вагітності. Доказом розвитку гіперкоагуляції у щурів в даній групі стало вкорочення активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТЧ) до $15,7 \pm 0,3$ секунд, у порівнянні з даними тварин 1 та 3 груп. Для виявлення

змін в периферичному кровотоці досліджували показники клітинного складу крові (кількість тромбоцитів, еритроцитів і лейкоцитів) за допомогою автоматичного гематологічного аналізатора. Для оцінки стану гемопоезу вагітних щурів на тлі гіперкоагуляції, проводили дослідження мієлограми, яка відображає процеси проліферації і диференціювання окремих паростків кровотворення, його клітинний склад і функціональний стан. Для дослідження кісткового мозку проводили пункцію груднини щура з наступним цитологічним аналізом мазків пунктату. Мазки висушували і фарбували за Романовським - Гімзою. Мієлограма оцінювалася за процентним співвідношенням всіх кровотворних клітин кісткового мозку.

Результати. В 1 групі щурів у день пологів спостерігалася підвищена активність гемопоезу в порівнянні з даними групи невагітних самок. Активізація гемопоезу виражалася в підвищенні кількості тромбоцитів і еритроцитів в периферичній крові ($p < 0,01$), а також підвищенням вмісту метамієлоцитів, паличкоядерних і сегментоядерних нейтрофілів, еозинофілів всіх генерацій, еритроцитів і мегакаріоцитів в пунктаті кісткового мозку щурів під час вагітності. Вивчення показників гемопоезу при експериментальній гіперкоагуляції дозволило встановити, що в крові щурів відзначається достовірне підвищення кількості тромбоцитів, еритроцитів і лейкоцитів. За даними аналізу кісткового мозку у щурів виявлено пригнічення мієлоїдного паростка кісткового мозку в порівнянні з даними контрольної групи. Спостерігається достовірне зниження вмісту метамієлоцитів, паличкоядерних нейтрофілів, сегментоядерних нейтрофілів і еозинофілів всіх генерацій. Також встановлено зниження клітинних співвідношень і індексів дозрівання еритроцитів і лейкоцитів.

Висновок. Експериментальним шляхом встановлено, що у щурів при фізіологічній вагітності виявлено достовірне підвищення кількості еритроцитів, тромбоцитів і лейкоцитів в периферичній крові. У мієлограмі спостерігається достовірне підвищення незрілих клітин еритроїдного ряду, що свідчить про готовність організму до фізіологічної крововтрати під час пологів. У щурів при експериментальній гіперкоагуляції виявлено достовірне збільшення кількості еритроцитів, тромбоцитів і лейкоцитів в периферичній крові. У мієлограмі відзначається достовірне зниження інтенсивності гемопоезу, що свідчить про компенсаторне пригнічення активності червоного кісткового мозку при посиленні тромбоутворення.

Антоненко И.С.

ЭЛЕМЕНТЫ ИППОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ.

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
физической реабилитации, спортивной медицины с курсом физического
воспитания и здоровья, Харьков, Украина.**

Научный руководитель – доцент Кириченко М.П.

Актуальность. Проблема деформаций грудной клетки в детском возрасте преимущественно связана с нарушениями осанки. Недостаточная

двигательная активность младшего школьного возраста, слабое развитие мышечных каркасов, неправильный подбор мебели в классных комнатах часто ведет к различным деформациям осанки детей.

Цель. Практический анализ превентивного и прямого полезного действия иппотерапии в системе восстановительного лечения детей с нарушением осанки.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилась группа детей в возрасте от 5 до 11 лет (12 девочек, 7 мальчиков) с нарушениями осанки. У 16 детей был диагностирован сколиоз грудного отдела позвоночного столба первой степени, у 3 - патологический кифоз грудного отдела первой степени. Контрольную группу составили 9 детей. На фоне проведения комплексов лечебной гимнастики в качестве дополнительных методов реабилитации детям проводились специальные занятия лечебного воздействия верховой ездой. На протяжении шести месяцев три раза в неделю, с учетом индивидуальных возможностей, начиная с простых элементов, постепенно усложняли программу верховой езды с параллельной оценкой качества воздействия в конце каждого месяца. Реабилитационная программа включала в себя психологический тренинг, коррекцию осанки, лечебную физкультуру, процедуры верховой езды на подготовленных для этого лошадях. После сеанса верховой езды проводились релаксационные упражнения, а в некоторых случаях массаж. Исследование проводилось на базе конного клуба «Мустанг». В контрольную группу входили дети с аналогичным диагнозом, которым не проводились занятия иппотерапии. Результаты. Отмечалась четкая тенденция улучшения осанки и функции внешнего дыхания. Осевые, объемные и другие антропометрические показатели тела имели тенденцию к нормализации и были более выражены у тех детей у которых проводилась комбинация процедур верховой езды с лечебной физкультурой. Наряду с позитивным физическим эффектом, отмечалось качественное улучшение психологического статуса.

Обсуждения. Отмечается потенцирование компенсаторных механизмов, предупреждающих развитие деформаций грудной клетки. Эффект терапевтического воздействия был бы больше, если бы дети одинаково по времени и объему осваивали навыки верховой езды.

Иппотерапия – направление анимало- и кинетической терапии, использующее лошадь и элементы верховой езды как комплексное терапевтическое средство.

Биомеханический фактор связан с колебательными импульсами, которые переносит на всадника идущая шагом лошадь, причем модулируется воздействие в трех плоскостях: по длине оси тела, во фронтально – поперечной и сагиттально-поперечной. У ребенка, который сидит верхом, нормализуется осанка благодаря специфики движений лошади, идущей вперед, а с помощью слабых координационных реакций вырабатываются и тренируются компенсаторные мышечные сокращения, направленные на

удержание равновесия. Это происходит рефлекторно и служит исправлению нарушения осанки.

Выводы.

1. Иппотерапия является комплексным методом коррекции, включающим в себя как физическую, так и психосоциальную реабилитацию.

2. В восстановительном воздействии иппотерапии большое значение имеет мотивационная установка.

3. Иппотерапия является не только корректирующим, но и профилактическим методом, развивающим моторику, сенсорные, когнитивные и коммуникативные способности детей.

Безега Е. В.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА В НОРМЕ И ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
анатомии человека, г.Харьков, Украина**

Научный руководитель: Измайлова Л.В.

Поясничный остеохондроз — одно из самых распространенных заболеваний позвоночника. Под термином «остеохондроз позвоночника» понимают первичный дегенеративный процесс в межпозвоночных дисках, который, в свою очередь, ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника. Поскольку, поясничный остеохондроз является часто встречаемым заболеванием, можно полагать, что все еще нет эффективного способа его лечения, а с уверенностью можно говорить только о профилактике. Чтобы разобраться в вопросах, как развивается остеохондроз позвоночника, как предупредить его развитие, необходимо знать анатомию и биомеханику позвоночного столба и связанных с ним структур. В этом и заключается актуальность данной работы.

Целью исследования является выявления изменений морфофункциональных особенностей строения поясничного отдела позвоночника в норме и при поясничном остеохондрозе.

Методы исследования: рентгенотомография, визуальное исследование поясничного отдела позвоночного столба из музейной коллекции кафедры анатомии ХНМУ, мануальная пальпация больных (ощупывание позвоночника дополнить данные осмотра, например отсутствие или наличие деформации, определить локализацию, характер и степень болезненности), анализ литературы.

Поясничные позвонки в норме (vertebrae lumbales), числом 5 (L1 – L5), отличаются от прочих своей массивностью. Тело бобовидной формы, дуги развиты сильно, позвоночные отверстия больше, чем у грудных позвонков, и имеет неправильную треугольную форму. Между телами двух, близко расположенных позвонков, залегает межпозвоночный симфиз (symphysis intervertebralis).

Нами было исследовано три этапа изменения морфофункционального строения поясничного отдела позвоночника при остеохондрозе. На первой стадии происходит внутренние дистрофически-дегенеративного характера модификации межпозвоночных дисков с сохранением или потерей постоянства и стабильности двигательного позвоночного сегмента, уплотнение межпозвоночных дисков, их функция амортизации ухудшается, высота зазоров уменьшается между позвонками. Поясничный остеохондроз второй стадии имеет более выраженную симптоматику. На этом этапе заболевания происходит смещение межпозвоночных дисков с возникновением их протрузии или пролапса в просвет позвоночного канала, расплющивание и изменение формы межпозвоночного диска, как правило, с односторонним выпячиванием. Выпирающий край позвоночного диска давит на нервный корешок. В зависимости от того, в какую сторону происходит выпячивание диска, преобладают болевые или безболевые неврологические симптомы - мышечная слабость, онемение, нарушение функций мочеполовой сферы. Третья, самая тяжелая стадия, означает разрыв фиброзного кольца, разрушение структуры диска и выдавливание его ядра наружу с образованием межпозвоночной грыжи.

Таким образом, при поясничном остеохондрозе выделяют три этапа изменения морфофункциональных особенностей строения поясничного отдела позвоночника. Знания нормальной и патологической анатомии позвоночника, позволяют диагностировать болезнь на ранней стадии.

**Безродная А.И., Кучеренко И., Стабровский С., Коцур В.,
Новикова Д.**

**ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ
ТОКСИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ ХИМИЧЕСКИХ
ВЕЩЕСТВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра биологической химии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.А. Наконечная**

В эксперименте на белых крысах использован поведенческий тест «Открытое поле» с целью оценки двигательной активности, на основании которой можно будет сделать вывод о наличии или отсутствии токсического влияния химического вещества на организм теплокровных животных.

Цель работы – оценить токсическое воздействия поверхностно-активных веществ (ПАВ) на организм экспериментальных животных на основании изучения двигательной активности животных согласно условий поведенческого теста «Открытое поле».

Материалы и методы. Настоящее исследование является отдельным фрагментом общей программы изучения биохимических механизмов влияния на организм теплокровных поверхностно-активного вещества полиэтиленгликоля (марки ПЭГ-400), которое проведено в процессе подострого токсикологического эксперимента на белых крысах линии WAG

длительностью 45 суток. Животные находились в стандартных условиях вивария.

Опыт проведен на двух группах животных: контрольной и опытной в количестве по 10 животных в каждой. Водный раствор ПЭГ-400 в дозе 1/10 ДЛ₅₀ вводился перорально утром натощак с помощью металлического зонда. Контрольная группа крыс получала соответствующие объемы питьевой воды.

Содержание и наблюдение за животными проводились в соответствии с положениями «Общезтических принципов экспериментов на животных», одобренными Первым Национальным конгрессом по биоэтике (Киев, 2001), "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и научных целей" (Страсбург, 1986).

В соответствии с условиями проведения теста «Открытое поле» наблюдение за животными проводилось на 1, 14 и 45 сутки эксперимента.

Результаты и обсуждение. После первичного тестирования установлено, что животных опытной группы по степени выраженности двигательной активности можно разделить на следующие группы: «активные» - 2 особи (20 %), «умеренно-активные» – 5 животных (50 %), «пассивные» с преобладанием пассивно-оборонительного поведения – 3 животных (30 %). На 14 сутки в опытной группе осталось 1 «активное» животное (10 %), «умеренно-активных» осталось 3 животных (30 %), в группе «пассивных» увеличилось количество животных до 6 (60 %). На 45 сутки исследования «активных» животных опытной группы не осталось совсем, количество «умеренно-активных» – снизилось до 1 животного (10 %), а количество «пассивных» возросло до 9 животных (90%).

В группе контроля в первые сутки тестирования поведенческая реакция животных по двигательной активности была полностью идентична опытной: «активные» - 2 особи (20 %), «умеренно-активные» – 5 животных (50 %), «пассивные» с преобладанием пассивно-оборонительного поведения – 3 животных (30 %). Это распределение животных по двигательной активности контрольной группы не изменилось до конца эксперимента.

Выводы: 1. Результаты исследования двигательной активности животных опытной группы свидетельствовали о её снижении в процессе подострого токсикологического эксперимента по сравнению с контрольной группой.

2. Выраженное снижение характера поведенческой реакции (двигательной активности) к моменту окончания подострого эксперимента у животных опытной группы может быть следствием токсического воздействия на организм крыс поверхностно-активного вещества ПЭГ-400 и прохождением его через гемато-энцефалический барьер, подтверждением чего является стабильность первоначальных поведенческих реакций у животных контрольной группы.

Безродная А.И., Кучеренко И., Стабровский С., Коцур В., Новикова Д.
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТРАВЛЕНИЯ
ХИМИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВОМ В ОСТРОМ
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА БЕЛЫХ КРЫСАХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра биологической химии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.м.н., проф. О.А. Наконечная

В связи с активным проникновением поверхностно-активных веществ (ПАВ) во все сферы жизнедеятельности человека с лекарственными препаратами, косметическими и моющими средствами, строительными материалами для обустройства квартир и др., постоянно возрастает опасность их вредного воздействия, поскольку гигиенистами и экологами достаточно убедительно доказана опасность для здоровья человека этой группы химических соединений. В настоящее время в Украине необходимость изучения токсичности и механизмов биохимического действия новых ПАВ считается важной и актуальной задачей.

Цель работы – изучить клиническую картину отравления ПАВ марки ПЭГ-400 в остром опыте на белых крысах.

Материалы и методы. Настоящее исследование является отдельным фрагментом общей программы изучения биохимических механизмов влияния на организм теплокровных поверхностно-активного вещества полиэтиленгликоля (марки ПЭГ-400) и проведено в процессе острого токсикологического эксперимента на белых крысах линии WAG. Животные находились в стандартных условиях вивария. Опыт проведен на двух группах животных: контрольной и опытной в количестве по 10 животных в каждой. Водный раствор ПЭГ-400 в среднелетальной дозе (DL_{50}) - 30,2 мг/кг - с помощью металлического зонда вводился перорально утром натощак однократно. Контрольная группа крыс получала соответствующие объемы питьевой воды. Перед декапитацией крыс обезболивали путем введения внутривентрально тиопентала натрия в дозе 50 мг/кг массы тела однократно.

Содержание и наблюдение за животными проводились в соответствии с положениями «Общезтических принципов экспериментов на животных», одобренными Первым Национальным конгрессом по биоэтике (Киев, 2001), "Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и научных целей" (Страсбург, 1986).

Наблюдение за состоянием животных велось на протяжении двух недель после введения препарата с периодическим взвешиванием. При постановке опыта учитывались требования методических указаний (Куценко С.А., 2004), согласно которых необходимо отмечать двигательную активность животных, время появления заторможенности, наличие бокового положения, состояния кожных покровов, типа дыхания, потливости и др. проявлений, которые могут свидетельствовать о наличии или отсутствия нейротропного или другого рода действия токсического вещества, которое изучается в данном случае.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина острого отравления у белых крыс после введения ПАВ развивалась в динамике времени с нарастающим итогом. Спустя 2-5 часов животные становились заторможенными, сбивались в группу, принимали боковое положение, кожные покровы становились цианотичными. Резко был выражен цианоз конечностей и носогубных складок. Реакция на внешние раздражители была снижена. Спустя 10 часов и более животные переставали реагировать на любые раздражители, впадали в коматозное состояние, в котором погибало 5 животных. При вскрытии погибших животных наблюдались макроскопические изменения внутренних органов: полнокровие, вздутие тонкого и толстого кишечника. У выживших животных до 14 суток наблюдались остаточные явления отравления: сонливость, диарея, дрожь в конечностях, потеря пространственной ориентации.

Вывод: Клиническая картина отравления ПЭГ-400 в остром опыте на белых крысах характерна для токсического воздействия на организм класса поверхностно-активных веществ. ПАВ приводят к срыву защитно-приспособительных механизмов и развитию гипоксических состояний с формированием дистрофических и деструктивных процессов в органах и тканях.

Белоконь А.В.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РАСЧЛЕНЕННЫХ ТРУПОВ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,
Научный руководитель: проф. Ольховский В.А.**

В древние времена убийство с расчленением трупа существовало, как жертвоприношение, в средние века — как наказание (четвертование, гильотинирование). Преступниками оно начало применяться с XV века и особого распространения достигло в конце XIX в первой половине XX века в больших городах Западной Европе и Америки.

Судебно-медицинской экспертизе принадлежит решающая роль в делах об убийствах с расчленением. Там, где судебно-медицинская экспертиза оказалась не в состоянии разрешить основные вопросы, поставленные следствием, в большинстве случаев остались нераскрытыми.

Особенностями судебно-медицинской экспертизы расчленения трупов обусловлены рядом моментов. Во-первых: объектами исследования являются части трупа. Во-вторых с целью сокрытия следов преступления после убийства и расчленения трупа прячут или выбрасывают его части в различных местах, нередко отдаленных друг от друга, закапывают части трупа в землю, опускают их на дно водоемов, в выгребные ямы, дворовые уборные; отдельные мелкие части могут опускать в канализационную систему. В-третьих: место обнаружения частей расчлененного трупа, как правило, не является местом совершенного преступления. В-четвертых: нередко между обнаружением отдельных частей трупа проходит большой

промежуток времени и части, предоставленные на исследование имеют различно выраженные трупные явления. Кроме этого, от момента убийства и расчленения трупа до момента обнаружения может проходить значительный промежуток времени, так, что обнаруженные части находятся в состоянии поздних трупных явлений. Иногда обнаруживают лишь отдельные кости скелета. В-пятых: в ряде случаев не все части трупа обнаруживаются даже и тогда, когда известно место, где они были спрятаны (это может быть связано с перемещением их водой по течению реки, растаскиванию животными и т.д.). Так же следует упомянуть о том, что при расчленении трупа преступники нередко в целях затруднения расследования искусственно изменяют труп и его части, уродуют лицо, скальпируют голову, сжигают части трупа, удаляют глазные яблоки, нос, зубы, отрезают уши, ногтевые фаланги пальцев, вырезают бородавки, родимые пятна, рубцы и другие индивидуальные приметы, по которым можно было бы установить личность убитого.

При убийствах с расчленением трупа перед судебно-медицинским экспертами ставятся следующие вопросы: 1) Принадлежат ли найденные части человеку? (этот вопрос решается легко по внешним анатомическим признакам); 2) Принадлежат ли части одному или нескольким трупам? (находят несколько одинаковых непарных или удвоенные парные части); 3) Идентификация личности убитого (определения пола, возраста, роста, особых примет, профессии); 4) Не принадлежат ли части к известным частям расчлененного трупа, ранее обнаруженным?; 5) Какова причина смерти и способ убийства? (чаще преступники обезображивают или уничтожают те части, на которых имеются следы поражения); 6) Сколько времени прошло от момента смерти? (учитывается характер и степень выраженности трупных явлений с учетом внешних условий — температуры, влажности среды, степени расчленения); 7) Произошло ли расчленение при жизни или посмертно? (большой частью расчленение производится посмертно, через определенное время после убийства); 8) Каковы способ и орудие расчленения?; 9) Где произошло убийство и расчленение?; 10) Принимал ли убитый пищу и за сколько времени до убийства?; 11) Иногда возникает вопрос о профессии преступника.

В настоящее время, судебно-медицинская экспертиза дает много информации в делах по расчлененным трупам, что в свою очередь помогает в раскрытии многих преступлений.

Бердникова А.И.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В УКРАИНЕ В 2016 гг.

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,
Научный руководитель – к.биол.н. Днестранская Л.И.**

Клещевой энцефалит - зооантропонозное вирусное заболевание, возбудитель которого передается главным образом иксодовыми клещами. И

характеризуется лихорадкой, интоксикацией и поражением центральной и периферической нервной системы. Заболевание вызывается вирусом группы В-арбовирусов, относящимся к мелким РНК-вирусам (род *Flavivirus*, семейство *Flaviviridae*).

Данный вирус является серьезной проблемой для стран Центральной, Восточной Европы и Дальнего Востока. Доказано, что заболевания, которые регистрируются в Европе, имеют более легкое течение. Летальность варьируется в пределах от 2% при европейской форме до 17% при дальневосточной форме. Это дало основания выделить западный и восточный типы клещевого энцефалита и соответственно их возбудителей - восточный и западный подтипы.

Согласно проведенным исследованиям, за последние 10 лет в Украине зарегистрировано 270 случаев болезни. По официальной статистике Государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины, в 2016 году было зарегистрировано 3 случая клещевого вирусного энцефалита местного характера. Эндемическими территориями государства по клещевому энцефалиту являются Киевская, Волынская, Черкасская, Львовская области и АР Крым. Согласно статистике Министерства Здравоохранения, за последний период случаи заражения клещевым энцефалитом регистрируется спорадически.

Повсеместно во всех очагах клещевого энцефалита наблюдается весенне-летняя сезонность заболеваемости, что обусловлено активностью иксодовых клещей в это время года. Иксодовые клещи сохраняют активность во II декаде июня. Во втором полугодии 2016 г. рост активности иксодовых клещей на всей территории страны отмечено в третьей декаде сентября - первой декаде октября, активность сохраняли до ноября. В Черкасской области в 2016 году выход иксодовых клещей с зимней диапаузы состоялся в более поздние сроки, чем в предыдущие годы. В этом период клещи особенно активны и опасны.

Блинкова Е.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина

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

Toxoplasma gondii является возбудителем токсоплазмоза. Токсоплазмоз – распространенное заболевание многих стран. Человек может заразиться этим заболеванием от домашних животных, в частности от кошек, в которых происходит половое размножение паразита. Больные токсоплазмозом животные выделяют паразитов с биологическими жидкостями. Человек же является только промежуточным его хозяином. Заражение происходит алиментарным путем, через поврежденную кожу и слизистые оболочки, также возможно, внутриутробное заражение при проникновении паразита к плоду от матери через плаценту.

Цель работы проанализировать данные периодических изданий, Web-ресурсы о влиянии *Toxoplasma gondii* на поведение человека.

Достоверно доказано негативное влияние токсоплазмы на нервную систему человека, его психические функции и поведение. Так установлено, что инфицирование токсоплазмой повышает уровень агрессии, делает человека более раздражительным, меняет его настроение, повышает вероятность совершения необдуманных поступков. Группа исследователей, работающая под руководством Теодора Постолача, доказала связь между склонностью к самоубийству и токсоплазмозом в 2009 году. Научные исследования Гленна А. Макконки из университета Лидса, проведенные в 2009 году подтвердили факт, что *Toxoplasma gondii* способна провоцировать развитие шизофрении. Воздействие паразита на человека заключается в нарушении биохимических процессов мозга, направленных на образование допамина. В геноме паразита присутствуют два гена отвечающие за синтез этого нейротрансмиттера, который он использует в направлении хозяина. Последние исследования в этой области доказали, что при отсутствии видимых симптомов присутствуют нарушения психики, такие как шизофрения, проявляющаяся в виде депрессии, беспричинных страхов. Таким образом, большой процент заражения населения токсоплазмой и влияние токсоплазмы на поведение человека, служат поводом для выявления групп риска (молодёжь допризывного возраста, беременные женщины) и проведения тестов по определению паразитов.

Блохина В.А
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
ВТОРОГО ТИПА

Кафедра медицинской биологии
Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Тимчук Н.Ф.

Нарушение гормонального контроля гомеостаза глюкозы является причиной развития наиболее распространенной эндокринной патологии – сахарного диабета (СД). Стремительный рост заболеваемости, высокая частота осложнений дают основание считать СД неинфекционной эпидемией XXI века [1]. Согласно статистике, до 95 % случаев заболевания приходится на СД 2 типа [2]. Патогенез заболевания: снижение чувствительности к действию инсулина рецепторов периферических тканей; недостаточность секреции инсулина β -клетками поджелудочной железы. Базисная терапия СД 2 основывается на длительном применении препаратов сульфаниламидов, что приводит к нарастающей дисфункции панкреатических β -клеток и прогрессированию гипергликемии [3]. В связи с актуальностью данной проблемы задачей наших исследований было изучение и анализ эффективности применения препарата (биодобавки) «Сальвирен» как альтернативного пути в комплексной терапии СД 2. «Сальвирен» – это

комбинация экстракта клюквы и шалфея с полноценным полифенольным составом, соединения которого обладают уникальным терапевтическим потенциалом в лечении сахарного диабета и предотвращении развития его осложнений. В наших исследованиях, которые проводились путем опроса пациентов, принимаемых «Сальвирен», и их лечащих врачей, на основании лабораторных анализов, установлено значительное улучшение по следующим показателям: ингибирование расщепления сложных углеводов; защита от деструкции панкреатических β -клеток; регулирование высвобождения глюкозы печенью. В мониторинге эффективности применения препарата «Сальвирен» принимали участие 30 пациентов под контролем врачей-эндокринологов института эндокринной патологии им. В.А. Данилевского национальной академии медицинских наук Украины. Как свидетельствуют данные биохимических исследований фирмы-производителя (лаборатория Ликонса, С.А., Испания), полифенолы препарата «Сальвирен» способны регулировать уровень глюкозы в крови путем взаимодействия с определенными белками-мишенями в различных органах и тканях организма. Полифенолы препятствуют развитию и прогрессированию хронических заболеваний, в том числе диабета за счет способности непосредственно взаимодействовать с целевыми белками. Гипогликемический эффект полифенольных веществ при СД 2 типа опосредован сразу несколькими механизмами: ингибированием расщепления сложных углеводов и всасывания глюкозы в кишечнике; защитой панкреатических β -клеток от деструкции; активацией инсулиновых рецепторов периферических тканей[4].

Таким образом, по результатам анализа литературных данных, обследования состояния больных СД 2 типа, принимающих препарат «Сальвирен», прописанный их лечащими врачами, можно сделать заключение о целесообразности использования препаратов на основе полифенольных соединений, в частности «Сальвирен», в комплексной терапии СД 2 типа.

Борщ С.С., Саенко М.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭМИССИОННОГО СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА В СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы
Кафедра судебной медицины, медицинского правоправедения
имени засл. проф. Н.С. Бокариуса ХНМУ, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – доц. Бондаренко В.В.**

В ходе расследования уголовных дел огромное значение уделяется обнаружению, исследованию и оценке вещественных доказательств. Согласно Уголовному процессуальному кодексу Украины (ст. 98), вещественными доказательствами являются материальные объекты, являющиеся орудиями совершения уголовного преступления, сохранили на себе следы данного правонарушения и которые могут быть использованы как

доказательства факта либо обстоятельств событий, устанавливаемых в ходе расследования». В последнее время ведется поиск и внедрение в практику современных методов исследования вещественных доказательств, позволяющих решать сложные задачи, возникающие перед судом и следствием. Одним из передовых экспертных методов является метод эмиссионного спектрального анализа.

Эмиссионный спектральный анализ (ЭСА) относится к категории физико-химических методов, основанный на изучении спектрального состава света, излучаемого, поглощаемого или рассеиваемого исследуемым веществом. Необходимым условием излучения света является придание исследуемому веществу дополнительной энергии, что приводит в возбужденное состояние его атомы и молекулы, вследствие чего они отдают избыточную энергию в виде света. Путем регистрации длины волны можно определить атомный или молекулярный состав объекта с высокой степенью достоверности. ЭСА обладает очень ценными свойствами – чувствительность, точность, высокая скорость исследований, универсальность, документальная фиксация результатов, что имеет особое значение в системе доказательств. Кроме этого, использование метода ЭСА в судебной медицине регламентировано действующими правилами и инструкциями, в частности "Правилами проведения судебно-медицинских экспертиз (исследований) в отделениях судебно-медицинской криминалистики бюро судебно-медицинской экспертизы", утвержденными приказом № 6 МОЗ Украины от 17 января 1996 г. В ходе работы мы попытались систематизировать информацию о возможностях ЭСА в судебно-медицинской практике. Метод ЭСА позволяет идентифицировать орудия травмы в подавляющем большинстве случаев. Предметом исследования могут являться как биологические (кожа, кости, волосы, ногти и пр.), так и небиологические материалы (одежда, обувь, орудия травмы и пр.). При воздействии тупых предметов определяются минеральные вещества (цемент, кирпич, известь, краски) и металлы (олово, свинец, латунь, медь, алюминий, железо, бронза, цинк и пр.). При воздействии острых орудий определяются виды металла (марка стали, ее добавки и примеси, наличие коррозии металла). При огнестрельных ранениях определяется входное и выходное отверстие, дистанция выстрела, вид снаряда (пули оболочечные, безоболочечные, специального назначения). При электротравме определяется наличие электрометки и вид металлического проводника. Метод ЭСА применяется в ходе установления прижизненности и давности образования ссадин, кровоподтеков, ран, переломов по содержанию макро- и микроэлементов в коже, костной ткани, внутренних органах (натрия, калия, меди, железа, кальция, алюминия, кобальта). ЭСА также успешно используется при диагностике strangulation асфиксии, утопления, отравлений, переохлаждения организма, живорожденности, при определении давности наступления смерти, давности захоронения трупа и пр.

На основании вышеизложенного приходим к следующим выводам, что, метод эмиссионного спектрального анализа обладает весьма ценными диагностическими свойствами в экспертной практике, позволяет решать

сложнейшие задачи, возникающие в ходе расследования уголовных дел, и таким образом должен быть обязательно внедрен в практику Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Бугаєв В. Ю.

ВПЛИВ ІОНІВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ДЕНТИНУ ЗУБІВ

Харківський національний медичний університет

Кафедра анатомії людини

Науковий керівник: доц. Жарова Н. В., доц. Коробчанська А.Б.

З кожним роком стан зубощелепної системи людей значно погіршується. Це явище характеризується надмірним та неправильним вживанням їжі, особливо солодкого. Все це повільно, а іноді й швидкими темпами руйнує зуби та погіршує загальний стан ротової порожнини. Але люди не звертають належної уваги на більш небезпечний чинник руйнування нормальної природи зуба – вплив іонів солей важких металів. На сьогоднішній момент навколишнє середовище дуже забруднене цими речовинами (у питній воді, харчових продуктах, загазованому міському повітрі). Зменшення негативного впливу іонів солей важких металів на зуби та організм людини в цілому є актуальною проблемою.

Мета нашого дослідження - проаналізувати гістоморфологічні показники та хімічний склад різця білих щурів за умов дії на організм солей важких металів та після застосування корегуючої терапії остеогеном.

За результатами експерименту та аналізу отриманих даних можна зробити висновок, що солі важких металів негативно впливають на дентин різця. Хімічний склад дентину різця за умов дії на організм солей важких металів засвідчує розвиток глибоких та стійких структурних змін, які характеризуються гальмуванням проліферативної активності клітин, розвитком резорбтивних процесів у дентині різця, зниженням мінералізації, збідненням неорганічного матриксу макро- та мікроелементами.

Після застосування корегуючої терапії остеогеном морфологічні зміни та мінеральний склад різця піддослідних тварин характеризувалися ознаками нормалізації та зменшення негативних проявів порушеного морфогенезу зубної системи.

Бурховецька Е.О., Ковальцова М. В., Кучерявченко М.О.

ВПЛИВ ГОЛОДУВАННЯ НА ПРОЦЕСИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра патологічної фізіології ім. Д.О. Альперна,

Науковий керівник: Николаєва О.В., Сулхдост І.О.

Лікувальне голодування (ЛГ), є ефективним методом лікування ожиріння та інших аліментарних захворювань, у той час, як стан показників перекісного окислення ліпідів (ПОЛ) є інтегральним показником загальної неспіцефічної адаптації організму.

Мета: вивчити зміну процесів ПОЛ під час лікувального голодування, оцінка впливу ЛГ на резерв адаптації.

Матеріали та методи: аналітичний огляд об'єктивних даних результатів аналізів крові за рівнем перекісної резистентності еритроцитів, від людей різного віку та статі впродовж голодування.

У результаті дослідження виявлено, що на початок експерименту усі випробовувані мають задовільний рівень перекісної резистентності еритроцитів (2,5%). На шосту - сьому добу настає критичний момент голодування, так званий "ацидотичний криз", причиною якого є метаболічний ацидоз. У цей час рівень перекісної резистентності еритроцитів підвищується і набуває найбільшого свого значення за весь період голодування (від 2,9% до 4,5%). Саме у цей час у випробовуваних спостерігається зменшення стійкості еритроцитарних мембран, їх дестабілізація, викликана найагресивнішими продуктами ПОЛ, що циркулюють у крові. К одинадцятому - тринадцятому дню голодування показник перекісної резистентності еритроцитів поступово повертався до норми, що пояснюється, по перше, розвитком пристосувальних реакцій (збільшення об'єму альвеолярної вентиляції легень, активація буферних систем), а по-друге, встановленням рівноваги між рівнем ПОЛ та системою антиоксидантного захисту.

Висновок. Метод лікувального голодування може бути впроваджений, як спосіб підвищення неспецифічної адаптації організму, у тому числі, як фактор, що зменшує ПОЛ.

Великий О.П., Єрмола О.Д.
СТАН АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ЩУРІВ ПРИ
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ДІАБЕТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра
патологічної фізіології ім. Д.О.Альперна, Україна
Науковий керівник: д.мед.н., професор І.Ю.Кузьміна

Актуальність проблеми. Дослідження гормональних механізмів, що сприяють формуванню гіперглікемії при цукровому діабеті (ЦД), є актуальним, тому що посилення активності глюкокортикоїдної ланки аденокортикальної системи при порушенні вуглеводного обміну (ПВО) до теперішнього часу остаточно не з'ясовані.

Мета дослідження: вивчити активність і взаємовідношення синтезу і метаболізму кортикостерону, як основних системних механізмів регуляції його рівня в крові, при експериментальних впливах, модулюючих вуглеводний обмін.

Матеріали та методи. У роботі використовували 10 статевозрілих щурів самців популяції Wistar. Для створення експериментальної моделі ПВО використовували аллоксановий діабет (АД), який викликали одноразовим внутрішньоочеревинним введенням 6 щурам Wistar розчину аллоксана тригідрату у дозі 17 мг на 100 г маси тіла щура у 0,5 мл фізіологічного розчину. Тваринам контрольної групи в ті ж терміни одноразово вводили

аналогічний об'єм 0,9% водного розчину NaCl. Починаючи з другої і до 24 діб після введення аллоксана, у щурів індивідуально збирали добову сечу з використанням спеціально сконструйованих сечозбірників, вимірювали діурез. Тварин утримували на стандартному раціоні віварію з вільним доступом до води та їжі. Використання експериментальних тварин в роботі здійснювали з дотриманням принципів гуманності, викладених в директивах Європейського співтовариства і Гельсінкської декларації. Вміст глюкози у сироватці крові і в сечі визначали ферментативним методом. Концентрацію кортикостероїдних гормонів вимірювали методом високоефективної рідинної хроматографії у надниркових гомогенатах і плазмі крові щурів.

Результати та їх обговорення. У перший тиждень експериментального діабету відбувається наростання тяжкості метаболічних порушень з гіпоінсулінемією та підвищенням активності амінотрансфераз. Починаючи з 8-9 доби після введення аллоксана, відзначена активація глюкокортикоїдної функції надниркових залоз, що проявляється підвищенням в крові концентрації кортикостерону, а у надниркових залозах і сечі - кортикостерону і прогестерону. Збільшення активності амінотрансфераз в печінці свідчить про фізіологічну значущість підвищення рівня кортикостерону в крові. Функціональна система підтримки концентрації кортикостерону в крові і тканинах здійснюється шляхом активізації ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), синтезом кортикостероїдних гормонів у наднирках і метаболізмом в тканинах ферменту 11-гідроксистероїддегідрогеназа (11-ГСД). АПФ каталізує утворення ангіотензину 2 (A2) і інактивацію брадікініну, що надає цьому ферменту ключове положення в ренін -ангіотензіновій (РАС) і калікреїн - кініновій системах, медіатори яких беруть активну участь в регуляції гемодинаміки, вуглеводного і водно - сольового балансу.

Висновки. Отримані результати дозволяють судити про те, що при експериментальному алоксановому діабеті специфіка зміни активності АПФ у різних тканинах визначається вже на початковому етапі захворювання. У тканини нирок щурів на 22-гу добу активність АПФ різко знижувалася, що може бути пов'язано з наростаючою вагою метаболічних порушень при тривалому перебігу цукрового діабету. До 30 діб АД зберегається тяжкість порушень вуглеводного метаболізму, зниження фізіологічних ефектів глюкокортикоїдних гормонів в печінці, що може бути пов'язано зі зменшенням синтезу кортикостерону в надниркових залозах і його вмісту в крові.

Гарюк Т.О.

**ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ПРИ
ПРОВЕДЕННІ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра судової медицини, медичного правознавства**

Науковий керівник – доц. Бондаренко В.В.

Кримінальний процесуальний кодекс (КПК) України передбачає участь лікаря в якості спеціаліста у слідчих (розшукових) діях, зокрема, в допиті

малолітньої або неповнолітньої особи та слідчих діях за його участі (ст. 226, 227), огляді трупа (ст. 238), слідчому експерименті (ст. 240), освідуванні особи (ст. 241), отриманні зразків для експертизи (ст. 245). Згідно законодавства, спеціалістом вважається особа, яка володіє спеціальними знаннями та навичками, що необхідні для вирішення спеціальних питань у праві. Відповідно до законодавства, лікарі, незалежно від спеціалізації, вважаються спеціалістами в галузі судової медицини, оскільки володіють певними знаннями, навичками, уміннями та компетенціями, що були отримані під час засвоєння курсу судової медицини у вищих навчальних закладах. Таким чином, КПК України передбачає процесуальний статус лікаря в якості спеціаліста у проведенні слідчих (розшукових) дій та наділяє його певними правами, обов'язками та відповідальністю. На жаль, переважна більшість лікарів не ознайомлена з положеннями чинного законодавства, оскільки діючий КПК України набув чинності 19 листопада 2012 року. Таким чином, ми вважаємо доцільним довести перелік прав, обов'язків та відповідальності лікаря-спеціаліста з огляду на можливість його залучення до слідчих дій. Серед обов'язків лікаря-спеціаліста слід визначити наступні (ст. 71 КПК): 1) лікар повинен мати при собі необхідне технічне обладнання, присторої та прилади та прибути за викликом до слідчого, прокурора, суду; 2) лікар повинен виконувати вказівки слідчого, прокурора чи суду та давати відповіді на запитання; 3) лікар забор'язаний не розголошувати відомості, які стали йому відомі у зв'язку з із залученням його до слідчих (розшукових) дій; 4) лікар повинен відмовитися від участі у слідчих діях за об'єктивних обставин. Відповідно до ст. 71 КПК України лікар-спеціаліст має право: 1) ставити запитання учасникам слідчих дій з дозволу слідчого, прокурора чи суду; 2) користуватися технічними засобами, приладами та спеціальним обладнанням; 3) звертати увагу слідчого, прокурора чи суду на характерні обставини чи особливості речей і документів; 4) знайомитися з протоколами слідчих дій, в яких він брав участь, і подавати до них зауваження; 5) одержувати винагороду за виконану роботу та відшкодування витрат, пов'язаних із його залученням до слідчих дій; 6) заявляти клопотання про забезпечення власної безпеки.

Лікар-спеціаліст несе відповідальність у разі неприбуття до суду без поважних причин або неповідомлення про причини неприбуття, внаслідок чого, лікар-спеціаліст повинен відшкодувати усі витрати, пов'язані з оголошенням перерви у судовому засіданні (ст. 72 КПК).

Таким чином, нами висвітлені права, обов'язки і відповідальність лікаря- спеціаліста в проведенні розшукових (слідчих) дій, які дещо відрізняються від прав, обов'язків та відповідальності судово-медичного експерта, який проводить судово-медичну експертизу згідно Закону України «Про судову експертизу» і несе кримінальну відповідальність за завідомо неправдивий висновок та відмову без поважних причин від виконання своїх обов'язків.

Вважаємо, що правова освіта лікаря повинна бути обов'язковою і відповідати положенням чинного законодавства України. У відповідності до

цього, робочі навчальні програми і тематичні плани з предмету «судова медицина, медичне правознавства» у вищих навчальних медичних закладах повинні відповідати вимогам чинного законодавства, як це відбувається у Харківському національному медичному університеті на кафедрі судової медицини, медичного правознавства імені засл. проф. М.С. Бокаріуса.

Дворник Н.А., Занг Т.Л.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАМЕНЫ МЕДИЦИНСКОГО ЭТИЛОВОГО СПИРТА ПРИ ОКРАСКЕ ГЕМАТОКСИЛИНОМ И ЭОЗИНОМ

Кафедра патологической анатомии

**Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: В.В. Гаргин

Широкое применение окраски гематоксилином и эозином (ГЭ) в микроскопической технике обусловлено его замечательными результатами для выявления гистологических особенностей как при патологических, так и при физиологических процессах. При этом процессы совершенствования этой методики не останавливаются, в том числе и направленные на удешевление используемых ингредиентов. В сложившихся экономических условиях Украины цена медицинского этилового спирта 96° (МЭС) заставляет искать возможные варианты его замены.

Цель: изучить возможность замены МЭС более дешевыми ингредиентами при окраске ГЭ.

Объектом изучения явилась методика окраска ГЭ в которой при изготовлении срезов парафиновых блоков вместо МЭС использовали метиловый спирт, пищевой этиловый спирт, водку, ацетон. Согласно методике окраски ГЭ парафиновые срезы, наклеенные на предметные стёкла, депарафинизировали поочередно погружая их в 2 порции ксилола (толуола, бензола) (по 3 мин). Производили гидратацию срезов путём поэтапного помещения их в указанные выше ингредиенты убывающей концентрации (96°, 80°, 60°, 40°), а затем в дистиллированную воду (3-4 мин). Окрашивали срезы сначала раствором гематоксилина в течение 2 мин. После этого срезы переносили в водопроводную воду, которая имеет щелочную среду, для окисления гематоксилина после чего всполаскивали в дистиллированной воде. Окрашивали срезы раствором эозина (в течение 0,5-1 мин). Избыток красителя смывали дистиллированной водой в течение 1 мин. Окрашенные срезы обезвоживали. Для этого их помещали в указанные выше ингредиенты возрастающей концентрации (для спиртов) – поочередно в 40°, 60°, 80°, 96°, и 100° (по 1-2 мин). Обезвоженные срезы просветляли в карбол-ксилоле, а затем - в двух порциях ксилола (по 2 мин) после чего срезы накрывали обезжиренным покровным стеклом.

В результате проделанной работы нами при изучении полученных микропрепаратов и сравнении результатов окрашивания со срезами где МЭС не был заменен выявлена следующая картина. При использовании метилового спирта нами получены сходные по качеству окрашивания

препараты несколько меньшей прозрачности, однако при ручной проводке следует учитывать более выраженное токсическое воздействие паров метилового спирта. При использовании пищевого этилового спирта полученные препараты были с несколько нечеткими тканевыми структурами (клеточные и базальные мембраны). При использовании водки нами получены мутные микропрепараты с пониженной прозрачностью неокрашиваемых структур. Использование ацетона привело к существенному удлинению срока изготовления препаратов, учитывая необходимость обезвоживания в 2-3 сменах ацетона от нескольких часов до 1. Также к недостаткам данного выбора можно отнести токсичность ацетона и возможное сморщивание объектов при увеличении продолжительности обезвоживания.

Вывод: таким образом, медицинский этиловый спирт с точки зрения качества получаемых препаратов, влияния на здоровье персонала при ручной проводке является наиболее целесообразным при окрашивании гистологических препаратов гематоксилином и эозином.

Дегтяр К. О., Полікарпова Г.В.
ДИНАМІКА БІЛКІВ ГОСТРОЇ ФАЗИ ЗАПАЛЕННЯ У КРОВІ
ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ШКІРИ МОРСЬКИХ
СВИНОК РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Харківський національний медичний університет, кафедра
біологічної хімії

Науковий керівник: асистент Полікарпова Г. В.

Опікова травма є одним з найбільш поширених пошкоджень у світі і являє собою велику медико-соціальну проблему, що обумовлено значними та тривалими втратами працездатності, інвалідністю, високими витратами на лікування. Однак, до цього часу, не існує робіт, присвячених порівняльному дослідженню особливостей динаміки білків гострої фази запалення у крові в залежності від часу травми при різних видах опіків. Саме тому, дослідження цих параметрів перебігу опікових ушкоджень є надзвичайно актуальними.

Метою роботи було порівняльне дослідження динаміки вмісту білків гострої фази запалення при експериментальних термічних, хімічних та променевих опіках шкіри морських свинок в залежності від часу.

Дослідження проводили на 147 білих чотиримісячних морських свинках-самцях масою 470 - 600 г, що утримувалися у стандартних умовах віварію. Робота з тваринами проводилась згідно з вимогами «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальних та інших наукових цілей». Термічний опік викликали контактним шляхом за допомогою розпеченого металевого клейма в області попередньо виголої ділянки стегна площею 3 см² ($S = 3 \text{ см}^2$, $t = 250^\circ\text{C}$, експозиція 2 хв) під слабким ефірним наркозом. Хімічний опік викликали шляхом аплікації 20% розчину гідрохлорної кислоти в області попередньо виголої ділянки стегна площею 3 см² ($S = 3 \text{ см}^2$, експозиція 2 хв) під слабким ефірним наркозом. Променевий опік викликали шляхом

радіаційного впливу Х-променів в області попередньо виголеної ділянки стегна площею 3 см² в експозиційній дозі 60 Гр за допомогою установки УРС-50 (ТУР - 60, 50 кВ, 10 мА, фільтр 0,6 м А1, потужність дози 36,74 Гр/хв, площа опромінення 1 см²) під слабким ефірним наркозом. Згідно класифікації, прийнятій на ХХ з'їзді хірургів України (2002 р.), ступінь всіх видів опіків визначали як третю. Концентрацію білків гострої фази запалення а саме, С-реактивний білок (СРБ), гаптоглобін, серомукоїди у сироватці крові проводили імунотурбодиметричним методом за допомогою наборів реактивів фірми «Філісіт-Діагностика» (Україна) через годину, 1, 3, 5, 7 та 10 діб при всіх видах опіків, при променевому опіку – додатково через 21 та 35 діб.

Дослідження динаміки вмісту основних білків гострої фази запалення у сироватці крові при термічному та хімічному опіках показало різке збільшення концентрації СРБ, гаптоглобіну та серомукоїдів вже через годину після термічного опіку, проте максимальний рівень цього показника спостерігався через добу після впливу ушкоджуючого фактора. Протягом наступних дев'яти діб концентрація СРБ зижувалась, досягаючи контрольного значення на десятю добу. При променевому максимальна концентрація СРБ у сироватці крові спостерігалась на сьому добу після ушкодження, перевищуючи контрольне значення майже у п'ять разів, протягом наступних двадцяти восьми діб рівень СРБ знижувався, проте перевищував контрольне значення у два – три рази. Підвищення концентрації гаптоглобіну та серомукоїдів при променевому опіку відмічалось лише на сьому добу після впливу, максимальний рівень цих показників у сироватці крові спостерігався на двадцять першу добу.

Таким чином, результати дослідження динаміки рівнів білків гострої фази запалення у сироватці крові морських свинок при термічному та хімічному опіках свідчить про наявність гострого запального процесу на першу добу та його поступове стихання, що відповідає фазам нормального перебігу раневого процесу. При променевому опіку спостерігається стійке підвищення рівня білків гострої фази запалення, що свідчить про хронізацію запального процесу.

Дегтярь К. А.

**К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА АДАПТАЦИЮ К ФИЗИЧЕСКИМ,
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАГРУЗКАМ У
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, Украина, кафедра физиологии

Научный руководитель: к.б.н., доцент Дунаева О. В.

Актуальность. Состояние здоровья находится под влиянием целого комплекса биосоциальных факторов. Состояние функционирования висцеральных систем и физическое развитие является ведущим фактором стрессоустойчивости к экзогенным условиям и адаптации к изменениям внешней среды. В связи со спецификой профессии будущего врача в медицинском университете студенты во время обучения получают огромный

поток информации и большие объемы интеллектуальных нагрузок, которые сопровождаются выраженным эмоциональным напряжением. Так как вегетативная нервная система, обеспечивает перестройки функционирования висцеральных систем, а следовательно и адаптацию студентов к различным условиям деятельности, исследования состояния тонуса отделов вегетативной нервной системы и их соотношения является достаточно актуальным.

Цель: обнаружить зависимость между состоянием тонуса отделов вегетативной нервной системы и уровнем здоровья у студентов 2 курса медицинского университета.

Материалы и методы. В ходе исследования была выбрана группа студентов медиков 2 курса обучения в количестве 12 человек из которых 3 были юноши, 9 - девушки. Для определения уровня здоровья был выбран тест Кверга, проведенный на уроке физкультуры с применением скакалок и группы упражнений: прыжки на скакалке, количество приседаний за 30 секунд, бег с максимальной скоростью, не ниже 180 шагов в минуту- 30 секунд, бег на месте с частотой 150 шагов/мин.- 3 минуты. Индексами тонуса вегетативной нервной системы были выбраны такие пробы: Тесленка (сидя-стоя), Ашнера-Даньини, Штанге и Кардю. Измерения пульса проводились пульсоксиметром, а кровяное давление измерялось методом Короткова.

Результаты. В результате проведенных исследований, было определено, что 50% студентов являются нормотониками, 42% - парасимпатикотониками и 8% – симпатикотониками. По показателям здоровья: высокого уровня – 8 % студентов, низкого – 42% и среднего 50%.

По соотношению показателя здоровья и вегетативного индекса средним уровнем здоровья обладают 42% нормотоников и 8% парасимпатикотоников, низким – 8% нормотоников и 25% парасимпатикотоников. Исходя из полученных данных можно заметить зависимость, что у студентов медицинского университета нормотоников была лучше адаптация к психоэмоциональным и физическим нагрузкам, чем у симпатикотоников и парасимпатикотоников.

Дуб М.І., Коваленко В.А., Воронцова Л.Л.
ВПЛИВ ФРАГМЕНТАЦІЇ ДНК СПЕРМАТОЗОЇДІВ ТА
ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ НА ФЕРТИЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ
ЕЯКУЛЯТУ

ДЗ „Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ
України”, м. Запоріжжя, Україна
Кафедра клінічної лабораторної діагностики
Науковий керівник – д.мед.н., професор Воронцова Л.Л.

На сьогодні відомо, що, принаймі, 30-50 % всіх випадків важких форм безпліддя у чоловіків обумовлюють генетичні чинники. Встановлено, що токсикарозна інвазія призводить до генотоксичних ефектів і утворення первинних ушкоджень ДНК (утворення одно- і дволанцюгових розривів) внаслідок чого підвищуються рівні генних і хромосомних мутацій, що дуже

важливо для розуміння виникнення порушень фертильності різного ступеню: від незначних змін сперматогенезу до повної дисфункції гонад. Все вищезазначене і обумовило мету нашої роботи: вивчити взаємозв'язок фрагментації ДНК сперматозоїдів та наявності токсокарозної інвазії зі змінами сперміологічних показників у чоловіків з порушенням репродуктивного потенціалу.

Матеріали і методи. Обстежено 68 чоловіків у віці від 20 до 45 років. Першу (контрольну) групу склали 16 практично здорових чоловіків, які пройшли обстеження, як донори банку сперми. До другої групи увійшли 52 пацієнти з порушеннями фертильності еякуляту, які були розділені на 3 підгрупи: 2 а (група порівняння) - 35 пацієнтів з нормальним рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів та з відсутністю антитіл до токсокар; 2 б (9 чоловіків) - пацієнти з високим рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів і наявністю антитіл до токсокар та 2 в (8 чоловіків) – пацієнти з високим рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів та з відсутністю антитіл до токсокар. Усім чоловікам було проведено комплексне дослідження, що включало аналіз спермограми за рекомендаціями ВООЗ, визначення рівня фрагментації ДНК сперматозоїдів та наявності токсокарозної інвазії.

Результати дослідження. В результаті аналізу спермограм досліджуваних груп виявлено зниження фертильних властивостей еякуляту (астено-, терато- та олігозооспермію). Встановлено, що ступінь порушення сперматогенезу (зокрема значні оліго- та тератозооспермії) прямо корелює з частотою фрагментації ДНК в гаметах чоловіків, на тлі наявності антитіл до токсокар. В той же час більш тяжкі форми патозооспермії спостерігаються при наявності підвищеного рівня фрагментованих сперматозоїдів та при відсутності антитіл до антигенів токсокар, що є підґрунтям для подальших досліджень.

Висновки. Таким чином, виявлення рівня фрагментації ДНК в сперматозоїдах та токсокарозної інвазії у чоловіків з порушеннями репродуктивної функції є необхідною складовою комплексного обстеження, яка може дозволити удосконалити діагностику чоловічого безпліддя та сприятиме розробленню патогенетично обґрунтованої тактики лікування.

Затолока Д.В., Шевченко В.А.

**ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ
ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е.Альперна
Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина
Кафедра общей и клинической патологии
Научный руководитель проф. Шевченко А.Н.**

Актуальность. Воспаление, как типовой патологический процесс, является основой более 70% известных заболеваний человека, поэтому составляет центральную и актуальную проблему медицины на протяжении

всей ее истории. Одним из наименее изученных в проблеме воспаления является вопрос о механизмах лейкоцитарной инфильтрации очага воспаления, смены клеточных фаз, переход от развертывания паталогического процесса к его разрешению и стиханию.

Цель. Изучить лейкоцитарную реакцию и функциональную активность лейкоцитов периферической крови при остром инфекционном воспалении.

Методы исследования. Патофизиологические, гистохимические, гематологические, статистические.

Результаты. Развитие острого стафилококкового воспаления сопровождается фазными изменениями общего количества лейкоцитов в крови и лейкоцитарной формуле. Транзиторная лейкопения наблюдается на 6-й час, лейкоцитоз – на 2-е сутки, некоторые тенденции к лейкоцитозу – на 7-е сутки, повторная лейкопения – на 10-е сутки. Общее количество лейкоцитов практически восстанавливалось на 14-е сутки, лейкоцитарная форма – к 28-м суткам, содержание моноцитов – к 14-м, лимфоцитов – к 21-м и гранулоцитов – к 28-м суткам. Активность α -нафтилацетатэстеразы моноцитов возвращалась к исходной к 21-м суткам, миелопероксидаза и кислая фосфатаза нейтрофилов оставалась сниженной на 28-е сутки. Обращает на себе внимание заметное и продолжительное повышение активности ферментов лимфоцитов на 10-е – 28-е сутки, и значительное увеличение количества лимфоцитов, содержащих α -нафтилацетатэстеразу на 21-е сутки.

Таким образом, активность маркерных ферментов лейкоцитов изменялась в соответствии с количественными изменениями клеток – она снижалась при преобладании эмиграции или стихании усиленного гемопоэза и восстанавливалась или возрастала при преобладании поступления лейкоцитов из костного мозга в кровь.

Захаров И.А.

КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
судебной медицины, медицинского правоведения
им. засл. проф. М.С. Бокариуса, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хижняк В.В.**

Актуальность: В практической судебной медицине часто возникают вопросы идентификации давних повреждений в качестве доказательства преступления. Анализ келоидных рубцов, образовавшихся на месте повреждения, может указать на давность повреждения его характер и на орудие преступления. В данной теме рассмотрено изучение частиц орудия преступления в ткани келоидного рубца, что может выступать в качестве доказательства правонарушения.

Цель: Провести анализ келоидных рубцов потерпевших для определения орудия преступления и представить полученные данные как доказательство правонарушения.

Материалы и методы: Были осмотрены 30 потерпевших на базе Харьковского областного бюро судебной медицины с разным родом повреждения со сформировавшимся келоидным рубцом. Обследуемые были разделены на 3 группы по 10 человек. Первая группа потерпевшие с келоидными рубцами после повреждений тупыми предметами, вторая – острыми предметами, и третья – после гипертермического воздействия на кожу.

Результаты:

В первой группе в процессе исследования, под образовавшейся коркой, были выявлены частицы предметов, которые были причиной травмы у 2 потерпевших найдены частицы древесины, у 5 – частицы металла, у 3 – частицы камня. В число второй группы были включены лица с повреждением острыми предметами. В результате исследований, под сформировавшимся келоидом удалось установить, предмет повреждения. У 4 человек были найдены осколки стекла, у 2 — частицы древесины, у 1 — частицы камня, у 3 — элементы метала. В число третьей группы входили лица с келоидными рубцами образовавшимися в результате гипертермического воздействия на кожу. В процессе исследования, под келоидом были обнаружены материалы в результате анализа которых удалось установить предмет причины повреждения. Причиной травмирующего фактора у 3 — серная кислота, у 3 - древесина, у 2 — метал, у 2 — топливо.

Выводы: В результате исследования было выявлено что анализ ткани келоидных рубцов является наиболее информативным для определения орудия преступления. Данный метод может использоваться в следственной экспертизе для получения данных доказательства правонарушения.

Зверева И. С.², Товажнянская В. Д.¹, Сакал А. А.²

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЁННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА ПАТОЛОГОАНАТОМА)

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра патологической анатомии, г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Сорокина И.В.¹,
проф. Марковский В.Д.²**

В результате увеличения числа заболеваний матери наблюдается увеличение числа младенческой смертности, причем в структуре материнских заболеваний ведущее место занимает инфекционная патология, как вирусной, так и бактериальной этиологии. Внутриутробный токсоплазмоз составляет около 1% всех случаев внутриутробной инфекции. Имеет преимущественно хроническое течение, протекает с поражением ЦНС, глаза, лимфатических узлов, селезёнки, миокарда. Особую опасность представляет для беременных женщин, новорожденных детей, ВИЧ-инфицированных и является наиболее распространённой оппортунистической инфекцией.

Проблема токсоплазмоза остается актуальной и требует изучения. Приводим случай собственного аутопсийного наблюдения токсоплазмоза в г. Харькове.

По клиническим данным: у ВИЧ-инфицированной матери, от второй беременности, ребенок женского пола с массой тела 2545 гр., длиной 48 см. Ребенок родился в 37 недель, прожил 11 суток. Беременность протекала на фоне опоясывающего лишая, многоводия, в сроке гестации 30 недель по данным УЗИ был поставлен врожденный порок развития ЦНС плода - гидроцефалия. В возрасте 4-х часов ребёнок был переведён в перинатальный центр. Состояние расценивалось как тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики, геморрагического синдрома, обменно-метаболических нарушений. Ребёнок переведён на ИВЛ. На одиннадцатые сутки констатирована остановка эффективного кровообращения. Реанимационные мероприятия без эффекта. Констатирована биологическая смерть.

При патологоанатомическом исследовании обнаружены характерные для врожденного токсоплазмоза изменения: участки деструкции вещества головного мозга, в полостях боковых желудочков серовато-желтоватые наложения творожистого вида.

При гистологическом исследовании: бронхо-легочная дисплазия, очаговый интерстициальный миокардит, продуктивно-некротический менингоэнцефалит, обширные очаги некрозов ткани головного мозга с полосой обызвествления по периферии, очаговый гранулёматозно-продуктивный гепатит.

Несмотря на невысокий процент заболеваемости, врожденный токсоплазмоз представляет серьёзную опасность для жизни плода и новорожденного. Большинство детей с клинически выраженным инфекционным процессом погибают на первом году жизни, а выжившие остаются инвалидами.

Золотарь А.А., Гольник Я.В., Рассолова А.С.
ЗНАЧЕНИЕ РАННИХ ТРУПНЫХ ЯВЛЕНИЙ В СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
судебной медицины, медицинского правоведения Харьков, Украина
Научный руководитель – к.мед.н., доц. Хижняк В.В.

Ранными абсолютными признаками смерти являются: трупные пятна, трупное окоченение, охлаждение трупа, высыхание отдельных участков кожи и слизистых оболочек, аутолиз (самопереваривание).

При исследовании трупа в судебно-медицинской практике необходимо разрешение таких вопросов, как давность наступления смерти, механизм ее наступления, положение трупа после смерти и возможность его изменения, определение характера предметов, на которых был расположен труп. В связи с этим нами были изучены литературные данные и акты исследования трупов в бюро судебно-медицинской экспертизы г. Харьков.

В зависимости от сроков появления трупных пятен можно судить о механизме наступления смерти. Согласно стадиям и фазам развития трупных пятен устанавливается давности наступления смерти. Локализация трупных пятен зависит от положения тела, мест контактирования тела с поверхностями (рельеф трупного пятна отражает рельеф поверхности), предметами, на которых оно располагается. Причину смерти (влияние токсических веществ: отравление угарным газом, метгемоглобинообразующими веществами), характер воздействия на труп (влажность и низкая температура) можно предположить на основании изменения цвета трупных пятен. Трупное окоченение фиксирует посмертную позу умершего, по степени его развития возможно определить время наступления и механизм смерти. Давность наступления смерти устанавливается при определении внутригрудной, ректальной температуры, температуры внутренних органов. Термометрию трупа проводят через определенные промежутки времени. Расчет давности наступления смерти производят по таблицам, графикам, формулам (Паттена, Т. Бурмана, Ф. Фиддеса, 1998).

Однако, при изучении актов исследования трупов нами были установлены определенные сложности насчет определения давности наступления смерти, характеризующиеся отсутствием у судебно-медицинского эксперта данных о ежечасном измерении температуры окружающей среды, влажности и скорости ветра, где был выявлен труп.

Исходя из того, что условия окружающей среды оказывают значительное влияние на течение посмертного периода, индивидуальных особенностей организма можно подытожить, что нет достоверного метода выявления давности наступления смерти, но этот вопрос вполне разрешим современными методами в комплексе с достижениями других наук.

Зуб К.А.

ГИПЕРТРОФИЯ ПОЧКИ КАК ПРИСПОСОБИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
анатомии человека, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: доц. Шиян Д.Н., асс. Лютенко М.А.

Актуальность темы. Определение общих закономерностей развития становления морфологической структуры и функциональной предрасположенности паренхимы почки имеет немалое прикладное значение, а также определяет существенную теоретическую роль для развития медицины. Исследования дают важную информацию об индивидуальной анатомической изменчивости структуры почки, этапах развития в онтогенезе; так, объясняются закономерности протекания определенных заболеваний.

Почка – важнейший орган мочевыделительной системы, деятельность которой направлена на выведение из крови избытка воды, глюкозы, электролитов, продуктов метаболитов. Фильтрация крови почечными

канальцами производится почками непрерывно, интенсивность этого процесса зависит от количества поступающей и перерабатываемой мочи. При различных нарушениях функциональной активности почек возникают патологии, несовместимые с жизнью. Так, одной из реакций организма на потерю одной почкой способности к функционированию является специфическая гипертрофия почки.

По механизму возникновения гипертрофию почки относят к викарной, или заместительной, гипертрофии, возникающей в одном из парных органов при атрофии или удалении части или всего второго органа, а также вследствие длительного воспалительного или аллергического процесса. Компенсация функции обеспечивается усиленной работой и пролиферацией оставшегося органа, тот, в свою очередь, подвергается заместительной гипертрофии.

В процессе развития викарной гипертрофии в оставшейся почке наблюдается увеличение размеров канальцев и клубочков. Данные процессы обусловлены как гипертрофией пролиферирующих клеток, так и увеличением их количества. Следует отметить, что образование новых нефронов не происходит. Возрастает концентрация клеток структурной единицы органа. Масса почки в норме составляет около 150-200 г. Вследствие гипертрофии сохранившаяся почка достигает массы и объема, равных более, чем 70% суммарных количественных показателей обеих почек. Полного восстановления первоначального объема тканей не происходит.

Викарная гипертрофия второго органа развивается через сорок дней после удаления первого. В ткани почки происходит усиление интенсивности синтеза белка и рибонуклеиновой кислоты. А также показательным является увеличение числа работающих нефронов: в образовании мочи задействованы до 95% всех нефронов; в нормальной почке в работе задействованы лишь 63% нефронов. С течением времени число функционирующих нефронов вновь снижается, снижается их работоспособность, скорость их работы. При викарной гипертрофии происходит усиленное функционирование клеток вследствие воздействия нейрогенного влияния, а также эндокринных факторов на почку. Увеличивается концентрация веществ, которые оказывают на них гуморальное воздействие. Так, в клетках увеличивается число и содержание органелл. Это характеризуется гипертрофией функционирующих клеток.

Увеличение органа не является нормой. Следует сказать, что это состояние не относят к патологиям.

Таким образом, несмотря на то, что викарная гипертрофия почки не считается нормой, нередко она бывает полезной для организма за счет усиленной работы органа, усиления кровообращения, повышенного поступления в почку питательных веществ. Однако викарная гипертрофия не в состоянии обеспечить работу почки на полную мощность.

Ібрагімова Шейла Бахіш-кзи
НЕАЛЕЛЬНІ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ МУТАНТНИМИ ГЕНАМИ
СТРУКТУРИ ЕНДОСПЕРМУ КУКУРУДЗИ ЗА ФЕНОТИПОМ ТА
ЯКІСТЮ ЗЕРНА

Харківський національний медичний університет
кафедра медичної біології, м.Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Тимчук Наталія Федорівна

Генотип будь-якого організму – це складна цілісна система, усі гени в якій взаємодіють між собою, впливають один на одного, формуючи певний фенотип та індивідуальність. Так як дослідження взаємодії генів у генотипі людини вельми проблематичні, модельним об'єктом наших досліджень була *Zea mays* (кукурудза звичайна), тим більше, що ця культура широко використовується у практиці медицини та інших галузях.

У медичній практиці генеративні та вегетативні органи кукурудзи широко застосовуються у вигляді настоянки або рідкого екстракту в якості жовчогінного, сечогінного та кровоспинного засобів. Встановлено, що при прийомі цих препаратів збільшується секреції жовчі, зменшується її в'язкість і питома вага, зменшується вміст білірубину, а крім того, прискорюється процес згортання крові, при цьому збільшується вміст протромбіну і кількість тромбоцитів в крові.

Створення гібридів кукурудзи на основі комбінацій мутантних генів структури ендосперму дозволяє отримувати нові лінії та гібриди кукурудзи з поліпшеним вмістом та якістю крохмалю, білка та олії, які за цими ознаками переважають носіїв моногенних крохмаль – модифікуючих мутацій.

Матеріалом для досліджень послугувала серія інбредних ліній кукурудзи – носіїв мутацій кукурудзи *sh₁, sh₂, su₁, se, su₂, ae* та *wx*, які викликають найбільш суттєвий корисний ефект за вмістом та фракційним складом крохмалю, а також мутації *o₂*, яка викликає корисний ефект за вмістом лізину в білку. Аналіз неалельних взаємодій між ендоспермовими мутаціями здійснювали на серії гібридів F_2 та F_3 , отриманих внаслідок гібридизації ліній – джерел різних моногенних мутацій структури ендосперму.

Як правило, у гібридів другого покоління від схрещування носіїв різних ендоспермових мутацій спостерігалось відхилення від розподілу фенотипових класів при класичному дігібридному схрещуванні, яке типове для класичного менделювання – 9 : 3 : 3 : 1. Оцінка цього розподілу за допомогою критерію Пірсона (χ^2) свідчить, що при схрещуванні між собою носіїв принаймні восьми мутацій структури ендосперму – *o₂, sh₁, sh₂, su₁, se, su₂, ae* та *wx* воно у більшості гібридів статистично наближається до співвідношення 9 : 3 : 4.

Відомо, що такий тип розподілу фенотипових класів можливий у двох випадка. Це, по – перше, один з типів комплементарної взаємодії генів. Однак цей тип неалельних взаємодій між генами навряд чи є причиною розщеплення, яке спостерігалось в наших дослідях, хоча б тому що всі ендоспермові мутації є не домінантними, а рецесивними гомозиготами. Тому

ми вважаємо, що характер розподілу фенотипових класів при схрещуванні носіїв різних ендоспермових мутацій в F_2 проходить, головним чином, за типом рецесивного епістазу.

Такий тип взаємодій передбачає гібридизацію джерел неалельних генів структури ендосперму, отримання та самозапилення гібридних рослин першого покоління, виділення серед насіння другого покоління такого, що має фенотип гіпостатичного гену, отримання з нього рослин другого покоління, їх самозапилення і виділення в третьому поколінні насіння з фенотипом епістатичного гену.

Таким чином, в ході виконання досліджень було ідентифіковано ряд гібридів, які за окремими показниками якості зерна та їх сукупністю перевищували не тільки звичайну кукурудзу, але й носії її моногенних мутацій. На особливу практичну увагу серед них заслуговують носії комбінацій o_2sh_2 як джерело високої якості білка, o_2wx як джерело крохмалю амілопектинового типу та su_2ae як джерело високоамілозного крохмалю.

Отже висновки нашої роботи можуть бути практично використані як у медико-генетичних, так і селекційних науково-дослідницьких роботах.

Ивантеева Ю.И., Курчанова Ю.В.
СИНДРОМ VACTERL СРЕДИ МУЗЕЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ
КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра патологической анатомии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель - Гаргин В.В.

Синдром VACTERL это сочетание врожденных дефектов, которые развиваются в различных частях тела. Данный термин является аббревиатурой и каждая буква обозначает определенный дефект: V (vertebral) - аномалии позвонков, A (anal) - анальная атрезия, C (cardiac) - дефекты сердца, T (tracheoesophageal) - аномалии трахеи, E (esophageal) - атрезия пищевода, R (renal) - аномалии почек, L (limb)-дефекты конечностей. Для того чтобы установить данный синдром, необходимо присутствие 3 дефектов. Частота развития аномалий VACTERL составляет примерно 3 случая на 20000 новорожденных. Учитывая тот факт, что данный термин относительно молод его использование может быть некорректным. Музейная коллекция кафедры патологической анатомии ХНМУ, посвященная пренатальной и перинатальной патологии, является одной из наиболее представительных среди учебных коллекций мира. Достаточно много препаратов в ней появились задолго до начала применения термина VACTERL в диагностике пороков развития.

Целью нашей работы явилось изучение музейных препаратов коллекции кафедры патологической анатомии ХНМУ, при которых возможно развитие синдрома VACTERL.

Материалы и методы: нами проанализирована научная литература, изучены макроскопические препараты музея кафедры патологической

анатомии ХНМУ посвященные пре- и перинатальной патологии с наличием врожденных пороков развития.

В результате проделанной работы нами отобраны следующие препараты при которых возможно развитие VACTERL: амелия, сиреномелия, брахидактилия, синдактилия, монобрахия, гиподактилия, эктопия сердца, несколько макропрепаратов с множественными врожденными пороками развития. Из семи признаков, которые входят в синдром VACTERL при осмотре тела плода или новорожденного могут быть выявлены анальная атрезия и дефекты конечностей. Аномалии позвонков, дефекты сердца, аномалии трахеи, атрезия пищевода, аномалии почек без проведения исследования внутренних органов можно выявить только при тяжелых дефектах, связанных с поражением покровов, наличием грыжевых выпячиваний. Аномалии позвонков встречаются в 60-80% случаев и проявляются их деформацией и количественным изменением. Сужением ануса страдают около 60% пациентов с VACTERL, зачастую дефект сопровождается аномалиями половых органов и мочевыводящих путей, что можно наблюдать на макропрепаратах. Дефекты сердца, представленные его эктопией в коллекции музея, наблюдаются в 70% случаев. Атрезия пищевода - дефект, характеризующийся закупоркой органа, встречается у 70%, трахеопищеводный свищ наблюдается в 60% VACTERL. Почечные аномалии проявляются в виде почек неправильной формы, отсутствием одного или обоих органов. Наиболее часто в музее кафедры на макропрепаратах с множественными пороками развития мы можем наблюдать дефекты развития конечностей. Они представлены такими пороками развития как амелия, сиреномелия, брахидактилия, синдактилия, монобрахия, гиподактилия (40-50% случаев VACTERL). Перечисленные аномалии формируются во внутриутробном развитии, обусловлены взаимодействием нескольких генетических факторов и факторов среды. Картины наследования обычно не наблюдается, хотя отмечена высокая частота проявления патологии среди детей от матерей, страдающих сахарным диабетом.

Выводы: исходя из вышесказанного, в коллекции препаратов кафедры патологической анатомии ХНМУ нами выявлены макропрепараты при которых диагностика VACTERL уместна.

Калюжная Д.А.

ИЛЛЮЗИЯ БЕЗВРЕДНОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры,

г. Харьков, Украина

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Карнаух Э.В.

Проведя анкетирование среди 100 юношей-студентов, получены данные, что 76% курильщиков употребляют электронные сигареты, чередуя их с табачными сигаретами, 6 % - не совмещают, а 18% изредка совмещают электронные сигареты с обычными. При этом 58% опрошенных курильщиков даже не задумываются о двойном вреде для своего здоровья

(гастроинтестинальные осложнения, сужение кровеносных сосудов и гипертензия, стоматиты, герпес, кашель, иммунодепрессия и др.), и лишь 23% информированы об этом, а 15% вообще не берут этот факт во внимание. 83% опрошенных не знают, что в составе электронной сигареты может входить никотин в различных дозах, а 78% из них даже не знают о негативном влиянии никотина на организм (нейротоксичность, ухудшение зрения, поражение органов дыхания и пищеварения, кардиотоксичность и др.). Проведенное исследование подтверждает тот факт, что курение электронной сигареты является одной из «модных» привычек современных молодых людей. А пропагандируемая их безвредность подстегивает интерес к курению у детей и подростков школьного возраста («Если не вредно – значит можно!»). 65% даже не задумываются о наличии в паре электронной сигареты (выглядит как клубы густого ароматного дыма) тяжелых металлов (никель, кадмий) и риске онкопатологии (раке легкого, губы, гортани, пищевода). И только 20% заметили у себя проявления осложнений в виде стойкой заложенности носа, аллергии и кожную сыпь, что научно доказано присутствием пропиленгликоля, глицерина и ароматических добавок. 73% анкетированных утверждают, что увеличивается тяга к курению и психическая зависимость, а бесконтрольное нелимитированное вдыхание паров создает реальные условия передозировки никотина и имеющихся в картридже электронной сигареты токсинов.

Козейчук П.А., Самченко К.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МРТ – ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ

**Харьковский Национальный медицинский университет, кафедра
медицинской и биологической физики и медицинской информатики,
Харьков, Украина**

Научный руководитель - Човпан А.А., к.физ.-мат.н., доцент

Магнитно-резонансное томографическое исследование довольно часто используется в Украине. С каждым годом в стране преумножается количество томографов в частных и государственных учреждениях, что положительно сказывается на предотвращении многих заболеваний, тем самым облегчая постановку точного диагноза в современной медицинской практике. В каких случаях назначается процедура МРТ? В современных протоколах МРТ-исследование показано для диагностики широкого круга исследований. В частности, для диагностики заболеваний головного мозга, брюшной полости, позвоночника и других органов, к примеру, при диагностике нарушений работы позвоночника, спинного мозга, пояснично-крестцового, а также грудного и шейного отдела. По результатам магнитно-резонансной томографии легко устанавливаются точные диагнозы тем пациентам, которые страдают различными патологиями суставов таза, колен и локтей. А также при необходимости диагностики поражений сосудов и сердца, дистрофических, опухолевых, дистрофических поражений, паразитарных. Это связано с уникальностью процедуры, позволяющей при

относительно невысокой её стоимости выявлять достаточно серьезные заболевания, в т.ч. смертельно опасные. Возможность получения изображения в любой проекции: аксиальной, фронтальной, сагиттальной является несомненным преимуществом МРТ перед КТ, поскольку дает возможность визуализировать такие патологии как невринома слухового нерва в полости внутреннего слухового прохода, субдуральную гематому в подостром периоде, опухоль гипофиза, даже в том случае, если на Кт она не визуализируется.

Насколько доступен подобный метод в Украине?

От того, какие ткани или орган необходимо обследовать, зависит стоимость услуги МРТ. Обследованию доступны позвоночник, суставы и сосуды, брюшная полость и мягкие ткани. К примеру, МРТ брюшной полости более затратно по сравнению с МРТ шейной отдела позвоночника. Средняя стоимость исследования головного мозга в Харькове колеблется в пределах 900-1200 грн, что сопоставимо с минимальной зарплатой в стране. Стоимость услуги повышается в случае:

- использования контрастного вещества, которое применяется для диагностики опухолей;
- применения оборудования высокого поля, чем выше этот показатель, тем дороже исследование, что далеко не всегда необходимо при исследовании, поэтому перед началом процедуры необходимо уточнить требования к томографу у направляющего на обследование специалиста.
- уровень квалификации врача, проводящего процедуру.

В связи с растущей распространенность метода актуальным становится вопрос безопасности проведения данной диагностики. Сведения о небезопасности данной процедуры не нашли подтверждения ни в одном клиническом испытании, в соответствии с данными статистики, среди миллионов людей, которые проходили МРТ исследование, не было клинически доказано причинения вреда их здоровью. При обследовании МРТ человека не подвергают радиации, доза излучения во время сеанса ничтожно мала и сопоставима с излучением микроволновой печи или мобильного телефона, т.е. предметов обихода, используемых ежедневно.

Колесник М.Р.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У СТУДЕНТОВ ХНМУ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина.**

Научный руководитель: ассистент И.И. Миронова

Язвенная болезнь – это хроническое, рецидивирующее заболевание, встречающееся в возрасте от 25 до 50 лет, характеризующееся местными анатомическими изменениями в желудке или двенадцатиперстной кишке. Язвенная болезнь считается мультифакториальным заболеванием с полигенным типом наследования. За долгие годы изучения этой болезни было создано немало гипотез возникновения дефекта, подтвержденных

исследованиями, в частности: кортико-висцеральная, воспалительная, нейроэндокринная, инфекционная и т.д. На современном этапе выделяют три основных этиологических фактора язвенной болезни: наследственно-конституционные, экзогенные и эндогенные.

Изучение наследственной предрасположенности проводилось по следующим аспектам: принадлежность к первой группе крови, пол респондента, наличие аллергических реакций, наличие родственников с язвенной болезнью. Изучалось влияние таких экзогенных факторов, как: частота приемов пищи и ее качество, курение, умственные и физические нагрузки, эмоциональное состояние опрашиваемого. Был проведен анонимный опрос студентов ХНМУ. Выборка составила 111 студентов, из которых 52,3% девушек, 46,7% юношей. У 36,1% опрошенных родственники болели язвой желудка, а у 15,8% – язвой двенадцатиперстной кишки. 60,9% студентов отмечают частое перенапряжение в умственной или физической работе, 11,8% указывают на преобладание отрицательных эмоций. 15,1% опрошенных курят. У 17,6% человек промежутки между приемами пищи составляют 6-7 часов, у 52,1% – 4-5 часов, у 30,3% – 2-3 часа. У 45,8% в рационе преобладают мясные блюда, у 30% – овощные, у 17% – хлебобулочные. 53,8% респондентов отрицают наличие аллергических реакций, у 16% имеются аллергические реакции на лекарства, у 25,2% – на пищу, у 10,1% – на пыльцу растений, а у 13,4% – на укусы насекомых. У 31,4% был диагностирован гастрит. 23,7% опрошенных имеют первую группу крови.

Исходя из вышеизложенного, наследственную предрасположенность к язвенной болезни имеют около 30% опрошенных студентов.

Колюбаева Е. Ю.

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ и СПИДом У ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Научный руководитель – к.биол.н. Днестранская Л. И.**

Украина является лидером в Европе по масштабам распространения ВИЧ-инфекции. По оценкам экспертов UNAIDS, в Украине с ВИЧ-инфекцией живет до 250 тысяч человек, из них каждый второй знает о своем диагнозе – по состоянию на 1 апреля 2016 года на учете в Украине состоит 132 714 ВИЧ-позитивных пациентов, из них около 30% составляют дети.

По данным статистики Министерства Здравоохранения Украины, официально было зарегистрировано в 2011 году - 3930, в 2012 году – 4069, в 2014 году – 3650 в 2015 – 2993 и в период с января по ноябрь 2016 года -2629 новых случаев ВИЧ-инфекции у детей. Новых случаев заболеваемости СПИДом у детей было зарегистрировано в 2011 году – 134, в 2012 году – 95, в 2013 году – 67, в 2014 – 69, в 2015 – 52 и за 10 месяцев 2016 года – 65. Количество умерших детей от СПИДа в 2011 году составляло 22 человека, в

2012 – 15, в 2013 – 12, в 2014 – 10, в 2015 – 5, и в период с декабря по ноябрь 2016 года – 17.

Харьковская область показывает одни из наименьших показателей по заболеваемости ВИЧ и СПИДом в Украине (16,4 на 100 тыс. населения; в среднем по Украине – 27,6 на 100 тыс.). По данным Харьковского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в этом году в области родился 71 ребенок от ВИЧ-инфицированных матерей. В настоящее время в Харьковской области на учете стоит 268 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, их диагноз подтвердился у 66 новорожденных.

Вывод: по сравнению с 2011 годом, число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей в Украине уменьшилось на 33 %, а количество детей, заболевших СПИДом – на 47 %. Эти показатели свидетельствуют об эффективности просветительной работы и антиретровирусной терапии ВИЧ в Украине.

Красова В.С.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна

Научный руководитель: к. мед. н. Н.А. Сафаргалина-Корнилова

Актуальность. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. Эмоциональное выгорание (ЭВ) рассматривается как механизм психологической защиты организма в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия и характеризуется душевной и физической усталостью, утратой веры в свои силы.

Проблема формирования СЭВ с позиции теории функциональных систем П.К.Анохина рассматривается как звено адаптации организма к длительным психо-эмоциональным нагрузкам. Согласно его теории, хронические конфликтные ситуации, сопровождающиеся неудовлетворением биологических или социальных мотиваций, ведут к формированию эмоционального стресса с последующим развитием соматической патологии, например, гипертонической болезни» [1,2].

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ), в отличие от эмоционального стресса и конфликта, представляет собой феномен, развивающийся на интрапсихическом уровне и ведущий к деформации личности у представителей так называемых «социальных профессий» (врачи, педагоги, психологи). Последние исследования показали, что среди студентов высших учебных заведений наибольшему ЭВ подвержены студенты-медики (34-43%)

Патофизиологические аспекты СЭВ еще недостаточно изучены. Считают, что развившийся СЭВ является проявлением третьей стадии неспецифического адаптационного синдрома Г.Селье – «истощения». Анализ фаз развития синдрома (напряжения, резистенции или сопротивления, истощения), выявил следующую тенденцию – сильная зависимость от работы приводит к полному отчаянию, а в случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым результатом появляются первые симптомы выгорания.

Цель исследования: изучить психофизиологические особенности развития СЭВ у студентов-медиков в зависимости от учебной нагрузки, успеваемости и тонуса вегетативной нервной системы (ВНС).

Материал и методы: Обследовано 126 студентов 3 курса в возрасте 19-24 года (36 юношей, 90 девушек). Для оценки уровня ЭВ использовалась методика, разработанная В.В.Бойко; оценки тонуса ВНС – вегетативный индекс Кердо и таблицы Вейна-Соловьевой, анкетирование для определения уровня профессионального самоопределения и успеваемости.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что у 55 (43,7%) студентов выявлен СЭВ: по формированию фаз СЭВ – фаза резистенции выявлена у 104 (68,2%) опрошенных, фаза напряжения – 19,5%, истощения – 27,0%. У 42 (33,3%) студентов имелись отдельные симптомы формирования СЭВ (группа риска) и только 28 (16,8%) студентов признаки выгорания и стресса отсутствовали. ЭВ больше подвержены девушки (41,8% против 33% у юношей). Анализ развитие СЭВ в зависимости от успеваемости студентов показал высокий уровень эмоционального выгорания у «отличников» (фаза резистенции 54,2%, истощения – 27,3%) и «третичников» (фаза резистенции 36,1%, истощения – 32,2%, напряжения – 38,3%) по сравнению с «хорошистами» (соответственно 25,5 и 21,0%). У 63,9% студентов наблюдалась эйтония ВНС, 24% – симпатикотония, 13,1% – ваготония; у «отличников» СЭВ сопровождался высоким уровнем АД (выше 140/90 мм.рт.ст.) – у 46% студентов.

Выводы. Выявлена взаимосвязь развития СЭВ с уровнем успеваемости: риск развития ЭВ с развитием симпатикотонии с повышением АД выше у студентов с высоким показателем успеваемости, что обусловлено постоянным психо-эмоциональным напряжением и периодическими стрессами во время учебы.

Кропалёва А.С.

БИОЭТИКА - НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра анатомії людини, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Шиян Д.Н, асс. Лютенко М.А.

На сегодняшний день мы сталкиваемся со многими проблемами в медицине, такими, как неэтичное отношение врачей к пациентам, не знание правил поведения в медицинских учреждениях, не правильным оказанием медицинской помощи, проведением экспериментов над людьми и

животными, ксенотрансплантация (пересадка органов от животных к человеку).

Мы являемся свидетелями непрофессионального и аморального подхода врачей к инвалидам, ВИЧ-больным. Мы наблюдаем совершение уголовных преступлений, таких, как аборт. Эти все разделы охватывает биоэтика, которая возникла, чтобы предотвратить все эти действия, направленные против человека производимыми медицинскими работниками. И стать защитой от моральной и физиологической угрозы для человека.

Биоэтика-актуальная на сегодняшний день тема, основной её целью является научить и вложить в каждого врача, и студента обучающегося в медицинском учреждении, нормам поведения, нравственным ценностям, привить чувство долга перед пациентами, образовать понимание ответственности за жизнь человека.

Целью этой научной работы являлось разобраться с понятием биоэтики и сформировать основные положения по данной теме.

Открывателем термина биоэтика является В.Р.Поттер, американский врач, эколог, который писал: «Наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента - биологическое знание и биологические ценности. Исходя из этого, я предлагаю для её обозначения термин Биоэтика». На данном этапе биоэтика захватывает такие проблемы, как социальные, экологические, медицинские и социально-правовые, касающихся не только человека, но и любых живых организмов, включённых в экосистемы, окружающие человека.

Каждый врач, вновь зашедший в медицину, даёт «Клятву Гиппократата», иными словами мы заключаем договор о сотрудничестве, которое обязует его к выполнению определенных правил, которые он должен выполнять в течение всей жизни. На сегодняшний день, мы не всегда можем действовать исходя из «Клятвы Гиппократата», т.к. например мысль о неразглашении врачебной тайны, не является правильной, поскольку болезни бывают разными, в том числе и социально опасными.

В.В.Вересаев в своей знаменитой книге "Записки врача" писал: "Если сохранение тайны грозит вредом обществу или окружающим больного, то врач не только может, но и должен нарушить тайну». Разглашение тайны в настоящее время разрешено, но при этом медицинские работники должны четко знать законодательную норму, на основании которой предоставляют медицинскую информацию, тем самым правомерно разглашать медицинскую тайну, и осуществлять такие действия в установленном законом порядке.

Исходя, из этого мы понимаем, что в настоящее время Клятва Гиппократата не совсем является актуальной, а скорее есть исторической ценностью. Поэтому на данном этапе времени у нас больше действуют законы, прописанные в законодательстве Украины о здравоохранении.

В условиях современного мира мы не можем обойтись, без такого раздела, как биоэтика. Благодаря, биоэтике, мы можем предотвратить

неэтические отношения врачей к пациентам, а студентов медицинских вузов уважительно относится к останкам умерших, которые служат пособием для изучения строения человеческого организма. Этим воспитать у них все необходимые качества человека, спасающего жизни людей и имеющего ответственность перед ними.

Биоэтика как наука и дисциплина поможет внести в учебную программу, принципы и правила для медицинских работников, которые помогут им в работе с больными и страдающими людьми.

Кутарева М.Ю., Латанская Н.С.
НООТРОПЫ – ПЛАЦЕБО ИЛИ ДОПИНГ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВО
ВРЕМЯ СЕССИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель: профессор Ермоленко Т. И.

Сессия для современных студентов это постоянное недосыпание, стресс, усталость. Естественно, при таких нагрузках ухудшается работоспособность, память и внимание. Вот поэтому, для того что бы пережить этот период, студенты начинают искать способы, как стать гениями за пару недель, а то и за пару дней, чтобы, не провалится на экзамене. Однако в последнее время у отечественных студентов набирает обороты тенденция бороться с вышеперечисленными проблемами с помощью особых препаратов. Мы имеем в виду ноотропы – это психотропные средства, которые принимают люди с проблемами нарушения памяти, процессов запоминания, концентрации внимания. Как оказалось, они имеют влияние и на здоровых людей, но надолго ли это?

Целью нашей работы явилось проведение анализа осведомленности студентов о том, как улучшить свою память без помощи ноотропных препаратов и установить их непосредственное отношение к этим препаратам.

Мы составили опросник для студентов, в который было включено 9 вопросов. Опрос проведено среди 50 студентов третьего курса медицинского университета на тему: «Память и с помощью чего ее улучшить?». Как выяснилось, наши студенты не боятся приема этих препаратов.

Анализ результатов показал, что 20% студентов считают, что у них хорошая память, не очень – 75% и плохая – 5%. Для того что бы запомнить информацию 45% опрошенных нужно прочитать ее 3 раза, 35% - 2 раза, 12% - более 3 раз и 8% - 1 раз, а для лучшего запоминания этой информации они пишут конспекты, повторяют материал по несколько раз и все в один голос сказали: «просто учим, но не заучиваем!». Но никаких дополнительных упражнений для улучшения запоминания не выполняют.

Следующим был задан вопрос, принимают ли они какие-либо препараты для улучшения процесса запоминания и выяснилось, что глицин принимают 20%, не принимают ничего – 75%. Те студенты, которые употребляли те или иные препараты начинали их прием за месяц до сессии и

продолжали на протяжении месяца. Затем 55% опрошенных отдали предпочтение препаратам растительного происхождения, а 45% - препаратам для мозговой активности. И в завершение этого теста прозвучал вопрос: «Вы за прием таких препаратов или против?» ЗА - оказалось 40%, ПРОТИВ – 60%.

Таким образом, было установлено, что большинство студентов с опаской относятся к искусственным способам улучшения своей памяти, внимательности, трудоспособности и предпочитают традиционный метод борьбы с этими проблемами это «здоровый сон!». Нужно проводить информированность студентов вузов о том, что такое ноотропные препараты и в каких случаях их принимать, а если Вы заметили, что ваша память ухудшилась, у Вас повысилась утомляемость, обратитесь к врачу, который поможет Вам установить причину этих симптомов, а не занимайтесь самолечением.

Леонтьев П.О., Веснін А.В., Дмитренко Ю.О.

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ КРОВОВИЛИВІВ У ЖИВИХ ОСІБ

**Харківський національний медичний університет, кафедра судової
медицини, медичного правознавства ім. засл. проф. М.С. Бокаріуса**

Науковий керівник – к.мед.н., доц. М.В. Губін

При черепно-мозкових травмах летальність залишається достатньо високою. Від усіх видів травм, за даними спеціалізованого стаціонару, черепно-мозкові травми (ЧМТ) становить 35-40%. Смерть у віці до 40 років при епідуральних гематомах настає у 12-14% випадках, при субдуральних гематомах – у 38-40% випадках. Рентгенографія голови рідко дає чіткі відомості про наявність і серйозність внутрішньомозкових гематом. Поряд з класичною рентгенографією все частіше застосовують інші променеві методи обстеження для більш повної картини травматичного процесу, його деталізації та отримання широкого спектру даних щодо плану лікування і можливих ускладнень. Через це було поставлено за мету визначення давності суб- та епідуральних крововиливів у живих осіб на підставі діагностичних ознак, отриманих за допомогою сучасної променевої діагностики. Для реалізації було проаналізовано та оброблено 21 результат комп'ютерного томографічного дослідження головного мозку та порожнини черепа на електронних носіях, постраждалих із ЧМТ, що знаходились на лікуванні у спеціалізованому стаціонарі.

Результати нашого дослідження показують, що наявність статистично достовірних відмінностей показників щільності тканини головного мозку за шкалою Хаунсфілда (HU) на всіх стадіях загоєння черепно-мозкової травми, є достовірними для визначення давності внутрішньомозкового крововилива. Ці відмінності мають величини, що суттєво відрізняються одна від одної. Так, субдуральні крововиливи перевищують норму щільності сірої і білої речовини головного мозку в 1,5-2 рази, у той же час показники епідуральних

крововиливів на комп'ютерних томограмах мають підвищення своєї щільності до +70-+80 HU. Результати проведених досліджень із співставлення оптичної щільності гематом із терміном їх виникнення показали наступне. Оптична щільність у першу добу після травми дорівнювала 59-69 HU, через добу - 61-83 HU, через 2 доби - 62 HU, через 3 доби - 48-70 HU, через 4 доби - 69 HU, через 5 діб - 72 HU, через 6 діб - 63 HU, через 7 діб - 63 HU, через 12 діб - 39-59 HU, через 14 діб - 27 HU, через 18 діб - 49 HU, через 20 діб - 22 HU, через 25 діб - 25 HU, через 37 діб - 36 HU, через 88 діб - 33 HU. За результатами дослідження для відповіді на питання щодо давності суб- та епідуральних крововиливів було сформовано показники щільності тканини головного мозку, які можливо і необхідно застосовувати.

Для визначення характеристик вогнища ураження головного мозку проводиться томоденситометрія. Нами було вирішено перевірити статистичну достовірність різниці рівнів інтенсивності сірого зображення в 10 точках кожної комп'ютерної томограми, замість використання традиційної системи середніх значень коефіцієнту абсорбції.

Розрахунки показали перспективність нашої системи обліку значень коефіцієнту абсорбції. У деяких випадках різниця значень різних точок досягала 150-200% на одній томограмі, а тому доказово вказувала на вогнище травми. Нові коефіцієнти виведуть дослідження на рівень достовірного і більш точного визначення давності суб- та епідуральних крововиливів у живих осіб у порівнянні з усталеними методами.

Отже, ми прийшли до висновків, що отримані результати дадуть змогу розробити послідовність дій судово-медичного експерта під час оцінки у живих осіб давності утворення травматичних суб- та епідуральних гематом протягом перших тижнів, а можливо й місяців після отримання травми. Застосування в судовій медицині комп'ютерної томографії голови дозволить об'єктивізувати процес експертного дослідження, підвищить достовірність висновків судово-медичних експертів, розширить діапазон визначення терміну травми.

Лукьянова Е.М.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТАУРИНА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра биохимии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.б.н., доц. Горбач Т.В.

Установлено, что у крыс с алоксановым диабетом повреждение мембран β -клеток поджелудочной железы сопровождается снижением концентрации ряда аминокислот в сыворотке крови, в частности на 20-30% уменьшается концентрация таурина. В ряде экспериментов показано, что таурин поглощается изолированной тканью поджелудочной железы. В экспериментах *in vitro* на поджелудочной железе крыс с алоксановым диабетом показано, что восстановление потери таурина стимулирует

продукцию инсулина. Кроме того известно, что в процессе секреции инсулина β -клетками существенную роль играют ионы кальция, таурин увеличивает активность транспорта ионов кальция через мембраны саркоплазматического ретикулума. Сахоропонижающие свойства таурина не изучены.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики гликемии и толерантности к глюкозе у крыс при введении таурина.

Материалы и методы. Исследования проведены на крысах – самцах линии Вистар массой 140 – 160г, содержавшихся в стандартных условиях вивария. Таурин вводили крысам однократно внутривентрикулярно (через зонд) в дозе 300 мг/ кг. Исследовали динамику гликемии на протяжении 6 часов (ежечасный забор крови из хвостовой вены). У части крыс через 2 часа после введения препарата проводился тест толерантности к глюкозе, с этой целью животным внутривентрикулярно вводился раствор глюкозы в дозе 3г/ кг массы тела. Пробы крови для анализа из хвостовой вены до введения глюкозы и через 15, 30, 60 и 120 минут после нагрузки глюкозой. Концентрацию глюкозы в крови крыс определяли с помощью глюкометра "One Touch 11" с помощью соответствующих индикаторных полосок.

Результаты. Проведенные исследования показали, что таурин при внутривентрикулярном введении крысам в дозе 300 мг/ кг оказывал выраженный гипогликемический эффект. У крыс отмечалось достоверное снижение глюкозы со 2-го по 4-й час исследования: на 19,1% через 2 часа, на 27,4% через 3 часа и на 17,3% через 4 часа, по сравнению с исходным уровнем. Максимальное снижение глюкозы было зафиксировано на 3-ем часу исследования. При постановке глюкозотолерантного теста у крыс, которым был введен таурин, наблюдалось менее выраженное увеличение концентрации глюкозы, по сравнению с крысами контрольной группы, особенно на 15 и 30 минутах теста. Эти данные подтверждают способность таурина повышать толерантность к глюкозе. Результаты работы свидетельствуют о возможности применения препаратов таурина в качестве сахаропонижающего средства при лечении больных сахарным диабетом.

Лунина А.О. Иванцов Н.С.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ХОРИАЛЬНУЮ ТКАНЬ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
патологической физиологии им. Д.Е.Альперна, Украина**

Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Ю.Кузьмина

Цель - моделирование гипоксических состояний путем воздействия различных концентраций кислорода на хориальную ткань в эксперименте.

Материалы и методы. Хориальную ткань получали из абортного материала до 12 недель беременности в стерильных условиях. Свежий хорион фрагментировали под микроскопом до размеров ~2-3 мм и помещали на коллагеновый гель. После фиксации ворсин хориона на геле лунки с питательной средой и культурой помещали в инкубаторы с

различным парциальным давлением кислорода: 1-я группа - давление O_2 - 135 мм рт. ст., (гипоксии легкой степени); 2-я группа - давление O_2 - 70 мм рт. ст., (гипоксии средней степени); 3-я группа - давление O_2 - 30 мм рт. ст. (гипоксия высокой степени); 4-я группа - давление O_2 - 10 мм рт. ст. (критическая степень гипоксии). Контролем служили лунки с 2-х и 5-ти дневной культурой хориона, помещенные в термостат при t 37° С с нормальным атмосферным давлением и концентрацией кислорода в воздухе. Оценивали рост культуры под микроскопом "Olimpus".

При морфологическом исследовании обнаружено, что при нормальном газовом составе воздуха (контроль), в первые 48 часов ростковая зона клеток формируется возле дистального конца ворсинки хориона. В дальнейшем рост культуры продолжается радиально и в глубь коллагенового геля. К пятым суткам культивирования клетки пенетрируют в коллагеновый матрикс, сливаются, образуя густую зону роста, обеспечивая, тем самым, хорошую фиксацию хориальной ворсинки на коллагеновом геле. При гипоксии легкой степени на вторые сутки культивирования, наблюдается усиление зоны роста клеток вокруг концевых участков культуры, слой клеток утолщается, уплотняется и становится густым, что соответствует фазе активизации пролиферативных процессов хориона. Такая реакция растущего хориона может быть расценена как компенсаторно-приспособительная на недостаток кислорода. На пятые сутки культивирования количество клеток культуры становится меньшим на единицу площади, по-видимому, за счет снижения их пролиферативной активности. При гипоксии средней степени клетки растут вначале изолированно от соседних ворсин, через 48 часов инкубации они соединяются, формируя слой клеток из цитотрофобласта напоминающий раковину. Данные признаки изменения роста культуры можно трактовать как компенсаторно-приспособительную реакцию хориальной ткани на гипоксию. На 5-е сутки присоединяются процессы гипертрофии клеток цитотрофобласта. Культуру клеток хориона можно расценить как преждевременно стареющую, хотя и вполне еще здоровую, способную обеспечить дальнейший рост и развитие эмбриона без существенных нарушений гестационного процесса. При гипоксии высокой степени на вторые сутки инкубации наступает «взрыв» пролиферативной активности, приводящий к стимуляции роста колонии клеток *in vitro*. На 5-е сутки культура погибает. Данный феномен можно расценить как истощение и срыв механизмов адаптации в связи с токсическим действием гипоксии на культуру ткани хориона. При критической степени гипоксии рост клеточной культуры наблюдается крайне слабо и в основном в первые 8-10 часов от момента инкубации. Затем культура погибает.

Влияния гипоксии на хориальную ткань в эксперименте позволяет оценить реакцию эмбриональных клеток на различную степень и длительность гипоксического воздействия и доказывает большие компенсаторные возможности хориона к недостатку кислорода. Степень выраженности данных процессов зависит от длительности гипоксического воздействия и направлены на компенсацию недостатка кислорода в растущей

культуре хориона за счет процессов пролиферации, гипертрофии и инвазии, что обеспечивает дальнейший рост и развитие эмбриона без существенных нарушений гестационного процесса.

Мазур Е.Б.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ НА ФЕНІЛКЕТОНУРІЮ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра медичної біології, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к. мед. н., доцент І.П. Мещерякова

Фенілкетонурія (ФКУ) серед спадкових хвороб обміну речовин займає особливе місце, бо відноситься до категорії частих спадкових хвороб в Україні, достатньо легко діагностується і має розроблені підходи до ефективного лікування. Це дефект метаболізму амінокислоти фенілаланіну. У нормі ФА розщеплюється по тирозинових шляху. Дефіцит ферменту фенілаланін-4-гідроксилази або його кофакторів (тетрагідробіоптеріна, біоптеріна, неоптерину) призводить до накопичення ФА та продуктів його альтернативного шляху метаболізму в біологічних рідинах організму. ФКУ поєднує кілька генетично гетерогенних форм порушення обміну ФА, схожих за клінічними ознаками.

Метою наших досліджень було проаналізувати рівні ФА новонароджених Північно-Східного регіону України.

Об'єкт дослідження - новонароджені Харківської, Полтавської, Чернігівської та Сумської областей України.

Предмет дослідження - визначення рівня ФА в сухих плямах крові.

Методи дослідження: флюориметрична методика визначення рівня ФА в сухих плямах крові. Робота проводилася в централізованій лабораторії Харківського спеціалізованого медико-генетичного Центру (ХСМГЦ).

Нами була проаналізована динаміка скринінгу на ФКУ у Північно-Східному регіоні України за 29 років. По Харківській області коливання кількості виявлених хворих складало від 0 до 8 новонароджених, а коливання частот від 1:4119 (1986 р.) до 1:29390 у 1987 році. В Полтавській області кількість виявлених хворих за вказані роки коливалась від 0 до 5, а частота коливалась від 1:3031 в 1991 році до 1:13780 в 2006 році. В Чернігівській області коливання кількості виявлених хворих від 0 до 5, а частота коливалась від 1:2618 в 1990 році до 1:10224 в 2006 році. В Сумській області коливання кількості виявлених хворих від 0 до 4, а частота коливалась від 1:2680 в 2010 році до 1:10181 в 2011 році. Сумарно коливання кількості виявлених хворих складало від 1 до 13, а коливання частоти від 1:3935 в 1988 році до 1:28864 в 2006 році. Наведені дані були використані для щорічного моніторингу обстежених на ФКУ новонароджених та моніторингу виявлених дітей з цим захворюванням.

Як свідчать наведені дані розбіжність частот достатньо широка і потребує подальшого особливого вивчення саме на матеріалі цього регіону дослідження.

Макаренко Н.И., Трунова И.О., Морозов А.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И
ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна
Научный руководитель: Сулхдост И.О., Шутова Н.А.

Опухолевый процесс является актуальной темой медицины 21 столетия, так как его малигнизирующий вид занимает одно из первых мест по причине высокой смертности населения. Согласно подсчетам, в 2015 году у 17,5 миллионов людей в мире диагностировали рак. Кроме того, онкологические заболевания унесли жизни 8,7 миллионов человек по всему миру. Ежегодно на 2% увеличивается количество новых заболеваний рака на территории европейских стран. Украина также относится к государствам, где показатель онкологий достигает критических значений. Каждый день у 450 граждан нашей страны диагностируют онкологическое заболевание.

Целью работы являлось изучить взаимосвязь развития опухолевого роста и хронического воспаления. Актуальность работы состоит в обосновании необходимости лечения хронических воспалений, как одного из путей профилактики онкозаболеваний.

Воспалительная реакция в норме являет собой немедленную защитно – приспособительную реакцию, направленную на локализацию, уничтожение и удаление из организма флоггена, а также на ликвидацию последствий его действий. При нарушениях гомеостатических функций, длительном действии патогенного агента, острое воспаление деформируется в хроническую форму.

Рассмотрим механизм канцерогенеза на молекулярном уровне. Эффекторы воспаления продуцируют альдегиды, реактивные формы кислорода, азота, которые могут индуцировать в клетках повреждение ДНК, генные мутации, посттрансляционные модификации основных клеточных белков. Эти изменения приводят к атипичной трансформации генетической информации, строения, функций клеток. NO является эндогенной противоопухолевой структурой, но в комплексе с продуктами хронического воспаления, а именно, супероксидом – анионом, образует медиатор окислительного клеточного повреждения – пероксинитрит. Данный медиатор инактивирует ферменты, нарушает клеточный рецепторный аппарат и окисляет внутриклеточные структуры: ДНК, липопротеиды, NH – и SH-группы белков.

На клеточном уровне воспалительный процесс стимулирует информационные молекулы – цитокины. Когда цитокины остаются сверхактивными длительный период, наблюдается активная пролиферация клеток, которая может перейти в дисплазию, которая является факультативным фактором преобразования ткани в опухолевую. Также хроническое воспаление индуцирует увеличение концентрации интерлейкина – 15, которое может вызывать отдельную форму рака – крупногранулярный лимфатический лейкоз. Механизм заключается в усилении процесса метилирования ДНК, которое проявляется инактивацией генов. В результате

происходит срыв экспрессии генов, отвечающих за подавление опухолевого роста.

Таким образом, хроническое воспаление является одной из причин возникновения и озлакачествления опухолевого процесса. Формируется типичный порочный круг взаимоусиления воспаления и канцерогенеза. Такая взаимосвязь является достаточным обоснованием необходимости своевременного лечения воспалений, как профилактической меры по преодолению онкозаболеваний.

**Марьенко Н.И., Галайда А., Кравченко М.Ю., Дрокин А.В.
ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОВЕРХНОСТНОЙ СОСУДИСТОЙ
СЕТИ МОЗЖЕЧКА ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель – к. мед.н., доцент Степаненко А.Ю.**

Морфометрия является обязательной составной частью современных морфологических исследований. Морфометрические методы позволяют получить объективные, статистически проверяемые данные на разных уровнях структурной организации: субклеточном, клеточном, тканевом, органном. Для комплексного морфометрического исследования биологических объектов, обладающих сложной древовидной структурой в последнее десятилетие стали применять фрактальный анализ. Квазифрактальные биологические структуры, не поддающиеся строгому описанию в традиционных рамках с помощью морфометрии, могут быть описаны с помощью фрактального индекса – показателя заполнения пространства фрактальной структурой, меры сложности ее пространственной организации. Для определения фрактального индекса используется несколько методов. Наиболее простым в применении и удобным для исследования анатомических объектов является метод разбиения на квадраты, или box-counting.

Цель данной работы – исследовать особенности поверхностной сосудистой сети мозжечка человека с применением фрактального анализа.

Материал и методы. Исследование проведено на 100 объектах - мозжечках человека, полученных в результате секционных исследований лиц в возрасте 20-86 лет, умерших от причин, не связанных с заболеваниями мозга.

Результаты. Получены следующие значения фрактального индекса: при магистральном типе строения поверхностной сосудистой сети мозжечка – $(1,40 \pm 0,01)$, при рассыпном – $(1,75 \pm 0,01)$ и при смешанном – $(1,5 \pm 0,01)$. Фрактальный индекс сосудистой сети поверхности мозжечка в целом изменяется от 1,31 (мин) до 1,86 (макс); его среднее значение – $(1,521 \pm 0,01)$, среднее квадратическое отклонение – $(0,01)$. Его значения распределены по нормальному закону.

Распределение значений фрактального индекса по нормальному закону позволяет охарактеризовать три типа ветвления сосудов с помощью параметров распределения: среднего значения и среднего квадратического

отклонения: промежуточному типу соответствуют значения ($M \pm \sigma$), магистральному – от ($M - 2\sigma$) до ($M - \sigma$), рассыпному – от ($M + \sigma$) до ($M + 2\sigma$). Определенные таким способом значения фрактального индекса: для магистрального типа строения $-(1,39 \pm 0,004)$ (диапазон – от 1,360 до 1,420), при рассыпном – $(1,72 \pm 0,016)$ (диапазон – от 1,620 до 1,816) и при промежуточном – $(1,52 \pm 0,007)$ (диапазон от 1,421 до 1,619).

Таким образом, фрактальный индекс является объективным количественным показателем плотности сосудистой сети на поверхности мозжечка. Исследование сосудистого русла с помощью фрактального индекса повысит точность диагностики сосудистых патологии мозжечка. Фрактальный анализ может быть применен для исследования других биологических объектов.

Мар'єнко Н.І., Добровольська О.М., Шубина М.В., Корсунов К.В.

ІНДИВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ І-ІІІ ЧАСТОЧОК ПІВКУЛЬ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник – к. мед.н., доцент Степаненко О.Ю.

При багатьох вроджених і набутих захворювань мозочка зустрічаються морфологічні зміни часточок черв'яка та півкуль мозочка, які можуть бути виявлені за допомогою сучасних діагностичних методів нейровізуалізації. Однак відомості про анатомічну норму мозочка, на яких базуються критерії норми діагностичних методів нейровізуалізації, не враховують особливостей індивідуальної анатомічної мінливості, статевих та вікових особливостей.

Мета дослідження – вивчити будову та встановити особливості індивідуальної анатомічної мінливості І-ІІІ часточок півкуль мозочка людини.

Досліджена форма І-ІІІ часточок півкуль мозочка людини. Встановлено, що існує виражена індивідуальна анатомічна мінливість І-ІІІ часточок, яка залежить від розмірів часточки в медіо-латеральному напрямку, особливостей розгалуження білої речовини, форми часточки, кількості, форми та розташування листків сірої речовини. Із урахуванням вище описаних особливостей ми описали чотири варіанти форми цих часточок.

Часточка із першим варіантом форми має малі розміри, часто не досягає видимої поверхні мозочка, біла речовина покрита смужкою кори, яка не розділена на окремі листки. Зазвичай така часточка редукується в медіальних ділянках півкуль (5 мм латерально від серединної сагітальної площини).

Часточка із другим варіантом форми також має малі розміри, однак кора формує малі короткі листки, які чітко не відмежовані оди від одного.

Для часточки із третім варіантом форми характерні значно більші розміри, листки кори великі, добре розвинені та чітко відмежовані один від одного. Четвертий варіант подібний до третього: часточка також має великі розміри, великі, чітко відмежовані один від одного листки, але головний стовбур білої речовини розділяється на малі дочірні гілки. Цей варіант є найбільш складним, така часточка є найбільш широкою в медіо-

латеральному напрямку і закінчується в більш латеральних ділянках півкуль (15-25 мм латерально від серединної сагітальної площини).

Поширеність цих варіантів часточок: 1-й варіант – 20% спостережень (2 часточка), та 26,56% (3 часточка); 2-й варіант – 26,5% спостережень (2 часточка), та 17,19% (3 часточка); 3-й варіант – 46,5% спостережень (2 часточка), та 39,06% (3 часточка); 4-й варіант – 7% спостережень (2 часточка), та 17,19% (3 часточка). Найбільш поширеним є 3-й варіант форми, який можна вважати анатомічним стандартом.

Описані варіанти форми часточок мозочка можуть бути використані в якості критеріїв норми сучасних діагностичних методів нейровізуалізації для діагностики різних захворювань ЦНС. Отримані дані можуть стати основою для побудови атласів серійних зрізів мозочка, складених із урахуванням індивідуальної анатомічної мінливості.

Маслова Ю.И.
ИЗМЕНЕНИЯ АККОМОДАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ
У СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра физиологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Маслова Н.М.

Резервы аккомодации характеризуют возможность максимального напряжения и расслабления цилиарной мышцы. Этот параметр является достаточно чувствительным и может быть использован при оценке состояния аккомодационной функции в динамике зрительного труда.

В связи с этим, было проведено исследование резервов аккомодации для близи у 45 студентов – медиков 2 курса, в возрасте от 18 – 20 лет. Резервы аккомодации определялись по общепринятой методике, использовались скиаскопические линейки, исследование проводилось монокулярно. Резерв аккомодации - это сила аккомодации, оставшаяся в запасе, не востребованная при работе вблизи. Сумма максимальной плюсовой и максимальной минусовой линз определяет объем относительной аккомодации, причем плюсовая линза определяет отрицательную часть, а минусовая линза - положительную часть этого объема.

В результате проведенного исследования было выявлено, что в группе девушек более 20% испытуемых имели положительные резервы аккомодации меньше 2,0 Д. Основная масса студентов, имела резервы аккомодации в интервале от 3 до 6 диоптрий, что свидетельствует о невысоких функциональных возможностях их зрительной системы. Отрицательные резервы аккомодации, как у лиц мужского пола, так и у женского практически отсутствуют, поскольку их средние значения во всех возрастных группах очень низкие. Это является негативным фактором, поскольку отрицательные резервы характеризуют возможности аккомодационного аппарата. Полученные нами данные, значительно отличаются от литературных (Повещено Ю.Л.1999г.). По данным литературы максимальное значение объема аккомодации (сумма положительного и отрицательного

резервов аккомодации) достигается к 18 годам составляет $10,8 \pm 2,0$ Д, а к 21 году – $9,5 \pm 1,5$ Д. По нашим данным максимальное значение объема аккомодации в 18-19 лет составляет всего около 6,0 Д у юношей и 5,0 Д у девушек. Далее, к 20 годам, наблюдается значительный спад этого показателя до 3,5 Д у юношей и менее чем 1,0 Д у девушек. Такие значения объема аккомодации (по данным Б.Л.Радзиховского, 1975г.) наблюдаются в 44 года и 60 лет соответственно. Таким образом, у обследованных студентов имеется достаточно слабая аккомодационная функция. Характер ее изменения отличается от того, который наблюдался 15-20 лет назад. Это может быть обусловлено особенностями современного визуального окружения, наличие психоэмоционального стресса, который приводит к потере части адаптивных ресурсов и обуславливает возникновение зрительных расстройств.

¹Мовчан В.С., ^{2,3}Мовчан Н.В., ¹Садовниченко Ю.О., ⁴Степаненко Б.О.

**ГЕНЕТИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ДВОСТОРОННЬОЇ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ВТРАТИ СЛУХУ У
ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

¹Харківський національний медичний університет,
кафедра медичної біології, Харків, Україна

²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
кафедра акушерства та гінекології, Харків, Україна

³КЗОЗ «Красноградська центральна районна лікарня»,
м. Красноград, Харківська область, Україна

⁴КЗОЗ «Харківська міська поліклініка №4», Харків, Україна
Науковий керівник: д. біол. н., проф. О.М. Федота

Патологія органів слуху посідає значне місце у структурі спадкової патології у європейських популяціях. Вона може бути спричинена мутаціями у понад 130 генах. У європейських популяціях переважає двобічна нейросенсорна втрата слуху (НВС), яка успадковується за аутосомно-рецесивним типом. Вона здебільшого спричинена мутаціями у гені *GJB2* (OMIM 121011). У зв'язку з тим, що проблема дитячої приглухуватості є актуальною у соціальному плані, метою цієї роботи був аналіз поширеності двобічної НВС у Харківській області. Дані про пацієнтів з НВС та кількість пацієнтів на обліку збирали у 2016 році у медичних закладах Зміївського та Красноградського районів Харківської області, а також Шевченківського району м. Харкова.

У Шевченківському районі м. Харкова поширеність двобічної НВС складає 0,00137, або 1:731, що не відрізняється від аналогічного показника восьмирічної давнини — 0,00156, або 1:639, однак статистично значуще відрізняється від показника двадцятирічної давнини — 0,00060, або 1:1676 ($p < 0,05$) (Федота А.М. и др., 2011; Федота А.М., Войтенко В.О., 2001).

У Зміївському районі Харківської області поширеність НВС складає 0,00125, або 1:797, що є статистично значуще нижчим від показника 2008 року — 0,00398, або 1:251 ($p < 0,05$) (Федота А.М. и др., 2011). У

Красноградському районі Харківської області поширеність НВС складає 0,00103, або 1:971, що не відрізняється від показника восьмирічної давнини, зокрема, по Краснограду він складає 0,00117, або 1:855 (Федота А.М. и др., 2011).

Встановлено, що у всіх досліджених районах м. Харкова та Харківської області поширеність НВС відповідала такій у країнах Європи, зокрема у ФРН її поширеність складає 0,0012, або 1:833 (Zahnert T., 2011), однак була статистично значуще вищою, ніж у Ростовській області Російської Федерації, де вона складає 0,00035, або 1:2865 ($p < 0,05$) (Амелина С.С., 2006) та в Росії в цілому — 0,00016, або 1:6081 ($p < 0,05$) (Зинченко Р.А. и др., 2011).

Отримані дані можуть бути використані для профілактики високої частоти родинних шлюбів та генетичної обтяженості населення.

Молчанова А. О., Безега Е.

**ВЛИЯНИЕ ОЛИГОПЕПТИДОВ НА СОСТОЯНИЕ
РЕГУЛЯТОРНЫХ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В
ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
ПАРКИНСОНОПОДОБНОМ СИНДРОМЕ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра биохимии, Харьков, Украина.**

Научный руководитель: доц. Горбач Т.В.

Наиболее распространенными нейродегенеративными заболеваниями в мире считают болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона. Болезнь Паркинсона (БП) относится к дегенеративным заболеваниям экстрапирамидной моторной системы, вызванным прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов, вырабатывающих дофамин (прежде всего в черной субстанции) и нарушением функции базальных ганглиев. Несмотря на долголетие проблемы, изучение отдельных звеньев патогенеза заболевания, эффективных мер профилактики и лечения до сих пор не найдено. Перспективной представляется возможность использования в лечении заболевания пептидных комплексов, обладающих нейротрофическими, антиоксидантными и регуляторными свойствами.

Цель нашей работы – изучить влияние олигопептидного комплекса ПК-2 (Санкт-Петербург) на содержание дофамина, норадреналина, нейромедиаторных аминокислот, показатели энергетического обмена в ткани лобной доле головного мозга крыс при экспериментальном паркинсоноподобном синдроме.

Эксперименты проведены на 30 крысах-самцах линии Вистар. Животных разделили на 3 группы: 1) интактные крысы, 2) крысы с модельной БП, 3) крысы с модельной БП, которым с лечебной целью вводили ежедневно (в течение 10 дней) интраназально ПК-2. Моделирование БП производили путем двухстороннего введения в черную субстанцию нейротоксина 6-гидроксидофамина (6-ОНДА) в дозе 8 мкг/кг, блокирующего синтез дофамина в эндогенных дофаминергических нейронах. Для тонкого попадания в черную субстанцию использовали стереотаксические

координаты. В первые же сутки после введения блокатора у крыс возникали грубые двигательные нарушения в виде монотонных движений головой, "горбовидного" изгиба туловища, вертикально поднятого хвоста. Описанные расстройства возникали у всех животных, сохранялись в течение всего периода наблюдения (при отсутствии лечения). Изучали содержание дофамина, норадреналина спектрофлуорометрическим методом, глутаминовой кислоты. ГАМК, аспарагиновой кислоты – методом восходящей тонкослойной хроматографии, активность гексокиназы, лактатдегидрогеназы, изоцитратдегидрогеназы - спектрофотометрическими методами на 10 сутки с момента моделирования (максимально выражены двигательные расстройства), и на 10, 20 сутки после введения олигопептидного комплекса. Установлено, что в головном мозге крыс при паркинсоноподобном синдроме снижается содержание дофамина, норадреналина, ГАМК при повышении содержания глутамата и аспартата. Уменьшается активность изоцитратдегидрогеназы и возрастают активности гексокиназы и лактатдегидрогеназы на протяжении всего периода исследований. При использовании лечения олигопептидным комплексом (крысы гр.3) нормализация симптомов паркинсоноподобного синдрома происходила на 20-21 сутки с момента введения препарата, в этот же период повышалось содержание дофамина, (по сравнению с гр.2), содержание ГАМК при снижении концентрации глутамата и неизменном (повышенном по сравнению с гр.1) уровне аспартата, активность гексокиназы достоверно не отличалась от уровня у гр.2, а изоцитратдегидрогеназы достоверно повысилась, по сравнению с гр.2) и практически не отличалась от активности у интактных животных. Результаты наших исследований свидетельствуют о нормализации регуляторных процессов и энергетического обмена в головном мозге крыс под влиянием препарата ПК-2. Для оценки возможности применения такой терапии в лечении болезни Паркинсона у человека необходимо проведение многосторонних клинических исследований.

Момот А. А.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОКУТСКОГО РАЙОНА)

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина**

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

В сложившейся современной демографической ситуации на фоне низкой рождаемости важное место занимают проблемы охраны репродуктивного здоровья молодежи. Ухудшение общего состояния здоровья во всех возрастных группах, а особенно в подростковом, непосредственно влияет на состояние репродуктивной функции. В этой группе населения особенно актуальна профилактическая работа. Для разработки мер профилактики имеет значение оценка репродуктивного здоровья девочек-подростков.

Цель исследования — провести анализ состояния репродуктивного здоровья девочек Краснокутского района Харьковской области за 2015 -2016 гг. Источником информации служили данные акушерско-гинекологического анамнеза девочек в возрасте от 0 до 18 лет, собранные в 2015 -16 гг. Общее число девочек: 2309 (2015 г.) и 2153 (2016 г.). Общее число больных: первичных 154 (2015 г.) и 59 (2016 г.), повторных 213 (2015 г.) и 63 (2016 г.). Проанализированы данные о частоте и структуре заболеваний у первичных больных. Нами было выявлено: снижение нарушений полового развития: 2015 г. — 21,4%, 2016 г. — 13,6%; увеличение нарушений менструальной функции: 2015 г. — 29,9%, 2016 г. — 37,3%; аномалий развития гениталий в 2015 г. - 1 случай, в 2016 г. не обнаружено; частота воспалительных процессов половых органов незначительно увеличилась с 18,8% (2015 г.) до 23,7% (2016 г.); гиперандрогении составляют 21,4% (2015 г.) и 20,3% (2016 г.); показатель новообразований половых органов: 7,1% (2015 г.) и 6,8% (2016 г.).

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают имеющиеся в литературе данные об ухудшении репродуктивного здоровья девочек, поэтому необходимо продолжить и усовершенствовать научную деятельность в этой сфере.

Мястковская И.В., Слюсарь А.А., Якушкин Е.Ю.
РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ
НИТРАТНОЙ НАГРУЗКЕ

Кафедра общей и клинической патологической физиологии,
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина.
Научный руководитель – профессор Савицкий И.В.

Актуальность. Благодаря многочисленным научным и клиническим исследованиям в настоящее время установлено, что фактором риска развития многих заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых (ССЗ), являются нитраты, содержащиеся во многих продуктах питания. Известно, что одним из важных звеньев патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний является эндотелиальная дисфункция. В доступной нам литературе мы не обнаружили работ по изучению влияния нитратной интоксикации на функциональное состояние эндотелия.

Цель. Исследование влияния нитратной интоксикации на сосудистую систему, обоснование целесообразности применения L-аргинина при избыточном поступлении нитратов в организм.

Материалы и методы. Исследования были выполнены на 15 половозрелых крысах-самках линии Вистар, массой 140-180 г. Контрольная группа - животные, находившиеся в стандартных условиях вивария на сбалансированном пищевом рационе. Группы экспериментальных животных:

1 группа — добавка в рацион 0,03% раствора нитрата натрия в свободной питьевой форме вместо воды; 2 группа - аналогичная нитратная нагрузка на фоне введения L-аргинина. Содержание в сыворотке крови малонового альдегида, нитратов, нитритов, аргинина а также активности

каталазы и супероксиддисмутазы определяли спектрофотометрическими методами. Содержание нитрозотиолов в сыворотке крови определяли спектрофлуориметрическим методом. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью однофакторного дисперсионного анализа и последующего применения апостериорного критерия Шеффе для выявления значимости различий между показателями в выборках попарно – для каждого показателя между разными группами животных.

Результаты. Установлено, что хроническая нитратная интоксикация приводит к развитию окислительного стресса, о чем свидетельствуют резкое повышение уровне малонового диальдегида при недостаточной активации ферментов антиоксидантной защиты - супероксиддисмутазы и каталазы. При избыточном поступлении нитратов в организм животных значительно снижается продукция оксида азота, о чем свидетельствует уменьшение содержания нитрозотиолов и суммы нитратов и нитритов. В группе с применением L-аргинина отмечается субкомпенсация уровня вышеуказанных соединений.

Выявлено увеличение уровня ассиметричного диметиларгинина, что является следствием влияния окислительного стресса и фактором, подтверждающим возникновение эндотелиальной дисфункции на фоне хронической нитратной нагрузки. Содержание АДМА в группе с применением L-аргинина несколько снижено, в сравнении с результатами групп, в которых он не применялся, различия статистически значимы. Эти данные согласуются с имеющимися в литературе сведениями о конкурентном взаимодействии АДМА и L-аргинина. При экзогенном поступлении аргинина содержание его в сыворотке крови приближается к уровню его у крыс контрольной группы, повышается продукция оксида азота (о чем свидетельствует уровень нитрозотиолов). Полученные нами экспериментальные данные подтверждают ранее выявленное нами защитное воздействие L-аргинина на сосуды при хроническом нитратном воздействии.

Выводы: 1) поступление в организм избыточного количества нитратов приводит к развитию окислительного стресса, образованию ассиметричного аргинина и, вследствие этого, к недостаточной продукции оксида азота; 2) экзогенный аргинин оказывает протекторного действие на сосуды при нитратной нагрузке.

Нагорный И.А., Халимов Е.Г., Остапенко Д.Н.
ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ Е-102
ТАРТРАЗИН

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии, г.Харьков

Пища, являясь для человека источником энергии и материалом для построения тканей, в то же время может стать причиной заболеваний. В известной мере это касается пищевых добавок, к которым относится тартразин (Е102). Тартразин, будучи синтетическим азокрасителем,

добывается из промышленных отходов — каменноугольного дегтя. Данная пищевая добавка широко используется во многих продуктах (мороженом, йогуртах, растворимых супах, леденцах, чипсах, кондитерских изделиях, газированных напитках, желе, консервированных продуктах) и в фармацевтической промышленности.

В настоящее время появились исследования о влиянии пищевой добавки E102 на здоровье человека. Установлено, что тартразин может вызывать сильные аллергические реакции, мигрень, нарушения зрения, психоэмоциональные расстройства, обострения бронхиальной астмы, изменяет макроэлементный состав костей скелета пациентов. Между тем остается малоисследованной проблема возможного влияния E102 на морфологические показатели печени. В настоящее время в странах Евросоюза, как и в Украине, тартразин допущен к применению с обязательным указанием его присутствия на упаковке. Однако исследование патологоанатомического аспекта влияния тартразина на организм проводится редко, а рост заболеваемости органов пищеварительной системы обусловил выбор органа для гистологического изучения - печень.

Цель исследования — в эксперименте на животных изучить гистологические изменения в печени при получении животными ежедневной адекватной дозы тартразина в течение месяца.

Материалы и методы исследования: Микропрепараты печени экспериментальных животных взяты для исследования в архиве микропрепаратов кафедры патологической анатомии ХНМУ. Эксперимент был проведен на трехмесячных крысах линии Вистар. Крысы гр.О получали в пищу по 1мл 0,1% раствора тартразина (доза, разрешения стандартами для использования в пищевой промышленности) на протяжении 1 месяца. Интактные животные такого же возраста составили гр.К.

Микроскопическому изучению подвергнуты микропрепараты, окрашенные гематоксилином-эозином и при постановке ШИК-реакции. Световая микроскопия проводилась с использованием микроскопа Axiostar (Zeiss), одновременно подсчитывали количество ядер гепатоцитов в трабекулах. Кариометрию и определение оптической плотности цитоплазмы гепатоцитов осуществляли на компьютерных изображениях микропрепаратов.

Все полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Один месяц получения взрослыми крысами Вистар тартразина в указанной дозе обусловил возникновение небольшого перипортального макрофагально-лимфоцитарного инфильтрата, во многих гепатоцитах обнаружена двуядерность, содержание гликогена уменьшено. Среднее количество гепатоцитов в трабекуле животных гр.О по сравнению с гр.К оказалось увеличенным: в гр.О - $26,6 \pm 0,7$ экз., тогда как в гр.К - $20,7 \pm 0,9$ экз., $t=3,6$; $p<0,01$. Кариометрия гепатоцитов показала, что получение животными внутрь тартразина приводит к недостоверному уменьшению размера ядер: в гр.О - $23,3 \pm 1,0$ мкм², в гр.К - $25,8 \pm 1,2$ мкм², $t=1,6$; $p>0,05$. Оптическая плотность цитоплазмы гепатоцитов при постановке ШИК-

реакции (содержание гликопротеидов) равна $0,351 \pm 0,012$ усл.ед.опт.пл. в гр.К, а в гр.О - $0,269 \pm 0,016$ усл.ед.опт.пл.; $t=3,03$; $0,001 < p < 0,01$.

Вывод. Экспериментально установлено, что введение крысам разрешенного стандартами количества тартразина Е102 внутрь в течение месяца приводит к формированию в печени гистологических признаков, которые можно оценить как реакцию на повышение морфофункциональной нагрузки с началом развития хронического гепатита.

Нечипорук А.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННОЙ СМЕСИ И ХЛОРАМФЕНИКОЛА НА СОДЕРЖАНИЕ АТФ В ТКАНЯХ КРЫС

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра биохимии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель- доцент Горбач Т.В.

Изучение механизмов регуляции биосинтеза белка – одна из важных задач биохимии. Большинство работ по исследованию этих механизмов выполнено с использованием актиномицина и хлорамфеникола, которые действуют на разные этапы биосинтеза белка. Несмотря на многочисленные работы в этой области, связь биосинтеза белка с биоэнергетическими процессами в клетках тканей недостаточно изучена. Также недостаточно изучен вопрос о возможной коррекции биоэнергетических процессов при приеме антибиотиков витаминами группы В, имеющими прямое отношение к энергообразованию.

Целью нашей работы явилось изучение влияния витаминной смеси, применяемой одновременно с введением хлорамфеникола, на содержание АТФ в тканях крыс.

Исследование проведено на 3-месячных крысах-самцах линии Вистар, содержащихся в стандартных условиях вивария. Смесь водорастворимых витаминов вводили внутримышечно за 3 часа до внутрибрюшинного введения хлорамфеникола. Хлорамфеникол вводили в дозе 80 мг/кг. Дозы витаминов были следующими (мкмоль/ кг массы): тиамин – 22,64, рибофлавин- 4,39, никотинамид-163,9, липоевая кислота -9,7, пиридоксин - 28,59. Крысы были разделены на группы; 1) контроль (вводили только физраствор); 2) вводили только витаминную смесь; 3) вводили только хлорамфеникол; 4) вводили хлорамфеникол и витаминную смесь. Крыс выводили из эксперимента путем декапитации через 24 часа после введения препаратов. Ткани (печень, мозг, сердце, легкие, почки) выделяли на холоду, отмывали от крови охлажденным физраствором, готовили 10% гомогенаты на 0,25М трис-НСl, рН 7,4. В гомогенатах тканей определяли содержание АТФ спектрофотометрическим методом.

Установлено, что введение только витаминов значительно повышало содержание АТФ в органах крыс: в печени на 47%, в сердце – на 29%, в почках – на 31%, в легких –на 20%, в головном мозге – на 30%. Введение хлорамфеникола приводило к снижению содержания АТФ в печени на 30%, в почках – на 20%, в легких- на 17%. не влияло на содержание АТФ в сердце

и головном мозге. При совместном применении витаминной смеси и хлорамфеникола в печени еще больше, чем в случае введения только антибиотика, снижалось содержание АТФ (на 54 %). В сердце и головном мозге после введения антибиотика и витаминов не отмечалось достоверных изменений в содержании АТФ, по сравнению с введением только антибиотика. В почках содержание АТФ достигло контрольного уровня, в легких - несколько увеличилось (по сравнению с введением только антибиотика), но осталось ниже, чем в контрольной группе. Таким образом, установлено, что введение антибиотика, ингибирующего биосинтез белка, приводит к снижению уровня АТФ в печени, почках и легких крыс. Введение витаминной смеси одновременно с антибиотиком оказывает положительное действие на уровень АТФ в почках и негативный эффект в печени.

Выводы: 1) введение витаминной смеси при приеме антибиотиков способствует повышению содержания АТФ в почках и, в меньшей мере, в легких. 2) Механизмы реализации энергостимулирующего действия витаминов группы В зависят от состояния белоксинтезирующей системы в клетках тканей.

Нырка И. Е.

ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ИХ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина.**

Научный руководитель: к.б.н. Рассоха И.В.

Индивидуальное развитие человека, кроме календарного возраста (паспортного), может характеризоваться биологическим возрастом (БВ). Согласно данным литературы [Сальников В.А., 2012; Е.В., 2011] он определяется индивидуальными или групповыми биологическими особенностями человека – наследственностью, расовой принадлежностью, гормональным статусом. Однако, в последнее время, на первый план выходят социально-экономические факторы – образ жизни, характер питания, интенсивность физических нагрузок, наличие вредных привычек.

Цель работы: определить биологический возраст студентов и проанализировать влияние их образа жизни на несоответствие биологического и календарного возрастов.

Объектом исследования были студенты (n=60) второго курса 2-го и 3-го медицинских факультетов Харьковского национального медицинского университета. Биологический возраст определяли по методу В.П. Войтенко [Войтенко В.П., 1986]. Для анализа индивидуальных значений БВ исследовали: статическую балансировку, массу тела, систолическое артериальное давление, продолжительность задержки дыхания после глубокого вдоха. Кроме того, для анализа особенностей образа жизни студентов (наличие или отсутствие вредных привычек, особенностей питания, продолжительность сна, занятие спортом, подверженность стрессам) было проведено их анкетирование.

Установлено, що всего лишь у 25% испытуемых БВ соответствовал календарному возрасту, а у 75%, выявлены признаки преждевременного старения. Анкетирование выявило, что высокий показатель БВ (75%) обусловлен образом жизни студентов: курением (количество выкуренных сигарет соответствовало 10 и больше штук в сутки), нерациональным питанием, частыми стрессами. Кроме того, в группе респондентов с признаками преждевременного старения всего лишь 17% студентов приобщены к физической культуре. Анализ результатов полученных раздельно в группах испытуемых юношей и девушек, свидетельствуют о том, что БВ девушек ниже биологического возраста юношей в одинаковых возрастных группах.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что среди респондентов подавляющую часть составляли студенты с признаками преждевременного старения (75%). Гиподинамия, вредные привычки, неправильное питание и стрессы являются факторами, существенно увеличивающими биологический возраст.

Обихвіст О.О.

АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОРГАНІВ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ ВНАСЛІДОК НАДМІРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У СПОРТІ

Харківський національний медичний університет,

кафедра анатомії людини, м. Харків, Україна

Науковий керівник: Ізмайлова Л.В.

Актуальність: У сучасному світі дуже актуальним є питання спорту як до засобу самовдосконалення людини, покращення не тільки фізичних її якостей, а й моральних. Але заняття спортом часто супроводжуються ризиком виникнення травм незалежно від віку, статі, тренуваності. Найчастішими причинами виникнення спортивних травм є: невідповідність організму до виконання фізичних вправ (не були проведені розігрівальні вправи), перенавантаження, порушення техніки виконання вправ.

Мета: довести важливість цієї теми; ознайомити з основними проблемами спортивних травм, та з методами їх вирішення.

Матеріали: учбова література, посібники, анатомічні атласи.

Методи: вивчення наукової літератури з питань анатомії та травматології; аналіз інформації та синтез на її основі висновків щодо теми.

Спортивні травми є одними з найрозповсюдженіших причин патологій опорно-рухового апарату людини. Майбутньому лікареві, особливо лікареві-травматологу, вкрай необхідно бути проінформованим щодо цих травм для надання кваліфікованої медичної допомоги постраждалим. Порушення нормативів безпеки зайняття спортом може привести до різноманітних переломів кісток, розтягнень м'язів та сухожилля, вивихів суглобів, розривів, запалень тощо. Найрозповсюдженими спортивними травмами є:

1)Розтягнення м'язів медіальної групи стегна. Ця травма характерна для баскетболістів, хокеїстів, бігунів-спринтерів, футболістів та інших спортсменів, що виконують вправи на прискорення під час бігу. Травматизація виникає під час поштовхоподібних рухів ногами без попереднього розігріву м'язів ніг. Для цієї травми характерні: біль у пахвинній ділянці, порушення приведення ніг, набряки та гематоми. Перша допомога:забезпечення спокою і нерухомості пошкодженої кінцівки, прикладання льоду до травмованої ділянки, здавлююча пов'язка.

2)Розрив передньої хрестоподібної зв'язки. Це одна з найнебезпечніших спортивних травм. Виникає внаслідок сильного удару по коліну збоку, надлишкове повернення стегна до середини при фіксованій стопі. Під час повного розриву чується глухий звук. Для цієї травми характерні: сильна біль, миттєве набрякання, порушення функції, гематома. Також, при пошкодженні артерій, може розвинутися гемартроз, або заклинення суглаву. Лікар під час дослідженняможе діагностувати симптом «висувного ящика». Перша допомога: забезпечити піднесене положення, нерухомість, прикласти холод та зафіксувати тугою пов'язкою.

Результати:була доведена важливість приділення уваги до проблеми спортивних травм, а також ознайомлення з методами її вирішення.

Висновки:Таким чином, можна зробити висновок, що спортивні травми бувають дуже небезпечними і лікареві треба бути уважним і обережним в діагностиці і лікуванні цих травм. Від освіченості й знань лікаря залежить подальший стан та якість життя пацієнта.

Онищенко А.И., Ткаченко А.С.
СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 У БОЛЬНЫХ С
ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО РИНОСИНИТА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра биохимии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: проф. Наконечная О.А.

Хронический риносинусит является одной из насущных проблем здравоохранения, учитывая социально-экономический эффект данной патологии. Кроме того, гетерогенная природа хронического риносинусита усложняет понимание особенностей патофизиологических процессов, лежащих в основе заболевания, и расширяет список возможных направлений для реализации стратегий лечения. Перспективным направлением лечения хронического риносинусита является воздействие на провоспалительные цитокины, вовлеченные в регуляцию иммунного ответа при данной патологии, что и обуславливает актуальность исследования особенностей цитокинового спектра у больных с хроническим риносинуситом.

Целью исследования явилось изучение содержания интерлейкина-8 (ИЛ-8) в сыворотке крови больных при обострении хронического гнойного риносинусита.

Материалы и методы. Были обследованы 20 больных с обострением хронического гнойного риносинусита, которые находились на стационарном

лечении в отоларингологическом отделении КУОЗ «ЦЕНТР ЭМП и МК» г. Харькова. Контрольная группа включала двадцать условно здоровых людей с искривленной носовой перегородкой. Критериями исключения стали аутоиммунные, эндокринные и онкологические заболевания. Диагноз устанавливался с помощью клинических и инструментальных методов диагностики. Наличие гнойного процесса у больных подтверждалось проведением пункции гайморовой пазухи. Содержание ИЛ-8 в сыворотке крови пациентов с обострением гнойного риносинюита и в группе контроля определяли иммуноферментным методом с помощью набора реактивов ЗАО «Вектор Бест» (Кольцово, Россия) на иммуноферментном анализаторе StatFax 303+. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы GraphPad Prism 5.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что обострение гнойной формы хронического риносинюита сопровождается увеличением содержания ИЛ-8 в сыворотке крови. Концентрация данного провоспалительного цитокина у больных составила $35,3 \pm 6,7$ пг/мл, что в 3,6 раза выше чем у контроля. Известно, что ИЛ-8 является хемоаттрактантом для нейтрофилов. Таким образом, повышение ИЛ-8 в сыворотке крови больных с обострением гнойного хронического риносинюита может рассматриваться в качестве ответа иммунной системы на патогенные микроорганизмы. ИЛ-8-опосредованный приток нейтрофилов к месту воспаления способствует фагоцитозу и последующей эрадикации бактериальных агентов.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что ИЛ-8 вовлечен в патогенез обострения хронического гнойного риносинюита. Роль данного цитокина заключается в активации нейтрофилов, что увеличивает их содержание в зоне воспаления. Следовательно, ИЛ-8 может рассматриваться в качестве мишени для противовоспалительных препаратов, которые могут быть использованы в оториноларингологической практике.

Панова В.В.

**ВЛИЯНИЕ КВЕРЦЕТИНА НА СОСТОЯНИЕ
ПРООКСИДАНТНО - АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна, Научный
руководитель: д.мед.н. Е.А. Павлова**

Одним из распространенных клинических синдромов, развивающимся в результате гемодинамической перегрузки и других воздействий на сердце является ХСН. Циркуляторная гипоксия обусловленная хронической недостаточностью кровообращения, приводит к активации перекисного окисления липидов (ПОЛ), дисфункции клеточных мембран на фоне угнетения активности ферментов антиоксидантной системы (АОС).

Нами проводились изучение активности ферментов АОС у больных ХСН. Полученные данные показывают, что у больных, получающих стандартную терапию, длительное время сохраняется нарушение ПОЛ-АОС гомеостаза, в сторону повышения активности продуктов ПОЛ и уменьшения активности ферментов АОС, поэтому перспективным является изучение влияния антиоксиданта кверцетина обладающего выраженными антиоксидантными свойствами в дополнение к стандартной терапии ХСН.

Под наблюдением находились 26 больных ХСН, в возрасте от 60 до 75 лет, 40% - в фазе декомпенсации. Продолжительность заболевания не менее 10 лет. Больные группы контроля (10 человек) получали стандартную терапию. 16 пациентов обследуемой группы получали растворенный в 50 мл изотонического раствора NaCl антиоксидант кверцетин - (0,5г) в/в капельно в течение 10 дней в дополнение к терапии. Для оценки состояния системы АОС спектрофотометрически определяли активность каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД).

Установлено, что у больных, получавших стандартную терапию, сохранялся дисбаланс активности ферментов АОС. У 28% больных выявлена тенденция к повышению активности КАТ (до 466 ± 2 мккат/мгНб при норме 352 ± 8 мккат/мгНб, $p < 0,01$); на фоне нормальной активности СОД $29,6 \pm 1,2$ мккат/мгНб, $p > 0,05$), что отражает некоторую компенсаторную активацию АОС в ответ на гипоксическое повреждение. У 55% отмечалась тенденция к снижению активности СОД (до $10,5 \pm 1,5$ мккат/мгНб, $p > 0,05$) на фоне повышения активности КАТ (в 1,3 раза). У 20% больных активность КАТ была снижена до 212 ± 13 мккат/ мгНб, ($p < 0,01$) и СОД до $11,2 \pm 0,8$ мккат/ мгНб, ($p < 0,01$) соответственно.

Установлено, что дополнительное включение антиоксиданта кверцетина к стандартной терапии больных ХСН быстрее восстанавливает активность ферментов АОС, так как на момент завершения лечения, активность КАТ и СОД соответствовала таковой у здоровых лиц, свидетельствуя о повышении потенциала АОС. Таким образом, включение антиоксидантной терапии в схему лечения больных с ХСН является целесообразным и патогенетически обоснованным.

Пелешенко О.И., Чиркунова В.О.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ

**Харковский Национальный медицинский университет, кафедра
медицинской и биологической физики и медицинской информатики,
Харьков, Украина.**

Научный руководитель - Човпан А.А., к.физ.-мат.н., доцент

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из главных причин смертности в Украине. Именно поэтому разработка и внедрение методов диагностики и лечения патологий сосудов имеет важнейшее в сфере здравоохранения Украины. Одним из ключевых методов диагностики является ангиография. Ангиография – это метод рентгеноскопического

исследования сосудов (артериальных, венозных или лимфатических) путем введения в их просвет рентгенконтрастных веществ и последующей рентгенографии. Чаще всего данный метод используют для исследования коронарных артерий (коронарная ангиография), легких (легочная ангиография), головного мозга (церебральная ангиография), верхних или нижних конечностей, или аорты (аортография). В ходе процедуры, катетер вводится в кровяное русло (чаще всего для этих целей используют бедренную артерию или вену, а также плечевую артерию или вену). Катетер «продвигают» до участка, который необходимо изучить. Затем в кровяное русло вводятся йодсодержащие вещества, которые помогают исследовать определенный сосуд посредством серии рентгеновских снимков. В некоторых случаях данную методику используют не только в диагностических целях, но и в лечебных. Так, в процессе проведения процедуры пациенту также может быть установлен стент (чтобы предотвратить закупорку поврежденного сосуда), устранены небольшие внутренние кровотечения (путем введения катетера в поврежденный сосуд и последующим введением препаратов, обеспечивающих свертывание крови).

Помимо классической ангиографии, существует также несколько методов на ее основе: цифровая субтракционная ангиография (контрастное вещество вводится внутривенно, что менее травматично для пациента. Снимки обрабатывают с помощью компьютера, что позволяет получить снимки высокого качества. КТ ангиография заключается в исследовании сосудов при помощи компьютерного томографа; контрастное вещество также вводится внутривенно, а трехмерная реконструкция помогает врачу лучше проанализировать полученные снимки. МР- ангиография позволяет получать изображения сосудов без использования каких-либо контрастных веществ за счет особенностей работы МРТ. При этом для получения еще более четкого изображения в качестве контрастного вещества могут применяться препараты, содержащие гадолиний.

Также Украине часто используют и магнито - резонансную ангиографию, которая не столь инвазивна. Показаниями к этой процедуре являются вегетососудистая дистония и стойкие головные боли, травмы головы, неопределенность по отношению к распространенности, причине и разновидности ишемического инсульта, исследование наличия холестериновых бляшек в сосудах (при подозрении на атеросклероз). Противопоказана МР ангиография пациентам с хронической почечной недостаточностью, беременным и людям, в организме которых установлены металлические импланты. Метод позволяет выявить патологические соустья, аневризмы, сосудистые окклюзии, атеросклероз, сосудистые мальформации, стенозы сосудов. Работа аппарата сопровождается относительно громкими звуками, поэтому пациентам выдают специальные наушники. Оценка состояния структур на основе результатов проводится на базе их плотности, формы и расположения. Вышеизложенные манипуляции проводят в клиниках INTO-SANA, EUROLAB и многих других.

Печененко А.Р., Самойленко С.Е.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ
МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения
имени засл. проф. Н.С. Бокариуса, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – доц. Бондаренко В.В.

В связи с массовыми случаями смертельных отравлений метиловым спиртом в Украине в 2016 году, все более актуальным становится усовершенствование судебно-медицинской диагностики данного вида смерти. Сложность которой связана с выявлением и оценкой значительного количества диагностических и, как правило, неспецифических признаков. Метиловый спирт (метанол) относится к категории сильных нервно-сосудистых ядов, смертельная доза которого при приеме внутрь составляет около 30 мл.

Целью настоящей работы было создание алгоритма судебно-медицинской диагностики отравлений метиловым спиртом на основании изучения более чем 20 литературных источников, учебников и монографий в области судебной медицины. В результате работы мы смогли обобщить имеющийся материал и составить алгоритм судебно-медицинской диагностики данного вида смерти на основании совокупности известных диагностических признаков.

В ходе I-го этапа алгоритма диагностики подлежит оценке совокупность следующих клинических признаков отравления: психомоторное возбуждение, головная боль, вялость, нарушение координации движений, сон в течении 12-24 часов, т.н. скрытый период, после которого наблюдается резкое недомогание, головокружение, мышечная слабость, ноющие боли в пояснице, боли в животе, мелькание искр перед глазами, снижение зрения, переходящее в слепоту, затрудненное дыхание, цианоз, тахикардия, слабый пульс, аритмия. В ходе II этапа подлежит оценке макроморфологическая (секционная) картина отравления: цианоз лица и ушных раковин, губ, расширение зрачков, обильность трупных пятен, наличие «гусиной кожи», признаки острой быстронаступившей смерти, резкий отек и полнокровие ткани головного мозга и его оболочек с кровоизлияниями или размягчением ткани мозга, отек и кровоизлияния слизистой оболочки пищевода, желудка, кишечника, отек ложе желчного пузыря, полнокровие и дистрофические изменения паренхимы печени и почек, мышцы сердца, наличие алкогольного либо своеобразного сладковато-приторного запаха. Далее, в ходе III этапа алгоритма, подлежит оценке гистологическая картина отравления: легкие - выраженное венозное полнокровие, эмфизема, дистелектаз альвеол, интраальвеолярный отек и интраальвеолярные кровоизлияния, мелкоточечные подплевральные диапедезные кровоизлияния; головной мозг - кровоизлияния и полнокровие, выраженные дегенеративные изменения нейронов; почки - выраженное полнокровие сосудов всех уровней и калибров, отек стромы, дистрофия, очаговый некроз

канальцевого эпителия; печень – полнокровие, признаки белковой дистрофии, тотальный некроз гепатоцитов с неравномерным кровенаполнением сосудистого русла; сердце - дистрофия мышечных волокон, отёк стромы миокарда, миоциты с выраженными дистрофическими изменениями, очагами фуксинофильной дегенерации, фокусами миолиза, строма разрыхлена, отечна; пищеварительный тракт – полнокровие и отек слизистых оболочек, наличие точечных кровоизлияний. В ходе IV этапа диагностики подлежат оценке результаты судебно-токсикологического исследования крови и мочи, изъятых в ходе вскрытия, а также рвотных масс и промывных вод желудка, изъятых с места происхождения, на наличие метилового спирта и его метаболитов – формальдегида и муравьиной кислоты.

Таким образом, нами предложен алгоритм судебно-медицинской диагностики острого отравления метиловым спиртом, включающий в себя 4 последовательных этапа: анализа клинической картины, анализа результатов секционного, гистологического и токсикологического исследований. На наш взгляд, использование данного алгоритма на практике повысит диагностическую ценность и качество проведения судебно-медицинских экспертиз.

Прасол А.В.

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ГЕНОФОНДА ЧЕЛОВЕКА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина**

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

Актуальность: изучение генофонда человечества важно для решения многих проблем антропологии и медицины. Множество заболеваний являются наследственными, и изучение генофонда популяций может сыграть ключевую роль в их диагностике, лечении и профилактике. Генофонд - совокупность всех генов или генотипов в популяции или группе популяций какого-либо вида организмов. Различные страны отличаются климатогеографическими условиями, этническим составом населения, историческими особенностями развития, степенью урбанизации, численностью населения. Каждая популяция характеризуется своим набором аллелей (причем некоторые аллели могут быть уникальными для этнической группы или расы) и соотношением их популяционных частот. Источниками первичных данных для популяционно-генетических исследований являются архивные материалы, медицинская документация, результаты анкетирования, списки избирателей и обращаемость населения за медико-генетической помощью.

Цель нашего исследования провести сравнительную характеристику по генетическим признакам представителей разных стран.

Данные получены в результате анонимного анкетирования студентов 1 курса ХНМУ. Опрошено 148 человек: 74 студента из Украины (22 юноши и 59 девушек) и 63 студента из стран Азии и Африки (32 юноши и 35 девушек).

Анкета содержала вопросы по фенотипическим признакам с известным типом наследования, группе крови по системе АВ0. Данные обрабатывались при помощи пакетов Microsoft Office Excel. Результаты нашего исследования следующие: правшей среди украинцев и среди студентов из стран Азии и Африки больше, чем левшей, однако мужчины левши среди иностранцев встречаются в два раза реже, чем среди левшей украинцев; по признакам наличия ямочки на подбородке (рецессивный признак) и ямочки на щеках (доминантный признак) не выявлено различий между изучаемыми группами; по доминантному признаку сворачивание языка в трубочку среди украинцев имеют данный аллель 42,6% респондентов и 12,2% украинцев гомозиготы по рецессивному аллелю, среди иностранцев 25,7% и 20% соответственно; по признаку "положение левого большого пальца сверху при сжатии рук" (доминантный признак) выше у украинок (27,7%) по сравнению с украинцами (6,1), а у иностранцев наоборот у юношей выше (14,2%) по сравнению с девушками (12,2%); фенотипическое распределение респондентов по системе АВ0 следующее: среди украинцев наиболее распространенной является вторая группа крови, третья и первая группы крови встречаются почти одинаково (14,2% и 14,9% соответственно), наименее распространенная - четвертая группа крови; среди студентов иностранцев наиболее распространенной является третья группа крови, затем следуют студенты с первой группой крови, а вторая и четвертая группы крови встречаются почти одинаково (6,3% и 5,5% соответственно). Это подтверждается литературными данными о географической неравномерности распределения антигенов эритроцитов систем АВ0.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают литературные данные о генетических различиях популяций. Географическое распределение этих различий отражает непрерывность меняющихся признаков и генофондов.

Самченко К.В., Пономарева Л.В.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
СТЕПЕНИ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра физиологии, г. Харьков, Украина
Руководитель: доц. Ващук Н.А.

Нарушения здоровья, связанные с изменчивостью и изменением климата, зависят от популяционной уязвимости и адаптационной способности человека.

Переезд из одного региона в другой, если человек здоров, не представляет для него какой-либо опасности, такие изменения сопровождаются быстрыми переменами в содержании тромбоцитов в крови, уменьшением или увеличением выработки определенных гормонов, изменениями активности ферментов, свертываемости крови и так далее. Однако при резких переходах из одних климатических условий в другие у некоторых больных отмечается трудность адаптации к новым климатическим

условиям. Именно контрастность погодных и климатических факторов оказывает сильнейшее воздействие на организм, тем самым, понижая работоспособность, ухудшая самочувствие, усугубляя у больных течение заболеваний.

В результате проведенного опроса мы выяснили, что студенты, которые были вынуждены переехать в другой регион, город, страну на обучение, возможно проживают в общежитии – более метеочувствительные, нежели студенты проживающие и учащиеся в родной для них «среде обитания». В результате проведенного нами исследования было выяснено, что это связано с количеством стрессовых ситуаций в повседневной жизни опрашиваемых людей. 70% опрошенных студентов, страдающих от метеочувствительности, находились на первом курсе, в период максимально тяжелый для неместного студента. В то время, как всего лишь 15 процентов опрашиваемых студентов, находящихся на 2 курсе и выше, страдали от метеочувствительности. Также у опрашиваемых, которые имели ВСД, хронический бронхит, гайморит наблюдалась более сильная зависимость от климата. К группам риска можно добавить студентов, которые ранее пережили переломы и другие заболевания опорно-двигательной системы. А студенты, у которых нет хронических заболеваний, практически не ощущают перемен климата, хотя у некоторых 2% возможно проявления дерматита.

Погода и здоровье имеют прямую и очень тесную связь между собой. В регионах, для которых характерно постепенное изменение погодных условий, люди менее остро переживают эти переходы. В Харькове, где смена времен года происходит довольно резко, большинство людей страдает от ревматических реакций, возникновения болей в местах старых травм. Слабость, головная боль быстрая утомляемость перед изменениями погоды присущи практически каждому второму студенту. Сила проявления климатозависимости зависит от состояния организма, присутствия каких-то заболеваний, региона, в котором студент жил ранее, а также привычности организма к данному микроклимату, то есть акклиматизации. Наиболее характерна климатозависимость для студентов, которые редко бывают на свежем воздухе, ведущих малоподвижный образ жизни, не практикующих занятия спортом.

Саранча Т.А., Пальчинский В.А., Глоба Н.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА И
АДАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра физиологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.биол.н., доцент Чернобай Л.В.

Темперамент – это совокупность формальных динамических характеристик поведения. С физиологической точки зрения, он является генотипической основой высшей нервной деятельности (ВНД) человека. Темперамент устойчив, он формируется в процессе эволюции и обеспечивает развитие наиболее приспособленных к окружающей среде индивидуумов.

Также важной характеристикой высшей нервной деятельности является адаптационная способность, которая характеризует скорость реакции человека на изменение окружающей среды.

Целью данного исследования являлось определение темперамента среди студентов ХНМУ и определение адаптационной способности в зависимости от его типа. Для этого мы использовали опросник структуры темперамента по Русалову и тест «Индивидуальная минута» Моисеевой. Опросник Русалова позволяет определить темперамент в предметно-деятельностной и коммуникативной сферах. Тест «Индивидуальная минута» по Моисеевой предназначен для оценки выраженности корковых процессов возбуждения и торможения, которая определяет адаптационные способности человека.

В исследовании приняли участие 30 студентов ХНМУ 1—6 курса. Мы определили темперамент опрашиваемых согласно методике: в работе и в общении. По результатам опроса выяснилось, что большинство студентов имеют смешанный тип темперамента, и в большинстве случаев, разный тип в разных сферах деятельности. В предметно-деятельностной сфере распространёнными являются сангвиник/холерик (26,66%), сангвиник/флегматик (16,66%) и сангвиник (13,33%). В коммуникативной сфере преобладают такие типы темперамента: сангвиник/флегматик (26,66%), сангвиник/холерик (26,66%) и сангвиник (20%). Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что наиболее часто встречаемыми типами темперамента являются различные комбинации сангвиника, а именно сангвиник/холерик.

Тест «Индивидуальная минута» дал в свою очередь следующие результаты: только 26,66% студентов имеют хорошую адаптационную способность (55-65с). 46,66% опрашиваемых имеют удлиненную индивидуальную минуту (больше 65 секунд) и 26,66% - укороченную (менее 55 секунд), что свидетельствует о низкой адаптационной способности.

Из группы студентов с высокой адаптационной способностью 87,5% составляют молодые люди с типом темперамента сангвиник и его комбинациями (сангвиник/флегматик, сангвиник/меланхолик). Укороченная индивидуальная минута в 71,4% случаев была выявлена у холериков и меланхоликов. В группу с удлиненной индивидуальной минутой вошли студенты с различными типами темперамента, из них 42,9% с холерическим типом и его комбинациями, 21,4% флегматиков и 14,3% меланхоликов.

Анализ полученных результатов позволяет подтвердить литературные данные о более низкой адаптационной способности людей с холерическим и меланхолическим типами темперамента, что обусловлено генетически детерминированными особенностями ВНД. Наиболее высокой способностью к адаптации обладают люди с сангвиническим типом и различными его комбинациями. Однако была выявлена общая тенденция к снижению адаптационных способностей студентов ХНМУ, о чем свидетельствует изменение длительности индивидуальной минуты в сторону укорочения или удлинения у 73,3% обследованных.

Сіренко В.А., Ковальцова М.В., Остапенко Д.М.
МОРФОЛОГІЯ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕКЗОКРИННОЇ
ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ ПРИ
НЕЗБАЛАНСОВАНОМУ ХАРЧУВАННІ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра патологічної фізіології імені Д.О. Альперна
Наукові керівники: О.О. Павлова, О.В. Ніколаєва

Останнім часом відмічається ріст захворюваності підшлункової залози (ПЗ), які викликані різними негативними факторами, особливо порушенням харчування. Тому, патологія ПЗ є однією з актуальних проблем медицини.

Метою дослідження було з'ясування змін морфофункціонального стану екзокринної частини ПЗ щурів внаслідок надлишку або дефіциту поживних речовин у їх харчуванні протягом вагітності.

Матеріали та методи. За допомогою морфологічних і біохімічних методів вивчено стан екзокринної частини ПЗ у нелінійних білих вагітних щурів на гіпер- і гіпокалорійній дієті, які склали відповідно 1-шу і 2-гу групи. Тварини на гіперкалорійній дієті щодня отримували харчування з надлишковим вмістом вуглеводів і жирів. Калорійність добового раціону склала 300,4 ккал (білків - 9,1г; жирів - 8,6г; вуглеводів - 50,6г). Щури 2-ї групи отримували гіпокалорійну дієту зі зменшеним вмістом білків (білків - 1,38г; жирів - 0,11г; вуглеводів - 7,37г; ккал - 57,38). Щури групи порівняння отримали збалансоване харчування (білків 4,13 г; жирів 2,4 г; вуглеводів 17,6 г.; ккал - 57,38).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що у 100% щурів 1-ї гр. має місце гіперплазія паренхіми, дистрофічні зміни в екзокриноцитах, набряк сполучної тканини, внутрішньо- та міжчасточковий склероз і ліпоматоз (у 40%), помірне повнокров'я капілярів, дистрофічні зміни частини вивідних протоків. У тварин 2-ї гр. ступінь морфофункціональних змін ПЗ більший, ніж у тварин 1-ї гр. Поряд із зрушеннями, аналогічними таким у останніх, в них спостерігаються атрофія паренхіми та збільшення обсягу строми ПЗ, запальна інфільтрація (у 40%). В порівнянні з тваринами групи контролю, у щурів 1-ї та 2-ї гр. рівень зовнішньосекреторної активності ПЗ підвищений: α -амілази в 3,1 і в 2,6 рази ($p < 0,001$), ліпази в 11,2 і в 14,3 рази ($p < 0,001$), α_1 -антитрипсину знижений в 2 і в 3 рази ($p < 0,001$) відповідно.

Висновок. Незбалансоване харчування протягом вагітності у всіх щурів обох груп спричинило порушення секреторної активності їх ПЗ у вигляді гіперпанкреатизму, ступінь якого суттєво вищий у тварин 1-ї гр., бо вони отримували гіперкалорійну дієту з надлишком вуглеводів і жирів. Гіперферментемія в умовах гіпокалорійної дієти (у щурів 2-ї гр.) може бути обумовлена підвищеним впливом на ациноцити стимулюючих нейрогуморальних впливів (ваготонії), або «ухиленням» ферментів в кров при ушкодженні панкреатитів (в т.ч. і внаслідок панкреатиту, який в нашому дослідженні встановлений у 40% тварин). Отримані дані свідчать про значні компенсаторні можливості ПЗ за рахунок гіперфункції неушкоджених

ациноцитів, які спроможні виробляти велику кількість ферментів та забезпечувати адекватне травлення навіть в умовах значної втрати функціонально активної маси її паренхіми при тривалому дефіциті енергетичних субстратів.

Склярук Д.О., Харченко Э.А.
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ Фолликулов
Щитовидной ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: к.м.н., доц. Рыхлик С.В.

Актуальность. Главными ценностями демократического общества является высокая степень жизнедеятельность и здоровья человека. На протяжении многих лет вопросы анатомо-морфологических и физиологических взаимоотношений структуры и функций эндокринной системы остаются открытыми и решаются по мере развития технологического процесса.

Объект исследования. Щитовидная железа разных возрастных групп и пола.

Цель. Изучить индивидуальные особенности строения фолликулов щитовидной железы человека в зависимости от пола и возраста.

Материалы и методы. В данной работе исследования проводились на секционном материале, который был взят от 13 человек разных возрастных групп и пола. Материал был получен от пациентов, умерших от причин не связанных с эндокринной патологией. В работе были использованы общепринятые морфологические исследования: секционный материал поддавался фиксации 10% раствором формалина с дальнейшей гистологической проводкой материала для железистых структур, с последующим окрашиванием гематоксилин-эозином, а для определения соединительнотканых структур применялось окрашивание по способу Ван-Гизон.

Результаты. В основе строения щитовидной железы находятся специализированные структуры — фолликулы. Это — объемные образования, округлой эллипсоидной формы, плотно прилежащие друг к другу, стенка которых состоит из эпителиальных клеток. Внутри фолликулов находится гелеобразное вещество, содержащее гормоны.

Исследования показали, что фолликулы сообщаются друг с другом и объединяются в группы. Совокупность фолликулов определяют своеобразные сообщества, состоящие из сосудистой сети, нервной сети и эпителия фолликулов. Это — исполнительная единица. В нем идет образование гормонов, их хранение и выделение.

Исследования показали, что фолликул щитовидной железы в целом требует большое количество питательных веществ, кислорода, который поступает с помощью кровотока, доставляя необходимый этому органу йод.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у женщин и мужчин выражена возрастная зависимость диаметра фолликулов. С возрастом происходит уменьшение диаметра фолликулов, эпителиальные клетки уплощаются в фолликулах, что свидетельствует о нарастающей возрастной гипофункции органа. В увеличенных фолликулах наблюдается застой коллоидного содержимого.

Выводы. С возрастом отмечается увеличение числа соединительнотканых прослоек и количества межфолликулярных клеток, что, возможно, связано с деструкцией фолликулов. На некоторых препаратах наблюдаются очаги склерозирования.

Сучкова Н. В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДАННЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Научный руководитель: к.биол.н. Днестранская Л.И.

Инфекционный мононуклеоз – острая инфекционная болезнь вирусной природы преимущественно с воздушно-капельным механизмом заражения, характеризующиеся лихорадкой, полиаденитом (особенно шейным), острым тонзиллитом, увеличением печени и селезенки, лейкоцитозом, лимфоцитозом, наличием атипичных мононуклеаров (виروцитив). Как правило, больные испытывают общее недомогание, упадок сил, который может длиться несколько месяцев.

Возбудителем является вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ). На долю ВЭБ отводится около 50,33% всех случаев ИМ.

ВЭБ также является инициатором онкологических заболеваний: назофарингеальной карциномы, лимфомы Беркитта, Т-клеточная лимфома. ИМ может привести к гемолитической и апластической анемии, тромбоцитопении, гемофагоцитарным синдромом.

В Украине и в Харькове в частности в последние годы наблюдается учащение случаев заболеваемости инфекционным мононуклеозом. Уровень инфицированности населения очень высок, в отдельных городах он достигает 90%, среди сельского населения почти в два раза ниже – 50%. Ежегодно регистрируются 40-80 случаев ИМ на 100000 населения. Это связано с легкостью заражения, латентным течением болезни и персистенцией вируса.

По данным обследования пациентов Харьковской областной клинической больницы известно, что количество болеющих мужчин составляет 60%, женщин – 40%, средний возраст которых 24 года, 59% из них - студенты.

Одной из групп риска возникновения ИМ являются люди с вирусом иммунодефицита человека. При исследовании головного мозга людей, инфицированных ВИЧ и ВЭБ установлено, что для ИМ характерно поражение ЦНС с развитием подострого гигантоклеточного энцефалита с

наличием участков демиелинизации, развитием продуктивного васкулита с тромбозом, который осложняется ишемическим поражением головного мозга.

У больных туберкулезом была выявлена заболеваемость ИМ у 94,7% больных. Острая форма инфекции обнаруживается у 16,8% человек. Высокая частота острой ВЭБ инфекции у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом дает основания предполагать, что ВЭБ проявляет свойства оппортунистической инфекции.

Главной группой риска являются дети в возрасте от 3 до 10 лет. Это связано с тем, что дети в младшем возрасте более интенсивно общаются со своими сверстниками, которые могут заразить их. Реже инфекционный мононуклеоз встречается у детей младше 2-х лет. Примечательно, что мальчики болеют ИМ в два раза чаще девочек. 50% детей до 10 лет и у 80% взрослых к 30-35 годам выявляются антитела к вирусу. В последние годы у детей Харькова ИМ стал приобретать хронический характер, что связано с нарушением адаптационно-компенсаторных механизмов организма. У детей выявлены полиаденопатии различной выраженности (100 %), увеличение печени (62,2 %) и селезенки (35,6 %). Признаки гепатита 24 % больных.

Заключение. Инфекционный мононуклеоз является одним из самых распространённых вирусных заболеваний человека. В Украине примерно у половины всех пятилетних детей и от 90 до 95 % взрослых есть доказательства перенесённой инфекции. Заболеваемость ИМ стабильно росла с 6,8 в 2008 до 12,1 на 100 тысяч населения в 2015 году, что соответствует выраженной тенденции к росту. В Харькове значительно увеличился уровень заболеваемости ИМ при стабильном росте с 6,4 до 13,1 на 100 тысяч населения.

Сушечкая Д.А., Шевченко В.А
ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ АСЕПТИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ
ВОСПАЛЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е.Альперна
Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина
Кафедра общей и клинической патологии
Научный руководитель проф. Шевченко А.Н.

Актуальность. Воспаление в эволюционном отношении — защитно-приспособительная реакция в форме патологии, аварийный способ защиты организма ценой повреждения его части. Однако, хроническое воспаление характеризуется утратой биологической целесообразности воспалительной реакции. Особый практический интерес вызывают механизмы перехода острого воспаления в хроническое, поскольку очень часто развитие хронического воспаления связано с персистенцией в организме антигена, с недостаточностью системы крови.

Цель. Изучить лейкоцитарную реакцию и функциональную активность лейкоцитов периферической крови при хроническом асептическом гранулематозном воспалении.

Методы исследования. Патофизиологические, гистохимические, гематологические, статистические.

Результаты. На 6-й час наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз, на 1-е сутки – тенденция к лейкопении, на 5-е сутки – к лейкоцитозу, и с 10-х до 21-х суток – лейкопения, главным образом нейтро- и монопении. На 28-е сутки отмечалось заметно восстановление общего количества лейкоцитов, особенно лимфоцитов и моноцитов. Активность маркерных ферментов лейкоцитов изменялась в соответствии с количественными изменениями клеток периферической крови. Она снижалась при преобладании эмиграции и восстанавливалась или возрастала при преобладании поступления лейкоцитов из костного мозга в кровь. На 28-е сутки активность кислой фосфатазы нейтрофилов оставалась сниженной, α -нафтилацетатэстеразы моноцитов – повышенной, кислой фосфатазы лимфоцитов и количества лимфоцитов, содержащих α -нафтилацетатэстеразу – увеличенными.

Таким образом, изменение количества и функциональной активности лейкоцитов крови носят фазный характер, отображают соотношения между эмиграцией лейкоцитов в очаг и поступлением их из костного мозга в кровь, персистенцию воспаления.

Терновий Д.П., Садовська Ю.О., Горюк І.А.
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ
ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ
У ЩУРІВ

Одеський національний медичний університет,
кафедра анатомії людини, Одеса, Україна

Науковий керівник: проф., д.мед.н., Холодкова О.Л.

Вступ. В останній час проблема циротичного ураження печінки набуває все більшої актуальності. Незважаючи на широкий арсенал стандартних консервативних методів, результати лікування пацієнтів з цирозом печінки залишаються малоефективними. Отже, пошук нових методів лікування цирозу печінки є актуальним питанням сьогодення. Використання клітинної терапії є інноваційним витком у регенеративній медицині.

Метою нашого дослідження стало вивчення морфологічних змін у структурі печінки за умов моделювання експериментального цирозу після лікування за стандартною методикою, корекції збагаченою тромбоцитами плазмою (ЗТП) і сумішшю, що містить прогеніторні стовбурові клітини.

Матеріали і методи. Експеримент проводили на 80 статевозрілих самцях щурів лінії Wistar, віком 3 – 4 місяці, поділених на п'ять груп: I – інтактні тварини, II – тварини з індукованим цирозом печінки, III – тварини з індукованим цирозом печінки та після його корекції ЗТП, IV – тварини з індукованим цирозом печінки та після його корекції сумішшю, що містить

прогеніторні стовбурові клітини, V – тварини з індукованим цирозом печінки та після стандартного лікування. Токсичне ураження печінки моделювали шляхом перорального введення 50% олійного розчину чотирихлористого вуглецю, та використання розчину етилового спирту, концентрацією 10% у якості пиття. ЗТП отримували з периферійної крові за допомогою апарату Smart Prep (Harvester Corp.). Клітинну суміш, що містить прогеніторні клітини отримували з кісткового мозку із подальшим їх культивуванням на поживному середовищі RPMI 10 %. У V групі корекцію патологічних змін печінки проводили за стандартною методикою лікування, шляхом внутрим'язового введення ампіциліну у дозі 30 мг, перорального введення лактулози у дозі 1 мл, панкреатину у дозі 5000 ОД протягом 5 днів. Тварини виводилися з експерименту на 14-й день після припинення лікування. Патоморфологічні дослідження проводили за загальноприйнятою методикою.

Результати. У щурів інтактної групи будова печінкових часточок, стінок судин, розташування центральних вен і портальних трактів мають звичний вигляд. У тварин II групи виразне розростання сполучнотканинних тяжів з формуванням хибних часточок, відзначалося потовщення судинних стінок з вогнищевими явищами гіалінозу судин і значною периваскулярною лімфогістіоцитарною та макрофагальною інфільтрацією, жировою та білковою дистрофією. У тварин після корекції ЗТП спостерігалась слабо виражена лімфогістіоцитарна інфільтрація і помірно виражена макрофагальна інфільтрація, з практично повною нормалізацією будови печінкових часточок, ознаки неангіогенезу, зниженням прояву жирової дистрофії. У тварин IV групи, відбувається майже повне відновлення гістоархітекτονіки печінки та ослаблення проявів запалення; присутні прояви порушення гемодинаміки. У щурів V групи позитивних змін тканини печінки не спостерігалось.

Висновки: Отримані нами результати морфологічних змін печінки в експерименті, дають підставу вважати ЗТП найбільш ефективним методом лікування цирозу печінки. Позитивний терапевтичний ефект мало застосування суміші, що містить прогеніторні стовбурові клітини. Також проводяться дослідження щодо строків введення ЗТП та суміші, що містить прогеніторні стовбурові клітини.

Тимошенко Д.В.

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ ТАЗУ

Харківський національний медичний університет ,

Кафедра анатомії людини, м. Харків, Україна.

Науковий керівник: ас. Граніна О.В.

Артеріальний колатеральний кровообіг тазу має практичне значення для кінцевої зупинки крововтрати, а також для оцінювання компенсаторних можливостей різних внутрішніх органів в умовах порушення циркуляції крові в основному судинному руслі.

Мета роботи. Вивчити артеріальний колатеральний кровообіг тазу за допомогою морфологічних методів дослідження.

Матеріали та методи. Було досліджено 50 трупів людей (30 нативних, 20 фіксованих). Для дослідження були використані методи препарування, морфометрії та ін'єкції судин.

Результати досліджень. У ході дослідження було визначено, що верхня сіднична артерія у внутрішньотазовому відділі зформувала анастомози з повздожньо-поперековою артерією у 40 випадках зліва (78%), у 39 зправа (75%); з бокової сакральної – 41 зліва (80%), у 39 зправа (75%); з медіальної сакральної – 34 зліва (66,5%), у 31 зправа (61%); з нижньою сідничною – 43 зліва (83,4%), у 39 зправа (76%); з внутрішньою срамною – 19 зліва (36,3%), у 15 зправа (30,6%); з затульною – 36 зліва (70,2%), у 31 зправа (61%); з артеріальним міжповздожнім колектором – 19 зліва (36,3%), у 23 зправа (46%). Нижня сіднична артерія анастомозувала во внутрішньотазовому відділі з боковою сакральною артерією у 21 випадках зліва (55,1%), 24 зправа (47, 6%); з повздожньо-поперековою – 21 зліва (42%), 16 зправа (32,5%); з повздожньо-поперековою – 21 зліва (42%), 16 зправа (32,5%); з медіальною сакральною – 21 зліва (42%), 23 зправа (46%); з основним стовбуром верхньої сідничної артерії – 43 зліва (83,4%), 39 зправа (76%); з затульною – зліва 35 (69,4%), 39 зправа (74%). Нижня сіднична артерія анастомозувала у всьому внетазовому відділі з внутрішньою срамною – зліва 48 (93%), 49 зправа (95%); з медіальною огинаючою артерією стегнову кістку – 36 зліва (70,2%), 41 зправа (80%); з латеральною огинаючою артерією стегнову кістку – 29 зліва (55,1%), 22 зправа (44%); з затульною – 23 зліва (46%), 21 зправа (42%); з гілками верхньої сідничної артерії – до 83,4% з обох сторін.

Нижня надчеревна артерія формувала анастомози з клубово-поперековою артерією у всіх випадках з обох сторін, з поверхневою надчеревною артерією – 30 зліва (59%), 26 зправа (51,4%); з 4-ю поперековою артерією – 35 зліва (69,4%), 40 зправа (79%); з однойменною судиною протилежної сторони у всіх випадках з обох сторін; з нижніми межреберними артеріями – 14 зліва (29%), 16 зправа (32,5%). В сідничній області верхня глибока гілка верхньої сідничної артерії анастомозувала з глибокою огинаючою артерією клубову кістку у 43 випадках – зліва (83,4%), у 39 зправа (76%); з нижньою сідничною – 25 зліва (49,5%), 23 зправа (46%); з внутрішньою срамною – 21 зліва (42%), 19 зправа (39,2%). Поверхнева гілка верхньої сідничної артерії анастомозувала з 4-ю поперековою артерією у 38 випадках – зліва (74%) і 34 зправа (66,5%), а також з поверхневою артерією, огинаючою клубову кістку – 32 зліва (63%), 29 зправа (57%).

Висновки. 1. Верхня та нижня сідничні артерії формують внутрішньотазові анастомози впродовж $2,3 \pm 0,132$ см і $1,9 \pm 0,03$ см від місця їх відгалудження, відповідно. 2. Парієтальні артерії внутрішньої та зовнішньої повздожніх артерій утворюють між собою безліч анастомозів. 3. Пристінкові артерії тазу рясно анастомозують з артеріями поперекового регіону, зачеревного простору і верхньої третини стегна.

Ткаченко А.С.
ЗМІНИ ВМІСТУ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9 У
СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ТРИВАЛОМУ ВЖИВАННІ
КАРАГЕНАНУ

Харківський національний медичний університет,
кафедра біохімії, м. Харків, Україна

Науковий керівник: проф. Жуков В.І.

Сучасна тенденція до збільшення рівня продуктового різноманіття має як очевидні позитивні риси, так і недоліки. Одним з негативних аспектів даного явища є активне використання різноманітних харчових добавок, вплив яких на організм людини вивчено недостатньо. Зокрема, численні дослідження продемонстрували здатність загущувача і гелеутворювача карагенона, який отримують з Ірландського моху (*Chondrus crispus*), індукувати розвиток запальних процесів і онкопатології у лабораторних тварин. Однак особливості розвитку та патогенезу карагенан-індукованої патології підлягають уточненню.

Метою дослідження було вивчення вмісту матриксної металопротеїнази-9 (ММР-9) у щурів при тривалому вживанні харчової добавки карагенона.

Матеріали та методи. Тридцять статевозрілих щурів-самок лінії WAG, які були розділені на три групи, використовували в експерименті. Тварини перших двох груп вживали 1% розчин карагенона у питній воді протягом двох і чотирьох тижнів відповідно. Щурів виводили з експерименту шляхом декапітації під легким тіопенталовим наркозом. Після чого у щурів перших двох груп проводився забір органів (шлунок, фрагменти тонкого і товстого кишечника) для проведення гістологічного дослідження, яке встановило наявність гастроентероколіту. Тварини контрольної групи утримувалися у стандартних умовах віварію і не отримували карагенона. Вміст ММР-9 у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою набору реактивів фірми «eBioScience» (Відень, Австрія). Для визначення концентрації ММР-9 використовували імуноферментний аналізатор StatFax 303+. Статистичну обробку проводили за допомогою програми GraphPad Prism 5.

Результати. Встановлено підвищення вмісту і, як наслідок, активності ММР-9 у тварин обох груп, які отримували перорально розчин карагенона (відповідно $3,95 \pm 0,09$ нг/мл і $8,01 \pm 0,15$ нг/мл у порівнянні з $2,22 \pm 0,12$ нг/мл у контрольної групи, $p < 0,0001$). Отже, тривале вживання харчової добавки карагенона супроводжується активацією ММР-9. При цьому чотирьохтижнєве вживання карагенона має більш виражений ефект на вміст ММР-9. Основна роль ММР-9 полягає у ремоделюванні позаклітинного матриксу або шляхом безпосередньої деградації структурних білків сполучної тканини, або частковим протеолізом цитокінів та хемокінів, що залучені у регуляцію ремоделювання тканин. Таким чином, підвищення ММР-9 може носити компенсаторний характер і бути обумовленим

відповіддю організму на пошкодження тканин при запальному процесі шлунково-кишкового тракту.

Висновки. Тривале пероральне вживання карагенану супроводжується активацією ММР-9, що може свідчити про компенсаторну активацію репаративних процесів у відповідь на карагенан-індуковане запалення.

Токарева І.Л.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЄДНОСТІ ВИМІРЮВАНЬ У ХНМУ З УРАХУВАННЯМ ВИМОГ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО МЕТРОЛОГІЮ ТА МЕТРОЛОГІЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ»

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Закон України «Про метрологію та метрологічну діяльність», який набув чинності з 01.01.2016, має значні відмінності щодо регламентованих норм і правил від Закону України «Про метрологію та метрологічну діяльність», який діяв до 31.12.2015.

Під час підготовки нової редакції цього закону використано рекомендації Міжнародного документа D1 Міжнародної організації законодавчої метрології (OIML) «Основні положення для закону з метрології». Використання рекомендацій D1 OIML стало необхідним у зв'язку з підписанням Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у 2014 році. У свою чергу, для здійснення економічної інтеграції необхідно в Україні створити модель технічного регулювання, яка б була гармонізована з європейською моделлю. Гармонізація моделі технічного регулювання в Україні почалася з 2001 року. Але до 2014 року ця модель не стала ідентичною європейській. Тому в 2014 та 2015 роках прийнято низку законів України, мета яких як можна повніше досягти такої гармонізації.

Для визначення змін, які треба внести в метрологічну систему на підприємстві після набуття чинності нової редакції Закону України «Про метрологію та метрологічну діяльність», слід керуватися моделлю технічного регулювання. Модель технічного регулювання в Україні регламентується Законом України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності». Цей Закон визначає правові та організаційні засади розробки, прийняття та застосування технічних регламентів і передбачених ними процедур оцінки відповідності, а також здійснення добровільної оцінки відповідності.

Третьякова Е.А

АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА КИСТИ ЧЕЛОВЕКА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра анатомии человека, г.Харьков, Украина

Научный руководитель: Измайлова Л.В.

Актуальность темы. Изучение артерий мышц кисти представляет не только теоретический интерес, но имеет и практическое значение для хирургии. Несмотря на то, что артериальное кровоснабжение мышц вообще

изучено довольно полно отечественными и зарубежными авторами в доступной нам литературе не оказалось достаточно полных сведений об артериях мышц кисти. В работах, специально посвященных строению и кровоснабжению кисти, также нет подробных сведений по внутриорганному артериальному руслу мышцы этой области. Таким образом, в литературе не оказалось достаточно полных сведений, отражающих все детали вне- и внутриорганного артериального русла мышц кисти в целом.

Целью нашего исследования было восполнить по возможности имеющиеся пробелы в анатомии артерий мышц кисти, знание которой необходимо для хирургии.

Материалом исследования служили 20 трупов людей различного возраста. Изучались внемышечные артерии, для чего производились инъекция артериального русла контрастной, препарирование и протоколирование с зарисовкой и последующая рентгенография отдельных мышц. При исследовании внемышечного артериального русла выяснилось, что каждая из мышц кисти имеет несколько источников питания (2-4), происходящих из близлежащих крупных артерий по принципу кратчайшего расстояния. Эти источники питания можно разделить для каждой мышцы кисти на главные и добавочные. Под главными источниками мы понимаем артериальные стволы, посылающие ветви к данной мышце в 100% препаратов, т.е. постоянные источники ее питания. К добавочным источникам питания следует относить непостоянные артерии, участвовавшие в кровоснабжении мышцы не во всех исследованных нами препаратах. Наличие их объясняется вариабельностью систем кисти.

Главными источниками питания во всех случаях являлись те артерии, ствол которых расположен в непосредственной близости от той или иной мышцы. От этих сосудов отходит различное количество мышечных артерий (2-12) под острым углом, что обеспечивает лучшие условия питания мышц. Артерии, происходящие от главных источников питания, имеют определенное место вступления в мышцу в участке мышечных ворот. Длина этих артерий до входа в мышцу варьирует у взрослых в пределах от 1,5 до 2,2 мм, а диаметр от 0,1 до 1,55 мм.

Нами были выделены главные и добавочные источники кровоснабжения кисти. Добавочные характеризуются непостоянством и встречаются для каждой мышцы значительно меньшем количестве (1-2). Благодаря непостоянству добавочных источников количество мышечных артерий, происходящих от каждого из них, для той или иной мышцы различно, но обычно незначительно (1-3). Длина этих мышечных артерий варьирует в пределах от 2 до 35 мм, диаметр 0,5 до 0,6 мм. Мышечные артерии отходят от данных источников питания, так же, как от главных, под острым углом, и вступают в различные участки мышцы, что объясняется непостоянством самих источников питания.

Таким образом, данные нашего исследования показали, что там, где мышцы расположены в несколько слоев, главные артерии подходят к

мышцам по межмышечным пространствам. Ворота мышц в таких случаях располагаются на их обращенных друг к другу поверхностях.

Усиков А.И.

**ГРУЗ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ
ХАРЬКОВСКОГО РАЙОНА ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии, г. Харьков, Украина**

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

Наследственные и врожденные заболевания представляют собой одну из серьезных проблем не только медицины, но и государства в целом. Согласно данным официальной статистики в 2015 г.в Украине 48 000 заболеваний приходится только на врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения из впервые зарегистрированных случаев заболеваний. В связи с этим необходимо постоянно отслеживать структуру и динамику заболеваемости детей.

Целью нашей работы было проведение анализа по отягощенности наследственной патологией детей от рождения до 18 лет Харьковского района Харьковской области.

Общее население Харьковского района составляет 174 325 человек из них 30146 - дети и подростки не достигшие 18 летнего возраста. В 2016 г. среди них было зарегистрировано 101 больной наследственными болезнями. Распространенность наследственной патологией составляет 33.6 на 10 тысяч населения. Результаты статистического анализа по частоте встречаемости наследственных заболеваний следующие: - наиболее распространенными являются нарушения обмена серосодержащих аминокислот -15 случаев, распространенность 5.0 на 10 тыс.; - генерализованные эпилепсии (синдром Линокса-Гасто, синдром Драве) 9 случаев, (3.0 на 10 тыс.); - фенилкетонурия, гемофилия, аномалии развития невральнй трубки (spina bifida) - по 4 случая на каждое заболевание (1.33 на 10 тыс.).

Таким образом, данная проблема имеет большое медико-социальное значение, а различные регионы нашей страны отличаются по распространенности наследственных заболеваний, поэтому необходимо продолжать мониторинговые исследования в данной области.

Хромей Е.В.

**ФИЗИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПЫТОК И ИСТЯЗАНИЙ В
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения им. засл.
проф. М.С. Бокариуса, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель – к.м.н., доц. Хижняк В.В

Последние десятилетие возобновилась дискуссия на тему пыток, и возникли попытки пересмотра их определения и обсуждения того, существуют ли какие-либо оправдания для их использования. При судебно-

медицинской экспертизе важно диагностировать и различать телесные повреждения, причинённые в процессе пыток и истязаний, или при жестоком обращении от других видов повреждений. Данная проблема стала актуальной в связи с проведением АТО на востоке Украины.

Цель: изучить и систематизировать физические доказательства пыток и истязаний, применяемых в ходе военного конфликта на Украине.

В процессе исследования был проведен обзор литературы:

1) данные 33-х интервью бывших военнопленных, предоставленные международной правозащитной организации Amnesty International;

2) отчет ООН о нарушениях прав человека в ходе военных действий на востоке Украины;

3) Стамбульский протокол «Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания;

4) проведен ретроспективных анализ медицинской документации, предоставленной военнопленными международной правозащитной организации Amnesty International.

Результаты: по результатам исследования данных было систематизировано и выявлено, что наиболее часто применяемыми видами пыток на востоке Украины являются:

- Нанесение ударов тупыми предметами
- Избиение
- Обездвиживание человека с последующим удушением или без такового
- Поражение электрошокером и электрическим током
- Имитирование утопления в ледяной воде
 - Переломы костей (чаще ребер и/или пальцев)
- Нанесение химических ожогов (с помощью аккумуляторной жидкости)
- ожоги от сигарет

Наиболее частыми телесными повреждениями являлись:

- 1) ссадины, ушибы, синяки, гематомы
- 2) Ожоги (от сигарет и различных раскаленных предметов)
- 3) Травмы лица и головы (переломы костей носа, ЧМТ)
- 4) Переломы ребер (исследование грудной клетки на наличие деформаций)
- 5) Электротравма (выявить очень сложно, в некоторых случаях отмечается электрометка)
- 6) Признаки удушения: фигурные ссадины и кровоподтеки на шее, точечные кровоизлияния, гиперемия лица, кровотечение из ушей, инфекции в ротовой полости, острые или хронические дыхательные расстройства, перелом подъязычной кости и гортанного хряща.

Выводы: На сегодняшний день международное право четко оговаривает меру наказания лицам, применяющим пытки, и запрещает применение их в любом виде в каждой стране. Но, не смотря на это, в связи с войнами, происходящими в мире, постоянно регистрируются случаи применения пыток над военнопленными и что хуже всего над мирными

людьми. В ходе исследования были выявлены наиболее частые методы пыток и выделены наиболее частые физические доказательства применения пыток. Что может помочь в их дифференцировке и диагностике.

Чернякова А.М.

**РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИЕ СВОЙСТВА АППЛИКАЦИОННОГО
СОРБЕНТА У ЖИВОТНЫХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
СИНЕГНОЙНОЙ ОЖГОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Минухин В.В.

В настоящее время известно большое количество препаратов для лечения инфицированных ожогов. Несмотря на это, по-прежнему остается высоким уровень инфекционных осложнений, а развитие резистентности микроорганизмов к лекарственным препаратам и снижение общей и местной иммунной реактивности требуют дальнейшего изучения и совершенствования методов лечения ожоговой инфекции.

Целью нашего исследования было изучение ранозаживляющих свойств оригинального аппликационного сорбента у мышей с ожогами, инфицированными синегнойной палочкой.

Исследование проводилось на 90 6-ти месячных мышках-самцах линии NMRI массой 18 – 20 грамм. Для экспериментов была использована модель контактного термического ожога по Ц.К. Чантурия (1982г.) в модификации В. В. Минухина и соавт. (1997г.) с некоторыми авторскими дополнениями. Для заражения животных использовали суточную агаровую культуру клинического полирезистентного штамма *P. aeruginosa* 3101, полученного от больного с ожогами. Все экспериментальные животные были разделены на 5 групп: 1-я группа - интактные животные; 2-я – не леченные животные; 3-я - животные, которых местно лечили препаратом «Силикс», 4-я - животные, которым на рану наносили разработанный нами аппликационный сорбент, 5-я - животные, которым наносили мазь «Сульфаргин» (АТ «Гриндекс», Латвия).

По результатам эксперимента полное очищение ран от гнойно-некротических масс в 3-ей группе произошло на $4,2 \pm 0,3$ день, в 4-й – на $3,3 \pm 0,2$ день, в 5-й – на $3,7 \pm 0,2$ день, но не произошло во 2-й группе, где находились животные без лечения. Грануляционная ткань сформировалась в 3-ей группе на $4,8 \pm 0,3$ день, в 4-й – на $3,7 \pm 0,2$ день, в 5-й – $4,0 \pm 0,3$ день от начала лечения, в то время как в группе с не лечеными животными, за период наблюдения, образование грануляционной ткани не отмечалось. Краевая эпителизация ожоговой раны наблюдалась в 3-й группе на $6,8 \pm 0,3$ сутки лечения, в 4-й группе на $5,5 \pm 0,2$ сутки, в 5-й на $6,0 \pm 0,3$ сутки. Полной эпителизации раневая поверхность у животных третьей группы достигла на $20,3 \pm 0,3$ день, у животных 4-й группы, получавших оригинальный аппликационный сорбент, на $16,8 \pm 0,3$ день, в 5-й группе - на $18,5 \pm 0,4$ день. Уменьшение раневой площади (индекс Поповой, % в день)

составил в 3-й группе $4,85 \% \pm 0,14$, в 4-й – $7,1\% \pm 0,07$, в 5-й – $6,9\% \pm 0,7$. Средняя скорость уменьшения площади раневой поверхности (мм/сутки) в 3-й группе была – $0,75 \pm 0,01$, в 4-й группе – $0,85 \pm 0,01$, в 5-й – $0,82 \pm 0,01$ ($p \leq 0,05$).

Заключение. По результатам изучения ранозаживляющих свойств оригинального аппликационного сорбента можно сделать вывод, что он является более эффективным средством для лечения ожоговой Pseudomonas-инфекции по сравнению с известными официальными препаратами.

Широков К.В.

СТРОЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА В НОРМЕ И ПРИ КИСТЕ БЕЙКЕРА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии человека, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: Измайлова Л.В.

Одним из самых распространенных заболеваний коленного сустава в области подколенной ямки является киста Бейкера. Наиболее часто она встречается у детей от 4 до 7 лет и у взрослых в возрасте от 35 до 70 лет. Её наиболее вероятными причинами являются последствие спортивных травм, вывихи и удары сустава, артрит и остеоартроз. При последней патологии почти в 50% случаев возникает киста Бейкера, которая при несвоевременном диагностировании и лечении может давать тяжелые осложнения. Результаты лечения больных с кистой коленного сустава показывают, что возможны рецидивы заболевания при неправильных методах лечения. В связи с этим данная патология для её устранения требует детального изучения анатомических и функциональных особенностей коленного сустава в норме и при наличии подколенной кисты.

Целью исследования является установление морфофункциональных изменений коленного сустава при наличии кисты Бейкера для эффективного диагностирования и дальнейшего лечения данного заболевания на ранней стадии.

Методами исследования являются изучение результатов ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии, изучение препаратов коленного сустава из музейной коллекции кафедры анатомии ХНМУ, пальпация кисты у больных для определения локализации, размеров и степени болезненности, а также изучение литературы.

Коленный сустав — сустав, соединяющий дистальный эпифиз бедренной кости, проксимальный эпифиз большеберцовой кости и надколенник. В связочный аппарат сустава входят связки, находящиеся вне суставной полости и связки, располагающиеся внутри суставной капсулы. Внутри полости сустава находятся мениски – трехгранные хрящевые пластинки. Суставная капсула, фиксируя сустав, прикрепляется к бедренной и большеберцовой костях, также к надколеннику. Внутри капсулы находится синовиальная мембрана, выстилающая сочленяющиеся поверхности костей до линии суставных хрящей и образующая синовиальные ворсинки,

продуцирующие жидкость. Коленный сустав является в разогнутом состоянии блоковидным и при сгибании голени выполняет вращательные движения.

Изучение нами кисты показало, что причиной ее появления является растяжение суставной капсулы и синовиальной оболочки коленного сустава, возникшее вследствие дегенеративных процессов во внутреннем и внешнем менисках. При изучении снимков УЗИ и МРТ, пальпации кисты у больного было обнаружено значительное скопление жидкости вне анатомически установленных границ сустава на его задней поверхности, особенно при разгибании. При пальпации у больного появлялись болезненные ощущения. Движения в суставе были ограничены, наблюдалось неполное сгибание голени. Существует ряд осложнений, которые могут возникать на поздних стадиях развития кисты. К таким относятся: хронический отек при значительных увеличениях размера кисты, разрыв кисты, нарушения кровоснабжения подколенной артерии и ее ветвей (средняя коленная артерия, латеральная и медиальная нижние коленные артерии и икроножные артерии) и иннервации голени (большеберцового нерва и общего малоберцового нерва), приводящие к слабости, онемению, тромбозу, тромбозамболии в нижней конечности. Изучаемая нами киста была на поздней стадии и имела осложнения в виде нарушения кровоснабжения и отека голени.

Таким образом, нами были изучены морфофункциональные особенности коленного сустава в норме и при кисте Бейкера, что позволит установить меры профилактики данного заболевания, диагностировать патологию на ранней стадии и определить правильное дальнейшее лечение больного.

Щелок Т.С., О니кова А.О.

СОДЕРЖАНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра биохимии, Харьков, Украина**

Научный руководитель- доцент кафедры биохимии Горбач Т.В.

Болезнь Альцгеймера занимает одно из первых мест среди заболеваний, ведущих к инвалидизации и смерти людей. Несмотря на долголетнее изучение проблемы этиологии, механизмов развития заболевания и методов его лечения, многие аспекты остаются не изученными. В настоящее время большое внимание уделяется изучению генетических факторов, лежащих в основе патогенеза. Особенности регуляторных и метаболических процессов уделяется мало внимания.

Целью нашей работы явилось изучение содержания тиреоидных гормонов и показателей энергетического обмена в коре головного мозга крыс при экспериментальной болезни Альцгеймера (БА).

Эксперименты проведены на 3-месячных крысах-самцах линии Вистар, содержащихся в стандартных условиях вивария. Болезнь Альцгеймера

моделировали путем внутрибрюшинного введения скополамина (блокатор М-холинорецепторов) в дозе 1 мг/ кг массы животного на протяжении 27 дней. У крыс к 27 дню развивалась когнитивная патология: резко и значимо снижаются ориентировочно-исследовательские реакции, снижается количество животных, решивших задачи; в тесте условной реакции пассивного избегания проявляется амнезия –ведущий клинический симптом БА. Животных с развившейся когнитивной патологией выводили из эксперимента на 28 день с момента начала введения скополамина путем декапитации под легким тиопенталовым наркозом. Мозг извлекали на холоду, отделяли кору, готовили 10% гомогенат в 0,25М трис-НСl буфере, содержащем 0,32М сахарозы, рН 7.4. В гомогенате коры головного мозга изучали содержание глюкозы, лактата, АТФ, активностей пируватдегидрогеназы и изоцитратдегидрогеназы спектрофотометрическими методами. Содержание тиреоидных гормонов (T_3 и T_4) в сыворотке крови и в гомогенатах коры головного мозга определяли иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов фирмы «ХЕМА» (Россия).

Установлено, что при развитии БА в сыворотке крови содержание T_3 и T_4 , а также тиреотропина соответствует их уровню у крыс контрольной группы (интактные крысы). В коре головного мозга снижается содержание T_3 (почти в 2 раза) при небольшом увеличении T_4 , по сравнению с их содержанием у крыс контрольной группы, что свидетельствует о наличии локального гипотериоза. По-видимому развитие гипотериоза связано со снижением активности тканевой дейодиназы. Установлено, что при развитии заболевания значительно снижается содержание глюкозы (по сравнению с крысами контрольной группы) при отсутствии увеличения лактата, что свидетельствует о снижении поступления глюкозы из кровотока, что объясняется развитием гипотериоза и установленным нами повышением активности пируватдегидрогеназного комплекса (следствие низкого содержания T_3). Активация ПДГ –комплекса приводит к снижению активности изоцитратдегидрогеназы (из-за повышения содержания НАДН₂), этому же способствует выявленное нами ранее повышение содержания глутамата (эксайтотоксичность – угнетение активности 1 окислительной системы дыхательной цепи). Установлено снижение содержания АТФ (в 1,5 раза) в гомогенате коры головного мозга крыс при БА, что, по-видимому, объясняется развитием локального гипотериоза, нарушением утилизации глюкозы, снижением активности ключевого фермента цикла Кребса. Следствием низкоэнергетического сдвига в адениловой системе является активация прогрессирующей гибели нейронов.

Выводы: 1) развитие экспериментальной болезни Альцгеймера связано со снижением утилизации глюкозы и развитием энергодефицита: 2) при экспериментальной болезни Альцгеймера у крыс в коре головного мозга развивается локальный гипотериоз, что способствует снижению уровня энергетического обмена.

Щербина Д.В., Фиранская В.Е.
ПОСЛЕДСТВИЯ САМОВОЛЬНОЙ ЭКСТРЕННОЙ
КОНТРАЦЕПЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.мед.н., доцент Карнаух Э.В.

У современных подростков и студентов, несмотря на все врачебные предостережения, именно экстренная контрацепция до сих пор широко используется и самовольно назначается (без консультации с гинекологом, без обследования, без динамического контроля эффективности и осложнений, без понятия о плановой грамотной контрацепции). Многие девушки и молодые женщины из-за своей недостаточной осведомленности и элементарной медицинской безграмотности пренебрегают здравомыслием, своим женским здоровьем и будущим материнством. Лишь в некоторых исключительных ситуациях употребление высокодозных гормональных препаратов в первые 1-3 суток после незащищенного коитуса, которые эффективны именно в предовуляторной фазе цикла (Постинор, Овулен, Эскапел) действительно является медицински обоснованным разрешением сложившейся ситуации, в большинстве других случаев — неоправданный и непоправимый вред организму. Мы провели опрос 100 девушки 18-24-летнего возраста. Все опрошенные живут половой жизнью, из них 32% - вообще не предохраняются, 20% - нерегулярно, при случайных связях для профилактики венерических заболеваний (СПИД, гонорея, сифилис, хламидиоз и др.), а 48% - постоянно используют экстренную контрацепцию без соблюдения Инструкции по медицинскому применению (в 46% - Постинор, в 7% - Овулен, в 2% - Эскапел). Про варианты самовольной контрацепции девушки узнали из интернета (56%), у подруг (24%), из средств массовой информации (10% - телевидение, 6%, - журналы, газеты), и только 4% - от родителей. 45% опрошенных применяли сомнительные народные способы местного спермицидного действия интравагинально (уксус, дольки лимона, Coca-Cola). 36% позже заметили у себя серьезные осложнения (альгодисменорея, метроррагии, рвота, головные боли).

Янігло О.О., Круковець Н.В
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СУКЦИНАТУ НАТРІЮ У ЩУРІВ З
КАЦИНОМОЮ ГЕРЕНА

Харківський національний медичний університет,
кафедра медичної біології, м. Харків, Україна.

Науковий керівник: к. б. н. Рассоха І.В, Узленкова Н.Є. к.б. н.,
зав. лабораторії протирадіаційних препаратів Державної установи
«Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України».

У зв'язку із зростанням онкологічних захворювань за останні десятиліття в Україні, актуальним напрямком сучасної медицини є пошук ефективних терапевтичних препаратів та радіомодифікаторів, що впливають на чутливість пухлини до радіотерапії.

Метою роботи, було вивчення радіомодифікуючої активності сукцинату натрію на експериментальній моделі пухлинного росту з перевитою карциномою Герена, як препарату, що підсилює радіотерапевтичний ефект. В експерименті тварини були розділені на чотири групи: 1 група - контроль пухлини без опромінення і введення препарату; 2 група - фракційне опромінення пухлини в сумарній дозі 32 Гр; 3 група - введення сукцинату натрію в дозі 100 мг / кг за одну годину до опромінення; 4 група - введення сукцинату натрію в дозі 400 мг / кг за одну годину до опромінення. Опромінення тварин здійснювали на апараті РУМ-17 в стандартних технічних умовах. В динаміці експерименту оцінювали розміри і темпи зростання пухлини. За даними морфологічних і ультраструктурних досліджень судили про зміни, що відбуваються в пухлині і прилеглих тканинах. В ході експерименту було встановлено, що фракційне опромінення пухлини в терапевтичному режимі (4,0 Гр x 8 фракцій) викликало затримку росту і зменшення середніх розмірів пухлини в 1,7 рази до кінця спостережень (28 доба) в порівнянні з контрольною групою. В умовах поєднання введення сукцинату натрію і подальшого опромінення, середні розміри пухлини в 3-й і 4-й групах до кінця експерименту були знижені відповідно в 1,4 і 1,6 рази в порівнянні з контрольною пухлиною. При проведенні морфологічного аналізу було встановлено зниження мітотичної активності клітин пухлинної тканини. За даними ультраструктурних змін, введення сукцинату натрію стимулювало синтетичну і секреторну функцію клітин прилеглих до пухлини нормальних тканин.

Таким чином, згідно з отриманими результатами, введення сукцинату натрію як радіомодифікатора може підвищувати радіостійкість нормальних тканин, що потрапляють в зону променевого впливу в процесі радіотерапії і тим самим покращувати результати лікування онкологічних хворих.

Ярмак І.Н., Першина Л.В.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ
ПРИЧИНЕННЫХ ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, г. Харьков, Украина**

Научные руководители: доц. Губин Н.В., В.В. Хижняк

Травмы полученные из пневматического оружия с каждым годом в наше время приобретают большее значение. Это связано с тем, что данный вид оружия находится в свободном доступе для всех слоёв населения и не требует специального разрешения на его ношение, а также не правильной эксплуатации данного вида оружия и относительной его дешевизне. На характер повреждений полученных при выстреле из пневматического оружия влияют: расстояние выстрела, стабильность положения пули в полёте, начальная скорость пули, скорость пули в момент встречи с преградой, механизм действия пули.

Целью данной работы является поиск и обоснование чётких судебно-медицинских диагностических критериев для оценки травм, возникающих при выстреле из пневматической винтовки ИЖ-38 на разном расстоянии.

Материалом для исследований послужили 25 экспериментальных выстрелов из пневматической винтовки ИЖ-38.

На модельном предмете — носителе было выяснено, что в зависимости от расстояния выстрела с пневматической винтовки ИЖ-38, глубина раневого канала колебалась в границах от 18мм до 32мм. Увеличение глубины раневого канала при увеличении расстояния выстрела происходит не равномерно. Учитывая половые-возрастные и физико-механические особенности разных областей тела человека, частоту повреждения разных областей тела - в исследовании выделено три координационные зоны повреждения: внешнюю поверхность верхней трети бедра, внешнюю поверхность верхней трети плеча, передне-боковую поверхность голени.

Исходя из приведенных наблюдений, можно сделать вывод, что закономерности формирования глубины раневого канала характеризуются особенностями, которые определяются координатной зоной тела человека, расстоянием выстрела и проявляются разной глубиной проникновения пули и поэтому определение характера повреждений из пневматического оружия на разном расстоянии требует совершенствования для выявления четких критериев её судебно-медицинской оценки.

Яцына А.Г.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ АКНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
патологической анатомии**

Нучный руководитель: Проф. Губина-Вакулик Г.И.

Актуальность. Угревая болезнь (акне) занимает одно из лидирующих позиций в статистике по распространенности кожных заболеваний. Она обнаруживается практически у 80% населения земного шара, как у подростков, так и у взрослых людей. У большинства молодых людей угревая болезнь протекает в легкой форме и проходит бесследно в возрасте 18-20 лет, но у некоторых людей заболевание имеет хронический характер и тяжелое течение. Угревая болезнь представляет собой не только эстетическую, но так же и социальную проблему. Лечение угревой болезни (акне), особенно в случаях среднетяжелого и тяжелого течения, может быть мало успешным, что свидетельствует о недостаточно изученном патогенезе.

Цель исследования - изучение патологической анатомии тяжелого течения акне на материале биопсий кожи.

Материал и методы: В данном исследовании использованы микропрепараты 3-х биопсий кожи больных тяжелой формой акне с разрешения их лечащего врача-дерматолога Броновой А.М. Биопсии кожи были взяты из межлопаточной области у мужчин от 20 до 30 лет. Кроме

того, для сравнения был взят один образец здоровой кожи той же локализации у мужчины, погибшего в автомобильной аварии.

Изучены микропрепараты, окрашенные гематоксилином-эозином. Микроскопия проводилась на микроскопе Axiostar (Zeiss). Используя компьютерные изображения микропрепаратов, осуществлена кариометрия эпидермоцитов шиповатого слоя.

Результаты. При микроскопии биоптатов было обращено внимание на то, что у всех больных увеличена толщина эпидермиса в 2-3 раза по сравнению со случаем здоровой кожи. При этом у давно болеющих (около 15 лет) эпидермоциты шиповатого слоя имеют очень крупные ядра ($44,3 \pm 5,2 \text{ мкм}^2$), что свидетельствует об их полиплоидии, а это признак близкого к исчерпанности потенциала возможных митозов эпидермоцитов, т.е. результат патологических митозов. При меньшей продолжительности заболевания акне при очень выраженном утолщении эпидермиса ядра эпидермоцитов шиповатого слоя несколько мельче ($32,6 \pm 1,3 \text{ мкм}^2$), но все-таки крупнее, чем в здоровой коже ($23,2 \pm 1,8 \text{ мкм}^2$).

Аналогичное гиперпластатическое состояние отмечено также в эпителиальном покрове влагалища волосяного фолликула практически с обтурацией его просвета эпителиоцитами. Сальные и потовые железы также демонстрируют увеличение количества как себоцитов, так и железистых эпителиоцитов. Вокруг волосяных фолликулов, сальных и потовых желез, а также в контакте с покровным эпидермисом – довольно выраженный макрофагально-лимфоцитарный инфильтрат. В сосудах поверхностного слоя дермы - в наличии васкулит. Т.е. в начале развития воспалительного элемента при акне формируется особо выраженный очаг макрофагально-лимфоцитарного воспаления вокруг волосяного фолликула.

В биоптатах также обнаружены участки, где, как известно, в связи с размножением микробов в не удаляемом секрете сальных желез начинает формироваться гнойное воспаление микробного генеза. Гнойное воспаление прогрессирует, переходя на окружающую дерму, при этом элементы волосяного фолликула лизируются.

Вывод. Развитию гнойного воспаления в волосяном фолликуле при акне предшествует макрофагально-лимфоцитарное перифолликулярное воспаление, вероятно, иммунного характера в ответ на учащение деления эпителиоцитов и их незрелость. Поиски фактора, стимулирующего этот процесс, необходимы для профилактики и более успешного лечения акне.

ТЕРАПІЯ

Andrieieva A., Pluzhnykova O.

DYSPEPSIA SYNDROME IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY

Kharkiv National Medical University,

Department of Internal Medicine №1, Kharkiv, Ukraine

Supervisor - Babak O.Ya.

Relevance. Dyspepsia (DS) is associated with many gastrointestinal diseases such as ulcer disease, gastroesophageal reflux disease (GERD) and stomach cancer. However, the most common type is functional (non-ulcer) dyspepsia (FD). Thus, among Europeans FD affects about 20% of individuals, in the US - 29%, and in Korea - 11%. Methods of treatment of this disease are not always highly effective because of heterogeneity of risk factors of DS and the increased prevalence of comorbid conditions, which complicate the management of these patients. A number of patients with DS have as a comorbid pathology hypertensive disease (HD) with obesity (OBS) and the metabolic syndrome. Epidemiological data show that the OBS is connected with a wide range of complaints concerning the gastrointestinal tract, many of which are present in patients with DS. This association raises the possibility that the OBS and DS can be connected and that a study of this question would provide an indication of the pathophysiology of FD and help to improve the effectiveness of preventive and therapeutic measures for this comorbidity.

Aim of the study. To estimate the prevalence of DS and its interrelation with the major risk factors (systolic and diastolic blood pressure (SBP, DBP), body mass index (BMI), cardiovascular diseases (CVD) in patients with HD and obesity (OBS).

Materials and methods. 196 respondents were examined using online questionnaires. Questionnaire, containing 7 point scale of global common symptoms was used in order to identify the DS, asthenovegetative syndrome (AS) was diagnosed with the help of evaluation of fatigue subjective scale MFI-20, also additional risk factors such as SBP, DBP, BMI, gender, age were taken into consideration. If the respondent scored 4 points or more – DS was detected.

Statistical analysis was performed by MS® Excel®2013™ programs and STATISTICA Version 10 with χ^2 calculation (Pearson criterion). Logistic regression models and Kendall-Tau correlation coefficient were used to compare categorical variables and calculating the correlation between DS, AS and risk factors. Statistical significance was considered at $p < 0.05$.

Results. Of the 196 respondents in 83 patients HD and OBS were identified, HD $n = 85$, almost healthy $n = 28$. DS was detected in (26)% of patients with HD and OBS. AS was detected in (74)% of patients with HD and OBS. The median age was $(47,5 \pm 5,6)$ years. Women (41.5)%, men (56.5)%. It was found that the DS is more common in respondents with high SBP $\chi^2 = 13,58$, ($p < 0,05$), DBP $\chi^2 = 4,37$, ($p < 0,05$) and increased BMI $\chi^2 = 25,88$, ($p < 0,05$) in patients with HD and OBS. Also it was revealed a high percentage of occurrence of AS in patients

with GB and OBS with DS. There is a high prevalence of AS in patients with GB on the OBS background at elevated SBP $\chi^2 = 95,35$, ($r < 0,05$), DBP $\chi^2 = 71,57$, ($p < 0,05$) and BMI $\chi^2 = 13,34$, ($p < 0,05$). According to the results of the correlation analysis in patients with HD and OBS the correlation was found between DS severity and BMI $\tau = 0,62$, and also with SBP $\tau = 0,31$ and DBP $\tau = 0,32$, ($p < 0,05$). Also there is an inverse correlation between the presence of DS and HD $\tau = -0,45$, ($p < 0,05$), and at the same time between the presence of HD and BMI $\tau = -0,45$, ($p < 0,05$).

Conclusions. Received data show a high prevalence of DS and AS in patients with HD and OBS, as well as its correlation with BMI, SBP and DBP, which requires further research to improve the prevention and management of comorbid conditions.

Arkhipkina O., Istomina O.
RIGHT VENTRICULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH
COPD AND HYPERTENSION DISEASE
Kharkiv National Medical University
Department of internal and occupational diseases

Affection of the right ventricular (RV) in patients with COPD is wellknown phenomenon. Changes in right heart and their dependence on the mass of the left ventricle in hypertensive patients were demonstrated in several studies.

The aim: assessment of systolic and diastolic function of RV in patients with COPD and hypertension disease (HD).

Materials and Methods: The study involved 73 patients suffering from COPD group B. A study group consisted of 42 patients with COPD and accompanying HD stage II. A comparison group included 31 patients suffering from COPD. The control group was formed from 23 healthy persons. Ultrasound examination of the heart was performed on a diagnostic apparatus Radmir UltimaPro. Measurements were carried out according to the recommendations of the American Society of Echocardiography. Assessing of diastolic function of right ventricular were determined in pulsed mode and integrated speed triskuspidal flow in early (E) and late (A) diastole and its ratio (E/A) was calculated. The RV fractional area change was calculated: end-diastolic area minus end-systolic area divided by end-diastolic area times 100.

Results. Right ventricular contractility in both clinical groups characterized by expansion of its chamber and in some cases enhanced pulsation of walls and its paradoxical movement. The study of high-speed indices of the RV showed decrease of E ($31,33 \pm 0,78$ m/s in comparison group and $35,6 \pm 0,94$ m/s in study group in comparison with $55,1 \pm 0,42$ m/s in control group) and rise of A ($37,33 \pm 0,86$ m/s; $43,4 \pm 0,71$ m/s; $33,9 \pm 0,47$ m/s, accordingly). The ratio of E/A was below 1.0 in both groups and complied with type I diastolic dysfunction of RV. Fractional area change of RV was within physiological limit in all groups, but it was statistically lower in the study ($48,85 \pm 1,56$ sm²) and comparison ($48,02 \pm 1,83$ sm²) groups compared with the control group ($54,32 \pm 2,44$ sm²).

Between study and comparison groups statistically significant difference wasn't found.

Conclusions: It was observed a tendency to systolic dysfunction and established I type of diastolic dysfunction of the RV in patients with COPD. More expressed changes of RV were detected in patients with accompanying HD.

Diasamidse M., Sukhonos N.K

THE BALANCE OF EICOSANOIDS WITH VIBRATION DISEASED PATIENTS IN CONJUNCTION WITH HYPERTENSION DISEASE.

Department of Internal and occupational diseases

Kharkov National Medical University

The hypertension disease (HD) is the leading pathology in the structure of cardio vascular morbidity and the vibration disease (VD) with authentic vascular abnormalities is the important problem of professional clinic. Joint course of VD and HD leads to joint encumbrance of cardio vascular pathology, to early complications of working-age population that causes significant medical, social and economic imbalance damage. Endothelial dysfunction is, first of all, the imbalance among the production of vasodilatational factors (prostaglandin E2(PGE2), 6-keto-prostaglandin F1 α (PG F1 α)) and vasoconstricting factors (leukotriene C4 (LTC4), leukotriene B4(LTB4)), which logically accompanied the increase tone of vascular vessel wall. Meanwhile the mechanism of their realization with combined VD and HD pathology has been still till the very end studied.

Aim. The research of the indicates of eicosanoids balance in patients with vibration disease in conjunction with hypertension disease.

Materials and methods of the research. It was included 107 patients with the vibration disease diagnosis of local vibration of the I and II stages, aged 41 - 66(average age 54 $\pm$ 6,17).Among them 60 patients had VD with HDII (the main group), and 47 patients had isolated VD (comparison group). The content of eicosanoids (leukotrienes and prostaglandins) in blood serum was detected with the help of method of radio immune analyze with the help of diagnostic test-systems of the «Amersham» company (Great Britain).

Results and their discussion. It was settled that the content of ПГЕ2 was increasing at the stage of initial VD development, being increased at VD II. At VD alongside with the changes in the content of ПГЕ2, it was marked the tendency ti the increase of PG F1 α . In all examined groups, despite HD presence, the levels of defined eicosanoids were authentic different from the meanings in the following group. So, the content of LTB4 in patients of the group with VD without HD was authentically prevailed ($p < 0,01$) the level of these features in the following group. The secretion of vaso constrictor LTC4, on the contrary, was decreasing ($p < 0,05$).The simultaneous increase of the level of all determined eicosanoids with the patients with VD and HD was marked. Meanwhile, the vasodilator secretion of PG F1 α prevailed the relevant figure at the patients from the subgroup VD I HD II and subgroup VD II HD II(29,62pc/ml Me [25,70; 32,48]) according to the following group (16,9 pc/ml Me [14,35;19,22]).The level of PGE2 with these patients was

max high in the group VD II HD II(31,32 pc/ml Me [26,06; 36,46]). In the subgroup the patients having VD II accompanied HD II the same tendencies were detected as they were in the subgroup VD I HD II, though the level of LTB4 was max high according to other groups(66,34 pc/ml Me [60,10; 70,43]).

Conclusions. The universe of metabolic damages and the changes in the concentration and ratio of metabolites of the arachidonic acid can lead to functional endothelium changes at VD formation. The detected character of the changes in the content of regulator vasoactive mediator at different VD versions can indicate the presence of endothelial dysfunction at VD regardless of HD. The increase of the concentration of PG F1 α is a compensatory reaction of the organism preventing catastrophic consequences of sharp increase in LTC4 level. It was shown that one of the determinants of pathology recess at already increased levels of LTC4 и 6-keto-PGF2 α was the increase of LTB4 concentration in blood. The received data indicates the progressing of endothelial dysfunction in conjunction with pathology that can lead to the aggravation of vascular abnormalities at given category of patients.

Lapshyna K.A.

**CYTOKERATIN-18 USAGE IN MINIMALLY INVASIVE
DIAGNOSIS OF NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN
NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS**

Kharkiv National Medical University

Department of Internal Medicine №1

Scientific director: Babak O. Ya.

Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) early diagnosis is the one of actually problems of modern medicine. The prevalence of the disease, depending on the diagnosis method and varies in different epidemiologic studies within 10-35%. Lack of opportunely NAFLD treatment can lead to cirrhosis, liver failure and hepatocellular carcinoma. Therefore, it is important to diagnose and treat the early stages of NAFLD.

Objective: To explore the cytokeratin-18 (CK-18) biomarker usage in minimally invasive diagnosis of non-alcoholic steatohepatitis (NASH) in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) patients.

Materials and Methods: A total of 26 subjects (14 male and 12 female) aged from 30 to 60 (mean age $(46,36 \pm 2,19)$ years) years with NAFLD in NASH stage were enrolled in the study. The control group consisted of 20 healthy volunteers. The average value of the body mass index of the surveyed patients was 27.53 kg / m². All participants were diagnosed NAFLD by ultrasonography and clinical and biochemical data. All subjects underwent comprehensive physical examinations, routine clinical and biochemical analyses of blood and urine. Determination of plasma levels CK-18 and were performed by ELISA with using ELISA kits.

Results: The lipid profile showed a tendency to hyper- and dislipidemias in patients of the main group. The data indicated a significant increase in liver enzyme activity, the average AST level was higher than in the control group in 1.6 times, ALT – in 2.3 times, respectively ($r < 0,05$). In patients with NAFLD, NASH

stage in the levels of CK-18 in plasma were significantly increased and correlated with AST, ALT, TC and TG, and allowed to establish NASH in patients of the main group.

Conclusions: Plasma CK-18 levels are increased in patients with NASH and also associate with atherogenic dyslipidemia and impaired liver enzyme activity. Study plasma levels of CK-18 allows to establish the presence of NASH in patients with NAFLD. The findings suggest the possibility of using these biomarkers for minimally invasive screening diagnosis of NASH and represent the perspective of further research.

Melenevych A.Ya.

**PREDICT FUTURE ADVERSE EVENTS IN PATIENTS WITH
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ACCORDANCE
WITH MODERN ASSESSMENT TESTS**

Kharkiv National Medical University,

Department of internal and occupational diseases, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: professor Kapustnyk V.A.

Actuality. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a heterogeneous disease with systemic manifestations, in which the flow of air into the lungs is gradually reduced by inflammation of the air passages and damage to the lung tissue. The prevalence of COPD in the general population is estimated to be ~ 1% across all ages rising steeply to 10% among those aged ≥ 40 yrs (Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B. et al., 2006).

Aim of the investigation was to search for the most significant predictors of adverse events in the future in patients with COPD.

Materials and methods. We have analyzed the current assessment tests and assessed their prognostic potential in predicting future adverse events in patients with COPD.

Results. Among the predictors of further course of COPD are considering forced expiratory volume in 1 second (FEV1), age, airway hyperreactivity, hypoxemia, hypercapnia, hyperinflation of the lungs, pulmonary hypertension, malnutrition, reduced tolerance to exercise, reduced quality of life, anemia, comorbidities and others (Anzueto A., Heijdra Y., Hurst J.R. 2015).

We have considered the prognostic value of the most significant multidimensional indices, such as BODE (body mass index (BMI), degree of obstruction, dyspnoea, exercise capacity), HADO (health status, activity, dyspnoea, degree of obstruction), CPI (prognostic index for COPD, which includes quality of life, obstruction, age, BMI, exacerbations and cardiovascular disease), DOREMI BOX (dyspnea, obstruction, rate of exacerbation, movement (exercise) intolerance, BMI, blood oxygen disturbances), ADO (age, dyspnoea, degree of obstruction), DOSE (dyspnoea, obstruction, smoking, exacerbations), COTE (COPD-specific co-morbidity test), CODEX (comorbidities (measured using the Charlson index), degree of airflow obstruction, dyspnoea and previous severe exacerbations), DECAF (dyspnoea, eosinopenia, consolidation, acidaemia and atrial fibrillation).

Conclusion. Although FEV1 remains the most important indicator of severity and predictor of future adverse events in patients with COPD, other markers are becoming more accurate. The main predictors of mortality are shortness of breath, tolerance to physical activity and BMI. Evidence in favor of adverse prognosis in patients with COPD also includes pulmonary hypertension and lung hyperinflation. Indices of predicting the effects of COPD are useful not only in the assessment of severity and progression of disease, but also in the evaluation of the response to therapeutic and rehabilitation measures. The BODE index is the most proven in clinical trials. The prospect of future research is to develop the most significant criteria based on a comprehensive assessment of COPD in combination with comorbid pathology and implementation of assessment tests in medical practice.

Ptushchenko N.Yu.

DEFEAT OF PANCREAS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Kharkiv National Medical University

Department of General Practice - Family Medicine and Internal Diseases, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: professor Pasiyeshvili L.M.

The problem of diabetes mellitus (DM) presently remains one of the most actual and debatable both in Ukraine and in the whole world. This is one of the most widespread uninfected diseases: more than 5% of the population in developed countries suffers from it. At the present time, about 3.2% of the adult population of our country lives with it. The question with regard to the correlation of the structural changes and excretory - the pancreas in patients with type 2 DM is discussed.

The aim. To establish the frequency of lesions of the pancreas in patients with type 2 diabetes mellitus.

Materials and methods. We analyzed 23 case histories of patients with a diabetes mellitus in age from 52 to 67 years. Among the surveyed women were 67,3% and 32,7 % men. In view of the morphological features of pancreatic patients were divided into 2 groups: 16 with a lesion of the pancreas and 9 without structural changes. The diagnosis of DM was set in accordance with criteria for this nosology. Morphological condition of the pancreas was estimated by ultrasonography.

Results. Taking into account the data of ultrasound diagnosis, in 16 patients pancreatic structural changes were detected (69.5%), and in 7 patients the picture was consistent with normal (30.5%). In a basic group (69.5%), 7 patients had diffuse changes (43.8%), 5 patients - fibro-cystic changes of the pancreas (31.3%), 3 had pancreatopathy (18.8%) and 1 a significant increase in organ (6.1%).

Conclusions. Compensated and subcompensated forms of diabetes are often affected parenchyma of the pancreas (in 69.5% of cases). This necessitates the appointment of additional methods of its investigation, including laboratory and instrumental methods, to patients with diabetes mellitus to determine the excretory function and purpose of timely medical treatment.

Аль-Травнех Е.В.
ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2
ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра клинической фармакологии, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Бобронникова Л.Р.

Цель: Оценить влияние дисбаланса адипоцитокинов на кардиометаболические нарушения у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента с АГ II стадии и 2-й степени. Средний возраст пациентов составил $53,4 \pm 5,6$ года. Пациенты разделены на группы: 1-я группа ($n=33$) с сочетанным течением АГ и СД 2 типа; 2-я группа ($n=31$) пациенты с АГ без СД 2 типа. Контрольная группа ($n=20$) была сопоставима по возрасту и полу. Диагностику АГ проводили согласно рекомендациям Европейского общества по АГ и Европейского общества кардиологов (ESH/ESC, 2013). Диагноз СД 2 типа устанавливали согласно общих рекомендаций Европейской Ассоциации по изучению СД (EASD, 2013).

Показатели оментина и висфатина определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора реагентов «BioVendor» (Чешская Республика). Определяли уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы крови натощак (ГКН), показатели инсулина и индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR). Исследование липидного обмена: содержание общего холестерина (ОХ) в сыворотке крови, липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ) проводили иммуноферментным методом. Эхокардиографию проводили по стандартным методикам согласно рекомендациям Американского общества эхокардиографии (2015) с определением размеров толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) в конце диастолы, конечного систолического размера (КСР), фракционного выброса. Статистическую обработку полученных результатов проведено с использованием пакета программ Statistica 8,0.

Результаты. Гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 72,4 % пациентов 1-й группы и у 34,6% пациентов 2-й группы ($p<0,05$). Уровень оментина в 1-й группе был достоверно снижен ($p<0,001$), а также был в 1,6 раза ниже, чем у пациентов с изолированным течением АГ. Отмечена обратная корреляционная взаимосвязь между содержанием оментина в плазме крови и показателями систолического артериального давления ($r = -0,72$; $p<0,05$), диастолического артериального давления ($r = -0,57$; $p<0,001$), ГЛЖ ($r = -0,62$; $p<0,05$), ИМТ ($r = -0,36$; $p<0,05$), уровнем ТГ ($r = -0,44$; $p<0,001$) $p<0,001$), а положительная связь между уровнем оментина и содержанием ЛПВП ($r = 0,48$; $p<0,001$). Также установлена обратная связь

между уровнем оментина и ГКН ($r=-0,42$; $p<0,05$), НОМА-IR ($r = -0,46$; $p<0,001$). Содержание висфатина было в 1,4 раза выше у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа ($p<0,001$) чем у пациентов с АГ. Отмечена положительная корреляционная зависимость висфатина с ИМТ ($r = 0,5$; $p<0,001$), уровнем ГКН ($r = 0,42$; $p<0,001$), уровнем инсулина ($r = 0,44$; $p<0,001$), НОМА-IR ($r = 0,62$; $p<0,001$), уровнем ОХ ($r = 0,46$; $p<0,001$) и ЛПНП ($r = 0,52$; $p<0,001$), также отмечена положительная корреляция с ГЛЖ ($r = 0,46$; $p<0,001$)

Выводы. Доказано, что для пациентов с АГ и СД 2 типа характерно развитие метаболических нарушений и кардиального ремоделирования. Установлено, что дисбаланс уровней оментина и висфатина в сыворотке крови тесно связан с формированием метаболических нарушений и ГЛЖ. Таким образом, снижение показателей оментина и повышение уровней висфатина необходимо рассматривать как прогностически неблагоприятный фактор развития кардиометаболических нарушений у пациентов с АГ и СД 2 типа.

Арутюнян А. Ю.

АКУПУНКТУРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №3, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к. мед. н., асс. Куликова М. В.

Бронхиальная астма (БА) имеет чрезвычайную распространенность как в Украине, так и во всем мире. Согласно исследованиям, от 280 до 700 млн человек страдает данной формой атопии, и с каждым годом их число растет. На данный момент фармацевтический рынок предлагает массу вариантов лечения пациентов с такой патологией, что дает разнообразие в выборе лекарственных средств и позволяет улучшить качество жизни пациентов, страдающих БА. Но, любые методы фармакотерапии имеют свои недостатки: зависимость от лекарственных средств, ятрогенные осложнения, стоимость лечения. В связи с этим в медицине остро стоит вопрос о снижении потребности больного в медикаментах и сохранении контролируемости заболевания. С этой целью применяются нетрадиционные методы лечения.

Самую большую распространенность получили акупунктурные методы лечения БА. Иглорефлексотерапия проводится в различных вариациях: от обычного раздражающего воздействия иглой в точки акупунктуры, до компьютерной электроакупунктуры, суть которой состоит в воздействии через иглы электрического тока напряжением 1,5-2 В и силой не более 30 мкА.

В одном из проведенных исследований, в котором принимали участие пациенты с БА, было показано положительное влияние компьютерной электроакупунктуры на течение заболевания. Так, 40 больных получали исключительно фармакотерапию, а в лечение других 40 пациентов была введена дополнительно компьютерная электроакупунктура, которая состояла

из пяти ежедневных сеансов. При этом оценивался расход лекарственных средств, показатели степени бронхиальной проходимости и субъективный статус больных.

На фоне терапии БА с использованием компьютерной акупунктуры отмечалось увеличение ОФВ1 на 15-20%, расход В2-адреномиметиков короткого действия (в т. ч. фенотерола) уменьшился на 30-40%. Кроме того, было отмечено, что на фоне проведения данной терапии улучшалось качество жизни пациентов, что проявлялось уменьшением потребности в использовании ингаляторов, удлинении межприступных промежутков, нормализации сна, уменьшении одышки.

Таким образом, включение в терапию БА акупунктурных методов лечения благоприятно влияет на показатели внешнего дыхания и уровень качества жизни пациентов. Данный метод обладает последствием в течение 2-х месяцев. Показатель "затраты-эффективность" снижается в 3-4 раза, по сравнению с изолированной фармакотерапией за счет возможности снижения доз и частоты использования основных препаратов. В связи с вышеизложенным, метод акупунктурного лечения БА, можно рекомендовать более широко в медицинской практике.

Архипкіна О.Л.

ОЦІНКА СТАНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в останній час все більше асоціюється з серцево-судинними захворюваннями. Зниження морфо-функціональних показників серця у хворих на ХОЗЛ будуть приводити до погіршення гемодинаміки у обох колах кровообігу, зниження перфузії тканин, що особливо актуально для пацієнтів з патологією бронхолегеневої системи.

Матеріали та методи. Основна група сформована з 31 хворого на ХОЗЛ групи В, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ. У групу контролю ввійшло 23 здорових добровольця, яких можна порівняти за статтю та віком з основною групою та які мали нормальні значеннями спірографії та артеріального тиску. Ультразвукове дослідження серця проводили на діагностичному апараті Radmir UltimaPro. Розраховували кінцево-діастолічний (КДР) та кінцево-сistolічний (КСР) розміри, товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛЖ) і товщину міжшлуночкової перегородки (ТМЖП) в діастолу, фракцію викиду ЛШ (ФВ%). Маса міокарда лівого шлуночка (ММЛЖ) визначали за формулою Devereux R. і співавт. (1983). Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) розраховували як відношення ММЛЖ до площі поверхні тіла. За критерії діагностики гіпертрофії ЛШ брали - ІММЛШ <125 г/м² для чоловіків для жінок <110 г/м².

Результати дослідження. У обстежених хворих на ХОЗЛ було виявлено збільшення розмірів лівого шлуночка, про що достовірно свідчили збільшення таких показників, як ТЗСЛЖ ($10,6 \pm 0,3$ мм проти $8,7 \pm 0,3$ мм), ТМЖП ($11,2 \pm 0,2$ мм проти $9,4 \pm 0,5$ мм) і ІММЛШ ($141,52 \pm 4,31$ г/м² проти $118,7 \pm 8,6$ г/м²) в основній групі по відношенню до контрольної групи. Оцінка систолічної функції лівого шлуночка виявила нормальні значення ФВ ($64,36 \pm 0,62\%$) у хворих основної групи. Таким чином, глобальну скоротливість міокарда можна розцінювати, як збережену. У той же час у пацієнтів основної групи мало місце збільшення розмірів лівого передсердя ($38,5 \pm 0,3$ мм) в порівнянні з контрольною групою ($34,1 \pm 0,4$ мм). Це може вказувати про підвищення тиску наповнення і зниженні функції ЛШ. Також в порівнянні з групою контролю у хворих на ХОЗЛ виявлено статистично достовірне збільшення КСР ($33,9 \pm 0,5$ мм та $31,18 \pm 0,6$ мм, відповідно) і КДР ($50,18 \pm 0,3$ мм та $46,1 \pm 0,87$ мм, відповідно). Така тенденція до розширення порожнини лівого шлуночка при нормальних значеннях ФВ свідчить про помірну систолічну дисфункцію.

Висновки. В результаті дослідження виявлено структурну перебудову та помірну систолічну дисфункцію лівих відділів серця у пацієнтів з ХОЗЛ.

Ахалая Е.А., Мамасуева Л.В.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к. мед. н., асс. Куликова М. В.

Сахарный диабет 2-го типа (СД 2-го типа) и артериальная гипертензия (АГ) - две взаимосвязанные патологии, которые имеют общие патогенетические факторы развития. Практически у 80% больных с СД 2-го типа выявляется АГ. Причем, в отличие от лиц с нормогликемическими показателями, у пациентов с СД 2-го типа АГ развивается в 2 раза чаще. В то же время, по данным исследования ARIC, риск развития СД 2-го типа у больных АГ более чем в два раза превышает таковой у людей без АГ.

Цель работы - провести анализ историй болезни пациентов с СД 2-го типа с целью изучения клинических особенностей сочетанного течения АГ и СД 2-го типа.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 39 историй болезни пациентов Харьковской областной клинической больницы эндокринологического отделения, которые обращались в лечебное учреждение по поводу сахарного диабета 2-го типа в период с января 2015 по ноябрь 2016 года.

Результаты. При оценке гендерных особенностей было выявлено, что 77,4 % пациентов с СД 2-го типа составили женщины, 22, 6% - мужчины. Важно отметить, что все пациенты имели избыточную массу тела. Так, у 38,4 % пациентов индекс массы тела (ИМТ) наблюдался в пределах 25-30

кг/м²; у 61,6 % пацієнтів наблюдалось ожирение, что проявлялось повышением ИМТ более 30 кг/м². В ходе работы было выявлено, что у 61,6% пациентов АГ развивалась на фоне имеющегося СД 2-го типа в течение 3-5 лет, в то время как, у 38,4 % пациентов СД 2-го типа развился на фоне АГ, что соответствует данным современной литературы. При оценке углеводного обмена были выявлены более высокие значения уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина у пациентов, с первичным развитием СД 2-го типа, на фоне которого в последующем развивалась АГ. Также, интересно отметить, что у пациентов, у которых наблюдалось развитие АГ на фоне СД 2-го типа, в большинстве случаев преобладала АГ 2-3 степени с более высокими цифрами АД. По поводу которой эти пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию, которая включала прием ингибиторов АПФ, антагонистов кальция и диуретиков в средние терапевтических дозах. Важно отметить, что только у одной трети пациентов наблюдалось достижение АД до рекомендованных целевых значений. В других случаях возникала потребность в пересмотре доз и групп препаратов.

Вывод. Полученные данные подтверждают научные положения о взаимно тяжелом течении коморбидной патологии. Выявление гипергликемии и ее адекватная коррекция на ранних этапах позволит отсрочить развитие АГ и, как следствие, снизить риск развития осложнений СД 2-го типа.

Більченко А.О.

**НОВІТНІ БІОМАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ
ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ**

**Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 1, м.Харків, Україна
Науковий керівник – проф. Бабак О.Я.**

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є найбільш поширеним хронічним захворюванням печінки в західних країнах, тісно пов'язана зі стійкістю до інсуліну і оксидативного стресу і включає широкий спектр захворювань печінки, починаючи від простого стеатозу до неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ). НАЖХП вважається печінковим проявом метаболічного синдрому, з яким розділяє кілька характеристик, однак останнім часом дані свідчать про те, що НАЖХП пов'язана з підвищеним серцево-судинним ризиком незалежно від широкого спектра факторів ризику розвитку метаболічного синдрому. Дані свідчать про те, що клінічна тяжкість НАЖХП не обмежується захворюваністю і смертністю, пов'язаною з печінкою. Більшість випадків смерті у пацієнтів з НАЖХП пов'язані з серцево-судинними захворюваннями і раком, а не з прогресуванням хвороби печінки. Ретроспективні і проспективні дослідження свідчать про тісний зв'язок між НАЖХП і субклінічним проявом атеросклерозу (збільшення товщини інтима-медіа, ендотеліальна дисфункція, порушення функції лівого шлуночка і коронарна кальцифікація). Дані

досліджень вказують на те, що пацієнти з НАСГ піддаються більш високому ризику розвитку серцево-судинних захворювань ніж пацієнти з простим стеатозом, підкреслюючи роль хронічного запалення в патогенезі атеросклерозу у цих хворих. Незважаючи на значну кількість досліджень, які проводяться з новими біомаркерами запалення Р-селектином та Галектіном-3, в основному у хворих з гострим коронарним синдромом і гострою серцевою недостатністю, де вони показали високу прогностичне значення, залишається маловивченою роль цих біомаркерів у хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з іншими проявами метаболічного синдрому, такими як неалкогольна жирова хвороба печінки, які відносяться до категорії хворих з високим додатковим ризиком серцево-судинних подій.

Борзова-Коссе С.І., Амазі Д., Долгова В.А.
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ 3-РІЧНОЇ ДИНАМІКИ
ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО
РЕЄСТРУ

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Науковий керівник професор П.Г. Кравчун

Мета – проаналізувати дані локального осередку невідкладної кардіології щодо захворюваності, типів інфаркту міокарда, строків госпіталізації та виживання хворих.

Вивчено 1103 історій хвороби пацієнтів з гострим інфарктом міокарду (ГІМ), що проходили стаціонарне лікування в спеціалізованому «інфарктному» відділенні Харківської ГКБ № 27 за 3 роки (з 2013 до 2015 рр.). Середній вік пацієнтів, що увійшли в дослідження становив $(65,66 \pm 11,51)$ року, серед них переважали особи похилого (44,1 %) та середнього (28,6 %) віку. Слід відзначити, що останнім часом зростає тенденція до збільшення кількості хворих похилого віку, які мають, як правило, коморбідну патологію. Найпоширенішими були артеріальна гіпертензія – у 84,5 % випадків, цукровий діабет (в т.ч. вперше виявлений) – у 27,3 % осіб, хвороби шлунково-кишкового тракту – у 25,2 %, цереброваскулярна патологія (інсульт, транзиторні ішемічні атаки) – у 8,2 %, хронічне обструктивне захворювання легень – у 7,6 %, онкопатологія – у 3,7 % хворих. Знайшла підтвердження гендерна залежність (переважання чоловіків – 73,9 %) розвитку ГІМ. Водночас, спостерігається тенденція до збільшення серед хворих відсотка жінок (з 24,5 до 31,3 %).

Протягом 3-х років відмічено зростання випадків розвитку ГІМ, як з зубцем Q (з 258 у 2013 році до 278 у 2015 року), так і без зубця Q (з 83 до 95), що, загалом, відповідає загальносвітовій статистиці.

У відповідності до класифікації ESC/ACCF/AHA/WHF (2007) основна частка хворих мала 1 тип ГІМ (обумовлений ішемією міокарда внаслідок ерозії та/або надриву атеросклеротичної бляшки). За три роки зареєстровано 16 випадків (1,45 %) розвитку ГІМ 2 типу (обумовлений ішемією міокарда внаслідок збільшення потреби міокарда у кисні; або погіршення

кровообігу, а саме у результаті спазму коронарних артерій, що підтверджено ангіографією). В 7 пацієнтів (0,63 %) ГІМ розвинувся 4b тип ГІМ (пов'язаний з тромбозом стенту за даними ангіографії).

Також слід відзначити, що госпіталізація хворих з ГІМ до 6-ти годин від початку захворювання скоротилася на 9 % і в 2015 склала 30,9 % (за 2013р. - 39,2 %). Знизилася питома вага осіб госпіталізованих у період від початку захворювання з 7-ї до 24-ї години, з 11,6 % в 2013р. до 9,1 %. На 41,9 % відзначається зростання випадків пізньої госпіталізації у випадках (148 в 2013р. і 210 в 2015р.) і в відсотковому співвідношенні (49,2% і 60 % відповідно). Цей показник безпосередньо пов'язаний з пізньою звертаємостю пацієнтів за медичною допомогою та низькою якістю роботи дільничної мережі.

Відзначається зниження летальності від інфаркту міокарда (на 2,72 %). На 3,8 % скоротилася додובה летальність від ГІМ, що пояснюється широким застосуванням інвазивних методів лікування та тромболітичної терапії.

Основними причинами смерті від гострого інфаркту міокарда залишаються набряк легенів 44,4 %, асистолія 20 %, розриви міокарда 11,1 %, тромбоемболія легеневої артерії 6,67 %, кардіогенний шок 6,67% та серцева декомпенсація 6,67 %.

Боровик Е.Н., Рындина Н.Г., Маркив А.И.
АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И
СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и
аллергологии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Кожин М.И.

Артериальная гипертензия является самым распространенным кардиоваскулярным заболеванием среди жителей Украины. Наличие сопутствующей патологии неблагоприятно влияет на течение артериальной гипертензии, а также формированием ее осложнений. Метаболические нарушения, а именно сахарный диабет 2 типа, в виде сопутствующей патологии ассоциируются с дестабилизацией течения артериальной гипертензии. Жировая ткань на современном этапе рассматривается как активный эндокринный орган, который продуцирует целый комплекс биологически активных веществ, гормонов, которые взаимодействуют как с ренин-ангиотензин-альдостероновой системой, так и влияют на развитие и прогрессирование инсулинорезистентности. Особенно актуален данный вопрос в отношении висцеральной жировой ткани. На современном этапе пристальное внимание приковано к изучению адипонектина и резистина.

Цель: изучение активности адипонектина и резистина у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Матеріали і методи. Згідно дизайну було обстежено 60 хворих з артеріальною гіпертензією. В основну групу вошли 40 хворих з супутуючим сахарним діабетом 2 типу (середній вік $59 \pm 1,2$ років). Група порівняння складалася з пацієнтів без сахарного діабета 2 типу (середній вік $58,4 \pm 1,3$ років). Визначення рівня резистину проведено імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «BioVendor» (Чехія). Вміст адипонектину в сировотці крові хворих визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit виробництва фірми «ASSYPRO» (США).

Результати дослідження. Проведене дослідження показало наявність достовірних змін між групами в вигляді зниження адипонектину у хворих з артеріальною гіпертензією і сахарним діабетом 2 типу порівняно з пацієнтами без сахарного діабета 2 типу ($4,52 \pm 0,12$ мг/мл і $6,83 \pm 0,10$ мг/мл, $p < 0,05$) і збільшення активності резистину ($19,00 \pm 0,42$ мг/мл і $14,90 \pm 0,29$ мг/мл, $p < 0,05$).

Висновки. Наявність супутуючої патології в вигляді сахарного діабета 2 типу у хворих з артеріальною гіпертензією супроводжується зниженням активності адипонектину на 29,15 %, порівняно з групою хворих без сахарного діабета 2 типу, а також достовірного збільшення на 21,58 %. У хворих з артеріальною гіпертензією і сахарним діабетом 2 типу спостерігається дисбаланс роботи гормонів жирової тканини, а саме адипонектину і резистину.

Боровик К.М., Пайміна І.С.

**ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ВІТРОНЕКТИНЕМІЇ У ХВОРИХ НА
ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ
З УРАХУВАННЯМ ТИПУ РОЗПОДІЛУ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ**

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

Науковий керівник – д.мед.н., доцент Риндіна Н.Г.

Мета. Проаналізувати зміни активності вітронектину у хворих на гострий інфаркт міокарда за наявності або відсутності ожиріння та проаналізувати характер зв'язків даного показника з антропометричними параметрами у даної групи хворих.

Матеріали та методи дослідження. Під час дослідження було обстежено 66 пацієнтів з ГІМ віком $72,43 \pm 0,78$ років, які знаходились на лікуванні в інфарктному відділенні КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №27». Всіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 43 хворих з $IMT \geq 25$ кг/м², другу - 23 хворих з $IMT \leq 25$ кг/м². Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Вітронектин визначали імуноферментним методом за допомогою комерційних тест-систем «Human Vitronectin» ELISA Kit (Китай).

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel».

Результати та їх обговорення. У хворих на ГІМ з надлишковою масою тіла та ожирінням було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектину сироватки на 25,92%, порівняно з хворими без ожиріння та на 48,35% при порівнянні з групою контролю. Що стосується хворих на ГІМ з $ІМТ \leq 25$ кг/м², концентрація вітронектину перевищувала таку у контрольній групі на 30,28%. Рівень ІМТ, ОТ та ОС були вірогідно вище у хворих з коморбідним перебігом та ожиріння при порівнянні як з групою контролю, так і з хворими на ізолюваний ГІМ.

Висновки. Перебіг гострого інфаркту міокарда на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння супроводжується значним зростанням активності вітронектину сироватки крові, порівняно з хворими на ізолюваний гострий інфаркт міокарда, що свідчить про вплив надмірного ліпогенезу на активність процесів тромбоутворення.

Визир М. А.

АНАЛИЗ УРОВНЯ НЕСФАТИНА-1 В АСПЕКТЕ УГЛЕВОДНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №1, Харьков, Украина

Научный руководитель - Ковалева О. Н.

Артериальная гипертензия является наиболее распространенным фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Ожирение, инсулинорезистентность, способствуя возникновению нарушений углеводного обмена (предиабет, сахарный диабет 2 типа), значительно ухудшают течение и прогноз гипертонической болезни (ГБ). Перспективным является изучение метаболически активных веществ, участвующих в поддержании гомеостаза. К таковым относится несфатин-1, обнаруженный Oh-I и его коллегами в 2006 году.

Цель исследования – анализ активности несфатина-1 и его взаимосвязей с показателями углеводного обмена у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 71 человек. По рекомендациям American Diabetes Association (2014), на основании гипергликемии натощак (5,6-6,9 ммоль/л) и/или нарушения толерантности к глюкозе по результатам перорального глюкозотолерантного теста (7,8-11,0 ммоль/л), все обследованные были распределены на группы: 1 группа – 38 человек с ГБ и нормогликемией, 2 группа – 23 человека и предиабетом, группа контроля представлена 10 практически здоровыми волонтерами. Для определения уровня инсулина в крови использовался набор реактивов DRG® Инсулин (DRG Instruments GmbH, Германия). Для определения уровня несфатина-1 применялся иммуноферментный метод с использованием набора реагентов Kono Biotech® Human Nesfatin-1 ELISA Kit.

Для статистической обработки данных были использованы методы непараметрической статистики. Данные представлены как Me (Q25-Q75), где Me – медиана, Q25 и Q75 – 25-й и 75-й процентиля. Нулевую гипотезу отбрасывали при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты исследования. Пациенты с ГБ и предиабетом характеризовались более высокими показателями инсулина в крови ($p < 0,001$) и индекса HOMA-IR ($p < 0,001$), чем пациенты с ГБ и нормогликемией.

Уровень несфатина-1 в 1 группе пациентов 7,62 (6,94-8,43) нг/мл был выше, чем во 2 группе 7,21 (6,79-8,27) нг/мл, но разница была не достоверной. В группе контроля концентрация несфатина-1 составила 4,53 (4,23-4,87) нг/мл, что было достоверно ниже, чем у всех обследованных пациентов ($p < 0,001$).

Анализ корреляционных взаимосвязей показал, что среди пациентов 1 группы положительная корреляция выявлена между несфатином-1 и показателями углеводного обмена: глюкозой ($r = 0,20$, $p < 0,05$), инсулином ($r = 0,18$, $p < 0,05$), индексом HOMA-IR ($r = 0,21$, $p < 0,05$). Во 2 группе несфатин-1 коррелировал с постприандиальной глюкозой ($r = -0,43$, $p < 0,05$).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у больных ГБ без нарушений углеводного профиля уровень несфатина-1 коррелирует с показателями глюкозы натощак, инсулина. При сопутствующем предиабете эти взаимосвязи утрачиваются, проявляясь только в обратной корреляции с уровнем постприандиальной глюкозы.

Говорова Е.И., Сытник К.А.
МЕСТО АНТАГОНИСТОВ ИНТЕГРИНА $\alpha 4\beta 7$ В ТЕРАПИИ
БОЛЕЗНИ КРОНА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1, Харьков, Украина.
Научный руководитель Сытник К.А.

В настоящее время одной из наиболее острых проблем терапии воспалительных заболеваний кишечника является курация больных резистентных к стандартной терапии. Мишенью для действия препаратов стали интегриновые рецепторы Т и В лимфоцитов. Блокада данных рецепторов приводит к ингибированию миграции лимфоцитов в слизистую оболочку кишечника, тем самым подавляется активность воспалительной реакции. Одним из первых препаратов данной группы стал Натализумаб, однако высокий процент поражения ЦНС ограничил возможности его использования.

Целью работы: обзор клинических исследований посвященных применению блокаторов рецепторов интегрин $\alpha 4\beta 7$ у больных с болезнью Крона.

Результаты: С целью изучения эффективности нового блокатора рецепторов интегрин $\alpha 4\beta 7$ у пациентов с болезнью Крона был проведен ряд исследований. Первым из них стало GEMINI 2 в ходе которого была проведена оценка эффективности и безопасности ведолизумаба.

Исследование включало 1115 взрослых пациентов, которые были рандомизированы в 2 группы. Первая группа получала терапию ведолизумабом в дозе 300 мг, а вторая – плацебо. Продолжительность лечения составила 52 недели. Первичными конечными точками были клиническая ремиссия на 6й неделе и клиническая ремиссия на 52 неделе терапии. На фоне терапии ведолизумабом у большинства пациентов из 1 группы была достигнута ремиссия на 6 неделе терапии в сравнении с группой плацебо, с достижением ремиссии заболевания у всех включенных в исследование больных на 52 неделе. В исследовании GEMINI 3 были включены пациенты с болезнью Крона в стадии обострения умеренной и тяжелой степени, с неэффективной терапией антогонистами ФНО- α . Больные рандомизированы в 2 группы: 1 группа получали терапию ведолизумабом в дозе 300 мг, а вторая – плацебо. В результате терапии в общей популяции больных было достигнута клиническая ремиссия заболевания на 6й неделе терапии (ведолизумаб (19,1%)), в группе плацебо – 12,1%, $p=0,048$ и на 10й неделе соответственно – 28,7% в сравнении с 13,0%, $p<0,0001$. В результате исследования не были получены статистически достоверные результаты, подтверждающие эффективность проведения терапии ведолизумабом в данной категории лиц, однако достаточно высокий процент ответивших на проводимую терапию, может быть основанием для проведения дальнейших исследований в данной области.

Выводы: Не смотря на противоречивые результаты проведенных исследований, новый блокатор рецепторов интегрин $\alpha 4\beta 7$ – ведолизумаб может быть рассмотрен в качестве терапии пациентов с болезнью Крона умеренной и тяжелой степенью активности при условии резистентности к стандартной терапии.

Голенко Т.М., Гайнутдінова Г.А.
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ СЕПТИКОШЕМІЇ НА
ФОНІ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 1, м.Харків, Україна
Науковий керівник – д.мед.н., професор Бабак О.Я.

Актуальність: Інфекційний ендокардит (ІЕ) – це інфекційне поліпозно-виразкове запалення ендокарду, що супроводжується деструкцією та формуванням недостатністю клапанів серця. Світова щорічна захворюваність інфекційним ендокардитом складає 38 випадків на 100 тисяч населення. Летальність при ІЕ нині залишається на рівні 34-44% від населення світу. Однією з причин високої летальності залишається проблема несвоєчасної госпіталізації хворих (Guidelines for the management of infective endocarditis; European Society of Cardiology (Aug 2015)).

Мета роботи: Підкреслення важливості своєчасної госпіталізації хворих на прикладі розгляду клінічного випадку ІЕ.

Матеріали та методи: Хворий А., 59 років, був госпіталізований до терапевтичного відділення Лозівської ЦРЛ в важкому стані зі скаргами на

виражену загальну слабкість, лихоманку, задуху. З анамнезу відомо, що за 5 тижнів до госпіталізації хворому була проведена екстракція зуба. Протягом 4 тижнів після екстракції зуба у хворого прогресували скарги загальну виражену слабкість, лихоманку, зниження маси тіла, однак хворий за допомогою не звертався. На підставі об'єктивного статусу та даних обстеження було встановлено діагноз: Первинний інфекційний ендокардит аортального клапану неуточненої етіології, активна фаза, помірна аортальна недостатність. СН II А зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, ФК II за NYHA. З першого дня госпіталізації хворому була призначена комбінована антибактеріальна терапія парентерально (цефепім 3 г/добу, левофлоксацин 1 г/добу), антитромботична та дезінтоксикаційна терапія. Однак на четвертий день госпіталізації в зв'язку з розвитком респіраторного дистрес-синдрому та зниженням рівня сатурації кисню до 89 % хворий був переведений до відділення реанімації з діагнозом: Сепсис, септичний шок, синдром поліорганної недостатності (гострий респіраторний дистрес-синдром). В зв'язку з прогресуванням дихальної недостатності хворому була проведена рентгенографія органів грудної клітини та діагностовано двусторонню септико-метастатичну пневмонію. Було проведено заміну антибактеріальної терапії, однак явища інтоксикації і дихальної недостатності прогресували. На другу добу знаходження у відділенні реанімації на фоні прогресування гемодинамічних порушень та дихальної недостатності після проведення неефективних реанімаційних заходів була констатована біологічна смерть.

Висновок: ІЕ є важким захворюванням, яке може привести до великої кількості ускладнень та летальних наслідків. Саме тому своєчасність госпіталізації хворих є надзвичайно важливою в алгоритмі допомоги хворому.

Голованова А.Ю.

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗАПОБІГАННЯ

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

Науковий керівник –к.мед.н., доц. Шумова Н.В.

Актуальність. Медикаментозна алергія (МА) - це імунопатологічна реакція організму на лікарські засоби (ЛЗ) та продукти їх перетворення. Існує дві категорії хворих на МА. В першій категорії МА виникає у вигляді побічної реакції на введення ЛЗ, друга представляє собою професійні захворювання осіб, що тривало контактують з ЛЗ (лікарі, медичні сестри, фармацевти).

Мета. Вивчити розповсюдженість МА серед населення України. Відокремити групи препаратів, котрі мають найбільший ризик розвитку МА.

Матеріали та методи. За даними Б.М. Пухлика і соавт. в середньому ризик розвитку МА складає 1-3%. Розповсюдженість серед дорослого

населення становить 2,24%, а серед дітей – 1,38%. В осіб, що довго контактують з ЛЗ МА зустрічається у 30% випадків, а у пацієнтів, що тривало отримують медикаментозну терапію - 10-15%. 26% випадків припадає на антибіотики, 20%- на анальгетики, сульфаніламід та аспірин, 13%- на сироватки та вакцини, 7%- на місцеві анестетики. Ми проаналізували дані за 3 останні роки, які були отримані в результаті реакції імунолейкоцитозу на базі алергоцентру 27ХГКБ, де розташована кафедра, і отримали показники, що збігаються з такими в цілому по Україні. Перше місце займають антибіотики (переважно пеніцилінового ряду), друге – нестероїдні протизапальні препарати, третє - місцеві анестетики та інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту.

Висновки. Таким чином, підвищення рівня підготовки лікарів з питань МА, ретельний збір анамнезу, безпечний та ефективний вибір шляхів введення ЛЗ, проведення шкірних проб та лабораторних тестів щодо виявлення толерантності до ЛЗ, боротьба з поліпрагмазією - все це сприяє зменшенню ризику виникнення МА та запобігає розвитку побічних ускладнень у терапії хвороб.

Горбунова О.Ю.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК НА ОСНОВЕ
ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ
РЕЙНХОЛЬДА ФОЛЛЯ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
пропедевтики внутрішньої медицини №1, ОББ, Харків, Україна**

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Смирнова В.І.

Регистрация электрических полей органов и тканей человека получила общее название электрографии. Такие диагностические методики, как электрокардиография, электромиография, электроэнцефалография и другие достаточно распространены в наше время и являются основными при вынесении окончательного решения в диагностике того, или иного патологического состояния организма. Но стоит отметить, что каждая из данных методик может рассказать нам лишь о своем предмете исследований. Так электрокардиограмма покажет, в каком состоянии находится сердце пациента. Однако, наличие проблемы в таких органах, как печень, или почки, еще на стадии изменений на уровне ткани организма или даже на клеточном уровне, могут пройти незамеченными. Допустим, в случае отсутствия проявлений на ранних стадиях заболевания. В силу этих обстоятельств, становится актуальным электроприбор, способный зарегистрировать начало патологии, и способный исследовать состояние организма человека в целом. В основе уже названных нами методик, лежит принцип регистрация разности потенциалов между различными точками организма. Этот принцип так же лежит в основе медицинского селектора, собранного нами, согласно схеме по образцу доктора Р. Фолля, для проведения экспериментов с целью определения состояния исследуемых, а также диагностики влияния

классических продуктов питания, таких как хлеб и вода, на организм человека, через регистрацию разности потенциалов между различными точками организма.

При приготовлении экспериментов образцы свежего пшеничного и ржаного хлеба мы поделили на те, что были оставлены для высушивания и те, что были изолированы в плотно закрытый целлофановый пакет, с целью потери качества и прорастания мицелия разнообразной грибковой плесени на 10 дней. Подготовка препаратов воды, заключалась в ее разделении на щелочную (живую) и кислотную (мертвая) составляющие при помощи прибора «Эковод-6». Принцип действия данного прибора заключался в электролизе, под напряжением 50 Гц и с мощностью 0,6 кВт.

Каждый образец воды был набран в медицинский шприц и подготовлен к исследованию. В качестве оппонентов было выбрано двое человек, один из которых имел заболевание бронхиальной астмой. Измерение показаний с биологически активных точек левой руки каждого из оппонентов проводилось в два этапа. На втором этапе, заранее приготовленные образцы хлеба и воды размещались поочередно в полем электроде. Мы добивались резонанса между искусственным источником колебаний и определенным органом и фиксировали изменение показателей биологически активных точек человека. При здоровом влиянии взятого нами препарата на организм человека (хлеб вода) показатель на медицинском селекторе близок к 60 единицам, однако при его негативном влиянии на функционирование органов и жизнедеятельности организма показатель существенно отклонялся. Отклонения в сторону уменьшения свидетельствовали об отягощающем влиянии продукта на работу органа, или систем органов. Если влияние могло привести к воспалительному процессу, показатель смещался в сторону увеличения от градуированной нормы 60 единиц.

В процессе первого этапа эксперимента нами наблюдалось отклонение от нормы в показателях биологически активных точек, отвечающих как за отдельные органы дыхательной системы, так и за систему в целом, у оппонента с бронхиальной астмой. Второй этап позволил доказать, что предложенный метод доктора Рейнхольда Фолля, позволяет не только определить состояние отдельных органов и систем органов пациента, но и определить, какое воздействие было оказано при эксперименте. Это было показано ранее, при исследовании на уровне биофизических показателей. Регистрировались разность потенциалов между различными биологически активными точками организма оппонента и влиянием разных по качеству продуктов питания на его организм. А, следовательно, используя метод Рейнхольда Фолля, можно не только провести диагностику, но и индивидуально тестировать показания и противопоказания гомеопатического или любого химического препарата, вплоть до повседневных продуктов питания, таких как вода и хлеб, с учетом их качества. Хотелось бы отметить, что подобная методика имеет перспективы применения и в медицинских клиниках. Например, подобным образом возможно исследовать воздействие анестетиков, применяемых в стоматологии, для местного обезболивания, с

целью выявления наиболее щадящего воздействия на нервную систему пациента и общее состояние организма. В европейских клиниках известны случаи, когда именно анестезиологи проводят тестирование совместимости препарата и его воздействие на работу и общее состояние организма пациента, перед введением общего наркоза в случае хирургического вмешательства.

Гречуха А., Сухонос Н.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренних и профессиональных болезней

Известно, что формирование и характер клинических проявлений вибрационной болезни (ВБ) зависит от многих сопутствующих факторов: низкая температура окружающей среды, локальное охлаждение рук рабочих, значительные статические и динамические нагрузки, которые зависят от ручного механизированного инструмента, физических усилий и вынужденного рабочего положения. А также известно, что сопутствующие заболевания, при которых страдает микроциркуляторное русло и сердечно-сосудистая система в целом также негативно сказывается на общем состоянии пациента и прогнозе заболевания.

Целью исследования было выявление особенностей течения вибрационной болезни в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Клинической базой для проведения исследований был НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний Харьковского национального медицинского университета. В исследование были включены 107 больных с диагнозом ВБ, в возрасте от 41 до 66 лет. Из них у 60 больных ВБ была сочетана с ГБ II (основная группа), а у остальных 47 больных была изолированная ВБ (группа сравнения). Проводилось сравнение клинических проявлений: боль, приступы побеления пальцев, парестезии, головная боль, головокружения, нарушение сна, раздражительность. Использовались инструментальные методы исследования: вибрационная чувствительность, капилляроскопия, электротермометрия, холоддовая проба.

Результаты и обсуждение. Одной из ведущих жалоб больных была боль в руках, ноющего характера. При наличии сопутствующей патологии превалировала часть больных (68,3%) с интенсивной болью, которая была постоянной у 71,6%. Приступы побеления пальцев чаще отмечали больные основной группы (69,6% против 53,2 в группе сравнения). У всех пациентов наблюдались приступообразные парестезии кистей рук, однако у больных с сочетанной патологией их частота возрастала. Клиническая картина ВБ сопровождалась головной болью у 42,5% пациентов группы сравнения и 62,6% пациентов основной группы, головокружения волновало 25,5% и 34,3% пациентов соответственно. На нарушение сна указывали 27,6% I группы и 31,67% II. Чаще раздражительность отмечали больные основной

группы (37,3% против 23,4%). При объективном обследовании выявлен цианоз кистей у 84,4% пациентов I группы и у 100% в группе с сочетанной патологией. Палистезиометрическое исследование выявило, что для всех порогов вибрационной чувствительности у обследуемых больных наблюдалось достоверное снижение, которое не было более выраженным у пациентов с сопутствующей ГБ. Капиляроскопическая картина ногтевого ложа пальцев рук характеризовалась как спастическим состоянием капилляров, так и спастико-атоническим в обследованных группах. Во всех случаях имело место снижение температуры кожи, которое было более выражено во II группе. Негативная холоддовая проба была у 19,2% больных группы сравнения и 7,6 % основной группы. При сравнении показателей в группах оказалось, что достоверно между собой различается только температура на левой руке в конце пробы.

Выводы. Обобщая все вышесказанное можно прийти к выводу, что клиническая картина ВБ у обследуемых больных характеризуется сосудистыми нарушениями и вегето-сенсорной полинейропатией верхних конечностей, которые были более выражены у больных сочетанной патологии. Присоединение ГБ вызывает еще больший срыв адаптационных возможностей, спровоцированных действием вибрации и углубляет патогенетические процессы. Таким образом, наличие ГБ у больных с ВБ осложняет течение основной патологии, что выражается нарастанием клинической симптоматики, углублением нейрососудистых и трофических расстройств.

Гриднева О.В, Пискаренко Г.Н.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С
НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 2 ТИПА**

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и
аллергологии, ХНМУ, Украина.**

Научный руководитель: к. мед. н., доцент Залюбовская Е.И..

Нарушения липидного обмена в первую очередь обусловлены повышением концентрации общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ) в составе крови. Определение составляющих липидного обмена является важным аспектом диагностики, лечения и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Выделяют два основных фактора нарушения липидного обмена: изменение состояния частиц холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), что приводит к нарушению высвобождения холестерина из сосудистого эндотелия.

Цель работы – проанализировать зависимость между показателями эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне СД 2 типа и изолированной ГБ, с показателями липидного профиля.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 63 пациента: 32 больных ГБ в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 43 до 63 лет и 31 больной с изолированной ГБ в возрасте от 41 до 66 лет. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. Для определения эндотелиальной дисфункции артерий у больных применялся метод дуплексного сканирования по методике D.Celermajer на аппарате “Sonos 2500” (Hewlett Packard). Также учитывали уровень общего холестерина, его фракций и концентрацию триглицеридов в периферической крови.

Полученные результаты: по данным исследования в обеих группах было выявлено повышение уровня ОХ. В группе больных ГБ ассоциированной с СД 2 типа уровень ОХ был достоверно выше, чем в группе сравнения ($6,07 \pm 0,38$ и $5,71 \pm 0,44$ ммоль/л), такая же закономерность выявлена и для значений коэффициента атерогенности. При проведении анализа в группе больных ГБ ассоциированной с СД 2 типа выявлена прямая корреляционная связь ($R=0,47$) между уровнем ХС ЛПНП и показателями ЭД, а также между уровнем ТГ и показателями ЭД ($R=0,38$). В группе больных с ГБ без СД 2 типа так же была выявлена прямая зависимость между уровнем ХС ЛПНП и показателями ЭД ($R=0,35$). Достоверных связей между уровнем ТГ и ЭД в этой группе выявлено не было.

Выводы: Повышение уровня триглицеридов и холестерина липопротеинов низкой плотности ассоциировано с прогрессированием эндотелиальной дисфункции у пациентов как с артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2 типа, так и изолированной артериальной гипертензией. Повышенная концентрация триглицеридов является патогенетически значимым фактором развития дисфункции эндотелия сосудистой стенки преимущественно у пациентов с метаболическими нарушениями.

Гриднева О.В., Косарева А.И.
КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ
ДИРОТОНОМ У БОЛЬНЫХ С ИБС

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии
Научный руководитель: к.мед.н., доцент Залюбовская Е.И.

Эндотелиальные клетки сосудистого русла, синтезируя локально действующие медиаторы, морфофункционально направлены на оптимальное регулирование кровоснабжения внутренних органов и поддержание гомеостаза. Нарушение структуры и функции сосудистого эндотелия является важным фактором развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета и их осложнений, выступая в роли первоочередного органа мишени. Участие ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в регуляции сосудистого тонуса реализуется через синтез мощного вазоконстриктора ангиотензина II (АТ II), оказывающего влияние посредством стимуляции ангиотензин I- рецепторов гладкомышечных клеток сосудов.

Цель исследования: изучение динамики показателей эндотелиальной дисфункции (ЭД) на фоне приема препарата ингибитора АПФ «диротон» у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к.

Материалы и методы: в исследование включено 53 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. в возрасте 44-62 лет, контрольная группа представлена 23 здоровыми лицами. Состояние функции эндотелия оценивали в сыворотке крови иммуноферментным методом по уровню циркулирующего эндотелина-1 (ЭТ-1), методом сосудодвигательной активности плечевых артерий. Все больные с ИБС получали плановую терапию диротонем в дозе 10,0 мг/сутки.

Результаты и обсуждение: в результате изучения сосудодвигательной активности плечевых артерий ультразвуковым методом установлено снижение относительного расширения плечевой артерии у больных с ИБС, составившее $5,5 \pm 1,5\%$ в сравнении с $12,5 \pm 2,5\%$ в группе контроля. Все пациенты по результатам манжетной пробы были разделены на 4 группы, критерием рандомизации была степень тяжести ЭД, определявшейся по уровню эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии: 0 > 10,5%, I ст. – 10,5-8,0%, II ст. – 8,0-3,5%, III ст. – 3,5-2,5% и IV < 2,5%. В исследовании преобладали пациенты с I-II ст. ЭД (31 человек). Определение уровня ЭТ-1 показало повышение его концентрации у больных ИБС ($7,52 \pm 0,94$ нг/л, $p < 0,06$), в сравнении со здоровыми ($4,24 \pm 0,52$ нг/л). Отметим, что наибольший уровень ЭТ-1 ($12,0 \pm 1,2$ нг/л) был выявлен у больных с III-IV ст. ЭД. Отмечена прямая корреляционная связь между степенью дилатации плечевой артерии и содержанием ЭТ-1 ($r = 0,84$, $p < 0,001$) в сыворотке крови больных ИБС. Терапия диротонем в течение 6 месяцев приводила к коррекции эндотелиальной дисфункции у больных I-II ст. тяжести, что характеризовалось уменьшением дилатации плечевой артерии ($\Delta d \%$ – $9,46 \pm 0,32$, $p < 0,01$) до уровня контрольной группы. При III-IV степени ЭД был достигнут значительный прирост диаметра плечевой артерии при проведении манжетной пробы ($3,14 \pm 0,22$), также достигнуто достоверное уменьшение концентрации ЭТ-1 ($9,3 \pm 1,6$ нг/л) в сыворотке крови.

Выводы: Данные исследования показали, что прием диротона обладает вазодилиатирующим эффектом, предотвращает или замедляет ремоделирование миокарда и эндотелия сосудов. Значимые морфофункциональные изменения со стороны сосудистой стенки наблюдаются примерно после 6-9-месячного приема диротона.

Гулько Анна

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1, Харьков, Украина
научный руководитель Сытник К.А.**

До настоящего времени остаются не до конца раскрытыми взаимосвязи между нарушением состава микрофлоры кишечника и возникновением

клинических симптомов у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). В настоящее время большинство исследований в этом направлении были посвящены изучению микробиома кишечника. По результатам произведенных исследований получены противоречивые результаты.

Цель работы: обзор клинических исследований посвященных роли микрофлоры кишечника в развитии СРК и их взаимосвязи с появлениями клинических симптомов.

Результаты: В настоящее время одними из наиболее распространенных тестов в изучении микробиома кишечника являются бактериологические методики, а также водородные дыхательные тесты. По результатам исследований, стало известно, что для больных с СРК является характерным увеличение числа Firmicutes, преимущественно Clostridium и Ruminococcaceae наряду со снижением количества представителей рода Bacteroidetes (Salonen A, de Vos WM, Jeffery IB, Rajilić-Stojanović M et al. До настоящего времени остаются не раскрытыми вопросы взаимосвязи нарушений микробиоты кишечника с возникновением клинических проявлений у данной категории больных. В работе Julien Tap et al. при использовании классических методов изучения состава фекальной микрофлоры и слизистой оболочки кишечника, не было выявлено достоверных различий в микробном составе между здоровыми индивидами и пациентами с СРК. Однако проведенный в дальнейшем анализ нуклеотидных последовательностей 16s RRNA генов у больных с СРК позволили выделить до 90 бактериальных таксономических единиц. При сопоставлении микробного состава и тяжести течения СРК, стало известно, что для больных с тяжелым течением СРК характерен достоверно более бедный микробный состав в сравнении с течением легкой и средней степени тяжести. Так для больных с выраженной симптоматикой СРК было характерно снижение содержания Methanobacteriales и Prevotella enterotype. Исследователями была выявлена зависимость между содержанием Prevotella enterotype, количество которых достоверно снижалось по мере усиления тяжести симптомов, и увеличением количества Bacteroides enterotype.

Выводы: Для больных с СРК характерным является нарушение микробного равновесия кишечной микрофлоры, которое проявляется увеличением количества Bacteroides enterotype, и снижением содержания Methanobacteriales и Prevotella enterotype. Выявленные изменения микробиоты ассоциированы с тяжестью течения СРК.

**Еременко Г.В., Илюха С.Э., Резник М.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

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

Как показали международные клинические исследования, на сегодняшний день достижение полного или хорошего контроля

бронхиальної астми (БА) можливо у більшості пацієнтів при умови правильної оцінки тяжести, існуючого рівня контролю БА і призначення адекватної протиастиатиескої длителної базисної терапії з урахуванням коморбидних станів.

Цель дослідження: провести ретроспективний аналіз історій хвороби хворих з БА і виявити частоту розвитку сахарного діабету 2 типу (СД2Т) і ожиріння, оцінити їх вплив на якість життя хворих з бронхіальною астмою ізолированою і в поєднанні з сахарним діабетом.

Нами було проведено аналіз 1400 історій хвороби хворих, знаходячись на ліченні з 2007-2014 рр. в алергологіескому відділенні обласної клініескої лікарні м. Харків. Проведено анкетування двох груп пацієнтів з допомогою «Анкету-опросника хворих тяжелою бронхіальною астмою»: 1 група (20 осіб) – пацієнти з БА і 2 група (35 осіб) – пацієнти з БА і СД2Т.

Установлено, що у хворих середнетяжелою бронхіальною астмою в 11,5% випадків діагностується сахарний діабет 2 типу, середній вік цієї групи становить $45 \pm 5,7$ років. Обнаружена взаємозв'язок підвищення індексу маси тіла і тяжести бронхіальної астми. Поєднання бронхіальної астми з сахарним діабетом різко знижує якість життя хворих, особливо проживаючих в сільській місцевості. У пацієнтів з сахарним діабетом відзначається більш тяжеле течення астми і часті обострення по порівнянню з групою пацієнтів без БА.

Єрмак О.С., Раджабов І.

КОПЕПТИН ЯК МАРКЕР ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

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

Науковий керівник – проф. Кравчун П.Г.

На сьогоднішній день гострий інфаркт міокарда (ГІМ) продовжує займати перше місце у структурі ішеміесної хвороби серця (ІХС). Ожиріння (ОЖ) -найбільш зустрічаема коморбидна патологія, яка значно ускладнює перебіг та прогноз захворювання. Ішемія та некроз міокарда тягне за собою розвиток ускладнень – рецидиву інфаркту міокарда, гострої серцевої недостатності, розриву міокарда або аритмії.

Мета дослідження – оцінити роботу вазоконстрикторної, представленної копетином, та вазодилататорної, представленної MRproADM, нейрогуморальних систем у порівнянні з тропоніном І у хворих на гострий інфаркт міокарда і ожиріння з урахуванням ускладнень та проаналізувати прогностичні властивості даних маркерів у відношенні розвитку рецидиву інфаркту міокарда.

Методи дослідження. У дослідження було включено 75 пацієнтів з ГІМ та ОЖ, поміж яких 15 хворих мали ускладнений перебіг захворювання у

вигляді розвитку рецидиву інфаркту міокарда протягом першого тижня хвороби. Копептин визначали за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai), а MRproADM визначали імуноферментним методом і «Human mid-regional pro-adrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Тропонін І визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Troponin I » (ХЕМА, Москва). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Аналіз взаємозв'язків проведено за допомогою кореляції Спірмена (r).

Результати. У пацієнтів з ГІМ і ожирінням на 7-й день хвороби рівень копептину достовірно не відрізнявся від концентрації в 1-й день ($p > 0,05$), тоді як MRproADM достовірно знижувався на 18,8 % ($p < 0,05$). Враховуючи концентрацію копептину в 5-7-денний період після ГІМ, наступним етапом дослідження був поділ хворих на 2 підгрупи. У першу групу увійшли пацієнти з рецидивом ГІМ протягом 7-денного періоду ГІМ та ожиріння, у другу – хворі з неускладненим перебігом ГІМ та ожирінням протягом того ж періоду спостереження. Виявлено достовірне підвищення рівня копептину на 33 % ($p < 0,01$) у пацієнтів з рецидивом ГІМ при ожирінні протягом 1-го тижня в порівнянні з 1-м днем ГІМ і тенденцію до підвищення MRproADM ($p = 0,05$), при цьому в групі хворих з неускладненим перебігом ГІМ при ожирінні на 7-й день хвороби рівень копептину достовірно знизився на 43 % ($p < 0,01$) порівняно з 1-м днем хвороби. Зіставлення рівнів копептину в групах з рецидивом ГІМ і без нього на 7-й день показало достовірне підвищення концентрації даного маркера при рецидиві ГІМ у хворих з ожирінням на 91 % ($p < 0,01$), а щодо MRproADM, то його концентрація у хворих з ГІМ без рецидиву і ожирінням на 7-й день хвороби достовірно знижувалася на 49,2 % ($p < 0,01$), а у пацієнтів з рецидивом ГІМ виявлена тенденція до зниження, що не досягає рівня достовірності ($p = 0,05$). Тропонін І виявив тенденцію до зростання у хворих з рецидивом ГІМ і вірогідно не відрізнявся у хворих на 7 день захворювання та в групі без рецидиву порівняно з 1 днем захворювання. Звертає на себе увагу відсутність кореляційних зв'язків між копептином і MRproADM ($r = 0,01$) в групі хворих з ГІМ та рецидивом протягом 7-денного періоду спостереження, а в 2 групі знайдено прямий зв'язок сильний за силою ($r = 0,87$, $p < 0,01$) між копептином і MRproADM.

Отримані висновки. Активність копептину зростала у пацієнтів з рецидивом інфаркту міокарда при ожирінні протягом 7-денного періоду спостереження, у той час як концентрація MRproADM виявила лише тенденцію до зниження, що свідчить на користь виснаження вазодилататорних адаптаційних ресурсів у даної категорії пацієнтів.

Журавльова М.І.
ВПЛИВ СИСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДУ НА
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ
ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ
ПІЄЛОНЕФРИТОМ.

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

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

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (I) - 40 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (II) - 20 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня цистатину С (ЦсС) сироватки крові, β 2-МГ сечі. Рівень креатиніну (Кр) визначали методом Яфе.

Результати. Порівнюючи результати досліджень в обох групах виявлені такі результати: у пацієнтів першої групи рівень β 2-МГ в сечі перевищував норму на 110,7 % ($p < 0,01$), у другій групі на 54% ($p < 0,05$), відмінності значення β 2-МГ у сечі між хворими з ІХС із ХСН у поєднанні з ХП і без ХП були вірогідними ($p < 0,05$). У першій та другій групах визначається позитивна кореляційна залежність між β 2-МГ і рівнями цистатину С ($r_1 = 0,56$; $r_2 = 0,642$, ($p < 0,05$)) і негативна – з показниками ШКФ ($r_1 = -0,499$; $r_2 = -0,531$, ($p < 0,05$)).

Висновки. В обох групах порушення функції нирок, асоціювалося з більшою виразністю гіпертрофії міокарда лівого шлуночка за концентричним типом. У хворих другої групи зі збереженою та зниженою ШКФ відмічаються порушення систолічної функції, що демонструє важливу роль первинної нефропатії, яка існує на фоні змін нирок ішемічно-застійного характеру, у формуванні дисфункції міокарда.

Журба Е. П., Шалимова А.С.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2
ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии, Харьков, Украина

Гипертоническая болезнь (ГБ) - одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. При отсутствии должного лечения очень высок риск развития осложнений (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, инсульт головного мозга). Стоит отметить, что у 60% больных ГБ также диагностируется сахарный диабет 2 типа (СД 2т), что

еще более усугубляет течение болезни. Поэтому выбор правильной тактики введения данных больных позволит значительно снизить риск развития осложнений в будущем и улучшить качество их жизни.

Целью работы была оценка эффективности назначения пациентам с ГБ и СД 2т различных алгоритмов терапии в зависимости от полиморфизма гена рецепторов ангиотензина II типа 1 (AGTR1), участвующего в развитии указанной коморбидной патологии. Были проанализированы результаты лечения 151 пациента с диагнозом: ГБ II стадия, 2 степени; СД 2т средней тяжести, в стадии субкомпенсации. Средний возраст больных составил 52 года. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от генотипа AGTR1: 97 пациентов с А/А генотипом и 54 пациента с А/С + С/С генотипом. В каждой из указанных групп применялось 2 варианта лечения (рамиприл в комбинации с индапамидом в комплексной терапии и телмисартан в комбинации с индапамидом). Отмечено, что у пациентов с А/С + С/С генотипом AGTR1 телмисартан в сравнении с рамиприлом в большей степени влиял на динамику артериального давления, тогда как при генотипе А/А гена AGTR1 отсутствовала достоверная разница в эффективности назначения рамиприла и телмисартана.

Таким образом, установлено, что эффективность антигипертензивной терапии зависит, в том числе, от генетического полиморфизма генов, участвующих в развитии ГБ, поэтому для снижения кардиоваскулярного риска необходимо учитывать фармакогенетическую составляющую терапии.

Заїкіна Т. С.

ПРЕДИКТОРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

**Харківський національний медичний університет, кафедра
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,
Науковий керівник – д.мед.н., професор Бабаджан В. Д.**

Мета. Встановити предиктори ускладненого перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім цукровим діабетом 2-го типу шляхом оцінки рівня фактора фон Віллебранда.

Матеріали та методи. 70 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2-го типу були розподілені на групи: I-група- 23 пацієнта з ускладненим перебігом інфаркту міокарда; II група- 47 пацієнтів з неускладненим перебігом інфаркту міокарда. Рівні фактора Віллебранда визначалися двічі на 1-й та на 10-14-й день інфаркту міокарда з використанням комерційної тест-системи фірми YH Biosearch Laboratory (Китай). Статистичний аналіз базувався на підрахунку середньої арифметичної (M), похибки середньої арифметичної (m) та рівня достовірності розбіжностей (p) між досліджуваними групами

Результати. Середній рівень фактора фон Віллебранда в I-й групі був достовірно вищим, ніж в II-й – $2,12 \pm 0,06$ нг/мл та $1,94 \pm 0,03$ нг/мл відповідно ($p < 0,01$). Недостатнє зниження цього показника під впливом лікування також

асоціювалося з розвитком ускладнень в гострий період інфаркту міокарда ($-14,6 \pm 1,1\%$ та $-18,1 \pm 0,8\%$ відповідно ($p < 0,01$)).

Висновки. Ускладнений перебіг інфаркту міокарда у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом 2-го типу асоціювався з достовірно більш високим рівнем фактора фон Віллебранда, що свідчить про негативний вплив пошкодження ендотелію та перебіг гострого перебігу інфаркту міокарда.

Заїкіна Т. С., Хамраєва Маліка, Шахін Ашійє Айбіке
ПРЕДИКТОРИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ
ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-
ГО ТИПУ

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

Науковий керівник - д.мед.н., професор Бабаджан В. Д.

Мета. Встановити предиктори розвитку госпітальної летальності у хворих із гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2-го типу шляхом оцінки рівня фактора фон Віллебранда.

Матеріали та методи. 70 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда та цукровим діабетом 2-го типу були розподілені на групи: I-група- 8 пацієнтів, які померли протягом періоду інфаркту міокарда; II група- 62 пацієнта, які вижили протягом періоду інфаркту міокарда. Рівні фактора фон Віллебранда визначалися двічі на 1-й та на 10-14-й день інфаркту міокарда з використанням комерційної тест-системи фірми YH Biosearch Laboratory (Китай). Статистичний аналіз базувався на підрахунку середньої арифметичної (M), похибки середньої арифметичної (m) та рівня достовірності розбіжностей (p) між досліджуваними групами

Результати. Середній рівень фактора фон Віллебранда в 1-й та на 10-14-й день інфаркту міокарда серед померлих хворих був достовірно вищим ($2,23 \pm 0,13$ ОД/мл та $1,99 \pm 0,03$ ОД/мл відповідно; $p = 0,0130$), ніж в групі виживших – ($1,99 \pm 0,03$ ОД/мл та $1,65 \pm 0,03$ ОД/мл відповідно; $p = 0,0075$).

Висновки. Розвиток госпітальної летальності у пацієнтів із гострим інфарктом міокарда та супутнім цукровим діабетом 2-го типу асоціювався з достовірно більш високим рівнем фактора фон Віллебранда, що свідчить про негативний вплив пошкодження ендотелію на перебіг гострого перебігу інфаркту міокарда.

Золотарь А. А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины № 3, г. Харьков, Украина
Научный руководитель - к.мед.н., асс. Олейник М. А.

На сегодняшний день проблема лечения воспалительных заболеваний кишечника является актуальной. Так, по данным международного комитета

исследований, заболеваемость неспецифическим язвенным колитом (НЯК) в последние годы имеет тенденцию к неуклонному росту во всех странах. При НЯК артрит развивается у 20% больных и характеризуется поражением небольшого количества крупных суставов. Чаще изменения в суставах полностью обратимы, но возможны рецидивы, возникновение которых можно связать с обострением основного заболевания.

Пациентка Мария Б., 19 лет поступила с жалобами на появление жидкого стула до 6-8 раз в сутки с кровью, ложные позывы к дефекации, повышение температуры до 38 С, припухлость, покраснение в области правого коленного сустава, скованность в утренние часы и боли в суставе после незначительной нагрузки, периодически появляется болезненность левого коленного сустава, голеностопных и локтевых суставов. При осмотре суставов, правый коленный сустав теплый на ощупь и болезненный при пальпации, объем движений умеренно ограничен. В исследовании крови ревматоидный фактор отрицательный, СРБ – 36 г/л, АНА – отрицательные. При гистологическом исследовании синовиальной оболочки определяются признаки неспецифического синовита. На рентгенограмме костных изменений выявлено не было. На основании жалоб и результатов проведенного исследования (ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией) был установлен диагноз: НЯК, средней степени тяжести, II степени эндоскопической активности с внекишечными проявлениями (полиартралгии). Назначена базисная терапия, на фоне которой состояние пациентки улучшилось, уменьшилась выраженность суставного синдрома.

Необходимо отметить, что НЯК является системным заболеванием с крайне разнообразной клинической картиной поражения кишечника и широким спектром внекишечных проявлений, что серьезно затрудняет первичную диагностику. Учитывая это правильное трактование внекишечных симптомов помогает своевременному установлению диагноза и назначению адекватной терапии при возможном атипичном варианте болезни, что позволяет добиться более стойкой ремиссии, избежать осложнений и препятствует формированию резистентности к лечению.

Іванченко С.В., Гончарь О.В.

**ТИПИ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ, АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ З ОГЛЯДУ НА
ПРОВОДИМУ СТАТИНОТЕРАПІЮ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
пропедевтики внутрішньої медицини №1, ОББ, Харків, Україна
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ковальова О.М.**

Мета: вивчити особливості параметрів ліпідного спектру у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 82 пацієнта (34 чоловіки і 48 жінок) з ГХ у віці від 38 до 76 років, які отримували антигіпертензивну терапію 1-3 групами препаратів. З них 60% обстежених хворих (49 пацієнтів) отримували лікування статинами з приводу виявленої раніше дисліпідемії. Хворі були

розділені на 4 групи: 1-ша – пацієнти з нормальною вагою, $n=17$, середні значення індексу Кетле $22,75$ ($21,5$; $24,0$) кг/м^2 ; 2-га – хворі з надмірною вагою, $n=26$, індекс Кетле $26,85$ ($25,84$; $27,60$) кг/м^2 ; 3-тя – пацієнти з ГХ та ожирінням I ст., $n=16$, індекс Кетле $32,44$ ($31,8$; $33,42$) кг/м^2 ; 4-та – пацієнти з ГХ та ожирінням II-III ст., $n=23$, індекс Кетле $39,51$ ($35,5$; $42,8$) кг/м^2 .

Результати та обговорення: були проаналізовані такі показники ліпідного профілю: загальний холестерин крові (ЗХС), ліпопротеїди високої щільності (ЗХС ЛПВЩ), ліпопротеїди низької щільності (ЗХС ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЗХС ЛПДНЩ), тригліцериди (ТГ), коефіцієнт атерогенності (КА). Проведення внутрішньогрупового аналізу ліпідного профілю виявило наступні особливості: в 1-й групі у 40% обстежених хворих (7 пацієнтів) всі параметри знаходилися у межах норми, 30% хворих (5 пацієнтів) мали підвищений рівень ЗХС і ЗХС ЛПНЩ або ЗХС ЛПДНЩ, що типово для Іа типу дисліпидемій, у 18% обстежених хворих (3 пацієнта) картина ліпідного профілю була схожа з дисліпідеміями Іб типу – підвищення рівня ЗХС, ЗХС ЛПНЩ, ЗХС ЛПДНЩ, ТГ, у 12% обстежених хворих (2 пацієнта) зазначалося ізольоване підвищення рівня ТГ сироватки крові. В 2-й групі дані показники склали: норма – 38% обстежених хворих (10 пацієнтів), підвищення рівня ЗХС та ЗХС ЛПНЩ або ЗХС ЛПДНЩ (Іа тип дисліпідемій) – 23% обстежених хворих (6 пацієнтів), підвищення рівня ЗХС, ЗХС ЛПНЩ, ЗХС ЛПДНЩ, ТГ (дисліпідемія Іб типу) – 27% обстежених хворих (7 пацієнтів), ізольована тригліцеридемія – 12% обстежених хворих (3 пацієнта). В 3-й групі: нормальний ліпідний профіль відзначався у 37,5% обстежених хворих (6 пацієнтів), 25% обстежених хворих (4 пацієнти) мали ліпідний профіль типовий для Іа типу дисліпідемій, у 18,75% обстежених хворих (3 пацієнта) картина ліпідного профілю була схожа з дисліпідеміями Іб типу, ізольована тригліцеридемія відзначалася у 18,75% обстежених хворих (3 пацієнта). В 4-й групі тільки 9% обстежених хворих (2 пацієнта) мали нормальний ліпідний профіль, що достовірно нижче, ніж у групах з нормальною вагою, $p=0,01$; з надмірною масою тіла, $p=0,01$; з ожирінням I ст., $p=0,02$. Дисліпідемії в даній групі розподілялися наступним чином: 43% обстежених хворих мали Іа тип дисліпідемій, у 17% обстежених хворих (4 пацієнти) картина ліпідного профілю була схожа з дисліпідемією Іб типу, у 31% обстежених хворих (7 пацієнтів) зазначалося ізольоване підвищення рівня ТГ сироватки крові, що достовірно вище, ніж у пацієнтів з нормальною вагою і надмірною масою тіла, $p=0,03$.

Висновки: аналіз параметрів ліпідного профілю хворих ГХ з ожирінням виявив наявність патологічних змін, характерних для Іа і Іб типів дисліпидемій за Фредриксоном та ізольованої тригліцеринемії, незважаючи на лікування статинами з приводу виявленої раніше дисліпідемії значної частки обстежених хворих. Виявлені особливості свідчать про необхідність більш жорсткого контролю за досягненням цільових рівнів холестерину у пацієнтів, хворих на ГХ з високими ступенями ожиріння.

Иванашко Е.А., Татьянко Л.С.
ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ
ИНФЕКЦИЯХ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и аллергологии,
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Шумова Н.В.

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) и ассоциированный с саркомой Капоши вирус герпеса – это два гамма-герпесвируса, выявленные в организме человека и тесно связанные с развитием злокачественных опухолей. Они активно противодействуют врожденному и приобретенному противовирусным ответам, тем самым эффективно способствуя развитию скрытых или хронических инфекций и даже злокачественных опухолей.

Цель исследования: анализ продукции IL-10 при гамма-герпесвирусных инфекциях.

В данной статье мы рассмотрим IL-10, который играет ключевую роль в контроле воспаления за счет подавления функции антигенпрезентирующих и Т-клеток и выработки цитокинов. При острых вирусных инфекциях эффекторные CD8⁺ и CD4⁺ Т-клетки, продуцируя IL-10 предотвращают иммунопатологию. В случае стойких вирусных инфекций, таких как ВИЧ, IL-10 ингибирует вирус-специфичные Т-клетки, таким образом, препятствуя контролю за патогенами. Процент IL-10-экспрессирующих клеток у ВЭБ-инфицированных пациентов с болезнью Ходжкина существенно выше, чем в ВЭБ-негативных случаях. Линии В-клеток, полученные из ВЭБ-позитивной лимфомы Беркитта, особенно у пациентов со СПИДом, выделяют значительно большие количества IL-10. Высокие уровни экспрессии IL-10 также вызваны ВЭБ-инфекцией лимфоцитов. Следует отметить, что IL-10 может быть закодирован не только в клетках хозяина, но также и некоторыми вирусами.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод, что есть вероятность получения IL-10-подобных последовательностей, что оснащает вирусы мощным инструментом модулирования иммунной системы хозяина.

Истомина О. В.
ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ VEGF У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С
СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренних и профессиональных болезней
Научный руководитель – проф. Капустник В. А.

В последнее время, активно рассматривается эндотелиальная дисфункция в качестве единого патогенетического звена в развитии ХОЗЛ в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ). Одним из важных и специфических факторов роста, нарушение которого приводит к формированию эндотелиальной дисфункции и развития ангиогенеза является васкулоэндотелиального фактор роста - VEGF.

Целью работы было определение уровня экспрессии васкулоэндотелиального фактора роста у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 человек, которые находились на лечении в НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний ХНМУ. Основная группа состояла из 55 человек, которым был установлен диагноз ХОЗЛ гр. В в сочетании с ГБ IIст., группа сравнения составила 45 человек с изолированным течением ХОЗЛ. 45 условно здоровых людей составила группу контроля. Концентрацию VEGF в сыворотке крови обследуемых больных определяли с помощью электрохемилюминесцентных диагностических тест-систем Elecsys sFlt-1.3a критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты исследования уровня VEGF в сыворотке крови обнаружили статистически значимое повышение ($*p < 0,001$) VEGF уже в группе больных с изолированным течением ХОБЛ - 61 (Me [56; 64]) по сравнению с группой контроля - 44 (Me [38; 49]), и достигали максимального значения в группе больных с коморбидной патологией - 79 (Me [75; 85]).

Результаты исследования свидетельствуют о развитии эндотелиальной дисфункции у больных ХОЗЛ, и более выраженную ее степень у больных с сопутствующей ГБ. Определение уровня концентрации в сыворотке крови VEGF можно рассматривать в качестве и чувствительного показателя для прогнозирования течения ХОЗЛ в сочетании с ГБ.

Кадыкова О.И.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА (Glu298Asp) НА
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и аллергологии,
Научный консультант – д.мед.н., профессор Кравчун П.Г.**

Цель работы – провести оценку влияния полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота (Glu298Asp) на прогрессирование хронической сердечной недостаточности у больных ожирением и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 222 больных с ожирением и ишемической болезнью сердца (ИБС). В соответствии с функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) пациенты были разделены на подгруппы: первая подгруппа – 50 больных с I ФК ХСН, вторая – 118 пациентов с II ФК ХСН, третья – 54 человека с III-IV ФК ХСН.

Методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов, с использованием наборов реагентов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ) проводили

исследования аллельного полиморфизма Glu298Asp гена эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS). Выделение ДНК из цельной крови выполняли с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» производства ООО НПФ «Литех» (РФ) в соответствии с инструкцией. Правильность распределения частот генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ($p_i^2 + 2p_ip_j + p_j^2 = 1$). Согласно Хельсинской декларации все пациенты были проинформированы о проведении клинического исследования и дали согласие на определение полиморфизма исследуемого гена.

Результаты и их обсуждение. У обследованных пациентов с I ФК ХСН аллель А полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp) определялся у 15 больных, что равнялось 30 %, аллель G – у 35 человек (70 %), а генотипы G/A, A/A и G/G – у 21 (42 %), 6 (12 %) и 23 (46 %) обследованных соответственно. У больных второй подгруппы носителями аллеля А были 26 человек, что составило 22,03 %, аллеля G – 92 пациентов (77,97 %), а генотипов G/A, A/A и G/G – у 44 (37,28 %), 9 (7,63 %) и 65 (55,09 %) человек соответственно. В подгруппе пациентов с III-IV ФК ХСН распределение аллелей и генотипов происходило следующим образом: для аллеля А – 11 (20,37 %), аллеля G – 43 (79,63 %), генотипов G/A, A/A и G/G – 21 (38,89 %), 5 (9,26 %) и 28 (51,85 %) соответственно. Сравнительный анализ выявил достоверное увеличение частоты выявления аллеля G и уменьшение аллеля А полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp) в больных ИБС и ожирением от I до III-IV ФК ХСН. Аллель А встречался чаще на 7,97 % и 9,63 % у больных с I ФК ХСН, чем у пациентов со II и III-IV ФК ХСН, а аллель G, наоборот, реже ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, в больных с ожирением и ИБС прогрессирование ХСН было связано с аллелем G полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp), а аллель А имел протекторные особенности.

Корнієнко Д. О.

**РОЛЬ ПРЕПАРАТІВ МЕЛАТОНІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ОСІБ
МОЛОДОГО ВІКУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх
хвороб, Харків, Україна**

Науковий керівник – проф. Пасішвілі Л.М.

Вступ. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) на сьогодні представляє собою значну проблему сучасної медицини. ГЕРХ та ожиріння можуть підсилювати психоемоційні порушення, що сприяє зниженню якості життя цієї групи хворих.

Матеріали й методи дослідження. В ході дослідження було обстежено 105 пацієнтів з ГЕРХ. Діагноз встановлювався відповідно до МКБ-10, з урахуванням даних опитувальника GERDQ. Для виявлення ступеню супутнього ожиріння використовували розрахунок індексу маси тіла (ІМТ). Для визначення рівня депресії, особистісної та реактивної тривожності

використовувалися: опитувальник депресії Бека, тест діагностики самооцінки рівня тривожності Спілбергера - Ханіна. Всім хворим проводилася терапія за класичною схемою, яка включала в себе призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) та прокінетика. Підчас дослідження з обстежених хворих було сформовано 4 підгрупи. Підгрупу А (n=25) та підгрупу Б (n=25) складали хворі на ГЕРХ без супутньої патології. Підгрупу В (n=28) та підгрупу Г (n=27) - хворі на ГЕРХ із супутнім ожирінням. Хворі підгруп А та В отримували стандартну схему лікування без доповнень. Хворим підгруп Б та Г додатково призначався препарат мелатоніну в дозі 3 мг на добу за 30 хвилин перед сном протягом 14 днів.

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою системи статистичної обробки даних Statistica 6.0 та з використанням Microsoft Office Excel 2007. При нормальному розподілі використовувався t-критерій Стюдента, у разі відхилення від нормального розподілу застосовувалися непараметричні критерії. Достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$. Отримані результати були представлені у вигляді $M \pm m$, де M - це медіана, а m - стандартне відхилення. Результати досліджень. В ході дослідження було встановлено, що вплив ГЕРХ на повсякденне життя хворих за опитувальником GERDQ (урахування нічних симптомів, необхідність регулярного прийому антацидних препаратів), значне порушення психоемоційного стану, що виражається у збільшенні показників особистої та реактивної тривожності та рівня проявів депресії виявилися достовірно більшими в групі хворих із супутньою патологією ($p < 0,05$). В ході дослідження динаміки показників психоемоційного стану хворих після проведеного лікування було встановлено, що виразність проявів депресії, показників реактивної та особистісної тривожності суттєво зменшуються після лікування. Так відмічалось достовірне зниження рівня депресії та реактивної тривожності у пацієнтів всіх підгруп. У свою чергу зниження показників депресії та реактивної тривожності було достовірно більше вираженим в підгрупах хворих, які додатково приймали препарати мелатоніну ($p < 0,05$).

Висновки: У хворих на ГЕРХ відмічаються виражений вплив ГЕРХ на повсякденне життя, чому сприяють у певній мірі значні психосоматичні розлади, які проявляються у вигляді тривожно-депресивних порушень. Показники рівня депресії, рівня реактивної та особистісної тривожності були достовірно більше виражені в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням ($p < 0,05$). Додаткове застосування препаратів мелатоніну в схемі комплексного лікування ГЕРХ із супутнім ожирінням дозволяє забезпечити патогенетичну корекцію та збільшити ефективність класичних схем терапії, крім цього сприяє зменшенню психосоматичних розладів, які мають місце при ГЕРХ.

Котелюх М.Ю., Бассел Ю.
ПОКАЗНИКИ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ ТА
ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ
МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та
алергології, м. Харків, Україна

Мета: вивчити роль матриксної металопротеїнази-13, тенасцину С у пацієнтів на ГІМ залежно від наявності та відсутності ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 100 хворих, серед яких 42,6 % жінок та 57,4 % чоловіків. Рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) вивчали фотометричним методом за допомогою фірми «Реагент» (Україна). Вміст глюкози визначали глюкозооксидантним методом. Матриксу металопротеїназу-13 (ММП-13), тенасцин С (ТнС) вивчали методом Elisa за допомогою набору реагентів фірми RayBiotech, Norcross, USA, Takasaki-Shi, Japan. Статистична обробка визначалася за допомогою комп'ютерного пакету Statistica 6,0.

Результати дослідження. У хворих з ГІМ рівні глюкози та HbA1c при ЦД 2 типу був підвищений порівняно з відсутністю ЦД 2 типу та контрольною групою ($p < 0,05$). Вміст ММП-13 у пацієнтів з наявністю ЦД 2 типу достовірно зростав порівняно з хворими без ЦД 2 типу та контрольною групою ($p < 0,05$). Рівень Тн С у хворих без ЦД 2 типу зростав порівняно з пацієнтами з наявністю ЦД 2 типу та групою контролю – ($p < 0,05$). Визначено прямий кореляційний зв'язок у хворих на ГІМ з наявністю ЦД 2 типу між ММП-13 та рівнем HbA1c – ($r = 0,42$; $p < 0,05$); між ММП-13 та вмістом глюкози крові – ($r = 0,36$; $p < 0,05$); між Тн С та глюкозою крові – ($r = -0,24$; $p < 0,05$) та HbA1c – ($r = -0,28$; $p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів на ГІМ та ЦД 2 типу збільшення рівня ММП-13 асоціюється із зростанням рівня глюкози порівняно з хворими без ЦД 2 типу, що може бути зумовлено метаболічними порушеннями за умов наявності ЦД 2 типу.

Кравчун П.П.
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПІТАВАСТАТИНУ ПРОТИ
АТОРВАСТАТИНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ І
ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ
Харківський національний медичний університет, кафедра
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,
Науковий консультант – академік НАМН України, д.мед.н., професор
Біловол О.М.

Мета роботи – провести оцінку ефективності використання пітавастатину проти аторвастатину у пацієнтів із ожирінням і постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали та методи. Обстежено 76 хворих, із них 40 пацієнтів із ожирінням і постінфарктним кардіосклерозом, які отримували аторвастатин

у дозі 20-40 мг, і 36 пацієнтів із зазначеною патологією, які отримували пітавастатин у добовій дозі 2-4 мг. Перед залученням до дослідження всі хворі отримували стандартну терапію з включенням діуретиків, антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, β -адреноблокаторів, антитромбоцитарних засобів. За наявності показань пацієнти отримували ізосорбід дінитрат, дигоксин, аміодарон.

Усі обчислення для оцінки значущості «клінічних результатів» проводились із використанням програмного пакету для епідеміологічних досліджень Epi Info (TM) 3.5.1. Проводили визначення відносного ризику (ВР), абсолютного ризику (АР; %), відносини шансів (ВШ), розраховували довірчий інтервал для ВР і ВШ, а також достовірності частотного розподілу за критерієм χ^2 з поправкою Мантеля-Хенцеля. Отримані результати були статистично оброблені за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Відмінності вважали статистично достовірними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Оцінка смертності та ймовірність виживання протягом першого року після лікування показала зниження абсолютного ризику загальної смертності в досліджуваних підгрупах після лікування практично однаково. Результати проведених досліджень продемонстрували перевагу «відносної ймовірності» і «шансів виживання» пацієнтів першої підгрупи після лікування 0,99(0,92–1,06) до 0,92(0,86–0,98) у другій підгрупі, що обґрунтовується невілюванням між призначенням аторвастатину та пітавастатину. У хворих першої підгрупи покращення якості життя на 1 % встановлено за рахунок зниження частоти госпіталізацій у порівнянні з 2 підгрупою, що не є статистично вірогідним: ВР 1,02(0,95–1,09) та ВШ 0,98(0,89–1,07) ($p > 0,05$). Хворі, які отримували аторвастатин у якості гіполіпідемічної терапії мали більш високі ризики та шанси на розвиток цукрового діабету: 3,18(3,02–3,34) і 3,12(3,06–3,28) відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, можна допустити, що призначення пітавастатину у пацієнтів із ожирінням і постінфарктним кардіосклерозом не сприяє розвитку метаболічних порушень у вигляді цукрового діабету та посиленню проявів порушень вуглеводного обміну на відміну від пацієнтів, які отримували аторвастатин.

Крапівко С.О., Некрасова Ю.В.

**ДИНАМІКА АДИПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОЖИРІННЯ, УСКЛАДНЕНІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ ПРИ ТЕРАПІЇ ДАПАГЛІФЛОЗИНОМ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології**

Науковий керівник - д.м.н., В.Д. Бабаджан.

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) і цукровий діабет (ЦД) входять у трійку найбільш поширених неінфекційних захворювань і є факторами ризику серцево-судинних ускладнень, які лідирують у всьому світі за частотою летальних випадків. Метою лікування ЦД 2 типу є

зниження ризику розвитку ускладнень шляхом досягнення і підтримки цільових значень рівня глюкози крові, показників ліпідного обміну, артеріального тиску (АТ) і маси тіла. Абдомінальне ожиріння є ключовим фактором у виникненні дисбалансу між адипоцитокінами і тягне за собою порушення ліпідного і вуглеводного обмінів, що є одним з важливих факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Важливою вимогою до цукрознижувальних препаратів (ЦЗП) є їх серцево-судинна безпека. Крім цього в ряді досліджень виявлено перевагу деяких ЦЗП за впливом на ризики серцево-судинних ускладнень, чого не відзначалося раніше на тлі терапії ЦЗП інших класів. Перший представник нового класу ЦЗП - інгібітор натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (sodium-glucose cotransporter 2 - SGLT2) дапагліфлозін був схвалений до застосування в Європі в 2012 р, в Україні - з кінця 2014 р. Особливістю цукрознижувальної дії інгібіторів SGLT2 є відсутність прямого стимулюючого впливу на β -клітини підшлункової залози і секрецію інсуліну. Разом з тим, зниження рівня глікемії на тлі лікування інгібіторами SGLT2 сприяє відновленню функції β -клітин і зниженню інсулінорезистентності.

Матеріали та методи: Було обстежено 113 хворих на АГ та ЦД 2 типу, контрольну групу склали 12 практично здорових осіб. Хворі були розподілені на дві підгрупи, перша підгрупа - 71 хворий, яким призначався Дапагліфлозін, друга підгрупа - 42 хворих, які отримували гліпізид. У всіх хворих оцінювалися рівні HbA1c методом латекс агглютинації, ациляцію стимулюючого протеїна (ASP, ІФА, BD Biosciences, USA), адипонектину (ІФА, Fujirebio Inc., Japan), ліпопротеїдів за допомогою ІФА, а також динаміка маси тіла у хворих на ЦД 2 типу та АГ. У роботі оцінювалися результати 3-річного лікування дапагліфлозіном в порівнянні з препаратом з групи похідних сульфанілсечовини гліпізидом при додаванні до вихідної терапії метформіна.

У групі дапагліфлозіну вже через 1 рік спостереження у пацієнтів відзначалися зниження маси тіла і нормалізація співвідношень адипоцитокінів, що проявлялося у достовірному зниженні рівню ASP з 236 ± 28 до 179 ± 21 $\mu\text{g/mL}$ (у групі контролю 162 ± 15 $\mu\text{g/mL}$) ($p < 0,05$) та підвищенні рівню адипонектину з $4,7 \pm 0,3$ до $6,8 \pm 0,6$ $\mu\text{g/mL}$ (у групі контролю $8,4 \pm 0,5$ $\mu\text{g/mL}$) ($p < 0,05$). У групі гліпізиду через 1 рік лікування теж відзначалося покращення співвідношень адипоцитокінів, але не таке значне, ніж в групі дапагліфлозіну, що проявлялося у зниженні рівню ASP з 241 ± 26 до 208 ± 18 $\mu\text{g/mL}$ ($p > 0,05$) та підвищенні рівню адипонектину з $4,8 \pm 0,4$ до $6,1 \pm 0,5$ $\mu\text{g/mL}$ ($p < 0,05$).

Висновки. Результати дослідження свідчать про те, що терапія дапагліфлозіном у порівнянні з гліпізидом дозволяє досягти більш стійкого цукрознижувального ефекту протягом 3 років, характеризується низьким ризиком розвитку гіпоглікемічних станів, а також сприяє зниженню маси тіла і рівня системного АТ, що сприяє відновленню балансу адипоцитокінів у хворих на ЦД 2 типу та АГ. У хворих ЦД 2 типу, що мали АГ, були виявлені

достовірні негативні кореляційні зв'язки між рівнем адипонектину і рівнем тощакової глюкози, індексом інсулінорезистентності і індексом маси тіла.

Кузьминова В.В.

**АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫБОРА
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С
РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии, Харьков, Украина
Научный руководитель: проф. Бобронникова Л.Р.**

Цель: Ознакомиться с целесообразностью выбора антибактериальных препаратов (АБП) и режимов их дозирования у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Материалы и методы: Условием выбора историй болезни для ретроспективного анализа был повышенный (>205 мкмоль/л) уровень креатинина сыворотки крови пациентов и сниженные значения клубочковой фильтрации (КФ) (<81 мл/мин).

Результаты: В конгруэнтности с условием выбора было отобрано 71 историй болезни пациентов, из них I степень ХПН имели 9 (12,1%), II – 31 (43,9%), III – 30 (43,9%) пациентов. При анализе исходной антибактериальной терапии установлено, что уровень КФ принимался во внимание только у 50,9% пациентов. Препаратами выбора были, с одной стороны, пенициллин (24,1%) и ампициллин (24,8%), применяемые в монотерапии; с другой – часто назначались антибиотики, характеризующиеся нефротоксическим действием: в 23,9% гентамицин (монотерапия и в комбинации с беталактами), в 2% нитрофурантоин и цефотаксим. После завершения одного курса антибиотикотерапии в 51,9% случаев последующая антибактериальная терапия не проводилась. В тех случаях, когда необходимость в продолжении антибактериальной терапии сохранялась, чаще назначался ципрофлоксацин (12,0%). Выявлено увеличение процента учета уровня КФ до 77%, что привело к стандартизации либо понижению уровня креатинина. Вследствие ХПН I степени отмечалась у 16 (20,9%) пациентов, снизилось количество пациентов с III степенью ХПН до 14 (18,9%).

Выводы: Назначение антибактериальных препаратов для исходной терапии в 49,1% случаев проводится без учета функции почек пациентов. Выявлен высокий процент использования антибиотиков, обладающих нефротоксическим действием. При назначении повторных курсов антибактериальной терапии увеличивается частота учета уровня КФ пациентов до 77%, что, как правило, приводит к улучшению функции почек.

Куликова Е.С., Пидкова А.И.
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С
НАЛИЧИЕМ У БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины № 3, Украина, Харьков
Научный руководитель – к.м.н., асс. кафедры Огнева Е.В.

Сахарный диабет (СД) и заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают ведущее место в структуре эндокринных заболеваний и нередко сочетаются друг с другом. Согласно литературным данным, у пациентов с гипофункцией ЩЖ повышается риск развития СД 2 типа. Однако, на сегодняшний день, исследований по данной проблеме недостаточно.

Цель исследования - выявить распространенность сочетанного течения СД 2 типа и патологии ЩЖ, а также частоту развития СД 2 типа у больных с дисфункцией ЩЖ.

Материалы и методы. В эндокринологическом отделении КУОЗ «ОКБ - ЦЭМП и МК» г. Харькова было проведено анкетирование 45 больных преимущественно среднего возраста с СД 2 типа (24 мужчины и 21 женщина), проведена работа с историями болезни пациентов, выполнен статистический анализ данных (программа Excel).

Результаты. Патология ЩЖ встречалась у 80%, гипотиреоз был у 53,3 % пациентов. Встречались следующие патологии ЩЖ: аутоиммунный тиреоидит, диффузный токсический зоб (состояние после резекции ЩЖ), эндемический зоб. Выявлено, что патология ЩЖ у 92% пациентов наблюдалась за 5-10 лет до постановки диагноза СД 2 типа. При этом в 96% случаев гипотиреоз предшествовал развитию СД 2 типа (22 больных из 23 с гипотиреозом).

Выводы. Отмечена высокая частота сочетанного течения СД 2 типа и патологии ЩЖ. У 96% больных с гипотиреозом СД 2 типа развился после диагностирования гипофункции ЩЖ, что согласуется с литературными данными о гипотиреозе как о состоянии, являющемся фактором риска для развития инсулинорезистентности, а, в дальнейшем, и СД 2 типа.

Мартовицкий Д.В., Ковалева Ю.А., Лахно Ю.В.
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН
КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии,
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Шелест А.Н.

Цель: определить объем атеросклеротического поражения коронарных артерий у женщин различных возрастных групп в климактерическом периоде с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца.

Методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 200 историй болезней и коронарограмм женщин в постменопаузе. Данную исследуемую группу поделили по возрастному критерию. Группу 40-45 лет

составили 11 (5,5%) пациенток, группу 46-50 лет – 37 (18,5%) пациенток, группу 51-55 лет – 65 (32,5%) пациенток, группу 56-60 лет – 87 (43,5%) пациенток.

Результаты. Гемодинамически значимый стеноз был выявлен у 5 (45,4%) пациенток в группе 40-45 лет, 13 (35,2%) пациенток в группе 46-50 лет, 30 (46,2%) пациенток в группе 51-55 лет, 45 (51,7%) пациенток группы 56-60 лет. Гемодинамически незначимый стеноз был обнаружен у 3 (27,3%) пациенток группы 40-45 лет, 8 (21,6%) пациенток группы 46-50 лет, 10 (15,4%) пациенток группы 51-55 лет, 16 (18,4%) пациенток группы 56-60 лет. Интактные коронарные артерии выявлены у 3 (27,3%) пациенток в группе 40-45 лет, 16 (43,2%) пациенток группы 46-50 лет, 25 (38,4%) пациенток группы 51-55 лет и 26 (29,9%) пациенток группы 56-60 лет.

Выводы. В климактерическом периоде частота клинических проявлений ишемической болезни сердца выше у пациенток старше 50 лет по сравнению с женщинами более молодого возраста. Степень атеросклеротического поражения венечных артерий не влияет на выраженность клинической картины ишемической болезни сердца у женщин старше 40 лет.

Медяник Е.А., Долгов В.М.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №3, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель - к.м.н., асс. Олейник М.А.

Цель. Изучить особенности липидного обмена у больных остеoarтрозом (ОА) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа, определить его взаимосвязь с показателями углеводного обмена и уровнем С-реактивного белка (СРБ).

Материалы и методы. Было обследовано 55 пациентов в возрасте $52,4 \pm 2,3$ лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа (n=10) – больные с ОА, 2-я группа (n=10) – пациенты с СД 2-го типа, 3-я группа (n=25) – больные СД 2-го типа и ОА с ожирением, контрольная группа составила 20 человек. Все группы больных были сопоставлены по полу и возрасту. Всем пациентам с ОА было проведено рентгенографическое исследование коленных суставов, определен уровень С-реактивного белка. Степень компенсации СД 2-го типа оценивали по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и глюкозы крови натощак (ГКН). Исследование липидного профиля включало в себя следующие показатели: уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). С помощью программы «StatSoft» были обработаны полученные данные.

Результаты. Во время анализа нарушений липидного обмена у обследованных больных было отмечено возрастание дислипидемии, с

наиболее выраженными изменениями у больных с коморбидной патологией. Во 2-й группе были выявлены взаимосвязи между уровнем ГКН и уровнем ОХ ($r=0,75$, $p<0,05$) и ХС ЛПНП ($r=0,68$, $p<0,05$), уровнем HbA1C и уровнем ОХ ($r=0,48$, $p<0,05$) и ХС ЛПНП ($r=0,51$, $p<0,05$). В 3-й группе уровень ОХ был связан положительными корреляциями с ГКН ($r=0,54$, $p<0,05$), с HbA1C ($r=0,49$, $p<0,05$). Выраженной корреляции между липидным обменом и С-реактивным белком в 1-й и 2-й группах выявлено не было, при этом у пациентов с сочетанной патологией были выявлены взаимосвязи между уровнем СРБ и ОХ ($r=0,46$; $p<0,05$), ЛПНП ($r=0,37$, $p<0,05$), ТГ ($r=0,31$, $p<0,05$).

Вывод. Таким образом, мы можем сделать вывод о взаимоотношениях влияния нарушений углеводного и липидного обмена, что может усугублять течение заболевания пациентов с сочетанной патологией. Однако оценка данных показателей требует дальнейшего изучения.

Меженская Е.А., Корниец А.В.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО
ОБМЕНА, УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И АКТИВНОСТЬЮ
ИЛ-1 β У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра внутренней медицины №3, Харьков, Украина

Научный руководитель - к.мед.н., ассистент: Олейник М.А.

Цель. Изучить уровень интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и его взаимосвязь с показателями углеводного обмена и уровнем С-реактивного белка (СРБ) у больных остеоартрозом (ОА), сахарным диабетом (СД) 2-го типа и при их сочетании.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 40 человек, которые были разделены на 3 группы: 1-я - 10 человек с ОА, 2-я – 10 больных с СД 2-го типа, и 20 человек в группе больных сочетанной патологией. Для подтверждения диагноза ОА проводилось рентгенологическое исследование суставов и определение уровня СРБ. Для определения нарушений углеводного обмена определяли уровень глюкозы крови натощак (ГКН) и уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1C). Уровень ИЛ-1 β определяли иммуноферментным методом с помощью набора реактивов «ProteinContour» (Россия). Данные обрабатывались статистическим методом.

Результаты и их обсуждение. Нарушения углеводного обмена были выявлены у больных 2-й группы: ГКН ($8,21\pm0,30$ ммоль/л), HbA1C ($8,45\pm0,26\%$) и 3-й группы: ГКН ($8,64\pm0,31$ ммоль/л) HbA1C ($8,68\pm0,21\%$). Достоверное повышение уровня СРБ отмечено в 1-й ($11,4\pm1,79$) и 3-й ($14,61\pm1,99$) группах ($p<0,05$). Значения уровня ИЛ-1 β увеличены во всех изучаемых нами группах: 1-я группа – $57,29\pm1,93$ пкг/мл, 2-я группа – $51,95\pm1,69$ пкг/мл, 3-я группа – $65,86\pm2,40$ пкг/мл. Проведенный корреляционный анализ между уровнем ИЛ-1 β и показателями углеводного обмена продемонстрировал статистически значимую корреляционную связь

во 2-й группе: с ГКН ($r=0,45$; $p<0,05$), HbA1C ($r=0,4$; $p<0,05$) и 3-й группе: с ГКН ($r=0,60$; $p<0,05$) и HbA1C ($r=0,5$; $p<0,05$). Корреляционный анализ между уровнями СРБ и ИЛ-1 β показал значимые взаимосвязи во всех исследуемых группах, а именно: в 1-й группе ($r=0,52$; $p<0,05$), во 2-й - $r=0,51$; $p<0,05$), в 3-й - ($r=0,48$; $p<0,05$).

Вывод. Полученные данные позволяют сделать вывод о роли ИЛ-1 β как в механизмах развития инсулиновой недостаточности при СД 2-го типа, так и в развитии иммунного воспаления в патогенезе ОА. При сочетанном течении СД 2-го типа и ОА ИЛ-1 β может усугублять течение заболеваний.

Михайская Е.Р. Мовчан В.С.

**ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КОМБИНАЦИЕЙ
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
клинической фармакологии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: Шалимова А.С.

Все чаще в клинической практике приходится встречаться с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) – состоянием, при котором на фоне приема трех и более антигипертензивных препаратов в оптимальной дозе (одним из которых является диуретик), не удается достичь целевого артериального давления (АД) $< 140/90$ мм рт. ст. у большинства пациентов с АГ (или $< 130/80$ мм. рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом и почечной недостаточностью). По данным исследования Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) – у 43% пациентов с изолированной систолической АГ была выявлена рефрактерность к проводимой терапии. На данный момент в Украине зарегистрировано 12292000 больных АГ, среди них 35% с РАГ.

Целью исследования было изучение эффективности комплексной терапии (индапамид, амлодипин и лизиноприл) с добавлением метаболического препарата (коэнзим q10 + витамин Е) у пациентов с РАГ.

Для исследования была сформирована выборка из 42 пациентов с РАГ: из них 28 мужчин (73%) и 14 женщин (33%). Возраст пациентов находился в диапазоне от 40 до 75 лет, что в среднем составило $58,3 \pm 1,4$ года. У всех больных диагностирована 3 степень АГ. Длительность АГ составляла от 9 до 15 лет. В зависимости от назначенной терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа ($n=21$) получала комбинацию следующих препаратов: амлодипин 5мг + лизиноприл 10мг, индапамид 2,5 мг и метаболический препарат (коэнзим q10 - 30 мг и витамин Е - 5 мг); 2-ая группа ($n=21$) получала только комбинацию амлодипина, лизиноприла и индапамида в аналогичных дозах. Мониторинг состояния пациентов проводился до лечения и в течение 8 недель после лечения путем измерения суточного профиля АД.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных обеих групп применение назначенной терапии оказывало положительное влияние на системную гемодинамику, которое заключалось в

нормализации суточного профиля АД и его вариабельности. Также было установлено, что в 1-ой группе, по сравнению со 2-ой группой пациентов, наблюдалось более выраженное снижение систолического и диастолического АД в течение суток.

Вывод: у пациентов с РАГ терапевтическая эффективность комбинации индапамида, амлодипина и лизиноприла повышается при дополнении терапии метаболическим препаратом, благодаря органопротективному действию.

**Михайская Е.Р., Мовчан.В.С., Сытник К.А.
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1, Харьков, Украина.
научный руководитель Сытник К.А.**

В настоящее время остаются не до конца раскрытыми патогенетические механизмы формирования воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). В последнее десятилетие отмечается достоверный рост распространенности данной патологии, что послужило толчком для поиска новых факторов риска, влияние на которые позволит разработать эффективные профилактические мероприятия. Результаты эпидемиологических исследований, анализ семейного анамнеза больных ВЗК, а также высокий уровень миграции в мире создали предпосылки для изучения влияния факторов внешней среды на формирование ВЗК.

Цель работы: обзор исследований посвященных изучению распространенности и влияния средовых факторов риска на развитие воспалительных заболеваний кишечника.

Результаты: Результаты проведенных исследований позволяют рассматривать ВЗК, как многофакторные заболевания, которые развиваются у генетически предрасположенных лиц на фоне изменения кишечной микрофлоры посредством влияния экологических стимулов. Эпидемиологические исследования показали прямую связь между ВЗК и уровнями урбанизации и индустриализации. Высокая распространенность ВЗК среди мигрантов позволяет предположить наличие значительного влияния окружающей среды на организм человека. Доказано, что курение и аппендектомия может рассматриваться как фактор риска развития болезни Крона, в то же время не оказывая значимого влияния на формирование неспецифического язвенного колита. Погрешности в питании, а именно «западная диета», содержащая высокий уровень жира, богатая рафинированными углеводами связана с развитием ВЗК, в отличие от диеты богатой клетчаткой, полиненасыщенными жирными кислотами, обладающей протективными свойствами. Среди лекарственных средств, способных потенцировать развитие ВЗК, а также привести к тяжелому течению заболеваний исследователи выделяют нестероидные противовоспалительные препараты, оральные контрацептивы.

С другой стороны значимое влияние на течение ВЗК оказывают аэрополлютанты, психологические факторы, нарушения сна и др.

Выводы: Рост распространенности и заболеваемости ВЗК в Украине и в мире может быть обусловлен высокой распространенностью средовых факторов риска. Одними из наиболее изученных факторов риска являются курение, особенности питания, а также прием лекарственных средств. Влияние на значимые факторы окружающей среды позволит снизить заболеваемость ВЗК, а также облегчит течение заболеваний.

Молотягин Д.Г.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет

**Кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и
аллергологии, г.Харьков, Украина**

Научный руководитель – проф. Кравчун П.Г.

Ацетилцистеин используют в клинической практике уже несколько десятков лет, причем в последние годы спектр показаний к его применению расширяется и помимо традиционных, включает новые направления, связанные с антиоксидантным и детоксицирующим действиями, в том числе и в кардиологической практике.

Согласно многолетним наблюдениям, ацетилцистеин может найти применение в терапии ишемической болезни сердца. Основанием для этого является его протективное действие в отношении ишемических и реперфузионных поражений, снижение уровня гомоцистеина и липопротеина (а) (Ушкалова Е.А., 2007).

Одновременный прием нитроглицерина и ацетилцистеина может привести к усилению вазодилатирующего эффекта нитроглицерина (Omura S. et al., 2002). Как донатор сульфгидрильных групп, ацетилцистеин может иметь значение для предупреждения развития толерантности к нитратам у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (Zuin R. et al., 2005), находящихся как на пероральном приеме, так и на инфузии нитроглицерина в условиях интенсивной терапии.

Ацетилцистеин эффективно нейтрализует свободные кислородные радикалы (обладает как прямым действием, так и опосредованным – через продукцию глутатиона) при хирургических вмешательствах с использованием аппарата искусственного кровообращения (Andersen L.W. et al., 1995).

В последние годы препарат широко применяется при чрескожных коронарных вмешательствах и манипуляциях на периферических артериях, проводимых в том числе и на фоне почечной недостаточности, для профилактики контраст-индуцированной нефропатии (Деньгин В.В., 2008), поскольку помимо антиоксидантных, ацетилцистеин обладает вазодилатирующими свойствами, а также предотвращает гибель эндотелиальных клеток.

Как показало небольшое исследование (Шамхалова М.Ш., 2007), в группе больных, принимавших ацетилцистеин, вероятность повышения сывороточного креатинина (более чем на 25%) в течение 2 дней после введения контраста была ниже на 68%, чем в группе плацебо.

Таким образом, ацетилцистеин доказал положительный протекторный эффект на сердечно-сосудистую систему. Для получения результатов необходимо проведение дополнительных исследований с большим количеством пациентов. Однако накопленные в настоящее время данные о положительных эффектах и хорошей переносимости препарата свидетельствуют о том, что расширение показаний к применению ацетилцистеина в кардиологической практике позволит уменьшить частоту развития сердечно-сосудистых катастроф и тем самым снизить уровень смертности от кардиальной патологии.

Назаренко А. О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №3, Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н., асс. Куликова М. В.

Актуальність. Дихання - один з найскладніших процесів, який сприяє відмінній роботі усіх систем людського організму, зокрема серцево-судинної системи. За інформацією МОЗ, на сьогодні в Україні майже 12 млн осіб, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). У 20% хворих на даний недуг виникає по 3-4 гіпертонічних кризів в рік, через те, що не встигли прийняти гіпотензивні препарати. Тому, пошук способу контролю артеріального тиску (АТ) у пацієнтів, до прийому гіпотензивних засобів, в період розвитку кризового стану, є дуже актуальним питанням.

Мета дослідження - оцінити ефективність дихальних вправ при підвищеному артеріальному тиску у хворих на гіпертонічну хворобу.

Матеріали та методи дослідження. Для дослідження увійшли 10 хворих на ГХ: 5 чоловіків та 5 жінок у віці від 46 до 55 років. В момент розвитку кризового стану всі пацієнти додатково до гіпотензивної терапії виконували дихальну гімнастику по методу Стрельникової, який заснований на форсованому вдиху через ніс до 12-16 раз, та по методу Бутейко - система оздоровлення організму, спрямована на обмеження глибокого дихання, що проводиться до 20 разів. Так, в положенні сидячи, з випрямленою спиною пацієнтом здійснювався вдих за рахунок руху діафрагми, таким чином, щоб під час вдиху відбувалося випинання живота. Під час наступної фази, вдих здійснювався за рахунок руху грудною клітиною до максимально можливого обсягу. Після секундної паузи на вдиху слідував нормальний видих, після чого слідувала пауза на видиху, до тих пір, поки виникала необхідність у вдиху. Пауза тривала зазвичай від 5 до 10 секунд. АТ вимірювався на правій руці по методу Короткова автоматичним тонометром фірми Omron.

Результати та їх обговорення: При виявленні АТ вище 140/90 пацієнти приймали гіпотензивні препарати та проводили дихальні вправи до тих пір, поки не починав діяти гіпотензивний препарат, який був призначений йому лікарем. Через 1 хв після початку описаних вище дихальних вправ рівень систолічного артеріального тиску (САТ) знижувався на $25 \pm 5,9$ мм.рт.ст. ($P < 0,001$). При переході на звичайне дихання рівень САТ повертався до вихідних значень через 7-8 хвилин. Цей ефект від дихальної гімнастики можна пояснити збільшенням присмоктуючої дії грудної клітки при її розширенні, що збільшує венозне повернення. В результаті спостерігається зниження АТ. Цей прийом можна використовувати при різкому підвищенні АТ на тлі прийому гіпотензивних засобів до моменту початку їх дії, щоб знизити ймовірність пошкодження судинного русла високим гідростатичним навантаженням. Пауза після видиху виявилася важлива для того, щоб знизити утворення еритроцитарних складж.

Висновок. В ході проведеного дослідження, були зроблені висновки, що артеріальний тиск можна швидко знизити за рахунок описаних дихальних вправ, але, на жаль, цей ефект не стійкий. Тому дану методику можна застосовувати при підвищеному артеріальному тиску відразу після прийому гіпотензивних засобів, щоб посилити їх дію та прискорити зниження артеріального тиску.

Павликова А.А.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І ГЛЮКОЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 3, Україна, Харків
Науковий керівник - к.м.н., ас. кафедри Огнєва О.В.**

Порушення вуглеводного обміну виявляються у 20-30% хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), а підвищений артеріальний тиск (АТ) фіксується у 50-80% хворих на цукровий діабет (ЦД). Наявність інсулінорезистентності, пов'язаної з порушенням дії інсуліну, і підвищення концентрації глюкози крові в більшості випадків супроводжується й підвищенням артеріального тиску. Дослідження взаємозв'язків АТ й глікемії представляє безсумнівний інтерес.

Мета дослідження - встановити взаємозв'язок показників АТ і рівня глюкози крові у хворих на ЦД 2 типу й при поєднанні з АГ.

Матеріали та методи. В ендокринологічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД та МК» м. Харкова нами обстежено 62 хворих переважно середнього віку, що планово надійшли для корекції інсулінотерапії. Всі хворі були розділені на 2 групи: 1 група (n = 29) з ЦД 2 типу без АГ, 2 група (n = 33) - з ЦД 2 типу в поєднанні з АГ. Вимірювання артеріального тиску й рівня глюкози в крові проводилося натщесерце при надходженні і виписці. Статистичну обробку даних виконано в програмі STATISTICA 6.1.

Результати. Нами були виявлено прямі достовірні взаємозв'язки між показниками систолічного (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ) і рівнем глюкози крові натще в групі хворих з поєднанням ЦД 2 типу й АГ (($r = 0,74$; $p < 0,05$) і ($r = 0,69$; $p < 0,05$) відповідно).

Висновки. Наявність достовірних кореляцій між показниками рівня САТ, ДАТ й рівнем глікемії в групі хворих на ЦД 2 типу і АГ підтверджує, що при поєднаній патології активізуються і поглиблюються механізми взаємозв'язку судинних та метаболічних порушень.

Пильов Д.І.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРА РОСТУ-1 І ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ ФЕНОТИПОМ.

Харківській національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №3.

Мета Підвищення ефективності діагностики гормонально-метаболічних порушень у хворих на ЦД типу 2 із різним фенотипом, на підставі вивчення рівня ІФР – 1 та його взаємозв'язків з дисліпідемією.

Матеріали та методи Усього було обстежено 60 хворих на ЦД 2-го типу, серед яких 30 чоловіків та 30 жінок, віком від 35 до 74 років, середній вік відповідав $56,48 \pm 6,9$ роки, середня тривалість захворювання на ЦД 2-го типу складала $8,95 \pm 4,4$ роки. Обстежувані пацієнти були розподілені на три групи в залежності від індексу маси тіла (ІМТ). Першу групу складали - хворі на ЦД 2-го типу з $ІМТ \leq 24,9$ кг/м^2 ($n=20$), друга група - $ІМТ 25,0-29,9$ кг/м^2 ($n=20$), третя група - $ІМТ \geq 30,0$ кг/м^2 ($n=20$). Контрольна група – 10 практично здорових осіб. Проводилося визначенням стану ліпідного обміну: загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) у плазмі крові. Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) розраховувався за формулою Фрідвальда: $ХС\ ЛПНЩ = ЗХС - (ХС\ ЛПВЩ + ТГ/2,2)$. Рівень ІФР-1 визначався - імуноферментним методом за допомогою набору реактивів «DRG» (Німеччина).

Результати Встановлений середній рівень ІФР-1 у крові хворих всіх груп достовірно ($p \leq 0,001$) був знижений в порівнянні з контрольною, де складав $242,30 \pm 11,90$ нг/мл. Найбільш високий рівень спостерігався у 1гр- $198,2 \pm 4,92$ нг/мл; що значно відрізнявся від показників 2гр- $155,5 \pm 4,71$ нг/мл; та 3гр- $139,1 \pm 2,72$ нг/мл. Зв'язки ІФР-1 з показниками ліпідного обміну мали достовірно ($p < 0,05$) негативний характер ЗХС ($r = -0,25$, $p < 0,05$ – 1 група; $r = -0,33$, $p < 0,05$ – 2 група; $r = -0,40$, $p < 0,05$ – 3 група); ЛПНЩ ($r = -0,32$, $p > 0,05$ – 1 група; $r = -0,38$, $p < 0,05$ – 2 група; $r = -0,42$, $p < 0,05$ – 3 група); ЛПДНЩ ($r = -0,34$, $p < 0,05$ – 1 група; $r = -0,37$, $p < 0,05$ – 2 група; $r = -0,40$, $p < 0,05$ – 3 група); ТГ ($r = -0,33$, $p < 0,05$ – 1 група; $r = -0,35$, $p < 0,05$ – 2 група; $r = -0,39$, $p < 0,05$ – 3 група). Була визначена наявність достовірної ($p < 0,05$) негативної кореляції між ІМТ та ІФР-1 у всіх групах хворих ($r = -0,41$, $p < 0,05$ – 1 група; $r = -0,53$, $p < 0,05$ – 2 група; $r = -0,64$, $p < 0,05$ – 3 група).

Висновки. Виявлено негативну кореляцію між ІФР-1 та показниками ЗХС, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ТГ та ІМТ. Встановлено зниження рівня ІФР-1 в залежності від фенотипу хворого. Вивчення рівня ІФР-1 сприяє покращенню діагностики гормонально-метаболических порушень у хворих на ЦД типу 2 із різним фенотипом.

Пільгуй І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НА ГРИП, У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

**Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,
Науковий керівник –к.мед.н., доц. Шумова Н.В.**

Актуальність. Грип є найбільш розповсюдженою інфекцією на земній кулі. Його особливістю є висока швидкість розповсюдження. Показник смертності становить 0,01-0,2 але він різко збільшується у разі виникнення грипу у літніх і ослаблених людей, тих, хто має хронічні захворювання серця, легенів, у дітей.

Мета. Оптимізація проведення вакцинації у літніх людей.

Матеріали та методи. Нами був проведений аналіз європейських досліджень базового імунного статусу у молодих (<31 років, N = 17) і літніх (≥50 років, N = 20) пацієнтів. Сіро-негативна реакція виявилась на A(H1N1)pdm09 штам вірусу грипу, кореляція серологічної реакції на цей конкретний штам після вакцинації та сезонного грипу. Аналіз 36 суб-популяцій лімфоцитів показав, що Т-клітини CD4, серед яких звичайні CD4+ Т-клітини, це як кращі кореляти для успішного визначення A(H1N1)pdm09 імунної відповіді. Крім того, кількість штамів грипу були донорами для сіро-негативної реакції на базовому рівні (NSSN) на додаток до віку, як і очікувалося, це були важливі прогностичні фактори. Вік CD4+ Т-клітин на початку дослідження показав сіро-захист (HAI ≥40) до pdm09 A(H1N1) з високою точністю 89% (р-значення = 0.00002). Дослідження перевірили (N = 43 у сіро-негативних пацієнтів на pdm09(H1N1)), була підтверджена прогностична цінність віку (NSSN) і з вихідним числом CD4+ (точність = 85%, р-значення = 0.0000004).

Висновки. Для проведення населенню вакцинації від грипу потрібен індивідуальний підхід з боку імунної системи.

Поликов Г.О.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестренства
Научный руководитель – профессор Бильченко О.С.**

Внебольничная пневмония (ВП) относится к широко распространенным инфекционным заболеваниями органов дыхания.

Значительным фактором риска развития ВП является пожилой и старческий возраст. Пневмония у данной категории больных представляет серьезную проблему в связи с возникновением ее на фоне сопутствующей патологии, что затрудняет диагностику, а лечение недостаточно эффективное.

Чаще всего ВП возникает на фоне следующей сопутствующей патологии: сердечная недостаточность, ХОЗЛ, онкологические заболевания, сахарный диабет, острые респираторные вирусные инфекции, курение, прием некоторых лекарственных препаратов (ГКС, ингибиторов протонной помпы, нейролептиков).

Таким образом, к факторам риска ВП следует отнести наличие сопутствующей патологии, пожилой и старческий возраст, медикаментозная терапия, снижающая иммунный процесс. Одним из основных факторов риска является курение, которое приводит к изменениям бронхолегочной ткани, нарушению мукоцилиарного клиренса, уменьшению количества эластичных волокон в легочной ткани, снижению активности сурфактанта, фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов и нейтрофилов.

Нами было обследовано 36 больных ВП, возраст которых колебался от 30 до 82 лет, средний возраст составляет 56 ± 12 лет.

Ведущими жалобами были: кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка, лихорадка до 39°C . У 84% пациентов имела место сопутствующая патология: сердечная недостаточность, обусловленная ИБС и атеросклерозом (48% случаев), легочная недостаточность, обусловленная ХОЗЛ имела место у 32% обследованных, бронхиальной астмы у 5%, раком легкого – 2%, сахарным диабетом у 13% больных. Особенно тяжело ВП протекала у пациентов с сердечной недостаточностью и курильщиков (60% обследованных). В 85% случаев в клиническом анализе крови был обнаружен лейкоцитоз, у 10% - лейкопения, у 5% случаев показатели были в пределах нормы. Диагноз ВП в 100% случаев был подтвержден рентгенологически.

В результате исследований установлено, что только у 50% больных через 6 недель от начала болезни отмечаются нормальные физиологические параметры внешнего дыхания.

Согласно нашим наблюдениям, у пациентов, имеющих от 3 до 4 факторов риска, полное выздоровление не наблюдалось. Рентгенологически у этих больных документирован исход в фиброз и пневмосклероз.

Романенко А.Р.

ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №3, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель — д.м.н., проф. Журавлева Л.В.

Актуальность. Цереб्रोкардиальный синдром (ЦКС) — это патологическое состояние, возникающее при наличии у пациента острой церебральной патологии (внутричерепное кровоизлияние, острая недостаточность мозгового кровообращения, эпилептические приступы и т.д.) и

проявляющееся вовлечением в патологический процесс сердца с клиническими и/или инструментальными признаками его повреждения.

Цель. Изучить с помощью электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ) распространенность и определить проявления ЦКС, а также частоту развития каждого из них.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 25 пациентов отделения интенсивной терапии (ОИТ) больницы скорой и неотложной медицинской помощи г. Харькова. Средний возраст составил $44,02 \pm 15,21$ года. 44% исследуемых были женщины. У всех пациентов имела место острая неврологическая патология: закрытая черепно-мозговая травма — 10 пациентов, острая недостаточность мозгового кровообращения — 5 пациентов, постгипоксическая энцефалопатия — 3 пациента, менингоэнцефалит — 2 пациента, эпилептические приступы — 2 пациента, менингит — 1 пациент, гидроцефалия — 1 пациент и спинальная травма — 1 пациент. Из исследования были исключены пациенты с вазопрессорной терапией и кардиальной патологией в анамнезе.

Результаты. По данным ЭКГ нарушения имелись у 15 больных (60%) в виде нарушений реполяризации (33,3%), нарушений внутрижелудочковой проводимости (26,7%), снижения вольтажа зубцов R (6,7%) и различных сочетаний вышеуказанных проявлений (33,3%). ЭхоКГ проводилась у 14 из 25 пациентов. Патологические изменения были обнаружены у 3 пациентов (21,4%) в виде дилатации левого желудочка и снижения его фракции выброса.

Выводы. Цереброкардиальный синдром является частым осложнением острой неврологической патологии. Самыми частыми ЭКГ симптомами являются нарушения реполяризации и внутрижелудочкового проведения. Нарушения на ЭКГ проявляются чаще, чем при ЭхоКГ — 60% и 21,4%, соответственно.

Рынчак П.И., Лысак М.С., Кисель И.В.

МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2, клинический иммунологии и аллергологии,**

Научный руководитель – д.мед.н., проф. П.Г. Кравчун.

Актуальность. Кардиоренальный синдром (КРС) – это патофизиологическое расстройство сердца и почек, при котором дисфункция одного из этих органов ведет к дисфункции другого. Своевременно диагностированный (КРС) позволяет вовремя начать необходимую терапию, предупредить развитие осложнений и снизить летальность. Клинические симптомы появляются только на поздних стадиях КРС, поэтому применение и разработка ранней диагностики позволяет выявить повреждения ещё на клеточном уровне.

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики кардиоваскулярного синдрома в терапии.

Материалы и методы. Сочетанная кардиоренальная патология, обзор и анализ научной методической литературы о методах диагностики КРС.

Результаты и обсуждение. Экспрессия биомаркеров является наиболее современным и точным методом диагностики в сегодняшней терапии. Учитываются несколько групп маркеров: маркеры поражения почек (креатинин, микроальбуминурия, цистатин С, NGAL, ИЛ-18); маркеры миокардиальной ишемии и некроза (миелопероксидаза, тропонин Т и I, холин, МВ-КФК); маркеры кардиоваскулярного ремоделирования (МНУП, ММП, NT-pro-МНУП), а также маркеры провоспалительных реакций, биомеханического стресса и метаболического риска.

Вывод. Применение визуализирующей диагностики при КРС ограничено высоким риском развития осложнений у больных с патологией почек. Поэтому современная диагностика данного синдрома базируется на использовании неинвазивных методов, таких как экспрессия биомаркеров, которые смогут выявить поражение органов на ранних этапах заболевания.

**Рынчак П.И., Якименко Д.С., Мовчан Ю.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ
НЕИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии,
Научный руководитель – д.мед. н., проф. Кравчун П.Г.**

Актуальность. Неинфекционный эндокардит (НИЭ) - заболевание, которое сопровождается формированием стерильных вегетаций на клапанах сердца и прилежащем смежном эндокарде. Вегетации формируются в ответ на травму, циркулирующие иммунные комплексы, васкулит или повышенную свертываемость крови. Прижизненная диагностика зачастую бывает затруднена, и диагноз ставится преимущественно по данным аутопсий.

Цель работы: Изучить особенности течения и диагностики НИЭ.

Материалы и методы: Больные с НИЭ, обзор литературных данных.

Результаты и обсуждения. При НИЭ нет специфических маркеров в крови, а вегетации мелкие, рыхлые и часто эмболизируются, оставляя на клапанах лишь небольшие остатки. Особенности в клиническом течении можно отметить: отсутствие системной воспалительной реакции, зачастую отсутствие сердечных шумов, наличием фибрилляции предсердий, длительной компенсацией пороков, зачастую митрального клапана и низким развитием эмболических осложнений. Высокочувствительным методом диагностики является трансэзофагеальная эхокардиография, по данным которой вегетации при НИЭ, как правило, малы, меньше 1 см в диаметре, на широком основании и имеют неправильную форму.

Выводы. Особенности клинического проявления НИЭ является его латентное течение, и диагностируется уже при развитии осложнений таких как фибрилляция предсердий, ишемические инсульты, сердечная недостаточность. Трансэзофагеальная эхокардиография позволяет

своевременно диагностировать НИЭ и назначит терапию, что позволяет снизить риск развития осложнений.

Саакян Т.Е., Федорцова В.В.
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ
Харківський національний медичний університет, кафедра
внутрішньої медицини №3, Харків, Україна
Науковий керівник: к. мед. н., ас. Кулікова М. В.

У всіх хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2-го типу) рано чи пізно виникають захворювання серцево-судинної системи (ССС), що проявляється розвитком діабетичної кардіоміопатії (ДКМП) та є основною причиною смертності у таких пацієнтів. Провідна роль в розвитку ДКМП при ЦД 2-го типу належить розладам обміну речовин як в організмі взагалі, так і в самому міокарді, що виникають внаслідок дефіциту інсуліну.

Відомо, що інсулін надає на серце пряму та непряму дію. Пряма дія інсуліну полягає в збільшенні надходження глюкози і лактату в міокард та стимуляції їх окислення. Також, інсулін сприяє зниженню концентрації жирних кислот та кетонових тіл в плазмі, пригнічує їх надходження в серце. Порушення цих процесів на тлі ЦД 2-го типу призводить до розвитку оксидативного стресу, що, в свою чергу, сприяє формуванню важких порушень з боку ССС.

Найбільш раннім проявом ДКМП вважається розвиток діастолічної дисфункції лівого шлуночка. Такі порушення часто виникають у пацієнтів навіть з невеликим стажем ЦД 2-го типу та, як правило, клінічно проявляються задишкою, яка виникає в стані спокою, кашлем, що посилюється в горизонтальному положенні, зменшенням переносимості фізичних навантажень, серцебиттям. Для діастолічної дисфункції характерно уповільнення розслаблення лівого шлуночка (ЛШ), що призводить до зменшення об'єму крові, що надходить в шлуночок в фазу раннього наповнення.

За результатами численних досліджень на діастолічне наповнення ЛШ впливають скорочувальна здатність міокарда ЛШ, підвищення артеріального тиску, серцевий ритм, ураження коронарних артерій.

З метою раннього виявлення ДКМП рекомендовано проведення певних неінвазивних кардіоваскулярних тестів: тест Вальсальви, дослідження реакції серцевого ритму на глибоке дихання та зміна положення тіла, ортостатична проба, проба з ізометричної навантаженням та дослідження трансмітрального потоку.

Проведення доплерехокардіографічного дослідження трансмітрального діастолічного потоку крові дозволяє виявити ряд ознак, пов'язаних переважно з значним збільшенням діастолічного градієнта тиску між лівим передсердям (ЛП) і (ЛШ) та уповільненням зниження цього градієнту в період наповнення ЛШ.

Виходячи з усього перерахованого вище можна стверджувати, що у пацієнтів з ЦД 2-го типу розвиваються ускладнення з боку серцево-судинної системи, які проявляються розвитком ДКМП. Діастолічна дисфункція є раннім проявом ДКМП та довгий час протікає безсимптомно або з мінімальними клінічними проявами. Дуже важливо виявляти ці порушення саме на початкових етапах методом проведення ряду діагностичних методик для виявлення початку формування патології серцево судинної системи.

Сечка А.И., Аракелян Л.В.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У
БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
клинической фармакологии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: проф. Бобронникова Л.Р.

Увеличение числа больных гепатитом А в последнее десятилетие, его осложненное течение на фоне сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и недостаточная эффективность существующих методов лечения ставят эту проблему в ряд наиболее актуальных.

Цель: определить особенности течения вирусного гепатита А у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенной болезнью ЖКТ).

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 36 больных вирусным гепатитом А с сопутствующей язвенной болезнью ЖКТ (основная группа). В качестве группы сравнения была изучена клиническая картина у 42 больных вирусным гепатитом А без сопутствующей патологии. Все больные были в возрасте от 19 до 55 лет. Жалобы на зуд кожи в преджелтушном периоде предъявляли 19% больных основной группы и 28% пациентов группы сравнения. Желтушный период характеризовался наличием жалоб на кожный зуд у 25% больных гепатитом А с язвенной болезнью ЖКТ и у 21% пациентов с гепатитом А без язвенной болезни. В основной группе лихорадка в желтушном периоде определялась реже, чем в группе сравнения (у 14 и 21% пациентов соответственно). Увеличение печени свыше 2 см отмечалось чаще у больных гепатитом А с язвенной болезнью ЖКТ по сравнению с пациентами с гепатитом А без язвенной болезни (у 44 и 33% соответственно). Длительность лечения в стационаре более 21 дня наблюдалась в 44 % больных гепатитом А с язвенной болезнью ЖКТ, а в группе сравнения - лишь у 14%. Длительность болезни свыше 30 дней у больных гепатитом А с язвенной болезнью ЖКТ наблюдалась у 42%, а у группы сравнения - у 14% пациентов.

Вывод: Гепатит А болезнь у пациентов с сопутствующей язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки протекает более длительно и требует более продолжительного лечения.

Сипало А.О.

СТУПІНЬ УРАЖЕННЯ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології,

Науковий керівник – проф. Кравчун П.Г.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш розповсюдженим захворюванням століття, яке домінує в структурі захворюваності та є основною причиною смертності. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу може ускладнювати перебіг ІХС. Патогенетично спільними при наявності даних патологій є атеросклеротичні зміни в судинах. Ризик розвитку атеросклерозу вінцевих артерій (ВА) та ІХС суттєво збільшується за наявності ЦД, що потребує ретельного поліпшення діагностики атеросклерозу ВА в цієї категорії хворих.

Мета роботи: визначити ступінь ураження вінцевих артерій у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 55 хворих на ІХС, які знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні ХМКЛ № 27. Середній вік хворих склав $65,16 \pm 1,53$ років. Хворі були розподілені на 2 групи: до першої групи увійшло 30 хворих на ІХС та ЦД 2 типу. До другої групи - 25 хворих на ІХС без супутнього ЦД 2 типу. Усім хворим була проведена мультidetекторна (64 зрізова) комп'ютерна томографічна ангіографія коронарних судин.

Результати: під час дослідження було виявлено, що звуження просвіту ВА спостерігали практично у всіх обстежених хворих. У групі хворих на ІХС та ЦД 2 типу ступінь звуження передньої міжшлуночкової гілки лівої ВА (ПМШГ ЛВА) був вищим, ніж у пацієнтів без ЦД і складав 60 – 70 % ($p < 0,05$). Гемодинамічно значущі стенози при супутньому ЦД фіксували в обвідній гілці (ОГ) ЛВА та у правій ВА (ПВА), тоді як у хворих на ІХС без ЦД у цих гілках переважно документувалися стенози менше ніж 45 % ($p < 0,05$).

Висновки: у результаті проведеного дослідження за даними коронарографії було виявлено, що атеросклеротичні зміни ВА у пацієнтів з ІХС на тлі ЦД 2 типу супроводжуються багатоглибким ураженням ВА, наявністю гемодинамічно значущих стенозів ПМШГ ЛВА. Отримані дані підтверджують негативний вплив ЦД на ступінь атеросклеротичного ураження ВА у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

Скорый Д.А.

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
ЧЕЛОВЕКА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Научный руководитель - Химич Т.Ю.**

По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время каждый третий взрослый человек в мире имеет повышенное артериальное давление – состояние, являющееся причиной около половины всех случаев смерти от инсульта и болезней сердца. Гипертоническая болезнь (ГБ) занимает первое место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Немаловажным фактором при развитии ГБ является психогенный.

Целью данного исследования стало выяснить значение психогенного фактора в развитии ГБ.

Нами обследовано на базе областной клинической больницы 10 пациентов с ГБ II стадии и 5 пациентов с нормальным уровнем артериального давления (группа контроля). Возраст опрошенных находился в пределах 32-65 лет. В качестве методов исследования использовались клинические методы, проведение опроса с использованием личностного опросника ЕРІ (Eysenck Personality Inventory) и теста на уровень тревожности Спилбергера-Ханина. Оценивали уровень нормального артериального давления (АД), максимального АД, возраст, длительность ГБ, причину первого повышения АД, собирався семейный анамнез, анамнез жизни, который включал место работы, отношение пациента к ней, субъективную оценку наличия и частоты стрессовых ситуаций, способы купирования проявлений стресса. Пациенты самостоятельно заполняли опросник ЕРІ, который состоял из 57 вопросов. Основной целью данного опросника было выявить уровень экстраверсии-интроверсии, а так же эмоциональную стабильность-нестабильность (нейротизм). Полученные результаты распределялись на графике среди 4 категорий, которые соответствовали различным типам темперамента: холерик, меланхолик, флегматик и сангвиник. Тест на уровень тревожности Спилбергера-Ханина состоял из 40 вопросов и позволял выявить уровень личностной и ситуационной тревожности.

Результаты исследования показали, что у 70% пациентов с ГБ (7 человек) выявлен тип темперамента флегматик (высокий уровень интроверсии, эмоциональная стабильность), у 20% - тип темперамента меланхолик (высокий уровень интроверсии, эмоциональная нестабильность) и 1 пациент (10%) соответствовал категории холерика (высокое значение экстраверсии, эмоциональная нестабильность). 80% опрошенных заметили первое повышение АД после сильных эмоциональных потрясений в виде смерти родных и близких людей, потери работы и т.д. В группе контроля 60% соответствуют типу темперамента сангвиник (высокое значение экстраверсии, эмоциональная стабильность), 20% - меланхолик и 20% - холерик. Все опрошенные показали умеренный или высокий уровень

личностной и ситуационной тревожности без заметной корреляции в зависимости от наличия ГБ.

Таким образом, мы можем прийти к выводу, что ГБ свойственна людям с типом темперамента флегматик, которые стараются не показывать своих эмоций и хранить их в себе, что подтверждается высоким уровнем интроверсии и низким уровнем экстраверсии. При этом степень переживаний у всех типов темперамента одинакова, что подтверждается тестом тревожности Спилберга-Ханина, различен лишь метод экспрессии либо же купирования данных негативных влияний, что позволяет определить психогенный фактор как один из определяющих развитие ГБ.

Стародубцева Д.В.

РОЛЬ АДИПОЦИТОКИНОВОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ.

**Харковский национальный медицинский университет, кафедра
внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и аллергологии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Бабаджан В.Д.**

Цель. Определение роли адипоцитокинов в развитии атерогенного поражения сосудистой стенки.

Материалы та методы. 58 больных с диагнозом стабильная стенокардия, которые были поделены на 2 группы: 1-я в качестве коморбидной патологии имели ожирение (n=34) и 2-я - без ожирения (n=24). Контрольная группа - 10 практически здоровых лиц.

Результаты. В первой группе больных уровень висфатина достигал $29,6 \pm 2,0$ нг/мл, у пациентов второй группы - $27,6 \pm 1,7$ нг/мл и у практически здоровых лиц - $19,3 \pm 1,3$ нг/мл ($p < 0,05$). Уровень адипонектина в 1-й группе составляло $5,17 \pm 0,22$ нг/мл, у пациентов 2-й группы $6,02 \pm 0,21$ нг/мл. В контрольной $12,45 \pm 0,15$ нг/мл ($p < 0,05$).

Выводы. Прогрессирующее развитие атеросклероза наблюдается у больных с повышенным уровнем висфатина. При этом содержание адипонектина у данных больных снижено. Возможность определения уровней адипоцитокинов в крови позволяет использовать их в качестве прогностических критериев развития атеросклероза артерий.

Суходольська О.І., Спужак Г.Р., Гавриленко Н.В.

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСУ ЦИФРОВОЇ ОБРОБКИ РЕНТГЕНІВСЬКОГО ЗОБРАЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.

**Харківський національний медичний університет, кафедра
радіології та радіаційної медицини, м. Харків, Україна**

Доц.Спужак Р.М.

Вступ. В діагностиці патологічних процесів шлунково-кишкового тракту одним з провідних методів дослідження залишається рентгенологічний, насамперед, рентгеноскопія. При променевому

дослідженні будь-якого органу, в т.ч. і системи травлення, стоїть завдання: якомога раніше і точніше отримати інформацію для встановлення діагнозу при мінімальному променевому навантаженні на пацієнтів. Тому питання вибору того чи іншого засобу отримання зображення і відповідного технічного забезпечення є надто актуальним.

Метою нашої роботи було проаналізувати можливості цифрового рентгенологічного дослідження органів системи травлення.

Клінічний матеріал і методи. Протягом 2016 року нами взято участь у проведенні 2528 рентгенологічних досліджень шлунково-кишкового тракту, які включали 1249 досліджень стравоходу, шлунку та 12-палої кишки та 1279 досліджень товстої кишки (іррігоскопій). Діагнози хворих при направленні на рентгенологічне дослідження включали патологічні функціональні зміни, запальні процеси, аномалії розвитку та підозру на пухлинні новоутвори системи травлення. Промєневе дослідження проводили на рентгенівському апараті TUR D800-1 (Німеччина), удосконаленому комплексом цифрової обробки рентгенівського зображення на базі PC Genuin Intel Celeron™ Processor, 640 МГц та на цифровому апараті Opera T компанії «General Medical Merate» (Італія). Дослідження стравоходу, шлунку тонкої та товстої кишки проводили за стандартними методиками з можливістю запису в реальному масштабі часу у вигляді відеоролика. При цьому виконувалася фіксація прицільних зображень “зон інтересу” із збереженням цифрових знімків в базі даних у форматі DICOM та можливістю їх дистанційної передачі. Постпроцесінгова обробка отриманих зображень дозволяла покращити їх якість.

Результати дослідження. Проведене рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту дозволило встановити різноманітну патологію. Серед групи непухлинних захворювань шлунково-кишкового тракту нами визначено: функціональні зміни (ахалазія стравоходу – у 2 хворих, кардіоспазм – у 3, езофагоспазм – у 3, гіпотонія шлунка – у 7, рефлюкси – у 56, недостатність баугінієвої затулки – у 513); запальні процеси (езофагіт – у 15 хворих, гастрит у 684, коліт – у 936); аномалії розвитку – у 5 хворих; діафрагмальну килу – у 32 хворих, дівертикульоз тонкої кишки – у 11, товстої кишки- у 43 хворих. Серед пухлинних захворювань визначено доброякісні новоутвори (в наших спостереженнях - поліпи) стравоходу (2 хворих), шлунку (5 хворих) та товстої кишки (17 хворих). Серед злоякісних пухлин рак шлунку виявлено у 187 хворих та в одному випадку - саркому шлунка, рак товстої кишки у 378 хворих, рак стравоходу у 10 хворих. У 5 хворих на рак яєчників визначали ураження товстої кишки.

Висновки. Цифрова рентгеноскопія ШКТ дозволяє скоротити тривалість дослідження та відповідно знизити променеве навантаження на пацієнта. Застосування цифрового дослідження дає можливість архівації, швидкого пошуку в базі даних та дистанційної передачі діагностичної інформації. Цифрове дослідження є більш економічним порівняно із звичайним рентгенологічним, при високій якості отриманих зображень за рахунок можливості їх корекції.

Сушечкая Д.А., Затолока Д.В., Матове Шиедза
НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ.
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра внутренней медицины №3,
Научный руководитель: доц. Федоров В.А.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – это наиболее часто и широко назначаемая группа лекарственных средств. Поэтому разработка и применение новых и эффективных схем лечения и профилактики НПВП-индуцированных гастропатий является актуальной проблемой современной медицины.

Целью исследования было выявление частоты встречаемости НПВП-индуцированных гастропатий у больных с ревматологической патологией, принимающих НПВП.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 50 больных, преимущественно с деформирующим остеоартрозом, ревматоидным артритом, подагрой и реактивным артритом, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении КУ ОЗ «ОКБ –ЦЕМП и МК» за период с сентября по ноябрь 2016 года. Частоту встречаемости НПВП-индуцированных гастропатий определяли на основании: жалоб, данных объективного осмотра, протоколов эндоскопического исследования и теста на Нр. Количество мужчин и женщин было приблизительно одинаковым, средний возраст пациентов составил от 37 до 61 года, продолжительность болезни от 2 до 10 лет.

Результаты исследования: Жалобы на изжогу предъявляли 29 человек (58%). Боли и тяжесть после приема пищи отмечали 26 и 34 человека (52% и 68% соответственно). Запоры беспокоили 33 пациентов (66%). Ночные и голодные боли были у 12 человек (24%). Жалобы на отрыжку и вздутие живота предъявляли 31 (62%) и 25 (50%) больных. У 36 человек была обнаружена болезненность при пальпации в эпигастральной области (72%). У 15 пациентов отмечалась локальная болезненность (30%). Положительный симптом Менделя выявлен у 14 человек (28%), а Лаенека у 28 обследуемых (22%). Локальное напряжение мышц передней брюшной стенки выявлено у 24 человек (48%). При фиброгастродуоденоскопии у 12 человек (24%) была обнаружена эритрематозная и у 14 человек – эрозивная гастропатия (28%). Язвенные поражения желудка были выявлены у 6 человек (12%), а 12-перстной кишки у 2 (4%). У 13 больных был выявлен *Helicobacter pylori* (26%). Согласно IV Маастрихтскому консенсусу всем пациентам была назначена тройная терапия первой линии: омепразол 20мг*2 р/сут; кларитромицин 500мг*2 р/сут; амоксициллин 1г*2 р/сут. После проведенного лечения у 35 пациентов (70%) исчезли боли в эпигастрии, у 29 (58%) – изжога. У 30 человек (60%) уменьшилась тяжесть после приема пищи и у 23 (46%) вздутие живота. У 26 пациентов (54%) нормализовался стул.

Выводы: поражение желудочно-кишечного тракта при длительном приеме НПВП может встречаться более чем у 70% больных. Применение блокаторов протонной помпы в комплексном лечении данной группы

больных оказывает положительный эффект на течение заболевания, защищая слизистую желудка и 12-перстной кишки во время приема НПВП.

Табаченко О.С., Хасані Амонзода

**АНАЛІЗ ДИНАМІКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНИХ,
МЕТАБОЛІЧНИХ І НЕЙРОГУМОРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД
ВПЛИВОМ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.**

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

У хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу у коморбідності з артеріальною гіпертензією (АГ) ефективна медикаментозна терапія значною мірою попереджає розвиток серцево-судинних ускладнень і ниркової недостатності.

Мета дослідження – оцінити зміни кардіогемодинаміки, метаболічних показників, апеліну-12 та обестатину на тлі антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 67 хворих з АГ та ЦД 2 типу, що були розподілені на дві групи хворих: перша група (n=32) отримувала квінаприл у дозі 5 мг на добу, друга група (n=35) отримувала азилсартану медоксоміл у дозі 40 мг на добу протягом двох тижнів. В якості гіполіпідемічної терапії хворі обох груп отримували розувастатин та метформін як гіпоглікемічний препарат. Через два тижні проводили контроль клініко-лабораторних параметрів: вимірювання артеріального тиску, глюкози крові, рівень глікозильованного гемоглобіну у хворих з АГ та ЦД 2 типу.

Результати та їх обговорення. Комбінація азилсартану медоксомілу, метформіну та розувастатину виявила більш виразний терапевтичний ефект щодо нормалізації артеріального тиску а також відносно зменшення ступеня ремоделювання міокарда за рахунок зниження гіпертрофії лівого шлуночка та зменшення порожнини лівого шлуночка при порівнянні з схемою квінаприл у комбінації з метформіном та розувастатином під час лікування хворих з артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Висновки. Отримані достовірні дані щодо позитивної терапевтичної спрямованості обох схем терапії у хворих з АГ та ЦД 2 типу

Титова А.В.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
клинической фармакологии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: проф. Бобронникова Л.Р.

Пиелонефрит является одной из основных проблем в области урологии. До настоящего времени это заболевание занимает одно из первых мест в структуре нефропатий как среди взрослого населения, так и среди детей. Таким образом мы не можем не обратить внимание на то, что инфекционно-

воспалительные заболевания почек у больных сахарным диабетом встречаются в 4-5 раз чаще, чем при его отсутствии.

Цель: определить особенности течения пиелонефрита у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 20 больных пиелонефритом с сопутствующим сахарным диабетом (группа А) и 20 пациентов с пиелонефритом без сопутствующих заболеваний (группа В). Возраст больных варьировался от 20 до 50 лет. В группе В 70% пациентов составили женщины в возрасте от 20 до 32 лет, тогда как в группе А процентное соотношение пациентов было равномерным, не зависящим от половой и возрастной принадлежности больных. В группе В наблюдалось 20% осложненного течения пиелонефрита, в то время как в группе А осложненные формы встречаются в 90% случаев. В частности, эмфизематозный пиелонефрит, который редко встречается в общей популяции, распространен среди больных сахарным диабетом. При выявлении возбудителя пиелонефрита в группе В первое место занимала *Escherichia coli* (в 95% случаев), тогда как в группе А возрастало этиологическое значение других представителей семейства *Enterobacteriaceae* (преимущественно, *Klebsiella* spp. и *Proteus* spp.) в 50% случаев. Длительность лечения пациентов группы В в среднем составила 10-14 дней, а в группе А - свыше 2 недель.

Выводы: Пиелонефрит у больных сахарным диабетом в большинстве случаев протекает в более осложненных формах и требует более специфического и продолжительного лечения.

Фуссейни Диабате

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии, Харьков, Украина
Научный руководитель: Ильченко И.А.**

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) ухудшает течение обоих заболеваний. Вегетативная нейропатия, развивающаяся при СД сопровождается истощением функциональных резервов сердечно-сосудистой (СС) системы, способствует ухудшению коронарного кровообращения и развитию аритмий.

Цель: изучить вариабельность ритма сердца (ВРС) у больных с ИБС и СД 2 типа (СД-2) и установить взаимосвязь изменений ВРС с состоянием липидного и углеводного обменов.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных с ИБС и СД-2 (30 женщин и 32 мужчины), средний возраст $59,7 \pm 5,8$ лет. Длительность ИБС - $9,6 \pm 4,6$ лет, длительность СД-2 - $5,8 \pm 2,4$ года. ВРС оценивали по записи ритмограммы (РГ) в течение 5 минут со статистическим анализом полученных индексов. Показатели липидного (общий холестерин (ОХ);

холестерин липопротеидов низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП) плотности; триглицериды (ТГ)) и углеводного обменов (гликозилированный гемоглобин (HbA1c)) обследованных больных сравнивали с данными 14 здоровых лиц.

Результаты. У больных ИБС и СД-2 установлен дисбаланс вегетативной регуляции деятельности сердца: уменьшение стандартного отклонения величины кардиоинтервалов, уменьшение общей мощности спектра, увеличение соотношения мощности в диапазоне низких и высоких частот. Дислипидемия характеризовалась у 38 больных повышением ОХ ($7,32 \pm 0,24$ ммоль/л; контроль $4,32 \pm 0,12$ ммоль/л; ($p < 0,05$)); у 42 больных повышением ЛПНП ($5,22 \pm 0,19$ ммоль/л; контроль $2,82 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,05$)); у 30 больных повышением ТГ ($2,10 \pm 0,06$ ммоль/л; контроль $0,76 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,05$)). Нарушенная компенсация углеводного обмена проявлялась повышением HbA1c в диапазоне средних значений $7,6 \pm 0,04\%$; $8,2 \pm 0,14\%$ и $10,4 \pm 0,42\%$ (контроль $4,8 \pm 0,02\%$; ($p < 0,05$)) у 29, 32 и 9 больных соответственно.

Выводы. Нарушения ВРС у больных с ИБС и СД-2 происходят на фоне изменений липидного и углеводного обменов, при этом нарушение компенсации углеводного оказывает большее влияние на ВРС, чем нарушения липидного обмена. Раннее выявление и мониторинг нарушений ВРС у больных с ИБС и СД-2 необходимы для своевременного лечения, предотвращения развития аритмий и прогрессирования СС осложнений.

Харченко Л.М. ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та
медсестринства, м. Харків, Україна.**

Науковий керівник д. мед. наук, професор Бездітко Т.В.

Одним з найбільш поширених в наші дні афектів є стрес. У сучасному житті стреси грають значну роль. Вони впливають на поведінку людини, його працездатність, здоров'я, взаємини з тими, що оточують і в сім'ї. Стресом є стан надмірно сильної і тривалої психологічної напруги, яка виникає у людини, коли її нервова система отримує емоційне перевантаження.

Мета роботи: оцінити особливості психічного стану і властивостей особи співробітників відділення анестезіології і реанімації КЗОЗ ОКЦУН з використанням скороченого багатопрофільного опитувальника (СБОО).

Проведено анкетування 36 медичних працівників. Дослідження особливостей лікарів і медсестер по СБОО показали наступні результати по оціночній шкалі: по шкалі щирості – L високі показники – 13 осіб (44%), середні показники – 10 осіб (33%), низькі показники – 13 осіб (25%); по шкалі достовірності – F -високі показники – 31 осіб (83%), середні показники

– 5 осіб (17%), низькі показники – не було; по шкалі достовірності – F високі показники – 31 осіб (83%), середні показники – 5 осіб (17%), низькі показники – не було; по шкалі корекції – K-високі показники – 29 особи (77%), - середні показники – 5 осіб (16%), низькі показники – 2 особи (7%); по шкалі професійного стресу - стрес не є проблемою – 7 осіб (23%), помірний рівень стресу – 16 осіб (54%) - стрес як проблема – 7 осіб (23%). За цими даними можна зробити висновок, що обстежені відповідали достатньо щиро і не усвідомлено контролювали свою поведінку під час тестування, відмічено перевага помірного рівню стресу. Для групи «стрес як проблема» рекомендовано змінити умови праці.

Шапаренко О.В.

РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,

Науковий керівник – д.м.н., професор Кравчун П.Г.

Поширеність серцево-судинних захворювань серед населення України протягом останніх 25 років зростає втричі. Рівень смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні за останні десятиріччя збільшився майже у половину і дорівнює 65% серед усіх причин смертності. До основних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань та їх ускладнень відносять артеріальну гіпертензію (АГ), ожиріння, паління, гіподинамію, порушення ліпідного обміну та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Таким чином, дослідження sCD40L на тлі метаболічних порушень, як патогенетичного фактору АГ та ЦД 2 типу, а також розробка нових методів діагностики є актуальними на сьогоднішній день.

Мета – визначити роль sCD40L у формуванні інсулінорезистентності у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Було проведено комплексне дослідження 60 хворих на АГ, що перебували на стаціонарному лікуванні у інфарктному та кардіологічному відділеннях Харківської міської клінічної лікарні №27. Всі хворі на АГ були розподілені на 2 групи. До першої увійшли хворі на АГ з ЦД 2 типу (n=40), до другої – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n=20). Середній вік першої групи склав $65,55 \pm 1,08$ років, другої – $64,97 \pm 1,98$ роки.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що рівень sCD40L був достовірно значно вищий у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу, ніж без нього та у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,001$). У хворих на АГ та ЦД 2 типу відбувалось зростання рівня sCD40L відповідно збільшенню інсулінорезистентності. За результатами проведених досліджень систему CD40-CD40L можна розглядати, як універсальну ланку патогенезу, що поєднує імунозапальні порушення, гіперглікемію та судинні ускладнення ЦД 2 типу.

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками вуглеводного обміну та sCD40L виявив наявність прямої залежності з рівнем HbA_{1c} ($p < 0,05$, $r = 0,65$).

sCD40L позитивно корелював з рівнем загального холестерину ($p < 0,05$, $r = 0,28$), тригліцеридів ($p < 0,05$, $r = 0,41$), ліпопротеїдів дуже низької щільності ($p < 0,05$, $r = 0,24$) та негативно – з коефіцієнтом атерогеності ($p < 0,05$, $r = -0,50$).

Серед усіх показників, що вивчалися, найбільшу чутливість у прогнозуванні серцево-судинних ускладнень мали sCD40L та HbA_{1c}, тому ми можемо стверджувати, що ці показники є маркерами серцево-судинного ризику.

Отже, було встановлено значення sCD40L як універсальної ланки патогенезу, що поєднує аутоімунне запалення, гіперглікемію та судинні ускладнення ЦД 2 типу у хворих на АГ. Визначено вплив sCD40L на формування інсулінорезистентності та ЦД 2 типу у хворих на АГ. Отримані кореляційні зв'язки показали пряму залежність між показниками ліпідного та вуглеводного обмінів з sCD40L у хворих на ЦД 2 типу та АГ.

Шевякова О.М.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства**

Научный руководитель: доцент Чернякова И.А.

Концепция медсестринства в настоящее время подвергается принципиальным изменениям: разрабатывается собственная база знаний, предлагаются новые теории и модели, в центре которых находятся физиологические, психологические, социальные потребности пациента, оценка результатов медсестринского вмешательства. Одним из эффективных инструментов осуществления такого подхода могут стать опросники по качеству жизни, связанного со здоровьем (КЖ), общие и специальные, которые широко используются во врачебной практике. Наиболее популярным из общих опросников признан международный опросник MOS SF-36 – короткая форма медицинского обследования для оценки КЖ пациентов с различными заболеваниями. В настоящее время опросники применяются для изучения КЖ врачами, однако, бакалавры и магистры медсестринства получают высшее образование согласно международным стандартам и протоколам, которое позволяет им проводить исследование КЖ пациентов с различной патологией, использовать полученные результаты для коррекции и осуществления медсестринского вмешательства.

Нами использован общий опросник MOS SF-36 для изучения КЖ 20 пациентов с бронхиальной астмой (БА), 12 женщин и 8 мужчин, возраст которых колебался от 26 до 58 лет, в среднем составляя 43,4 года. Результаты анкетирования оценивались с помощью специальной компьютерной программы в баллах от 0 до 100. Полученные данные сопоставлялись с результатами обследования пациентов в стационаре.

Анкетирование занимает 10-15 мин., пациенты охотно работают с опросником, проявляют интерес к целям, задачам исследования.

Обнаружено значительное снижение КЖ по двум суммарным шкалам: показатель «Физическое здоровье», PCS, в среднем составлял $36,9 \pm 3,4$; «Психическое здоровье», MCS – $44,3 \pm 4,5$ балла. При БА II ст. PCS в среднем составил $42,4 \pm 7$; MCS – $36,5 \pm 4,8$; при БА III ст. – $31,5 \pm 6,3$ и $41,3 \pm 5,8$ соответственно; при БА IV ст. – $29,4 \pm 4,68$ и $32,5 \pm 6,5$ баллов. Самые высокие показатели физического здоровья обнаружены при БА II ст., частично контролируемой БА. Низкие показатели PCS характерны для женщин, лиц старших возрастных групп, больных БА IV ст., неконтролируемой, при избыточной массе тела, гормонозависимости, артериальной гипертензии (АГ). Показатели психического здоровья ухудшаются при неконтролируемой БА, у лиц молодого возраста, у мужчин, при аллергическом рините и АГ. При снижении показателей физического здоровья у пациентов с БА медсестра должна контролировать правильность использования доставочных устройств, приверженность пациента терапии, диету для снижения массы тела. Особое внимание следует уделять женщинам, пациентам старших возрастных групп. Для коррекции проблем, связанных с психическим здоровьем, следует обращать внимание на эмоциональное состояние мужчин, лиц молодого возраста, контролировать чёткое выполнение рекомендаций по лечению аллергического ринита, АГ, ухудшающих показатели MCS.

MOS SF-36 может использоваться бакалаврами и магистрами медсестринства для оценки субъективного восприятия пациентом своей болезни («внутренней картины болезни»), мониторинга состояния, оценки физической, психологической, социальной адаптации больного, эффективности медсестринского вмешательства с целью углублённого изучения проблем пациента, их решения, улучшения КЖ в каждом конкретном случае.

ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Oluronbi Olubunmi Ifeolu

CRITICAL LIMB ISCHAEMIA MEDICAMENTAL TREATMENT

Department of Surgery №2

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific leader:– Goni S.-K.T. Goni S.-A.T.

Critical limb ischemia (CLI) is an advanced stage of peripheral artery disease (PAD). It is defined as a triad of ischemic rest pain, arterial insufficiency ulcers, and gangrene. The latter two conditions are jointly referred to as tissue loss, reflecting the development of surface damage to the limb tissue due to the most severe stage of ischemia. CLI has a negative prognosis within a year after the initial diagnosis. Interventions for critical limb ischemia and the impact of major amputation have a significant social and economic impact. At 1 year, 25% of patients will be dead, 30% will have undergone amputation, and only 45% will remain alive with both limbs. At 5 years, more than 60% of patients with critical limb ischemia will be dead.

Purpose of the work. To study the result of treatment of patients with CLI using nonoperative methods.

Materials and methods. On the basis of the Kharkiv regional hospital for the 2014-2016 year we had treated 50 patients with CLI who underwent conservative therapy only because of the impossibility of direct or indirect revascularization. The patients were divided into two groups - main and control group. In the main group angiogenesis stimulation procedure was carried out using platelet-rich plasma (PRP).

Results. Observation for 12 months with the definition of quality of life of patients showed that the level of pain in patients with PRP in the period of 6 months was 26% below that of the control group and in 12 months - 33.3%. Also, pain-free walking distance in a period of 6 months was 50% higher in the main group and in 12 months - 78.4% higher than in a control group. Quality of life (physical functioning) of patients of the main group was 23,7 % higher than that of patients in the control group in the period of 6 months, and by 51,8% in the period of 12 months. Also, mental functioning level of patients of the main group in the period of 12 months was 20,7% higher than that of patients in the control group.

Conclusions. Patients with critical limb ischemia have increased functional impairment and increased rates of functional decline compared to those without critical limb ischemia; specifically, they have lower physical activity levels, slower walking speed, poorer balance, and poorer walking endurance. This functional impairment affects quality of life and may lead to an increased prevalence of depressive symptoms that have been observed in patients with critical limb ischemia. Patients with additive PRP treatment have higher quality of life in the period of 6 and 12 months.

Sivozhelizov A.V., Sykal M.O., Chugay V.V., Kolesnik V.P., Olefir O.S.
COMPLICATION OF THE LAPAROSCOPIC HERNIA REPAIR
Department of Surgery №2

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Solving the problem of effective treatment of abdominal hernias currently relevant because of the prevalence of this disease among people of working age, and quite a high percentage of complications, relapse and mortality. The improvement in hernia surgery unfold the minimally invasive laparoscopic technique. Using laparoscopic techniques can significantly reduce postoperative complications and disability. However, this technique is not perfect and has a number of specific complications of this technique.

Objective: The impact of various method of laparoscopic plasty, using net implants, on result of abdominal hernias was studied in clinical investigation.

Materials and methods: since from 2011 started laparoscopic gernioalloplastik. During the period from 2011 to 2015 hernia repair with mash was performed in 1546 patients, aged 19-84 years with abdominal hernia. For the purpose of the survey was used ultrasound investigation and computer diagnostics of abdominal cavity. We use several methods of "first shot.". In all cases of adhesions in abdominal cavity, it is desirable to use either the optical trocar, or Hassan technique. The choice of method of laparoscopic plastic depended on the location and size of the hernia ring. In cases of inguinal hernia we performed – TAPP (transabdominal preperitoneal plastic), in cases of incisional and umbilical hernias was performed in accordance to the IPOM (intraperitoneal on lay mesh). For the implantation of mesh implants used ULTRAPRO (ETHICON) and PARIETEN LIGHT (COVIDIEN) with its fixation steplerom "Protak", as well as a self-PROGREEP (COVIDIEN) and restoration of the peritoneum with suturing. 20 patients underwent simultaneous operations on the abdominal organs.

Results and Discussion: Our findings suggest that using laparoscopic repair in the surgical treatment of abdominal hernias is an effective alternative to open operations. Of the intraoperative complications often met bleeding (trocar injuries, damage of inferior epigastric vessels in all cases occurred in patients with obesity), bruising groin, neuralgia and paresthesia, frozen shoulder pain, subcutaneous emphysema. We consider it essential to conduct a thorough hemostasis, even with little intensity and duration of bleeding. Hemostasis is achieved in all cases laparoscopically - stitching or coagulation. In the immediate postoperative period seroma was observed, marked bruising preperitonealnye, which were liquidated conservative by punctures. The average length of inpatient treatment was 2.4 days and ranged from 12 hours to 4 days.

Conclusions: Experience in the use of laparoscopic repair in the surgical treatment of abdominal hernias showed that it is an effective alternative to traditional operations. The advantages of laparoscopic hernia repair over traditional methods - it is possible to inspect the abdominal cavity, the simultaneous closure of the graft of all the weaknesses of the anterior abdominal wall, reducing the duration of hospital stay. Surgeries using laparoscopic techniques are effective,

pathogenetically justified in recurrent inguinal hernias and ventral hernias of medium size, whereas the large and giant hernias indicated for open technique.

Арутюнян А. Ю.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО
СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПЛАСТИКОВЫХ И
САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
хирургии №2, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к. м. н. Свирепо П. В.

Актуальность. В настоящее время вопросы своевременной диагностики и рациональной тактики лечения механической желтухи (МЖ) являются наиболее сложными в абдоминальной онкологии. МЖ приводит к быстрому нарастанию печёночной недостаточности и возникновению других тяжелых осложнений, в том числе инфекционных. Ликвидация МЖ, особенно при развитии на её фоне интоксикации и печёночной недостаточности, является первоочередной задачей в тактике лечения данной категории пациентов (Гальперин Э. И., 2011 г.).

Цель исследования. Определение возможности эндоскопического ретроградного билиарного стентирования (ЭРБС) при опухолевой МЖ и сравнение результатов стентирования при помощи пластиковых и саморасширяющихся металлических стентов (СМС).

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 гг. в клинике выполнено ЭРБС как окончательное лечение у 64 неоперабельных пациентов с 3-4 стадией злокачественных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых МЖ. Все пациенты были разделены на 2 группы по 32 человека. В первой группе пациентам устанавливали пластиковый стент диаметром 8,5-10 Fr. Во второй группе были использованы покрытые СМС диаметром 10 Fr. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 8,1$ лет. Женщин – 47 (73,4%), а мужчин – 17 (26,6%). Комплексное обследование позволило выявить, что причиной механической желтухи была опухоль головки поджелудочной железы у 29 (45,4 %) пациентов, опухоль большого дуоденального сосочка у 9 (14%), опухоль жёлчного протока у 9 (14%), опухоль жёлчного пузыря - 7 (11%), метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки со сдавлением жёлчного протока - у 10 (15,6%). При определении стадии опухолевого процесса руководствовались классификацией TMN в редакции 2009 г. Диагностика характера желтухи, уровня и причины окклюзии желчевыводящих путей выполненная в течение первых двух суток от поступления. Оценка печёночной недостаточности проводилась по классификации Чайлд-Пью (1972 г.). 57 (89%) пациентов имели субкомпенсированную и компенсированную степень печёночной недостаточности.

В первой группе пациентов устанавливали пластиковые стенты диаметром 8,5-10 Fr фирм Wilson-Cook, Boston Scientific; во второй группе использовали СМС диаметром 10 Fr Hanarostent, Walstent.

Результаты. Во всех случаях установка билиарных стентов осуществлена после предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Осложнения в 1 группе составили: острый панкреатит - 2 (3,1%), кровотечение из области ЭПСТ - 2 (3,1%), миграция стента - 3 (4,7%). Всего - 7 (10,9%). Осложнения во 2 группе составили: острый панкреатит - 3 (4,7%), острый холецистит - 1 (1,5%), миграция стента - 1 (1,5%). Всего - 5 (7,7%). Послеоперационной летальности не было в обеих группах. После билиарного стентирования у всех пациентов желтуха исчезла или существенно разрешилась, средний уровень билирубинемии до операции составил в 1 группе - $212,2 \pm 76,2$ мкмоль/л, во 2 группе - $206,1 \pm 75,2$ мкмоль/л. Продолжительность желтушного периода до первичного дренирования в 1 группе - 11 ± 5 суток, во 2 группе - $13,5 \pm 7,3$ суток. Все пациенты были выписаны из клиники, учитывая их неоперабельный статус. В связи с окклюзией эндопротеза и рецидивирования механической желтухи повторно госпитализированы 16 пациентов из 1 группы и 7 пациентов из 2 группы. Средний срок функции пластиковых билиарных стентов составил $109,9 \pm 101,2$ дня (3,5 месяца); срок функции СМС составил $256,5 \pm 90,5$ суток (8,5 месяцев).

Выводы. 1. ЭРБС желчных протоков при злокачественных опухолях панкреатобилиарной области является эффективным методом ликвидации механической желтухи. 2. Применение СМС явилось полноценной альтернативой паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивного анастомоза при лечении опухолевой МЖ.

Бабаева А. Р.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и
интенсивной терапии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Соколов А.С.

Актуальность: Течение сахарного диабета (СД) в особенности II типа, в следствии поражения сосудов сопровождается развитием ряда осложнений. Одним из наиболее угрожающих жизни является диабетическая нефропатия с нефротическим синдромом (НС).

Тромбозы и эмболии, являются самыми частыми осложнениями нефротического синдрома. Наиболее часто НС осложняют венозные тромбозы. Тромбозы вен нижних конечностей нередко служат источником ТЭЛА, которая развивается в 19-26% случаев у взрослых пациентов и в 35%-у детей.

Цель: Изучить возможность и эффективность применения антикоагулянтов прямого действия на фоне нефротического синдрома у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы: Дизайн нашего исследования включал сравнительное изучение влияния антикоагулянтов прямого действия 23 пациентов, страдающих СД II типа с НС с высоким риском развития венозных тромбозов нижних конечностей. В ходе исследования пациенты были разделены на две группы, время наблюдения составило 14 дней. Первая (I) группа – 10 человек принимала препараты низкомолекулярного гепарина: Надропарин кальций (Фраксипарин) по 0,6 мл 1 раза в сутки подкожно, вторая (II) группа использовала препараты группы Гепариноидов: Гепароид наносят 1 мм на пораженный участок и вокруг него 3 раза в сутки с промежутком в 4 часа, Пентосан полисульфат SP 54 подкожно 100 мг в суточной дозе.

Результаты исследования: В ходе исследований установлено, что в обеих группах получены схожие результаты реологические свойства крови ($P \geq 0,05$), однако в I группе наблюдались побочные эффекты в виде гематом в месте инъекции, местное раздражение. Во II к группе побочные явления наблюдались в одном случае.

Выводы: Таким образом, применение группы Гепариноидов дает хороший терапевтический эффект при большой безопасности и может быть рекомендован для профилактики тромботических осложнений у пациентов страдающих СД с нефротическим синдромом.

Бурсак А.Г., Авсюкевич О. С.
ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії № 2
Науковий керівник: ас. Колесник В.П.

Актуальність. Однією з найбільш актуальних проблем невідкладної хірургії продовжує залишатися тактика ведення хворих з кровотечами зі стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), як і вибір оптимального фармакологічного засобу, що забезпечує надійний гемостатичний ефект. Така ситуація визначається наявністю великої кількості нозологічних форм захворювань верхніх відділів травного тракту, особливостями їх етіопатогенезу та клінічної картини перебігу.

Матеріали та методи дослідження. За 2016 рік у хірургічне відділення КЗОЗ «ОКЛ ЦЕ та МК» звернулося 16 пацієнтів, яким було встановлено діагноз «Виразкова кровотеча І ступеню» та проліковано ендоскопічним методом.

На даний момент виділяють три основних способи ендоскопічного гемостазу:

- Медикаментозний: зрошування або інфільтрація розчинами медикаментів (гемостатичними, судинозвужувальними, коагулюючими),

нанесення плінкоутворюючих препаратів, інфільтраційний гемостаз (розчинами адреналіна, клейовими композиціями з фібрином, олійними розчинами, спирто-новокаїновими сумішами, фізіологічними, склерозуючими і коагулюючими розчинами);

- Фізичний: термовплив (термозонд, кріовплив), електрокоагуляція (монополярна, біполярна, мультиполярна і ін.), лазерная коагуляція;

- Механічний: кліпування судини гемостатичними кліпсами, лігування еластичними кільцями, ендопетлею.

У дослідженні були використані ін'єкційний та фізичний вплив.

Результати дослідження. При малоінтенсивних ГДК (І ступеню) застосовується зрошення кровотечі крижаною водою, теплим 10% розчином кальцію хлориду, 20-30% розчином амінокапронової кислоти, застосування фібринового клею, що дало позитивні результати у 82% досліджуваних (13 пацієнтів). Однак в 18% випадків (3 хворих) циманіпуляції дали тимчасовий ефект, і хворим було проведена консервативна медикаментозна терапія з позитивним результатом.

Одні із найпопулярніших та розповсюджених методів є вплив на джерело ГДК електричним струмом високої частоти – електрокоагуляція та використання лазерної коагуляції. Однак при тотальному ерозивно-геморагічному гастриті, кровотечі з кількох виразок чи великого діаметру (понад 3 см), струминній артеріальній кровотечі з судини більше 2 мм дані методики малоефективні. Гемостатична неадекватність методу дозволила досягти первинного гемостазу у 78% (12 пацієнтів), остаточного – у 88% (14 хворих); знизена кількість невідкладних операцій до 11% (2 пацієнти), рецидив кровотечі виник у 19% (3 хворих).

Механічні методи є найрозповсюдженішими та найрезультативнішими. Результати рандомізованих досліджень показали, що ендоскопічне кліпування дозволяє здійснити гемостаз у 85% хворих, частота вихідних невдач або рецидивів кровотечі становить 19%.

Висновок. При І ступені виразкової кровотечі найбільш ефективним і оптимальним методом її зупинки є фармакологічний метод (позитивний результат у 82 % хворих) та електро- і лазерна коагуляція (88 % пацієнтів).

Василевский В.С.

ЛЕЧЕНИЕ МАКУЛОПАТИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ТРОМБОЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель – к.м.н., доцент Добрица Я.В.

Тромбоз центральной вены сетчатки (ЦВС) является одной из наиболее частой причин снижения зрительных функций, составляя до 35-40% всей ретинопатологии глаза. В клинике принято деление тромбозов ЦВС на ишемические и неишемические. Результаты ишемических тромбозов ЦВС и ее ветвей неблагоприятны, так как в 65-100% случаев формируется макулярный отек сетчатки, способный привести к значительному ухудшению

остроты зрения даже в раннем периоде заболевания. В дальнейшем в зонах ретинальной ишемии и окклюзии формируется неоваскуляризация сетчатки. Неоваскуляризация в последующем способствует развитию фиброза и глиоза ткани сетчатой оболочки, приводит к рецидивирующему гемофтальму и к неоваскулярной глаукоме.

Цель: изучение клинической эффективности применения ингибиторов VEGF (vascular endothelial growth factor – сосудисто-эндотелиального фактора роста) в лечении макулопатии при ишемических тромбозах ЦВС и ее ветвей.

Материал и методы: на базе кафедры офтальмологии ХНМУ были проведены исследования по влиянию анти – VEGF препаратов (айлии и люцентиса) на отек сетчатки в макулярной области при макулопатии на фоне ишемического тромбоза ЦВС и ее ветвей. Был выполнен анализ историй болезни 10 пациентов (10 глаз), находившихся на лечении во взрослом глазном отделении ХОКБ в 2011-2016 гг с диагнозом «Тромбоз ЦВС, макулярный отек», которым на фоне курса консервативного лечения применяли интравитреальное введение (ИВВ) препарата «Люцентис» 0,5 мг (от 1 до 3 инъекций) - 5 больных и препарата «Айлия» 2 мг (2-3 инъекции) - 5 больных. Среди них 3 мужчин и 7 женщин, возраст варьировал от 41 до 82 лет, длительность тромбоза ЦВС и ее ветвей была от 10 суток до 14 мес. Ишемический тромбоз ЦВС определялся во всех 10 глазах (100%). Среди сопутствующих заболеваний - гипертоническая болезнь различной стадии – у 10 больных, у 2 пациентов – сахарный диабет II типа, ишемическая болезнь сердца – у 9. Среди методов обследования были применены: визометрия, биомикроскопия, периметрия, тонометрия, офтальмоскопия, флюоресцентная ангиография сетчатки, оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области и диска зрительного нерва, аутокампиметрия на сетке Амслера.

Результаты: на всех 10 глазах на фоне картины тромбоза ЦВС имелись изменения макулярной области сетчатки, которые подтверждались и офтальмоскопически при ОКТ. Изменения состояли в наличии различной степени выраженности макулярного отека - диффузный макулярный отек с ретинальными геморрагиями; наличие как правило крупных (1-4) парфовеолярных интравитреальных кист; кистовидный макулярный отек. По данным ОКТ исходная толщина центральных отделов сетчатки (ТЦС) составила от 397 до 1011 микрон (при норме 190). Зрительные функции всех пациентов были значительно снижены: острота зрения от 0,03 до 0,6; внутриглазное давление (ВГД) 16 - 26 мм рт.ст; границы поля зрения сужены на 10-15°, регистрировались центральные относительные скотомы. После ИВВ люцентиса и айлии было отмечено: повышение остроты зрения на 10-35%; уменьшение и исчезновение центральных относительных скотом, расширение границ периферического зрения на 5-10°, главное, при ОКТ сетчатки - существенное уменьшение ТЦС (в среднем до 245 микрон), исчезновение интравитреальных кист и восстановление нормальной архитектоники сетчатки в макулярной области.

Вывод: применение ИВВанти – VEGFпрепаратов при макулопатии у пациентов с тромбозом ЦВС позволило добиться существенного уменьшения и исчезновения отека макулы, что привело к повышению зрительных функций и предупреждению развития неоваскуляризации сетчатой оболочки в отдаленном периоде наблюдения.

Волик М.С., Кругляк В.А., Сагиров В.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ КАК ФАКТОРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
нефрологии, урологии и андрологии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель - к.мед.н., доц. Книгавко А.В.

Актуальность. Бесплодный брак – важная социальная проблема. Среди причин мужского бесплодия особое место занимают эякуляторные расстройства, являющиеся мало изученной областью экскреторного бесплодия. Так, полная форма ретроградной эякуляции (РЭ), при которой эякулят не идет вперед по уретре, а попадает назад, в полость мочевого пузыря, является причиной невозможности зачатия естественным путем.

Целью нашего исследования являлось определение наиболее рациональных и эффективных методов восстановления фертильности у мужчин репродуктивного возраста в зависимости от вида РЭ.

Материалы и методы. На базе андрологического отделения Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала было проведено исследование и лечение 28 пациентов, страдающих РЭ в возрасте от 24 до 48 лет. Исследование включало: сбор сексуального анамнеза, УЗИ органов мочеполовой системы, выполнен анализ мочи после эякуляции на наличие сперматозоидов, уретроцистоскопия. Основной жалобой пациентов было отсутствие эякуляции и отсутствие беременности у супруги при ведении открытой половой жизни более 1 года. Обнаружение сперматозоидов в моче свидетельствовало о сохраненном сперматогенезе без нарушения проходимости семявыносящих путей, что позволило подтвердить диагноз РЭ. Согласно выявленным причинам РЭ у 18 пациентов был выявлен функциональный тип: 6 % - в результате использования альфа-адреноблокаторов, 4 % - нейролептиков, 5 % - диабетическая нейропатия), и у 10 – органический. Пациенты были разделены на 4 группы: первые 3 группы с функциональным типом – по 6 человек, и 4-я с органическим и предварительно неэффективным консервативным лечением – 14 пациентов. В 1-ой группе исследуемых назначался имипрамин в дозе 25-75 мг в сутки, 2-ой группе - альфа-адреномиметик мидодрин (5 мг за 2 часа до полового акта), 3-ей – сочетанное применение симпатомиметика и физиотерапии (магнитотерапия на надлобковую область и электростимуляция - подлобковую). В 4-й группе была произведена малоинвазивная процедура – в задние отделы простатического отдела уретры был введен медленно рассасывающийся гель гиалуроновой кислоты с целью сужения просвета шейки мочевого пузыря.

Результаты: Наибольшая эффективность (согласно основному критерию -нормализации эякуляции и появление жизнеспособных сперматозоидов в эякуляте) отмечена в 4-й группе (92,8%). У 5 жен этих пациентов (37,5%) в послеоперационном периоде зарегистрирована естественная беременность. В 1-ой группе эффективность лечения составила 81%, во 2-ой -58,6%, в 3-ей - 86,5%.

Выводы. 1. РЕ является значительной проблемой для мужчины, снижая их фертильный, сексуальный и личностный потенциал. 2. При наличии РЭ функционального генеза имипрамин является наиболее эффективным (81%). 3. Сочетанное применение симпатомиметиков и физиотерапии показывает более высокую эффективность (86,5%). 4. Эндоскопическая коррекция шейки мочевого пузыря с использованием геля гиалуроновой кислоты является высокоэффективным методом лечения РЕ и обусловленного им мужского бесплодия (92,8%). Данный метод способствует наступления физиологической беременности и помогает избежать использования дорогостоящих методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Гольнік Я.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

**Харківський національний медичний університет, кафедра
хірургії № 2, м. Харків, Україна.**

Науковий керівник – к.м.н., доц. Гончарова Н.М.

Вступ. Секторальна резекція грудної залози (ГЗ) – одне з найпоширеніших втручань в хірургії, онкології та гінекології. Найбільш частими показаннями до виконання операції є вузлові форми дисгормональної фіброзно-кістозної мастопатії (ФКМ), фіброаденома, внутрішньопротокова папілома (ВПП).

Мета дослідження – розробка комплексу реабілітаційних заходів для пацієнток, оперованих з приводу доброякісних захворювань ГЗ.

Матеріали та методи. Ретроспективно досліджено якість життя 48 пацієнток у віці – 18-54 р., за період з 2014-2016 рр., які оперовані у хірургічному відділенні КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медицини та медицини катастроф», м. Харкова. Всім хворим виконувалися: ультразвукове дослідження (УЗД) ГЗ, мамографія (у віці старше 40 років), загально-клінічне дослідження крові, сечі; гінекологічне дослідження (у т.ч. УЗД), УЗД щитоподібної залози, гормональне обстеження: визначення рівнів пролактину (ПРЛ), естрадіолу, прогестерону, лютеїнізуючого гормону, фолікулостимулюючого гормону, тестостерону, тиреотропного гормону, консультації суміжних спеціалістів (ендокринолога, гастроентеролога за показаннями) та анкетування.

Результати. З 48 пацієнток у 22 – спостерігалась дисгормональна ФКМ, 24 – фіброаденома, 2 – ВПП. Особливостями репродуктивного анамнезу у жінок були порушення становлення менструальної функції у 46%, кількість

медичних абортів більше трьох у 12 %, відсутність пологів 8%, мимовільні аборти у 3%, порушення лактаційної функції, включаючи епізоди нереалізованої лактації у 2%, у 84% пацієнток спостерігалися супутні захворювання репродуктивної сфери. Після проведення всього комплексу обстежень та консультації суміжних спеціалістів для кожної пацієнтки розроблявся індивідуальний план реабілітації відповідно до виявленої патології репродуктивної сфери. Комплекс лікувальних та профілактичних заходів включав (за показаннями): протизапальну терапію, корекцію гормональних порушень. Так, місцево застосовували мазі «Прожестожель», «Прожестін». Крім цього, при підвищенні рівня ПРЛ, призначалися агоністи допамінових рецепторів («Бромкриптин», «Достінекс») – за схемою: початкова доза препарату 1,25 мг перед сном, через 2-3 доби дозу підвищували до 2,5 мг, з подальшим збільшенням через кожні 2-3 дні на 1,25 мг до досягнення дози до 2,5 мг 2 рази на добу. З профілактичною метою хворим призначався «Мастодіон» по 1 таблетці 2 рази на добу упродовж трьох місяців повторними курсами. Проводилося динамічне спостереження за хворими 1 раз на 6 місяців, з дослідженням гормонального дзеркала та виконанням УЗД ГЗ. Використовуючи подібну тактику ведення пацієнток, у віддаленні терміни повторно були оперовані 3 хворих з рецидивами ФКМ.

Висновок. В лікуванні пацієнток з доброякісними захворюваннями ГЗ слід застосовувати комплекс заходів, спрямованих як на хірургічне лікування, так і реабілітаційні заходи, які включають в себе гормональну корекцію та динамічне спостереження у післяопераційному періоді. Така тактика дозволяє уникнути дисгормональних, психологічних розладів, а також рецидивів захворювання.

Гони С.А.Т, Гони С.К.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
хирургии №2**

Материалы и методы. Для обоснования применения фотодинамической терапии у больных с лучевыми язвами в данном экспериментальном исследовании было вовлечено 75 лабораторных животных – самцов крыс линии Вистар массой 150-180гр, которым проводилось местное облучение в СОД 85,0 Гр с дальнейшим развитием местных лучевых повреждений. Исследования проводились в виварии ГУ «Институт медицинской радиологии им С.П. Григорьева» НАМН Украины г.Харькова а так же виварии ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им И.И. Мечникова» НАМН Украины.

Целью эксперимента явилось создание модели местных лучевых повреждений, выяснение влияния ФДТ на микробную флору, а также на морфологию пораженных тканей. Инфицирование животных бактериальными штаммами *S.aureus* и *P.aeruginosa* проводилось на 7е сутки после облучения посредством нанесения на поверхность ЛЯ 0,2 мл

микробной суспензии.

Материалом патоморфологического исследования явилась кожа с подлежащими мягкими тканями из области бедра экспериментальных животных. В ходе исследования весь материал был разделен на шесть групп: группа I – интактные животные (n=3); группа II – «чистая» лучевая язва (n=15); группа III – ЛЯ+ *Staphylococcus aureus* (n=15) группа IV – ЛЯ+ *Pseudomonas aeruginosa* (n=15); группа V – ЛЯ+ *Staphylococcus aureus*+ФДТ (n=15); группа VI – ЛЯ+ *Pseudomonas aeruginosa* + ФДТ (n=15)

В данном исследовании проведено комплексное морфологическое исследование с использованием гистологических, гистохимических, иммуногистохимических и морфометрических методов исследования, что позволило дать объективную оценку структурно-функционального состояния раневого дефекта.

Результаты. Анализ результатов проведенного нами комплексного морфологического исследования показал, что во всех группах у крыс под влиянием лучевого повреждения образовывался обширный и глубокий раневой дефект – язва, строение которой, а также процессы заживления которой зависели от исследуемой группы и экспериментального срока. У животных групп III и IV процессы заживления лучевых язв кожи еще больше заторможены по сравнению с процессами заживления у крыс группы II, что обусловлено наличием в ране в группе III *Staphylococcus aureus* и *Pseudomonas aeruginosa* в группе IV. У животных в группах V и VI под воздействием фотодинамической терапии репаративные процессы в лучевой кожной язве проходят все классические стадии, однако продолжительность каждой из них значительно сокращается. Под воздействием фотодинамической терапии отмечено полное заживление кожных язв на 52 сутки эксперимента в группах V и VI, чего не было отмечено нами в группах II–IV. В нашем исследовании заживление лучевых язв кожи под воздействием фотодинамической терапии было более лучшим при инфицировании их *Pseudomonas aeruginosa* (группа VI) по сравнению с лучевыми язвами кожи, инфицированными *Staphylococcus aureus* (группа V). Так, в группе V на 52 сутки эксперимента раневая полость была полностью заполнена соединительной тканью, поверхность которой была покрыта многослойным плоским эпителием, при этом в соединительной ткани придатки кожи не определялись; в группе VI на 52 сутки эксперимента раневая полость также была полностью заполнена соединительной тканью и покрыта эпителиальным пластом, при этом в соединительной ткани определялись придатки кожи. В группе VI на 52 сутки эксперимента также отмечались регенераторные процессы придатков кожи в окружающих раневую полость тканях, в группе V данные процессы не определялись.

Выводы. С нашей точки зрения, фотодинамическая терапия лучевых язв кожи обеспечивает активизацию процессов очищения раневой полости от некротизированных тканей, подавляет микроорганизмы в раневой полости (обладает антибактериальным действием), а также усиливает репаративные процессы.

Гоні С.-К.Т., Кірієнко Д.О.
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ
НИЖНІХ КІНЦІВОК

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургии №2, г. Харьков, Украина**

Актуальність: Критична ішемія нижніх кінцівок є невирішеною проблемою сучасної серцево-судинної хірургії. Основними завданнями лікування критичної ішемії кінцівки слід вважати: збереження життя, збереження кінцівки, збереження колінного суглоба в разі неминучості великої ампутації (рівень доказовості C). За даними J.L.Breslow 1997р, смертність від наслідків атеросклерозу у 2020 році зросте до 60%. Гібридні втручання наразі є раціональним поєднанням відкритого та ендovasкулярного втручання, що збільшує ефективність лікування хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок (КІНК)

Мета: Вивчити найближчі результати лікування хворих на КІНК за допомогою гібридних втручань.

Матеріали та методи: У 2016 році нами було проліковано 9 хворих на базі ДУ «ІЗНХ ім.В.Т.Зайцева НАМНУ», що були оперовані за методикою гібридного втручання з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок з поширеним атеросклеротичним ураженням артерій нижче пахової зв'язки. Для дослідження магістральних артерій нижніх кінцівок використовували ангиографію, ультразвукову доплерографію (УЗДГ), ультразвукове дуплексне сканування. Середній вік хворих склав $67,3 \pm 3,5$ років. У 3 (33,3%) пацієнтів мала місце III стадія хронічної ішемії нижніх кінцівок, у 6 (66,7%) - IV стадія. У 4 (44,4%) пацієнтів відзначався гемодинамічно значущий стеноз клубової артерії. Хворим було виконано наступні «гібридні» операції: стегової-підколінне шунтування в ізолюваний сегмент підколінної артерії в поєднанні з дилатацією і стентуванням підколінної артерії і артерій гомілки - 5 пацієнтів (66,6%), стегової-підколінне аутовенозне шунтування зі стентуванням клубової артерії - у 4 (44,4%).

Результати: У всіх обстежених до операції реєструвалися критичні показники колатерального кровообігу в кінцівці. На контрольних інтраопераційних ангиограмах досягнуто ангиографічних ознак успіху у 8 (88,8%) пацієнтів. В найближчому післяопераційному періоді (1 місяць) відзначається хороший клінічний ефект- зникнення болю в спокої, загоєння трофічних дефектів на стопі, збільшення дистанція безболісної ходьби. Відзначалася повна прохідність зони реконструкції у 88,8% хворих. За даними УЗДГ відзначалося значне поліпшення показників периферичної гемодинаміки в кінцівці- збільшення ЛПП на 62% від вихідного рівня.

Висновки: виконання "гібридної" операції є оптимальним методом хірургічного лікування хворих з поширеним ураженням артерій стегової-підколінного-гомілкового сегмента і критичної ішемії нижніх кінцівок.

Гончарова Н.М.
ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ
УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ І ТИПУ
Харківський національний медичний університет,
Кафедра хірургії №2, м. Харків, Україна

Науковий керівник - д.мед.н., професор Криворучко І.А.

Вступ. Наявність різноманіття відкритих хірургічних операцій та широке впровадження у практику «мініінвазивних» втручань, створює дилему, щодо вибору методу оперативного лікування хворих з ускладненими псевдокістами (УПК) підшлункової залози (ПЗ).

Мета дослідження - шляхом прогнозування ранніх ПОУ у оперованих хворих з приводу УПК І типу визначити найбільш доречний метод хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проаналізовані найближчі результати хірургічних втручань 56 хворих, оперованих з приводу УПК ПЗ І типу за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.), які знаходилися на лікуванні у Комунальному закладі охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф» м. Харкова за період з 2012 по 2015 рр. та у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ДУ Національної академії медичних наук України «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» за період з 2014-2015 рр. Для виявлення однорідних груп з УПК І типу використовувалися методи кластерного аналізу. При цьому розглядалися 12 доопераційних показників: 6 клінічних (вік, наявність жовтяниці, слабкості, лихоманки, втрати маси тіла, диспепсії) і 6 лабораторних (рівні лейкоцитів, гемоглобіну, білірубину, білка, амілази, розмір УПК). Після стандартизації цих показників для визначення числа однорідних груп хворих використовувалися ієрархічні агломеративні процедури. Отримана дендрограма свідчила про наявність двох однорідних груп хворих (кластерів). Проведений після цього кластерний аналіз методом k-середніх дозволив визначити якісний (персональний) склад кожного кластера.

Результати та їх обговорення. Після визначення персонального складу кожного кластера поставало питання про прогнозування приналежності нового хворого до одного з цих кластерів. Для цього використовувався багатовимірний дискримінантний аналіз, який передбачав визначення дискримінантних змінних (ДЗ), побудови класифікаційних функцій (КФ) і їх аналіз. Вибір ДЗ з 12 вхідних доопераційних показників проводився покроково шляхом включення або виключення змінних з урахуванням їх рівнів толерантності, які є мірою надмірності предикторів для класифікації. Належність хворого до одного з двох кластерів здійснювалася після обчислення значень кожної КФ для цього хворого. Хворий відносився до того кластеру, чия КФ була максимальна. Якість класифікації за допомогою КФ оцінювалася за результатами апостеріорної класифікації. Тобто в

припущенні, що приналежність до кластеру була невідома, ми прогнозували її на основі отриманих КФ. Аналіз по всій вибірці (56 хворих з ПК I типу) надавав дуже високу середню точність класифікації 89,3%. Прогноз результату лікування для кожного виду операції визначався максимальним значенням КФ в стовпці, чим більше було значення КФ, тим більша була ймовірність події. Так, проведення лапаротомії для УПК I типу в кластері 1 з максимальною ймовірністю закінчувалося результатом 3 (до 21 ліжко-дня без ПОУ) або результатом 1 (до 14 ліжко-дня без ПОУ) з меншою ймовірністю. При проведенні мініінвазивних операцій був характерний результат 1 (до 14 ліжко-дня без ПОУ). Для хворих, віднесених до кластеру 2, при лапаротомії найбільш був ймовірний результат лікування 1 (до 14 ліжко-дня без післяопераційних ускладнень), менш вірогідний був результат 5 (від 21 до 30 ліжко-днів без ПОУ), при мініінвазивних операціях спостерігалася зворотна картина: найімовірніше результат 5 (менш вірогідний результат 1).

Висновки. Прогнозування ПО ускладнень у оперованих хворих з приводу УПК ПЗ I типу дозволяє обрати метод хірургічного втручання, з метою покращення якості їх життя.

Гужва Н.Ю.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра онкологии и детской онкологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Авдосьев Ю.В.

**Кафедра терапии, нефрологии и общей практики - семейной
медицины**

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

Гипертоническая болезнь (ГБ) часто не только является сопутствующей патологией острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК), но и его причиной.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 384 больных в возрасте от 9 до 87 лет, поступившие в ГУ «ИОНХ НАМНУ» с 2006г. по 2016г с клиникой профузного абдоминального кровотечения (АК) разной этиологии. Мужчин было 223 (58,1%), женщин – 161 (41,9%). Все больные оперированы с применением разных методов рентгенэндоваскулярного катетерного гемостаза (РЭКГ). Для эмболизации использовали лизирующие и нелизирующие эмболы, спирали типа Гиантурко. Всем больным выполняли ангиографию.

Результаты исследований. Анализируя результаты ангиографий у больных с ОЖКК, следует отметить, что прямые признаки продолжающегося кровотечения с локализацией его источника выявлены у 136 (42,6%) больных. У 65(16,9%) с ОЖКК вследствие спазма и тромбоза мелких сосудов желудка, наблюдающиеся ГБ, высокое кровяное давление способствовало обильному кровотечению, вследствие чего у больных тяжело было установить,

устранить источник кровотечения, поэтому применялся РЭКГ, а впоследствии лечение ГБ. Осложнения, связанные с РЭКГ - у 41 (10,7%). Рецидив кровотечения после РЭКГ в послеоперационном периоде возник у 90 (23,4%) больных. Всего после РЭКГ умерло 69 (18,0%) больных. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма с применением методов ИР позволило уменьшить число воспалительных послеоперационных осложнений с 21,4% до 9,5%, а послеоперационную летальность – с 38,9% до 18,0%.

Вывод. Возможность перехода диагностического этапа ангиографии в лечебное рентген-хирургическое вмешательство позволяет использовать малотравматичные методы рентгенохирургического лечения, как с целью остановки кровотечения, так и для профилактики рецидива кровотечения. Своевременное и правильное лечение ГБ предупредит развитие ОЖКК и ускорит выздоровление после развившегося кровотечения.

Гуйван И.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВОСТОРОННИХ И ЛЕВОСТОРОННИХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра хирургии №1, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Замятин П.Н.

Торакоабдоминальные ранения являются одними из самых тяжелых повреждений, так как имеет место повреждение двух смежных полостей. Частота таких ранений 17% от всех ранений брюшной и грудной полости. Правосторонние и левосторонние ранения имеют свои особенности, которые будут предполагать выбор тактики хирурга при оперативном доступе. Правосторонние торакоабдоминальные ранения встречаются в 20% от числа всех торакоабдоминальных ранений, что в 4 раза меньше левосторонних ранений. Из органов брюшной полости чаще всего (в 90-95% наблюдений) повреждается печень. Если ранение сквозное, то в 7% случаев наблюдается также повреждение мочевого пузыря. При повреждениях огнестрельным оружием или холодным, но большой длины возможны повреждения нижней полой вены, верхнего полюса правой почки, правого изгиба толстого кишечника, желудка, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки.

При торакоабдоминальных ранениях слева, которые встречаются в 80% случаев, чаще наблюдаются повреждениями селезенки, что может являться одним из опасных источников кровотечения, тонкой кишки, толстой, левой почки, желудка. Левосторонние ранения более опасны, так как в брюшной полости в большинстве случаев повреждается 4-5 органов. В силу разности давления в обеих серозных полостях органы брюшной полости, особенно при левосторонних повреждениях, сравнительно легко перемещаются в полость плевры. Это, в свою очередь, приводит к дополнительному сдавлению легких и смещению органов средостения. Также опасными являются ранения по паравертебральной линии по причине возможного ранения аорты или

пищевода. Хирургическая тактика имеет свои отличия при право- и левосторонних повреждениях. Очередность оперативных вмешательств базируется на определении приоритета кровотечения в брюшной или плевральной полостях по данным рентгенографии, УЗИ живота и грудной клетки. При левосторонних ранениях в 19% случаев выполняется торакотомия с трансдиафрагмальной лапаротомией, в 37%-лапаротомия, 8%-торакотомия и лапаротомия, в 5%-лапаротомия с торакотомией. При правосторонних торакоабдоминальных ранениях выполняется в 8% случаев торакотомия с транс диафрагмальной лапаротомией, в 16% лапаротомия, 1,5%-торакотомия с лапаротомией и в 3%-лапаротомия с торакотомией.

Проведение тораколапаротомия одним разрезом является методом выбора только в определенных случаях, главным образом при правосторонних ранениях с повреждением труднодоступных участков печени (особенно когда требуется ее резекция), нижней полой вены, так как этот способ имеет сложный послеоперационный период.

Гуйван И. В., Кругляк В.А.

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ КАВЕРНОЗНОМ ФИБРОЗЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
урологии, нефрологии и андрологии, Харьков, Украина**

Научный руководитель - к.мед.н., доц. Книгавко А.В.

Актуальность. Кавернозный фиброз (КФ) полового члена представляет собой склерозирование нормальной кавернозной ткани полового члена фиброзной тканью с полной или частичной утратой эректильной функции. Распространение данного заболевания, по данным Vale JA., составляет 388 человек на 100 000 населения (2-3% в мужской популяции). Несмотря на то, что заболевание не относится к распространенным, ежегодный прирост выявляемости заболевания составляет 25,7 человек на 100 000 населения, что ставит вопрос о лечении и восстановлении эректильной функции мужчин с кавернозным фиброзом полового члена более актуальным. Сложностью лечения данного заболевания является то, что единственным эффективным методом лечения кавернозного фиброза полового члена служит фаллопротезирование. Консервативные методы лечения - это только подготовка к оперативному вмешательству, улучшающие кровоснабжение полового члена.

Цель. Определение наиболее рациональных и эффективных фаллопротезирующих методов восстановления эректильной функции при КФ.

Материалы и методы. На базе КЗОЗ «ХОКЦУН им. В.И.Шаповала» за 2010-2016 гг. было проведено оперативное лечение 64 пациентов, страдающих КФ, с помощью применяемых операций (однокомпонентные и трехкомпонентные протезы). В 1й группе были пациенты с одномоментным

установлением фаллопротезов: 1а полужестких фаллопротезов - 18 пациентов, 1б полиуретановых протезов - 37 пациентов. Во 2 группе были больные с трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами - 9 пациентов.

Результаты: Наибольшая эффективность у метода лечения КФ трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами (2), так как пациенты характеризуют их как самые физиологичные и с самыми качественными ощущениями. Однако если есть противопоказание к установлению трехкомпонентных гидравлических фаллопротезов, таких как самая высокая цена операции и протеза, а также зоны обильного фиброза и гигантские бляшки каренозного тела, и отсутствие возможности его бужирования – то используют полужесткие (1а) и полиуретановые пластичные (1б) фаллопротезы, что и доказывает их востребованность (55 пациентов выбрали однокомпонентные протезы несмотря на их меньшую физиологичность и не столь качественные ощущения против 9 выбравших трехкомпонентные гидравлические протезы.)

Выводы. Лечение кавернозного фиброза полового члена является только оперативное вмешательство. В нашей клинике наиболее используемые однокомпонентные фаллопротезы, однако, если больной при отсутствии противопоказаний может позволить цену установки фаллопротеза, то идеальным лучшим выбором будет операция с трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами для возвращения эректильной функции.

Долгов В.М., Котляр В.А.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ
БРЮШИНЫ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРЕПАРАТА «ДЕФЕНСАЛЬ»

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургии №2, Харьков, Украина
Научный руководитель: Свирепю П.В.

Актуальность. По данным литературы после хирургических операций на органах брюшной полости у 70% больных развивается спаечная болезнь с последующим возникновением острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) [Магомедов М.А., 2010]. Частота рецидива ОСНК достигает 60-70%, а при повторной операции – 85% [Евтушенко Д.А., 2015].

Цель: Изучить непосредственные результаты применения препарата «Дефенсаль» в сочетании с энтеролизом, интубацией тонкой кишки при хирургическом лечении больных со спаечной болезнью.

Материалы и методы: В клинике за период с 2013-2016 гг. было пролечено 28 пациентов ОСНК. Из них женщин – 16 (56,3%), мужчин – 12 (43,7%) пациентов. Средний возраст больных составил 51,2 года ± 7,1. Все пациенты разделены на две группы: первая (контрольная), состоящая из 17 пациентов, которым выполнялось оперативное лечение с общепринятыми методами лечения, а вторая (основная) группа – 11 пациентов, которым

проводилось оперативное лечение с применением препарата «Дефенсаль». Распространенность спаечного процесса оценивалось по классификации Блинникова О. И. (1993 г.). В основную и контрольную группу брали больных с II и III степенью развития спаечной болезни. Тяжесть спаечного процесса оценивали по классификации Q. Zeng и соавт. (2007 г.). Для оценки результатов исследования использовали общепринятые клинические, морфологические, иммунологические, рентгенологические, ультразвуковые методы исследования.

Результаты и обсуждения: Результаты лечения оценивали в сроки 3-7-14-30 дней – 3 месяца после операции. Критерием оценки непосредственно была функция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Исследовали эвакуацию контраста по ЖКТ в течении 24 часов. Также в обеих группах оценена длительность стационарного лечения, сроки восстановления трудоспособности и иммунологический статус пациентов. Иммунологический статус пациентов в обеих группах определяли исследуя популяции Т и В лимфоцитов и фагоцитарную активность нейтрофилов. Оценку клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD11. Для фенотипирования лимфоцитов использовали метод А. Воуам. При определении числа отдельных популяций лимфоцитов вычисляли их относительное и абсолютное количество в периферической крови. Уровень основных классов сывороточных иммуноглобулинов G, A, M определяли методом радиальной иммунодифференциации в агаровом геле. Фагоцитарную активность нейтрофилов изучали на основании определения процента фагоцитора (показатель по Гамбургеру) и фагоцитарного числа. У больных основной группы перистальтика восстановилась быстрее чем в контрольной группе на $1,2 \pm 0,25$ сут. Отмечено что функция ЖКТ в виде отхождения газов и стула в основной группе восстановилась раньше чем в контрольной с разницей в $2,1 \pm 0,13$ сут. В периферической крови пациентов обеих групп в первые трое суток отличалась одинаковой тенденцией к снижению относительного числа Т-лимфоцитов. CD3 в последней, достоверно, начиная с 7 суток отличалась уменьшением CD3. В контрольной группе $p < 0,05$, что говорит о снижении активности воспалительного процесса. При определении уровня В-лимфоцитов не выявлено статистических значимых различий у больных обеих групп. Фагоцитарное звено иммунитета оценивали фагоцитарной активностью и фагоцитарным числом. В основной группе фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно снижена начиная с 3х суток ($p < 0,05$). У больных основной группы показатели клинического анализа крови улучшались быстрее контрольной группы ($p < 0,05$). Послеоперационные осложнения (плевриты, пневмонии) возникли у 3 (17,64%) пациентов контрольной группы и у 1 (9,1%) пациента основной группы.

Выводы: 1. Применение противоспаечного полифункционального раствора «Дефенсаль» интраоперационно для лечения спаечной болезни в сочетании с энтеролизом и интубацией кишки эффективно и способствует

более раннему восстановлению перистальтики, восстановлению функции ЖКТ и уменьшению продолжительности пребывания в стационаре с $9\pm 0,5$ до $7,5\pm 0,5$ сут. 2. Лечение ОСНК с интраоперационным с применением раствора «Дефенсаль» формирует адекватный иммунный ответ пациента в послеоперационном периоде и может уменьшить риск развития спаечной болезни в будущем.

Дроздова А.Г., Гончаров А.С., Рассолова О.С.
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПОСТТРАВДАЛИХ ІЗ ТРАВМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Харківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: проф. Тесленко С.М.

За даними ВООЗ частота травми підшлункової залози (ТПЗ) складає 1-3% при закритих та 6-8% при відкритих травмах черевної порожнини. Слід відмітити, що ТПЗ мають тенденцію до зростання у воєнний час, так як при мінно-розривних та вогнепальних пораненнях ризик ТПЗ, як і інших органів черевної порожнини (ОЧП) та заочеревинного простору (ЗП), значно зростає. Так, відмічається підвищення частоти ТПЗ в Україні протягом останніх двох років. За даними сучасних авторів, ТПЗ супроводжуються важкими ускладненнями у 36,8-75,5% випадків, що стимулюють медіатори запалення та призводять до наслідків – гострого посттравматичного панкреатиту (ГППП) та синдрому поліорганної дисфункції (СПД), що розвиваються у 15,5-29,0 % постраждалих.

Проаналізовані результати оперативного лікування 226 постраждалих із ТПЗ з 1986 по 2016 рр., з яких чоловіків було 162 (71,55%), жінок – 64 (28,45%). Аналіз клінічного матеріалу проводили відповідно до вдосконаленої класифікації Pancreas Injury Scale, запропонованою Moore E.E. et al. у 1990 році.

Постраждалих із ТПЗ I ст. було 126 (55,8%), II ст. – 38 (16,8%), III ст. – 34 (15,1%), IV ст. – 28 (12,3%). Травми локалізувались: у тілі ПЗ – у 101 хворого (44,7%), хвості – у 41 (18,1%), голівці – у 33 (14,4%), перешийку – у 11 (4,9%). Поліфокальне ушкодження ПЗ мало місце у 40 (17,7%) постраждалих. Усі пацієнти були обстежені.

Закриті та проникаючі ТПЗ виявляли при ревізії черевної порожнини із обов'язковим розкриттям чепцевої сумки (ЧС) та ревізією органа і ЗП. При I ступені тяжкості травми та стабільному стані хворого операція доповнювалась різноманітними варіантами гемостазу та дренуванням ЧС, а при виконанні у більш віддалений термін – дренуванням парапанкреатичної клітковини (129). У частини постраждалих використовувалась тактика «Damage Control Surgery» («DCS») (5). Питання про вибір способу хірургічного лікування постраждалих із II ступенем тяжкості ТПЗ вирішувалось у кожному конкретному випадку індивідуально та залежало від характеру травми та важкості стану хворого на момент операції, використовувались дренуючі (17) та резекційні (14) оперативні втручання із

проточним дренаванням ЧС та дренаванням черевної порожнини. При III ступені тяжкості постраждалим із закритою та проникаючою (лише група порівняння) ТПЗ були виконані лапаротомія, ушивання голівки ПЗ, тампонада та крізне дренавання ЧС із формуванням оментобурсостоми (ОБС) (15), панкреатодуоденальна резекція – лише у 1 постраждалого. В основній групі постраждалих із проникаючою ТПЗ ці операції не виконувались, проте хворим були виконані лапаротомія, гемостаз, тампонада та крізне дренавання ЧС із ОБС за власною методикою (патент України № 43919) (6). Лапаротомія, ушивання ДПК, холецистостомія, крізне дренавання ЧС виконувались постраждалим із IV ступенем тяжкості при закритих (9) та проникаючих (13) ТПЗ у сполученні із значними ушкодженнями як голівки ПЗ, так і суміжних структур. Тактика «DCS» була використана у 5 хворих із IV ступенем тяжкості при проникаючих ТПЗ.

У оперованих хворих виникли такі ускладнення: інфікований панкреонекроз, панкреатичний абсцес, інфікована псевдокіста ПЗ, внутрішньочеревний абсцес, спайкова непрохідність кишківника, розповсюджений післяопераційний перитоніт, арозивна кровотеча.

Таким чином, ПТП розвивається при будь-якій ТПЗ, причому розповсюдженість і важкість панкреонекрозу не мають прямої залежності від травмуючого фактору. Застосування розробленого алгоритму діагностичної та лікувальної тактики при ТПЗ дозволило мінімізувати післяопераційні ускладнення, підвищити ефективність хірургічної корекції та знизити летальність.

Євтушенко Д.В., Євтушенко О.В., Білоусова М.С
СИНДРОМ МІРІЗІ: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА
КОРЕКЦІЯ.

Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної хірургії №2, г. Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сипливий В.О.

Актуальність теми: Синдром Мірізі, вперше описаний у 1948 році аргентинським хірургом Пабло Мірізі у роботі «Syndrome del conducto hepatico». Патофізіологічні зміни, що ведуть до розвитку синдрому, можна пояснити як формування виразки з-за тиску фіксованого у кармані Хартмана чи у міхуровій протоці конкrementу. Такі зміни ведуть до запального процесу і, у початкових стадіях, обструкції загального холедоху ззовні, а згодом до формування міхурово-холедохіальної фістули.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз хірургічного лікування 34 хворих з синдромом Мірізі. Для класифікації була використана шкала Beltran and Csendes et al. 2008, що включає в себе п'ять основних типів синдрому. Для аналізу та класифікації ускладнень використовувалася шкала Clavien-Dindo

Результати: Лабораторні показники (лейкоцитоз, рівень загального білірубіну) відбивали вираженість запальної реакції і жовтяниці, але не наявність синдрому Мірізі та його тип. УЗД проведено у всіх хворих, КТ - у

6; ЕРХПГ - у 5. За даними ендоскопії діагноз встановлений у 2 хворих. Аналіз результатів діагностики хірургічного лікування синдрому Міріззі показав, що з 34 хворих 14 - госпіталізовано з ознаками гострого холециститу, 5 - ускладненого формуванням підпечінкового або піддіафрагмального абсцесу, 1 - абсцесу печінки; 18 - з обтураційною жовтяницею, холедохолітіазом на тлі гострого холециститу; 2 - непрохідністю тонкої кишки. Застосування УЗД і КТ не дало змоги достовірно діагностувати синдром Міріззі, у хворих виявляли симптоми калькульозного холециститу або обструктивної жовтяниці. Аналіз інтраопераційних змін свідчить про те, що з переходом від першого типу синдрому Міріззі до п'ятого збільшується ступінь морфологічних змін в системі жовчний міхур - жовчні протоки - 12 палої кишки, що характеризуються облітерацією трикутника Кало, з порушенням цілісності 12 палої кишки з розвитком холецистобіліарної чи холецистодигестивної нориці. Хірургічна корекція патологічного процесу можлива шляхом видалення жовчного міхура або його субтотальної резекції з пластикою нориці, зовнішнім дренажем жовчних проток або накладенням гепатікоєюноанастомозу по Ру.

Завгородній А.С.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ПЛАСТИКА ПРИВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ (ІРОМ ТА ТАРР)

**Харківський національний медичний університет
кафедра хірургії №2**

Науковий керівник: к.мед.н. Антонова М.С.

Актуальність. Грижі передньої черевної стінки входять в число найбільш поширених захворювань людини. Вони зустрічаються у 6-7% всіх чоловіків і у 2,5% жінок. Причому 70-80% всіх гриж складають пахові, а більш ніж в 90-95% випадків ними страждають чоловіки. Грижосічення залишається найчастішим втручанням в структурі «планових» операцій на органах черевної порожнини.

Мета. Узагальнити переваги лапароскопічної пластики вентральних гриж (ІРОМ та ТАРР) і поліпшити результати лікування у хворих з ущемленими грижами передньої черевної стінки.

Матеріали і методи: Проаналізовані літературні джерела щодо застосування лапароскопічної пластики (ІРОМ та ТАРР) в лікуванні вентральної грижі. Виконання даного виду операції стало можливим завдяки розробці і впровадженню в медичну практику спеціальних сіток. Одна сторона такої сітки, яка звернена до внутрішніх органів, покрита спеціальною плівкою, яка перешкоджає зрощенню органів черевної порожнини з сіткою. Суть операції полягає в тому, що за допомогою відеокамери і інструментів через невеликі проколи на черевній стінці відбувається усунення грижового дефекту зсередини черевної порожнини за допомогою вищеописаної сітки. Попередньо перед установкою сітки усувають всі зрощення внутрішніх органів з очеревиною і ліквідують грижові ворота. Далі встановлюють сітку і

фіксують її за допомогою спеціальних швів, які проходять через прямі м'язи живота і фіксуються над апоневрозом прямих м'язів. Додатково сітку фіксують за допомогою спеціального інструменту - герніостеплера.

Результати роботи. На базі КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» за 2016 рік вивчені результати лікування 28 хворих, з них ТАРР – 19, ІРОМ- 9 пацієнтів. ІРОМ є найнадійнішим способом пластики, що дає найменшу кількість рецидивів, особливо при гігантських післяопераційних вентральних грижах. Даний факт видається цілком обґрунтованим з позицій анатомії і оперативної хірургії. Черевна стінка в ході виконання ІРОМ та ТАРР не піддається розшаруванню, взаємній отсепаровці компонентів. Травматичні маніпуляції знижують міцність черевної стінки в цілому, але сприяють грубому рубцово-спайковому процесу. Ефект зморщення сітки при інтраабдомінальній імплантації виражений менше, ніж при інших видах пластики.

Висновки: Післяопераційні ускладнення у 4 пацієнтів – сероми в області імплантата (видалені в післяопераційному періоді), гемостаз, в ході операції, досягнут прошиванням скорняжною голкою. При виконанні ТАРР у 2 хворих виявлені на першу добу гематоми в області імплантата, які ліквідовані шляхом пункції. Надалі з метою профілактики гематом в область імплантата встановлювався дренаж по Редону, який видалявся на 2 день після операції. Спосіб ІРОМ може бути з успіхом застосований для закриття дефекту в області внутрішнього пахового кільця- простіше і швидше, ніж ТАРР або ТЕР. Інтраперитонеальна пластика виглядає в цьому відношенні найбільш перспективно, тому що при її виконанні контакт сітчастого ендопротеза з сім'яним канатиком вкрай обмежений по площі, а мобілізація останнього мінімальна. Переваги ІРОМ дозволили застосувати метод для превентивної пластики черевної стінки.

Завгородній А.С.

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОМПРЕСІЙНИМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО
ОСТЕОПОРОЗУ**

Харківський національний медичний університет

кафедра травматології та ортопедії

**ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України», Харків,
Україна**

**Наукові керівники: д. мед. н., проф. Голка Г.Г., к.мед.н. Попов А.І.,
асс. Істомін Д.А.**

Актуальність. Остеопороз є поширеним по всьому світу метаболічним захворюванням скелету, що характеризується зниженням маси кісткової тканини, порушенням її мікроархітекτονіки з подальшим зниженням міцності кістки і підвищенням ризику переломів. В даний час в Україні остеопорозом страждає 2,5 млн. жінок і 900 тис. чоловіків, 50% внаслідок захворювання стають інвалідами, 20% помирають від ускладнень цієї хвороби.

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

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз власних клінічних спостережень з діагностики та комплексного лікування 91 хворого. Проаналізовано літературні джерела, з лікування компресійних переломів тіл хребців (КПТХ) на тлі остеопорозу за останні 10 років.

Результати роботи. Діагноз ставили на підставі клінічних проявів, у вигляді больового синдрому з локалізацією і характерною іррадіацією в залежності від рівня пошкодження. Пацієнтам проводили рентгенографію хребта в двох проекціях, комп'ютерну томографію хребта, денситометричне дослідження кісток. Біохімічні дослідження показників сполучної тканини (лужна фосфатаза, її кістковий ізофермент, концентрація кальцію і фосфору, концентрація хондроїтинсульфатів). Патогенетичну терапію спрямовували на інгібування резорбції кісткової тканини і на стимуляцію кісткоутворення. Застосовували бісфосфонати (золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік), препарати кальцію (кальцемін-адванс в дозі 1 таб. 1 раз в день всередину 30 днів) і вітаміни групи D.

Хірургічне лікування. При проведенні операцій застосовували пристрій для оперативного лікування КПТХ за допомогою якого виконували пункційну вертебропластику (ПВ). Метод спрямований на відновлення висоти тіл хребців, підвищення їх міцності, забезпечення стабілізації і запобігання збільшенню деформації. Принцип втручання полягає у введенні композиту (кісткового цементу і біоактивної кераміки) в тіло ураженого хребця. При цьому композит поширюється по губчастій тканині хребця і, в міру полімеризації, забезпечує зміцнення ураженого хребця.

В ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» проводилося лікування 91 хворого (з сумарним ураженням 188 хребців). Всім була проведена ПВ. 51 пацієнту (56%) додатково призначали золедронову кислоту в дозі 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік. Повторний огляд був проведений у 64 (70,3%) хворих, з них 42 (перша група) після введення золедронові кислоти 5 мг і 22 (друга група) після застосування різних препаратів патогенетичної терапії. Результати у 40 пацієнтів першої групи (95,2%) можна оцінити, як хороші і у 2-як задовільні, а у 19 хворих другої групи (86,4%) можна оцінити, як хороші ($p < 0,05$) і у 3-як задовільні. З них у 2 хворих спостерігалось погіршення показників, з'явилися нові деформації тіл хребців.

Висновки: Основу комплексного лікування пацієнтів з переломами тіл хребців внаслідок системного остеопорозу становить своєчасна діагностика, коректне консервативне і хірургічне лікування. Метод пункційної вертебропластики в поєднанні з медикаментозною терапією (золедронічна кислота по 5 мг внутрішньовенно 1 раз на рік) дозволяє скоротити час перебування пацієнта в стаціонарі (до 2 днів) і домогтися забезпечення стабілізації хребця і запобігання збільшенню деформації у більшій частині випадків, ніж при виконанні пункційної вертебропластики в комбінації з використанням різних препаратів патогенетичної терапії.

Зеновьева Ольга

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ
АЙЛИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ОТЕКА МАКУЛЫ У
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра офтальмологии. г. Харьков Украина.**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Добрица Я.В.

Актуальность: Диабетический отек макулы (ДМО) – ведущая причина снижения зрения у больных сахарным диабетом (СД). ДМО развивается у 30-40% больных СД I типа через 9 - 14 лет от начала заболевания. Причина – нарушение гематоретинального барьера, что вызывает попадание плазменных элементов из микроциркуляторных сосудов и артериовенозных шунтов в ткань сетчатки, что последовательно приводит к её отеку.

В последние годы в офтальмологической практике применяется новый метод лечения ДМО. Он основывается на локальном ингибировании фактора роста эндотелия сосудов (VEGF: vascular endothelium growth factor), который является основным цитокином в повышении сосудистой проницаемости микроциркуляторного русла сетчатки.

Цель: Изучить эффективность интравитреальных инъекций (ИВИ) афлиберцепта («Айлия») при лечении ДМО у пациентов с СД I типа.

Материалы: под наблюдением находилось 15 пациентов с СД I типа и ДМО. Диагноз непролиферативная диабетическая ретинопатия имел место у 6 пациентов; препролиферативная диабетическая ретинопатия – у 9 пациентов. Период наблюдения с 10 января по 10 декабря 2016г. Уровень гликозилированного гемоглобина - от 9,3г/л до 15,4г/л. У всех пациентов имело место снижение остроты зрения от 0,6 до 0,1, средняя острота зрения (ОЗ) составила $0,25 \pm 0,03$. При аутокампометрии на сетке Амслера выявили центральные относительные скотомы и метаморфомы в пределах $15^\circ - 10^\circ$ от точки фиксации. При автопериметрии регистрировали множественные центральные и парацентральные скотомы, снижение чувствительности сетчатки в макулярной области до 6 dB. При офтальмоскопии регистрировали наличие геморрагий, твердых и мягких экссудатов перимакулярно и по сосудистым аркадам. При оптической когерентной томографии (ОКТ) макулы было отмечено: 1) интравитреальные кисты (единичные и множественные; разных размеров; фовеолярные, парафовеолярные); 2) диффузный отек сетчатки с повышением толщины центральной сетчатки (ТЦС) от 290µm до 780µm. Средняя величина ТЦС составила $502,4\mu\text{m} \pm 21\mu\text{m}$. Всем пациентам было проведено интравитреальное введение айлии № 3 в дозе 2 мг (1 инъекция в 1,5-2 месяца).

Результаты: У всех 15 больных было отмечено: 1) повышение остроты зрения - средняя ОЗ составила $0,48 \pm 0,05$; 2) уменьшение макулярного отека - по данным ОКТ ТЦС уменьшилась в среднем до $290,8\mu\text{m} \pm 12\mu\text{m}$; 3) уменьшилось количество центральных и парацентральных скотом и

увеличилась чутливість сетчатки в макулярній області в середньому до $19\text{dB} \pm 2\text{dB}$.

Висновки: 1) Застосування Айлії у пацієнтів з СД I типу сприяє регресії ДМО, про що свідчить зниження показника ТЦС (за даними ОКТ) в середньому від $502,4\mu\text{m} \pm 21\mu\text{m}$ до $290,8\mu\text{m} \pm 12\mu\text{m}$. 2) Регресія ДМО послідовно призводить до покращення зорових функцій у пацієнтів з ДМО – підвищенню гостроти зору в середньому від $0,25 \pm 0,03$ до $0,48 \pm 0,05$.

Іванашко К.А.,Татьянко Л.С.

**БАЛОННА АНГІОПЛАСТИКА ТА СТЕНТУВАННЯ, ЯК МЕТОД
ЛІКУВАННЯ ПРИ ОКЛЮЗІЇ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії
№1,**

м.Харків, Україна

Науковий керівник - к.мед.н., ас. Лях С.І.

Нами був оглянутий хворий А., який надійшов в хірургічне відділення з атеросклеротичною оклюзією правої стегнової артерії, хронічна ішемія IV ст. Скарги на судоми, біль, оніміння, що виникають при ходьбі і в спокої, в м'язах стегна, сідничної області, гомілки. З анамнезу: хворіє протягом декількох років. Враховуючи проведені інструментальні методи дослідження: ультразвукова доплерографія (УЗДГ), ангіографія було виявлено наявність оклюзії стегнової артерії, показано оперативне лікування, була проведена балонна ангіопластика і стентування правої поверхневої стегнової артерії. Суть операції полягає в усуненні явища хронічної артеріальної недостатності при закупорці поверхневої стегнової артерії, через невеликий отвір в артерії вводиться провідник, і в місці звуження судини встановлюється стент, який розширює просвіт судини і відновлює кровоток. Лікарські препарати, якими насичений балон проникають в стінку судини, пригнічують запальний процес, знижують проліферацію інтими. Перевага балонної ангіопластики нижніх кінцівок полягає в тому, що втручання проводиться без розрізів, через прокол шкіри в артерію встановлюється вхідний порт – інтрод'юсер, через який проводяться всі маніпуляції; не потрібен загальний наркоз, всі втручання проводяться під місцевою або перідуральною анестезією; на наступний день пацієнт може вільно вставати і ходити; ризик ускладнень балонної ангіопластики в кілька разів нижче, ніж при відкритій операції з травматичним доступом; тривалість ендovasкулярної операції значно менше; реваскуляризацію можна проводити не боячись інфекційних ускладнень, навіть у хворих з великими раневими дефектами. У післяопераційний період стан хворого з позитивною динамікою, за даними УЗДГ, ангіографії прохідність реконструйованої поверхневої стегнової артерії відновлено. З усього вищеперерахованого можна зробити висновок про те, що балонна ангіопластика і установка стента при оклюзії поверхневої стегнової артерії є найбільш раціональним і ефективним методом лікування, своєчасне оперативне втручання дозволяє поліпшити якість життя пацієнта,

домогтися ліквідації патологічного процесу і запобігти ускладненням захворювання.

**Кітченко С.С., Бердікова Ю.О., Бортник К.Ю., Бабаєва А.Р.
ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ В
ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №3, м. Харків, Україна

**Науковий керівник: чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Лупальцов В.І.**

Актуальність. Варикозна хвороба нижніх кінцівок (ВХНК) на сучасному етапі є актуальною проблемою в медико-соціальному плані, адже у 25% населення нашої країни діагностуються різні форми ВХНК. Крім того, спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих даної групи. Широко розповсюджена стандартна флебектомія є досить травматичною та має низький косметичний ефект. В останні роки на зміну цьому класичному методу хірургічного лікування прийшли мініінвазивні втручання із застосуванням ендовазальної лазерної абляції (ЕЛА).

Мета роботи. Оцінити ефективність застосуванні ЕЛА в комплексному лікуванні ВХНК.

Матеріали та методи. Проведено лікування ВХНК у 24 хворих (18 жінок, 6 чоловіків) з клінічними класами хронічної венозної недостатності С2 - С4 (СЕАР, 1994). Вік хворих $47 \pm 6,5$ років. «Варикозний» анамнез – від 3-х до 27 років. ЕЛА стовбурів великої підшкірної вени (ВПВ), з попередньою кросектомією та футлярною анестезією ВПВ, виконана усім 24 пацієнтам (у т.ч. в 5 хворих на двох кінцівках). З них у 6 пацієнтів ЕЛА була монотерапією, у 18 – в сполученні з мініфлебектомією притоків за Мюлером. Застосовували діодний лазерний апарат «ЛІКА-ХІРУРГ М» з частотою хвилі 980 нм, потужність від 1 до 20 Вт (режим постійного випромінювання). Розташування світловоду контролювалося поліпозиційним УЗД у В-режимі. В стегновому сегменті ВПВ використовували потужність 20 Вт, на гомілці – 15 Вт. В післяопераційному періоді усім хворим проводилася еластична компресія кінцівок.

Рецидивом вважали повну або часткову реканалізацію стовбура ВПВ рефлюксом крові підчас УЗД, а також виникнення клінічних проявів ВХНК. Контрольні обстеження хворих проводили через 6, 12, 24 місяці після втручання.

Результати. ЕЛА виконана на венозних сегментах діаметром менше 5 мм в 7 (29,1%) випадках, від 5 до 15мм – у 13(54,2 %) та більше 15мм – в 4 (16,7 %) випадках. В переважній кількості хворих 22 (91,7%) ЕЛА дозволила досягти бажаного ефекту за один сеанс, і тільки в 2 (8,3%) випадках при залученні в процес басейнів обох підшкірних вен втручання проведено у два етапи. В жодному випадку не спостерігалось ускладнень, які потребували хірургічної корекції або що несли загрозу життю пацієнта. У одного

пацієнта на 9 добу після ЕЛА виник сегментарний тромбоз м'язових вен гомілки, явища якого були куповані консервативно. Застосування ЕЛА в лікуванні ВХНК мало достатній косметичний та функціональний ефект. Симптоми хронічної венозної недостатності (важкість, розпирання, набряки) майже у всіх хворих зникли у віддаленому післяопераційному періоді (12-24 місяців). Клінічний рецидив ВХНК відмічено у 1 хворого через 12 міс., ще у 2 – через 24 міс. При УЗД діагностовано реканалізація стовбура ВПВ з виразним рефлюксом крові. Всім цим хворим проведено ЕЛА вдруге.

Висновки. Застосування ЕЛА є малотравматичною, ефективною методикою в лікуванні ВХНК, яка сприяє швидкій реабілітації пацієнтів.

Корниец А.В., Меженская Е.А.
ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТОСАКРОПЕКСИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра
хирургии №2, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.м.н. Свирепю П.В.

Актуальность: Выпадение прямой кишки является актуальной проблемой колопроктологии и тяжелым заболеванием для пациента. Наличие пролабирующей через задний проход прямой кишки затрудняет ее опорожнение, приводит к анальному недержанию, что в свою очередь значительно ухудшает трудовую и социальную адаптацию (Войнов М.А., 2013). D. Nooge и соавт. (2004 г.) предложили метод прямокишечной фиксации – ректосакропексию с хорошими функциональными результатами.

Целью исследования явилось изучение результатов применения ректосакропексии у больных с выпадением прямой кишки в нашей клинике.

Материалы и методы исследования: в настоящее исследование включены 32 пациента, оперированных по поводу ректального пролапса за период 2010-2015 гг. Средний возраст пациентов – $43,6 \pm 7,8$ года. Среди них женщины – 25 (78,125%), мужчины – 7 (21,875 %). В исследование включены пациенты с наружным и внутренним ректальным пролапсом. Недостаточность анального сфинктера (НАС) определяли по принятой в клинике классификации слабости запирающего аппарата. Оценку моторной функции тонкой кишки проводили с применением рентгенологического контроля пассажа бариевой взвеси. НАС изучали методами сфинктерометрии и профилометрии. Оценку функции мышц тазового дна проводили методом дефекографии с регистрацией положения кишки относительно лонно-копчиковой линии. Также определяли ее смещаемость в волевом сокращении, остаточный объем и время эвакуации из прямой кишки. Опушение промежности диагностировали при регистрации положения кишки в покое $2,9 \pm 0,9$ см и более. Ниже лонно-копчиковой линии или при ее смещении на 6 см и более при натуживании. Декомпенсацией функций мышц тазового дна считали смещаемость

аноректальної зони при волевом скороченні менше $1,2\pm0,4$ см (Zarodnyuk I.V. і соавт., 2005).

Результати дослідження і їх обговорення: Всі пацієнти оперировані в клініці методом ректосакропексії. Особливістю даної операції є мобілізація прямої кишки без пересічення бокових прямокишечних зв'язок. При цьому у чоловіків по передній полуокружності пряма кишка мобілізується по передній полуокружності до границь середньонижніх ампулярних відділів, а у жінок – виконується розщеплення ректовагінальної перегородки і мобілізація передньої стінки тонкої кишки до анального сфінктера. Синтетический імплант підшивали 3-4 швами к передній стінці прямої кишки. У жінок додатково к сітці фіксували задній свод влагалища, потім вільний кінець сітки підшивали к передній продольній зв'язці крестця в області I крестцового позвонка. Середнє час спостереження після операцій склало $36,2\pm9,5$ міс. У всіх пацієнтів відзначено покращення анального утримання підтверджене об'єктивними методами дослідження. Сфінктерометрія показала значительне підвищення тону анального сфінктера, а профілометрія – покращення показників тиску в анальному каналі. Моторна і евакуаторна функція товстої кишки, вивчена шляхом визначення часу транзиту барієвої вазеси по ЖКТ показала її покращення на $17,5\pm3,5$ с. Рецидивів захворювання після даної операції не відзначено. Анкетування пацієнтів з використанням Клівлендської шкали НАС (Aitola P.T., і соавт., 1999) показало покращення функції анального утримання до $3,4\pm1,2$ балів через 6-12 міс. після операції.

Висновки: 1. Ректосакропексія є ефективним методом лікування ректального пролапсу. 2. Данна операція дозволяє ліквідувати синдром опущення тазового дна і сприяє евакуаторній функції прямої кишки. 3. Ректосакропексія не призводить до уповільненню проходження по товстій кишці.

**Кравцов В.С., Вівчарук В.П.,
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ З
ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.**

**Харківський державний медичний університет,
кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології,
м. Харків, Україна**

Науковий керівник – проф. Пащенко Ю.В.

Гемангіоми є найбільш частими вродженими неонатальними судинними ураженнями й спостерігаються у 1:100-1:500-1200 новонароджених. Серед недоношених дітей ця частота сягає 20-22%.

Питання лікування гемангіом залишаються вкрай актуальними, що зумовлено різноманітністю клініко-морфологічних особливостей, локалізацій та розповсюдження. На теперішній час немає чітких критеріїв вибору способу і строків лікування для досягнення високих косметичних та функціональних результатів. Лікування гемангіом проводиться шляхом системного (кортикостероїди, рекомбінантний інтерферон, цитостатики, β-

адреноблокатори) і локального впливу (термодеструкція, склерозування, лазеротерапія, рентгенотерапія, емболізація живлячих судин, компресія, оперативне видалення).

Вірно встановлений діагноз з оцінкою фази розвитку визначає реальний прогноз і складання адекватного плану спостереження і лікування кожного пацієнта.

За період з 2014 р. по 2016 р. в стаціонарі обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Харкова лікувалось 211 дітей з приводу гемангіом різних локалізацій. У віці до 1 року госпіталізовано 179 дітей, у віці старше 1 року 32 дитини. Основну кількість хворих склали дівчата (63%).

Було використано наступні методи лікування: динамічне спостереження, пероральний прийом пропранололу або преднізолону, компресійна терапія, кріотерапія, термокоагуляція, місцева стероїдна терапія і хірургічне видалення з застосуванням височастотного коагулятора ЕК-300 МІ.

Основними критеріями для призначення оперативного втручання була можливість повного або циторедуктивного видалення пухлини з хорошим косметичним ефектом. Втручання проведені з використанням височастотного електрокоагулятора ЕК-300МІ в режимі «перекриття» (перемінна напруга з частотою на виході 66 кГц, модуляція відсутня, амплітуда вихідної напруги до 100 В, максимальна вихідна напруга 350 В). Робота у даному режимі найбільш ефективна в умовах підвищеної вологості тканин, що спостерігається при характерній для гемангіом кровоточивості. Створюються умови для безкровної абляції пухлини, що дозволяє чітко диференціювати уражені здорові тканини та видалити пухлину єдиним блоком, виключаючи ймовірність імплантаційного росту.

Повне вилікування з хорошим косметичним ефектом досягнуто у абсолютної більшості дітей. Запропоновано програму лікування з урахуванням стадії розвитку, локалізації і розповсюдженості ураження, що дозволяє з одного боку індивідуалізувати підхід до лікування, а з іншого стандартизувати його для досягнення бажаного косметичного і функціонального результатів.

Висновки: Підвищення ефективності лікування гемангіом у дітей базується на індивідуальному підході, з урахуванням фази розвитку пухлини і її морфології та використанні сучасних хірургічних технологій видалення.

Куликова К.С., Пидкова А.И.
ЭХОЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №2, г.Харьков, Украина
Научный руководитель: к.м.н. М.С.Антонова

Актуальность: на данный момент наблюдаются тенденции к увеличению количества больных с кистозными поражениями поджелудочной

железы. Наблюдается развитие ложной кисты в 10% случаев лечения больных с воспалительными процессами поджелудочной железы. Псевдокиста головки поджелудочной железы возникает в большей мере при хроническом воспалении поджелудочной железы, но также может возникнуть после сильной атаки острого панкреатита, либо при прогрессировании обструкции протока железы. Для лечения применяют: консервативный метод, чрескожное или эндоскопическое дренирование.

Цель исследования: изучить наиболее практичные и приемлемые способы малоинвазивных методов лечения такого осложнения панкреатита, как псевдокиста (при условии, что капсула кисты является одновременно и стенкой желудка). Определить эффективность их использования, как альтернативного способа лечения.

Материалы и методы: Мы изучили данные 16 пациентов, которым была проведена эндоскопическая цистогастростомия (ЭЦГ) по поводу псевдокист поджелудочной железы. Возраст пациентов составлял от 20 до 77 лет. 13 пациентов (81%) жаловались на боли в животе, 9 пациентов (56 %) жаловались на потерю аппетита и снижение веса. При этом эндоскопическое дренирование проводилось по одному из показаний: размере больше 5 см, болевой синдром, лихорадка, наличие желтухи.

Результаты эндоскопической цистогастростомии: у 14 человек (87,5 %) отмечалась полная регрессия кисты (из них у 1 пациента (6,25%) отмечалась окклюзия дренажной трубки и кровотечение в полость кисты, которое удалось ликвидировать в ходе лечения); у 1 пациентов (6,25%) неполная регрессия кисты; у 1 пациентов (6,25%) произошел рецидив.

Вывод: По результатам исследования можно прийти к мнению, что эхоцистогастростомия, как метод лечения псевдокист головки и тела поджелудочной железы, является более предпочтительным и усовершенствованным видом хирургической операции. При этом наблюдается быстрое купирование воспалительного процесса, низкий уровень осложнений - 6,25 %, отсутствие риска общей анестезии и больших травматических разрезов, неинвазивность операции обуславливает короткие сроки пребывания больных в стационаре, послеоперационный период без особенностей, оптимально быстрое восстановления трудоспособности, при правильном учете анатомических особенностей строения поджелудочной железы и подборе наиболее приемлемой тактики операции. Если сравнивать эхоцистогастростомию с чрескожным дренированием, то второй способ более часто применяется в Украине, не смотря на высокий риск осложнений из-за длительного нахождения катетера, и как следствие - возможное формирование наружного свища.

Эхоцистогастростомия является перспективным методом лечения и должна стать методом выбора лечения псевдокист головки и тела поджелудочной железы (особенно зрелых, стенка которых стабильна на протяжении 6 недель, что увеличивает шансы на положительный исход) при условии высокого уровня технологического обеспечения лечебного учреждения, на базе которого проводится процедура.

Ламааши Э.М.

ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и
интенсивной терапии, г. Харьков, Украина**

Научные руководители: доц. Дубовская С.С., асс. Битчук Н.Д.

Ожоговая травма является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Любое инфекционное осложнение ожоговой болезни, будь-то сепсис, пневмония, уроинфекция или артрит, патогенетически всегда связаны с ожоговой раной и являются причиной ухудшения хирургического лечения, увеличения сроков госпитализации, повышения риска летальности и материальных затрат. Именно потому, назначение системной антибактериальной терапии в первые 12-24 часа после травмы, с целью лечения раневой инфекции является обязательной профилактикой ее дальнейшей генерализации.

Цель исследования – разработка наиболее эффективной схемы антибактериальной терапии у ожоговых пациентов с высоким риском развития септических осложнений.

Материалы и методы. Анализ качественного состава микрофлоры ожоговых ран показал, что определялось 14 видов аэробных микроорганизмов. При этом наиболее часто встречались *Staphylococcus Aureus* (39%) и *Pseudomonas Aeruginosa* (30,5%), которые вместе определяли пейзаж ожоговой поверхности в 69,5% случаев, реже иные виды стафилококка – *Staph. Haemolyticus* (6,5%), *Staph. Epidermidis* (5,8%), *Staph. Anhaemolyticus* (1,3%), *Staph. Saprophyticus* (1,3%), стрептококка и другой микрофлоры. В 69,5% случаев указанные микроорганизмы выявлялись в монокультуре, в 30,5% – в ассоциациях.

При поступлении пациентов в сроки позже 5-6 суток выделение ассоциаций грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов превышало 80%. В этих случаях также превалировала *Ps. Aeruginosa* в сочетании с различными видами стафилококка, реже в сочетании с другими патогенами.

Анализ антибиотикограмм показал, что *Staphylococcus aureus* (более 60%) была резистентной к метициллину, была выявлена чувствительность *Staphylococcus aureus* к меропенему.

Поэтому для профилактики раневой инфекции наиболее оптимальным в качестве стартовой терапии является эмпирическое назначение препаратов, имеющих достаточный спектр бактерицидной активности против наиболее распространенных возбудителей, создающих высокие концентрации в ожоговой ране, отличающихся малой токсичностью и частотой побочных действий.

Результаты. При развитии ожогового сепсиса применение эмпирической антибактериальной терапии является обязательным. После посева крови обычно применяются антибиотики широкого спектра действия,

так как результаты микробиологического исследования будут получены позже. В качестве этиотропной терапии можно применять монотерапию карбапенемами или комбинированную терапию 2-3 антимикробными препаратами (цефалоспорины+аминогликозиды+препараты с антианаэробной активностью).

Выводы. В ходе исследования определена высокая частота стафилококковой септицемии у пациентов с ожоговой болезнью. Отмечено, что ранняя антимикробная терапия препаратами с высокой активностью к MRSA, устойчивому *Staphylococcus aureus* позволяет снизить процент тяжелых септических осложнений и снизить общую летальность.

Лепеха И.В
ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ В
ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ ТИРЕОИДНОЙ МИКРОКАРЦИНОМЫ
ПОД КЛИНИЧЕСКОЙ МАСКОЙ РАКА ЛЕГКИХ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
онкологии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель-Мужичук А.В

Рак щитовидной железы является самой распространенной опухолью в эндокринологии, что составляет 3-5% всех злокачественных новообразований. Частота тиреоидной микрокарциномы (опухоль менее 1 см в диаметре) 5-36% от общего числа злокачественных опухолей щитовидной железы. Зачастую она диагностируется после выявления регионарных или отдаленных метастазов.

Целью нашего исследования было определение возможности использования позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в диагностике скрытой тиреоидной микрокарциномы.

Пациент С., 69 лет, врач, был направлен на обследование в торакальное отделение Харьковского областного клинического онкологического центра после прохождения флюорографии, в результате которой был обнаружен конгломерат увеличенных лимфатических узлов средостения. По данным радиографии патологии легких не выявлено. Было отмечено расширение корней легких в связи с увеличенными лимфоузлами. В результате бронхоскопии не было обнаружено каких-либо патологических изменений слизистой оболочки трахеи и бронхов. Цитологическое исследование материала, полученного после трансбронхиальной биопсии, показало наличие метастатической аденокарциномы G3. На компьютерной томографии грудной клетки первичная опухоль не выявлена. В ходе комплексного обследования было проведено эндоскопическое исследование пищевода, желудка, УЗИ шеи, брюшной полости, забрюшинного пространства. Первичная опухоль не обнаружена. Данный клинический случай был расценен как медиастинальная форма рака легких T0N2M0. После ознакомления с результатами обследования, больной высказал пожелания в проведении ему ПЭТ. По данным ПЭТ было обнаружено патологическое накопление радиофармпрепарата в конгломерате лимфоузлов средостения и

в области левой доли щитовидной железы. Клинический диагноз был изменен на «рак щитовидной железы T0NXM1». Повторное УЗИ щитовидной железы признаков очаговой патологии не выявило. Больному было выполнено удаление щитовидной железы и паратрахеальных клетчатки. При морфологическом исследовании диагностирована папиллярную микрокарцином размером до 2 мм. В паратрахеальных клетчатке обнаружены изменены лимфоузлы. В дальнейшем больному начато радионуклидную терапию ^{131}I . Во время сканирования тела на «остаточных» активностях, уже после первого курса лечения было отмечено накопление РФП в лимфоузлах средостения. Сейчас больной продолжает лечение.

Предоставленный клинический случай демонстрирует скрытый агрессивное течение тиреоидной микрокарциномы. Установление правильного диагноза стало возможным благодаря случайному применению ПЭТ.

Маркевич Н.А., Калюжка В.Ю.

**СТАНДАРТНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ КАК
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ИСХОДА ПЛАНОВЫХ
ПУЛЬМОНЭКТОМИЙ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
онкологии, г.Харьков, Украина**

Научный руководитель – асс. А.Ю.Гаврилов

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных раком легких (РЛ) за счет изучения роли стандартных функциональных проб (СФП) в предоперационной подготовке.

Материалы и методы. В работе приведены результаты анализа предоперационной подготовки оперативного лечения (ОЛ) 135 больных РЛ. Мужчин было 121 (89%), женщин – 14 (10,4%), возраст от 38 до 74 лет. Учитывалась роль СФП в подготовке к плановой пульмонэктомии (ПП) и оценке функциональной операбельности.

Результаты и обсуждение. Были оценены результаты СФП 135 больных РЛ в предоперационном периоде. Всем пациентам в предоперационном периоде производилась проба Physical Working Capacity при которой частота сердечных сокращений (ЧСС) = 170 уд/мин (PWC170). Мы использовали её с учетом методики В.Л.Карпмана, с использованием двух стандартных велоэргометрических нагрузок (70 Вт и 130 Вт по 5 мин каждая). С 2-минутным перерывом. Расчет показателя производили по формуле: $PWC170 = N1 + (N2 - N1) * (170 - f1) / (f2 - f1)$, где N1 - мощность первой нагрузки, Вт; N2 - мощность второй нагрузки, Вт; f1 и f2 - ЧСС в конце первой и второй нагрузки соответственно. Нижняя граница нормального показателя составила 150 Вт. Отмечался предельный режим работы кардиореспираторной системы с максимальным потреблением кислорода при ЧСС = 170 уд/мин. Все пациенты прошли тест дозированной физической нагрузки. Проба выполнялась на велоэргометре в трехступенчатом режиме с

регистрацией электрокардиограммы (ЭКГ) по Нэбу и тетраполярной грудной реограммы на каждой ступени теста и восстановительного периода (каждые 3 мин) с последующим расчетом гемодинамических параметров (ударный объем, минутный объем, общее периферическое сопротивление, систолическое давление в легочной артерии, конечно-диастолическое давление левого желудочка, двойное произведение, инотропный и хронотропный резервы.). На основании полученных данных оценивали толерантность пациента к физической нагрузке. Мы выделяли 3 варианта толерантности:

1 - удовлетворительная толерантность (пороговая мощность от 100 до 150 ватт, продолжительность 9 мин);

2 - сниженная толерантность (пороговая мощность от 100 ватт, продолжительность менее 5 мин);

3 - низкая толерантность (пороговая мощность не выше 100 ватт, продолжительность менее 5 мин).

Низкая толерантность служила прогностически неблагоприятным фактором, указывающим на высокую вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений в интра- и послеоперационном периодах в виде нарушений ритма и проводимости, ухудшения кровоснабжения миокарда, острой сердечной и сосудистой недостаточности, артериальной гипер- и гипотонии и др. У больных перенесших ПП при данном варианте толерантности осложнения развивались в 80% наблюдений.

Сниженная толерантность к физической нагрузке свидетельствовала о снижении порога адаптации организма к операционной травме и прогнозировала развитие вышеназванных осложнений в 37% наблюдений.

Удовлетворительная толерантность являлась позитивным критерием переносимости ПП у больных РЛ. У этих пациентов сердечно-сосудистые осложнения были редки и наблюдались в 2,8% случаев.

Вывод. Изученные нами показатели СФП в предоперационном периоде позволили сформулировать оптимальную концепцию определения операбельности больных РЛ.

Оноприйко Ю.Ю., Антонова М.С.

ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. н. Антонова М.С.

Актуальность: На сегодняшний день остается высокой частота рецидивов заболевания и составляет 14-50%. Послеоперационная летальность -3-7%. Чаще всего неудовлетворительные результаты связаны с неадекватным выбором способа герниопластики.

Цель исследования: Проанализировать преимущества и недостатки герниоаллопластики послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы: На основе бурного развития химии высокомолекулярных соединений, в современную хирургическую практику прочно внедрилось два материала (полипропилен (ПП) и политетрафторэтилен (ПТФЭ)). Из ПП изготавливается сетка, которая в достаточно короткие сроки прорастает соединительной тканью, из ПТФЭ – перфорированные пластины, которые или совсем не прорастают соединительной тканью, или прорастают ею крайне медленно. Монофиламентные полипропиленовые сетки обладают биосовместимостью, прочностью, резистентностью к инфекции. Шовный материал должен отвечать тем же физико-химическим характеристикам.

Протезирования передней брюшной стенки показано пациентам с повышенным риском развития рецидива грыжи: морфофункциональная несостоятельность тканей вокруг грыжевых ворот, пожилой и старческий возраст пациента, наличие рецидивной или многократно рецидивирующей грыжи, ожирение, повышенное внутрибрюшное давление, множественность грыж, длительное грыженосительство и т.д.

Наиболее оптимально размещать протез в позиции *sub lay* – подапоневротическое расположение протеза (ретромускулярная и предбрюшинная). Однако при малых размерах дефекта передней брюшной стенки бывает технически сложно и травматично имплантировать протез под мышечно-аponeвротическим слоем в области малых грыжевых ворот. Надапоневротическое расположение протеза, или «*on lay*» не целесообразно, учитывая частоту развития послеоперационных осложнений связанных с микроциркуляторными нарушениями в тканях и формированию достаточно большой остаточной полости. Методика «*in lay*»: пластика дефекта брюшной стенки протезом (частично или полностью) без его закрытия тканью апоневроза применяется в основном в случае, когда свести края грыжевых ворот невозможно или опасно из-за риска развития сердечно-легочных осложнений, связанных с уменьшением объема брюшной полости, особенно у пациентов с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями.

Недостатки применения эндопротезов: выраженной воспалительной реакцией с преобладанием экссудативного компонента, что часто приводит к образованию сером с повышенной возможностью их последующего инфицирования; формирование грубых рубцовых тканей, деформирующих сетку с возможностью рецидива по краю протеза; жесткость (тугоподвижность) в брюшной стенке, влияющая на качество жизни.

Результаты: На базе КУОЗ «ОКБ – ЦЕМД и МК» изучены результаты лечения 64 больных с послеоперационными вентральными грыжами, из них аутопластика выполнена - у 7, аллопластика по «*sub lay*» – у 48, аллопластика по «*in lay*» – у 9 пациентам. Послеоперационные осложнения возникли у 12 больных: серома в области импланта у 8, лигатурные свищи – у 2, отторжение трансплантата – 1, у 1 пациента при применении герниоаутопластики возник рецидив грыжи. Следует отметить, что самый высокий процент осложнений приходится на долю больших послеоперационных грыж.

Вывод: Применение герниоаллопластики не лишено недостатков. Выбор хирургом наиболее оптимального вида пластики позволит снизить послеоперационные осложнения, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре, а также уменьшит экономические затраты.

**Переяслова А.С., Иванова А.Н., Гончарь Е.Н., Хоценко И.А.,
Арустамова Г.С.**

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТОЛЩИНЫ ХОРИОИДАЛЬНОГО СЛОЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии, Харьков, Украина.**

Научный руководитель - д.мед.н., профессор Панченко Н.В.

Актуальность: Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХРП) приобрела особую актуальность в последнее десятилетие в связи с ростом численности пациентов, а также развитием этого заболевания не только в молодом работоспособном, но и в более пожилом возрасте. Несмотря на значительное количество исследований, ЦСХРП остается одним из наименее изученных заболеваний органа зрения. Оптическая когерентная томография (ОКТ) – неинвазивный метод визуализации, позволяющий получать прижизненные изображения биологических структур в высоком разрешении в реальном времени.

Цель: с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) исследовать толщину хориоидеи у пациентов с ЦСХРП.

Материалы и методы: проведено обследование трёх мужчин (три глаза) с центральной серозной хориоретинопатией в активной стадии заболевания в возрасте 27, 31 и 40 лет. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Определение толщины хориоидеи проводили на оптическом когерентном томографе оптическом когерентном томографе 3DOCT – 1000, TOPCON.

Результаты: в результате проведённых исследований установлено, что у всех пациентов отмечалось утолщение хориоидеи в сравнение со здоровыми лицами.

Выводы: В острой стадии центральной серозной хориоретинопатии отмечается утолщение хориоидеи. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения возможностей ОКТ в динамике и мониторинге течения центральной серозной хориоретинопатии.

Поліков Г.О., Антонова М.С.

ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАНКРЕАТОГЕННИЙ СЕПСИС

**Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2, м. Харків, Україна**

В Україні 42% летальних випадків після операції зумовлені гнійно-септичними ускладненнями. Деструктивний панкреатит, котрий також

обумовлює високу частоту абдомінального сепсису та септичного шоку, дає гнійно-септичні ускладнення у 21 – 43% хворих. Гнійно-некротичні форми деструктивного панкреатиту, інфікований панкреонекроз, вторинний гнійний панкреатогенний перитоніт, септичні флегмони заочеревинної клітковини, абсцес різної локалізації є однією з основних причин абдомінального сепсису.

Мета: Вивчити основні причини несприятливих післяопераційних результатів у хворих на панкреатогенний сепсис (ПС) при виконанні етапних хірургічних втручань.

Матеріали: Ретроспективний аналіз хірургічного лікування 38 хворих на панкреатогенний сепсис. Гострий інфікований панкреонекроз без розвитку позаочеревинної септичної флегмони – 11 хворих, Гострий інфікований панкреонекроз з розвитком позаочеревинної септичної флегмони – у 27 хворих.

Внутрішньочеревні ускладнення, які потребували виконання релапаротомії спостерігалися у 16 хворих.

Розглядаючи характеристики хворих, які увійшли до різних груп, виявлено, що для 1 підгрупи (закрита методика лікування) характерні хворі на АС з показником APACHE-II від 10 до 15 балів, до 2 (РЛ «за вимогою») та 3 (РЛ «за програмою») підгрупи увійшли хворі на важкий АС, тобто хворі на поліорганну недостатність та показником APACHE-II від 16 до 26 балів, а також хворі на ІТШ, для яких характерні показники APACHE-II більше 26 балів, що співпадає з Російськими національними рекомендаціями.

Для аналізу отриманих нами даних були обрані хворі 2 (РЛ «за вимогою») та 3 підгрупи (РЛ «за програмою»), яким були виконані РЛ як для контролю осередку інфекції, так і для ліквідації ускладнень, що виникли в ранні (до 14 діб) терміни післяопераційного періоду

Основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих на ПС при виконанні релапаротомії з (без) застосування програмованих санацій черевної порожнини, за нашими даними, є такі: 1) вид первинної операції ($p=0,015$); 2) вихідна тяжкість хворого («the first hit»): респіраторний дистрес-синдром дорослих ($p=0,000$), парез травного тракту ($p=0,000$), гостра кардіоваскулярна недостатність ($p=0,000$), порушення свідомості ($p=0,002$), гепаторенальний синдром ($p=0,045$); 3) інфекційні ускладнення в ділянці операції ($p=0,000$); 4) кількість необхідних операцій, їх тривалість та травматичність («the second hit») ($p=0,000$).

Оперативне лікування повинно визначатися передусім, терміном виконання втручання. Важливими цілями операції являється ліквідація вогнища некроліза і впливу на організм патологічних речовин, а також створення умов, виключаючих розвиток інтрапанкреатичної гіпертензії. На сьогодні застосовують дренуючі та малоінвазивні операції, лапаротомію, лапароскопію, етапний підхід.

Показники APACHE II, SOFA, MODS є чутливими для визначення ступеня важкості хворих. Ураховуючи те, що показники AUC для всіх цих

оціночних шкал $< 0,8$, можна зробити висновок, що жодна з них не може використовуватися для ідентифікації хворих на інтраабдомінальну інфекцію, які потребують РЛ. Найбільш чутливим показником для хворих у хірургічній тактиці використовувалась РЛ «за вимогою» ($AUC=0,91$, $p<0,0001$) та РЛ «за програмою» ($AUC=0,82$, $p<0,001$),

Висновки: При ПС і ІТШ, найбільш доцільною з точки зору зниження кількості випадків розвитку післяопераційних ускладнень і летальності, є лікувально-тактичний підхід з використанням РЛ «за вимогою». Розрахунок МПП щодо визначення показань до РЛ у найбільш важкої категорії хворих на ПС, є найбільш чутливим.

**Приходько Д.О., Гончарь О.М., Арустамова Г.С., Переяслова Г.С.,
Хаценко І.О.**

ДИНАМІКА ДОЛІ БАЗАЛЬНО-КЛІТИННОГО РАКУ СЕРЕД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПОВІК В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра офтальмології, м. Харків, Україна**

Науковий керівник – д.мед.н., професор Панченко М.В.

Актуальність. Базально-клітинний рак є найбільш поширеним злоякісним захворюванням повік в усьому світі. За даними дослідників, на теперішній час відмічається ріст захворюваності базально-клітинним раком повік (Paavilaincenv.etal.).

Мета. Вивчити динаміку долі базально-клітинного раку серед злоякісних новоутворень повік в Харківській області за останні 10 років.

Матеріал і методи. Вивчена доля базально-клітинного раку серед злоякісних новоутворень повік в Харківській області. За допомогою порівняння п'ятирічних періодів з 2006 по 2015 рік, була оцінена динаміка долі базально-клітинного раку серед злоякісних пухлин повік на основі аналізу 94795 уперше зареєстрованих хворих зі злоякісними новоутвореннями в Харківській області.

Результати. За період з 2006 по 2010 рік доля базально-клітинного раку повік в Харківській області складала 75,4%, а в наступний п'ятирічний період (2011-2015 рр.) вона зросла на 9,6% і складала 85%. Було встановлено, що доля базально-клітинного раку серед злоякісних новоутворень повік в Харківській області досягла свого максимуму у 2014 році і була на 30% вище у порівнянні з 2007 роком. Збільшення долі базально-клітинного раку серед злоякісних пухлин повік супроводжувалося зростанням захворюваності цією патологією.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що базально-клітинний рак є найбільш поширеним серед злоякісних пухлин повік в Харківській області. Його доля серед новоутворень повік зросла на 9,6% у порівнянні з попереднім п'ятиріччям. Отримані дані свідчать про необхідність детального вивчення чинників, що впливають на розвиток базально-клітинного раку повік.

Проненко И. Ю.

ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПОЧЕЧНО - КЛЕТОЧНОГО РАКА

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
урологии, нефрологии и андрологии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Щукин Д.В.

Наиболее отчетливой тенденцией последних лет является активное расширение показаний к выполнению органосохраняющей хирургии опухолей почек. В настоящее время этот вид оперативного лечения используется в большинстве ситуаций, когда объем остающейся паренхимы составляет более 50% вне зависимости от локализации, размеров и даже стадии опухоли. Мы представляем ретроспективный анализ органосохраняющей хирургии в плане оценки различных факторов, влияющих на ее сложность. Основной целью исследования было создание унифицированной шкалы сложности данных хирургических вмешательств.

На протяжении последних 7 лет (с 2009 по 2015гг.) органосохраняющая хирургия по поводу почечно-клеточного рака выполнялась 415 пациентам, находившимся на лечении в ОКЦУН им. В.И.Шаповала. Группа абсолютных императивных показаний была представлена 32 (7,7%) пациентами, относительных императивных показаний - 60 (14,5%) и элективных показаний - 323 (77,8%) больными. Сложность вмешательства оценивалась с помощью оригинальной шкалы, включающей совокупность факторов, связанных как с опухолью, так и с пациентом. Данные, вошедшие в анализ, были получены ретроспективно при изучении историй болезни, протоколов операций и заключений

В результате проведенного исследования выделены следующие факторы, влияющие на сложность операции: факторы, связанные с опухолью (размеры- от 4 до 7 см (0,5 балла), более 7 см (1 балл); локализация - полярная (0 баллов), средний сегмент (1 балл), 2/3 интрапаренхимная (1 балл), полностью интрапаренхимная (2 балла), близко к почечному синусу (2 балла); прорастание в ЧЛС (0,5 балла); прорастание в венозное русло - сегментарная вена (0,5 балла), основная почечная вена (2 балла); мультифокальность опухоли (1 балл); локальный рецидив опухоли (2 балла); факторы, связанные с пациентом (возраст - до 70 лет (0 баллов), более 70 лет (1 балл); общее состояние по шкале ECOG - 0-1 (0 баллов), 2 и более (1 балл); генетические синдромы (2 балла); факторы, которые могут повлиять на ход операции (пораженная почка ранее была оперирована по поводу другого заболевания (1 балл); хронический пиелонефрит с перинефритом (0,5 балла); камни в пораженной почке (0,5 балла); коагулопатия (0,5 балла); патология почечной артерии (0,5 балла); императивные показания к ОСХ (0,5 балла). Соответственно представленной шкале 0 – минимальный балл, 19 – максимальный балл, от 0 до 2 – легко выполняемые операции, от 3 до 6 – вмешательства умеренной сложности, от 7 до 19 – сложные вмешательства.

В исследовании почти 14% пациентов имели размеры опухоли более 7 см, 40,5% новообразований располагались на 2/3 внутри паренхимы почки, а

13,5% - рядом с почечным синусом или внутри него. Мультифокальность опухоли имела место у 8% больных, подвергшихся органосохраняющей хирургии. Еще одним фактором, весомо влиявшим на сложность операции, являлись склеротические изменения в паранефральной клетчатке в результате перенесенного пиелонефрита.

Анализ сложности оперативных вмешательств в большинстве случаев представляет собой сложную задачу, так как зачастую страдает субъективизмом. Тем не менее, объективная оценка этого параметра крайне необходима, так как она позволит более точно исследовать сравнительные результаты операций. Мы представили оригинальную шкалу оценки сложности органосохраняющей хирургии почечно-клеточного рака на основании опыта хирургии 415 пациентов.

Робак В.І., Курбатов В.О., Драна Л.О.
КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ПАРАПАНКРЕАТИТУ
Харківський національний медичний університет,
Кафедра загальної хірургії №2 м. Харків
Науковий керівник професор Сиплиий В.О.

Вступ. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з парапанкреатитом пов'язана з проблемами своєчасного визначення ступеня та характеру ураження заочеревинної клітковини, об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого та оцінення рівня ендогенної інтоксикації.

Мета дослідження: Визначити частоту ураження заочеревинної клітковини при розвитку гострого некротичного панкреатиту (ГНП) та виявити параметри об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого на етапах лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Парапанкреатит виявлено у 80 (64%) хворих. Пацієнти були розподілені на дві групи: 80 (64,0%) хворих на інфікований панкреонекроз (ПН) та 45 (36,0%) хворих на неінфікований ПН. У кожній групі відокремлено підгрупи з парапанкреатитом: 60 (75,0%) хворих у першій групі, 20 (44,4%) – у другій. При надходженні до стаціонару та в динаміці раннього післяопераційного періоду у пацієнтів досліджено реакцію периферичної крові, функцію печінки, нирок. Об'єктивне оцінення стану хворих проведено за шкалою ASSES.

Результати та обговорення. При аналізі показників периферичної крові виявлено, що для хворих з парапанкреатитом характерна нейтрофільно-еозинопенічна гемограма з моноцитопенією, що свідчить про розвиток системної запальної реакції на тлі імуносупресії. При аналізі функціонального стану печінки у хворих з парапанкреатитом виявлено статистично нижчі значення коефіцієнту де Ритиса ($0,78 \pm 0,09$ проти $0,39 \pm 0,10$, $p < 0,05$) як прояв глибокої печінкової дисфункції. При вивченні функції нирок у хворих з парапанкреатитом виявлено більш високу концентрацію сечовини ($7,47 \pm 0,81$ ммоль/л проти $4,75 \pm 0,49$ ммоль/л, $p < 0,05$), що свідчить про виражену дегідратацію, ушкодження клубочків та

підвищений катаболізм білків. У передопераційний період тяжкість стану хворих з парапанкреатитом оцінено у $16,38 \pm 1,07$ балів, без парапанкреатиту – у $15,16 \pm 0,78$ балів ($p > 0,05$). На 1-2 добу післяопераційного періоду тяжкість стану хворих з парапанкреатитом оцінена у $16,02 \pm 0,78$ балів з подальшим зниженням до $10,86 \pm 1,01$ балів на 10 добу. У хворих без парапанкреатиту на 1-2 добу післяопераційного періоду сума балів складала $15,33 \pm 0,57$ та до 10-ї доби знизилась до $9,2 \pm 1,32$ бала ($p < 0,05$).

Висновки: 1. Парапанкреатит виявляється у 64% хворих на гострий некротичний панкреатит. Перебіг парапанкреатиту супроводжується імуносупресією та печінково-нирковою недостатністю на тлі ендогенної інтоксикації та синдрому системної запальної відповіді. 2. Шкала гострого сепсису ASSES є об'єктивним показником перебігу парапанкреатиту.

Ситникова Н.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ (ЛИНЗЫ PARAGON) В КОРРЕКЦИИ БЛИЗОРУКОСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра офтальмологии. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Добрица Я.В.

Актуальность темы: В настоящее время широкое применение получило использование ортокератологических ночных газопроницаемых контактных линз (ОК-линз) для изменения оптических характеристик роговицы и достижения стабильного улучшения остроты зрения. Ок - линзы сглаживают вершущу роговицы и утолщают ее на периферии. Таким образом, возникает дозированное уплощение в центре и некоторое увеличение кривизны роговицы вокруг оптической зоны. Нормальная анатомия роговицы и целостность её слоев при этом не нарушаются. Ортокератология является развивающейся областью офтальмологии, которая направлена не только на улучшение остроты зрения, но и на замедление прогрессирования миопии.

Задачи и цель исследования: целью данной работы является определение эффективности использования ортокератологических линз (Paragon) в коррекции близорукости.

Материал и методы исследования: было проведено обследование 14 пациентов с миопией (без астигматизма) в возрасте от 10 до 25 лет, которые использовали ОК-линзы Paragon на протяжении 18 мес. Методы обследования: визометрия, биомикроскопия, кератометрия, скиаскопия, β – сканирование глазного яблока, определение резервов аккомодации.

Результат исследования: Офтальмологическое обследование до применения ОК- линз показало, что: 1) средняя острота зрения без коррекции была $V=0,3 \pm 0,02$; 2) при проведении кератометрии кривизна передней поверхности роговицы в среднем составила $7,68 \text{ мм} \pm 0,26 \text{ мм}$; 3) резервы аккомодации у обследуемых больных находились в пределах $1,5 - 2,0 \text{ D}$; 4) аксиальный размер глазного яблока (при β – сканировании) составлял в среднем $25,2 \pm 0,7 \text{ мм}$; 5) средний уровень наилучшей скорректированной остроты зрения составил $V=0,9 \pm 0,05$. Близорукость

слабой степени имела место у 5 пациентов; средней степени – у 7; высокой степени – у 2. Пациенты использовали контактные линзы от - 0,25 до -7,00 D в течение 1,5 лет и обследование к концу периода нашего наблюдения показало: 1) средняя острота зрения без коррекции выросла до $V=0,7 \pm 0,08$; 2) при кератометрии кривизна передней поверхности роговицы оставалась практически в тех же пределах - $7,64\text{мм} \pm 0,22\text{ мм}$; 3) резервы аккомодации у обследуемых больных выросли в среднем до $4,5 - 5,0\text{ D}$; 4) среднее значение аксиального размера глазного яблока несколько увеличилось - $25,5 \pm 0,4\text{ мм}$; 5) средний уровень наилучшей скорректированной остроты зрения составил $V=1,25 \pm 0,08$. Распределение по степеням близорукости сохранилось прежнее.

Вывод: на основании полученных результатов можно сделать вывод, что использование ночных ОК-линз Paragon: значительно улучшает остроту зрения, повышает резервы аккомодации и способствует меньшему удлинению аксиального размера глазного яблока, что существенно тормозит прогрессирование близорукости.

Цись Ю. В., Давиденко Н.В.

**МОЖЛИВОСТІ ПІДСИЛЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
ГОСТРИХ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ
СПРЯМОВАНОГО ДИНАМІЧНОГО ВПЛИВУ НА ПАТОГЕННУ
МІКРОФЛОРУ**

**Харківський державний медичний університет,
кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології, м. Харків,
Україна**

Науковий керівник – проф. Ю.В. Пашенко

Незважаючи на значні успіхи медицини і фармації залишається тенденція до важкого пролонгованого перебігу гнійно-запальних процесів у дітей внаслідок неефективності протимікробної терапії. Останньому перешкоджає множинна стійкість мікроорганізмів, важливим механізмом якої є формування біоплівки. Також зростає інтерес до концепції біоритмів життєдіяльності бактерій, але дослідження залишаються одиничними, несистематизованими й суперечливими. На кафедрі дитячої хірургії та дитячої анестезіології розроблюються оптимальні параметри використання еферентних немедикаментозних засобів в гнійному осередку в комбінації з антимікробними препаратами саме на основі спрямованого впливу на біоплівку як субстрат антибіотикорезистентності та враховуючи добові коливання їхнього утворення.

На прикладі клінічних штамів *S.aureus* та *E. coli*, виділених у дітей з на гнійно-деструктивними пневмоніями, експериментально доведені упорядковані зміни продукції біоплівкоутворення, причому при певному режимі введення протимікробних засобів найнижчий рівень зафіксований о 6^{00} та 18^{00} . Обґрунтована необхідність розробки нової стратегії боротьби з лікарською стійкістю патогенних мікроорганізмів, а саме – періодичної зміни часу введення протимікробних засобів протягом доби з таким розрахунком,

щоб максимальна концентрація препаратів у плазмі крові співпадала в часі з мінімальною продукцією факторів патогенності, коли проявляється максимальна чутливість мікроорганізмів до протимікробних засобів, що суттєво підвищуватиме ефективність лікування при використанні стандартних терапевтичних доз антибіотиків.

Продемонстровано ефективне руйнування сформованих біоплівочок ізолятів та пригнічення планктонних клітин (попереджає утворення вторинних біоплівочок) при комбінованому використанні низькоінтенсивного ультразвуку з озонованим фізіологічним розчином протягом 10 хв. Встановлено також, що вплив цих факторів активує формування позаклітинних нейтрофільних пасток, що збільшує кількість інактивованих планктонних клітин бактерій, які вивільняються добовими біоплівками.

Клінічні спостереження виконані у 16 дітей – 5 з піотораксом в ексудативній фазі (санація виконана внаслідок відсутності ефекту від лікування протягом 4 – 5 діб) та 11 дітей з емпіємою плеври фібринозно-гнійної стадії та стадії організації. Безпосередня озono-ультразвукова санація гнійного осередку під час торакоскопії дало змогу цілеспрямовано та ефективно видаляти запальний ексудат та некротичні тканини, ліквідувати численні зрощення, що сприяє ранньому розправленню легенів, покращенню аерації та мікроциркуляції в тканинах.

Про підвищення ефективності місцевого лікування свідчить раннє покращення загального стану дітей, лабораторних та рентгенологічних даних, зменшення медикаментозного навантаження в середньому в 1,3 рази, скорочення перебування дітей на лікарняному ліжку в середньому в 1,4 рази.

Висновки: Проведена науково-дослідна робота показала можливість цілеспрямованого впливу на біоплівку, а також використання біоритмологічного підходу як основи новітнього напрямку стратегії боротьби з хірургічною інфекцією. Це є основою для подальшої розробки критеріїв гнучкої етіопатогенетичної терапії у конкретного хворого, що матиме перспективу попередження адаптивних реакцій патогенної мікрофлори на проведення медичних маніпуляцій та формування полірезистентності.

Шубина М. В

ПЕРВЫЙ ПРОТЕЗ СЕТЧАТКИ - ARGUS II

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра офтальмологии, Харьков, Украина

Научный руководитель: Ильина Е. Н.

Актуальность. Пигментный ретинит — наследственное, дегенеративное заболевание глаз, которое вызывает сильное ухудшение зрения и в 70% случаев - слепоту. Поэтому, актуальным является изучить современные методы лечения данного заболевания. В настоящее время нет лекарств от пигментного ретинита, но лечение, теперь доступно в некоторых странах. Получивший признание на рынке, в феврале 2011 года, протез сетчатки Argus стал первым одобренным средством для лечения этого заболевания, доступен в Германии, Франции, Италии и Великобритании.

Цель: изучить эффективность первого протеза сетчатки - «Бионический глаз» Argus II, разрабатываемого американской компанией Second Sight Medical Products.

Материалы и методы. Литературные данные. Авторы проводили исследование на 80 добровольцах разного возраста. Согласно исследованию Жака Данкана, профессора клинической онкологии в Университете Калифорнии, Сан-Франциско, к марту 2014 года, Argus II был имплантирован более чем 80 пациентам в ходе клинических испытаний и коммерческого внедрения.

Результаты. Лучшим результатом, из числа достигнутых применением устройства в клинических испытаниях, было острота зрения 20/1260; слепота определяется как больше чем 20/500 по определению Всемирной организации здравоохранения, и как 20/200 в Соединенных Штатах. Таким образом, в то время как зрение улучшилось, ни одного случая реальной правовой слепоты не было устранено с помощью устройства. В коммерческой версии устройства была зарегистрирована лучшая острота зрения (20/1000). Хотя система не поднимает зрение пациентов выше порога слепоты, она дает значительные улучшения в пространственной ориентации и мобильности. В некоторых случаях, Argus II может восстановить достаточно зрения, чтобы позволить слепым пользователям читать буквы крупным шрифтом. Протез сетчатки Argus, кроме того, продолжает безопасно функционировать в течение многих лет после имплантации.

Argus II получил одобрение для использования в коммерческой деятельности Европейского Союза в марте 2011 года. В августе 2013 года, Second Sight объявил, что возмещение выплат для Argus II было одобрено для слепых получателей Medicare в Соединенных Штатах. Argus II был официально запущен в США в январе 2014 года.

Выводы. Протез Argus II - достойная альтернатива предлагаемым методам лечения гибели фоторецепторов сетчатки при наследственных дегенеративных заболеваниях сетчатой оболочки. Операция позволяет повысить остроту зрения от $VOU=HM$ до $VOU=0,2=20\%$, что положительно влияет на качество жизни пациентов.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Jacobs Yvonne, Romanenko A.A.

PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN DISEASE.

Kharkiv National Medical University

Department of Obstetrics and Gynecology №2, Kharkiv, Ukraine

Scientific director: prof. Parashchuk Yu.S.

Introduction. Polycystic ovarian syndrome is a clinical syndrome characterized by obesity, irregular menstruation, signs of androgen excess (hirsutism, acne). Polycystic ovarian syndrome is one of the most common endocrine disorder affecting women of childbearing age, characterized by Insulin resistance with compensatory hyperinsulinemia, insulin resistance plays a role in the metabolic syndrome which is defined as a set of metabolic abnormalities including abdominal obesity, impaired glucose tolerance, hypertension, dyslipidemia and cardiovascular disease.

Objectives. To determine the prevalence of metabolic syndrome in women with polycystic ovarian syndrome and to identify their interaction with each other.

Materials and methods. In the employment of retrospective reviewed data, the results found that approximately 50 women of reproductive age were diagnosed: Polycystic ovary syndrome (conditionally group A) and 50 women (conditionally group B) of childbearing age were randomly selected from the population which had a regular menstrual period and the absence of hirsutism but matched for age and general condition as women from group A. The data were collected using a questionnaire and biochemical analysis of blood. For all women in 2 groups studied, blood pressure was measured, triglycerides, total cholesterol, body mass index, waist circumference, insulin, glucose and others.

Result. The results showed that the prevalence of metabolic syndrome and its individual components, markers of insulin resistance is much more common in women with polycystic ovarian syndrome compared with patients without polycystic ovarian syndrome as follows: the prevalence of metabolic syndrome increases with increase in body mass index. The average body mass index in patients with metabolic syndrome was significantly higher than that of women without polycystic ovary syndrome (28.19 kg / m² versus 24.61 k / m²), the average waist-to-hip ratio was significantly higher in group A compared with the group B, in 12.2% of cases it was detected diabetes, 8.3% had been a violation of fasting glucose and 11.7% were identified impaired glucose tolerance. Women with polycystic ovarian syndrome (group A), high blood pressure $\geq 130 / 85$ mmHg was observed in 30% of cases, dyslipidemia was present in 93.3% of cases (of which 91.7% was observed a low high density lipoprotein (<50 mg / ml)).

Conclusion. Insulin resistance and hyperinsulinemia are an important factor in the pathogenesis of polycystic ovarian syndrome, as well as the central element in the formation of polycystic ovarian syndrome and metabolic syndrome. To identify the metabolic syndrome in women with polycystic ovarian syndrome with

a view of early diagnosis is necessary to formulate the correct tactics for screening and to take timely measures for the primary prevention of complications.

Алайя Ламиа

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Щербина Н.А.**

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин в перименопаузе является в настоящее время не только медицинской, но и социальной проблемой. Пролапс гениталий, по данным различных авторов, встречается у 15-28% женщин, способствуя анатомическим и функциональным нарушениям смежных органов в 74,1-80% случаев.

Ведущей причиной В возникновении пролапса гениталий, на сегодняшний день считается концепция системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

В арсенале практических врачей существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения пролапса гениталий, каждый из которых имеет свое предназначение. Однако высокая частота рецидивов и прогрессирования процесса, отсутствие четкого алгоритма и рациональной тактики ведения больных в перименопаузе с начальными стадиями пролапса гениталий определяет актуальность настоящего исследования.

Целью работы явилась оптимизация консервативного лечения пролапса гениталий у женщин в перименопаузе.

Обследовано женщин в перименопаузе с пролапсом гениталий I-II стадии, которые были разделены на 3 клинические группы. В I группу вошло 10 пациенток, которым проводилось традиционное консервативное лечение, основанное на комплексе гимнастических упражнений для тренировки мышц тазового дна. Во II группу вошли 8 больных, которым проводилось комплексное лечение с не хирургической коррекцией передней стенки влагалища с помощью филлеров (Патент на изобретение №111431 от 25.04.2016 г.) III группу (контрольную) составили 7 здоровых пациенток в перименопаузе без признаков пролапса гениталий.

Результаты исследования и их обсуждение. Жалобы на недержание мочи при напряжении предъявляли (90%) пациенток, что было связано с преобладанием цистоцеле. Ощущение инородного тела во влагалище испытывали (43,3%) пациенток. Синдром ДСТ у (97,8%) пациенток с пролапсом гениталий был представлен легкой степенью недифференцированной формы ДСТ у 50,8% больных, средней степени у 47% больных. Изучение концентрации маркеров метаболизма соединительной ткани выявило достоверное повышение суточной экскреции оксипролина у (86,7%) больных с пролапсом гениталий с одновременным повышением общих ГАГ у (72,2%) пациенток по сравнению с контрольной

группой. Выявленные изменения подтверждают имеющиеся нарушения со стороны межклеточного вещества соединительной ткани у больных с пролапсом гениталий.

Анализируя динамику экскреции в суточной моче ОП и ГАГ в I группе нами не обнаружено существенной динамики через 1 и 3 мес. после лечения, что можно объяснить наличием у пациенток выраженных соединительнотканых нарушений. Во II группе повышение экскреции в суточной моче отмечалось только у 26,5 %больных, в целом содержание ОП снизилось в 1,8 раза ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют в пользу уменьшения катаболизма коллагена под влиянием комплексной коррекции.

После лечения повышение уровня экскреции ГАГ в суточной моче сохранялась в обследуемых группах, и наблюдалась у (67,6%) больных I группы, у (62,5%) больных II группы. Выраженность экскреции достоверно снизилась во II группе, по отношению к показателям до лечения.

Результаты исследования свидетельствуют об уменьшении катаболизма межклеточного вещества соединительной ткани у пациенток под влиянием комплексной терапии.

Таким образом, применение комплексного коррегирующего лечения, регулирующего метаболические процессы в соединительной ткани и улучшающего процессы коллагенообразования позволяет повысить эффективность лечения и добиться стабилизации процесса за 6 мес. наблюдения у 85,3% больных во II группе и только у 20,8% в I группе больных.

Абдуллаева С.И., Гасанова А.Р.

ВЛИЯНИЕ ФЕТАЛЬНОГО МИКРОХИМЕРИЗМА НА ИММУНИТЕТ МАТЕРИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Аралов О.Н.

Фетальный микрохимеризм(МХ) — это присутствие плодных (фетальных) клеток в организме матери, которые могут в нем сохраняться на протяжении долгих лет. У женщины в организме скапливаются генетически аллогенные клетки всех беременностей, не зависимо от того, какой был у них исход- аборт, выкидыши или роды. На 4-5 неделе после зачатия в крови матери обнаруживаются фетальная ДНК, а с 7 недели можно выявить клетки плода.

Целью нашего исследования является определить влияние фетального микрохимеризма на иммунную систему матери.

Результаты научных исследований о положительном или отрицательном влиянии МХ на иммунитет не однозначны. В своих исследованиях ученый, лауреат Нобелевской премии Филип Шоуолтер Хенч обнаружил снижение клинических проявлений ревматоидного артрита во время беременности. Он связал данные явления с увеличением количества женских половых гормонов, но по результатам исследования доктора Джей

Ли Нельсона из Вашингтонского университета было выявлена взаимосвязь с наличием плодных клеток в организме женщины, т.е. так называемого фетального МХ. А также ее исследования определили, что данные клетки долгоживущие и могут делиться и давать начало множеству специализированных видов клеток, т.е. данные клетки являются стволовыми. В пользу данной теории свидетельствуют результаты, полученные кардиологом Хиной Чондри, которая в своих исследованиях на мышах выявила, что фетальные МХ поступая в сердце, дифференцируются и становятся кардиомиоцитами. Однако, при исследованиях доктора Эми Бодди из Университета Аризоны было выявлено, что материнская иммунная система может реагировать на увеличение фетальных клеток плода в виде выработки иммунных Т-клеток, которые направлены на их уничтожение. Но если эти клетки обладают способностью изменять свой фенотип и становятся более агрессивными в ответ на иммунную реакцию матери, то это может привести к обострению конфликта с потенциально негативными последствиями. Эмбриональные клетки могут реагировать на материнский иммунный ответ путем повышения скорости пролиферации, производя факторы, которые могут быть нацелены на разрушение материнских иммунных клеток. Одно исследование показало, что вторжение в клетки трофобласта могут индуцировать апоптоз материнских Т-клеток, что может негативно сказываться на состоянии иммунитета матери. При исследовании больных системной склеродермией было выявлено значительное повышение уровня фетальных МХ, что в контрольной группе не наблюдалось. Данные исследования свидетельствуют, что эти клетки могут запустить аутоиммунные процессы.

Исходя из выше сказанного, данный вопрос является недостаточно изученным и нуждается в дальнейших исследованиях.

Аралова В.О.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии № 1, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Потапова Л.В.

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 беременных с признаками преэклампсии (отёки, повышение артериального давления, протеинурия) различной степени тяжести в сроке 39-40 недель. I-ю группу составили 10 (50%) пациенток с преэклампсией лёгкой степени. Вторая группа сформирована из 10 (50%) беременных с признаками преэклампсии средней степени тяжести. Средний возраст пациенток 1-й группы составил $26,4 \pm 0,3$, а второй $27,3 \pm 0,4$.

Основным методом исследования было определение индексов резистентности в маточных артериях. Цветное доплеровское картирование проводилось в положении женщины лежа на спине по методике,

разработанной [А.Н. Стрижаковым и др., 1990 г.] с применением ультразвукового сканера фирмы Philips. Полученные абсолютные результаты изменения значений систолической и диастолической скоростей кровотока преобразовывались в относительные показатели: систолодиастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе изучения полученных результатов была выявлена тенденция повышения показателей периферического сосудистого сопротивления в маточных артериях у беременных с преэклампсией средней степени тяжести. СДО увеличилось на 9% в сравнении с показателями у пациенток с преэклампсией лёгкой степени, что составило $2,32 \pm 0,08$ и $2,13 \pm 0,06$ соответственно ($p < 0,05$). ПИ во 2-й клинической группе ($0,87 \pm 0,03$) на 11,5% выше, чем в 1-й ($0,78 \pm 0,02$) ($p < 0,05$). ИР у пациенток с преэклампсией средней степени тяжести на 17% выше, чем у беременных с преэклампсией лёгкой степени, $0,55 \pm 0,02$ и $0,47 \pm 0,01$ ($p < 0,05$).

Можно сделать вывод, что одним из патогенетических звеньев развития позднего гестоза у беременных являются изменения периферического сосудистого сопротивления.

Арсентьева А.В., Филатова С.С., Лысенко Т.П.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ
МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО
ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,
г. Харьков. Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Аномальные маточные кровотечения (АМК) занимают одно из лидирующих мест среди патологических состояний в гинекологии. По данным литературы, частота АМК в последние годы увеличилась [Andrist L.C., Arias R.D. et al., 2004]. (Andrist L.C., Arias R.D. et al., 2004). До 65% пациенток репродуктивного возраста обращаются к специалистам по поводу чрезмерных менструальных кровотечений (Herve Fernandez, 2007). Причиной Причинами АМК часто являются: поражение гипоталамо-гипофизо-яичниково-маточной системы, гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточных взаимоотношений, воспалительные и инфекционные заболевания, переутомление, острый и хронический стресс, нарушение гормонального гомеостаза после абортов, при наличии миомы матки, полипоза эндометрия, нарушение гемостаза. Длительные кровотечения могут приводить к железодефицитной анемии, бесплодию, снижению работоспособности и развитию соматических заболеваний.

Цель работы: провести ультразвуковую характеристику АМК у женщин репродуктивного возраста

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства, и гинекологии и детской гинекологии в КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1». Для проведения исследования

были отобраны 80 женщин в возрасте 19-45 лет. В основную группу вошли 50 женщин больных с АМК. В контрольную - 30 женщин пациенток с физиологическим течением репродуктивного периода. Женщины обратились по поводу обильных кровянистых выделений во время менструаций и в межменструальный период. Пациенткам проведено полное клинико-лабораторное и ультразвуковое (УЗИ) исследование и УЗИ с использованием аппарата MIDRAY.

Результаты исследования и их обсуждение. В клиническом анализе крови было выявлено снижение уровня гемоглобина до 92 ± 10 г/л. Остальные показатели были без изменений. В основной группе при проведении УЗИ отмечалось значительное увеличение динамики толщины эндометрия, составляющей от 4 до 10 мм за одну неделю, а максимальная толщина накануне менструацией составляла от 18 до 30 мм. В контрольной группе прирост толщины слизистой эндометрия составлял 2-4 мм в неделю. На В середине секреторной фазы толщина эндометрия составила 21 мм, его эхоструктура была неоднородна, повышенной эхогенности. В контрольной группе данные изменения выявлены не были.

Выводы. АМК характеризуются изменением нормальной ультразвуковой картины эндометрия. Отмечается увеличение динамики прироста толщины эндометрия и изменение его эхоструктуры в динамике наблюдения при продолжающемся кровотечении.

Артамонов Р.О., Дубовик В.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПСИХОЗОВ

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра акушерства и гинекологии №1,

кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научные руководители: к.мед.н. Зеленская Е.А.,

к.мед.н., ас. Шарашидзе К.З.

Актуальность. Послеродовые психозы (ПРП) – синтез послеродовых соматических и психопатологических реакций. Наиболее характерны явления бреда и депрессии, выражающиеся в идеях несостоятельности себя самой как матери, либо же страх ответственности материнства. Соответственно, довольно типичными являются желания нанести повреждение новорожденному или самой себе. Частота встречаемости составляет 1-2 случая на 1000 рожениц, также приводятся данные о том, что 5% больных совершают суицид, 4% – убивают своих детей. В связи с этим, тема ранней диагностики и профилактики данных состояний остается актуальной.

При анализе психозов послеродового периода высказывается мнение о том, что указанные расстройства могут быть соматогенными, психогенными и эндогенными.

Целью исследования было выявление закономерностей и факторов, предрасполагающих к развитию ПРП.

Материалы и методы. Нами были изучены анамнестические сведения 16 пациенток, которые в течение 2 недель с момента родов были доставлены в ХОКПБ №3, где проходили дальнейшее стационарное лечение с установленным диагнозом F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом.

Результаты. Нами были получены следующие данные: наиболее часто в послеродовом периоде наблюдались психогенные депрессии — у 81,25 % больных, в остальных случаях наблюдалась симптоматика психотического регистра. Факторами риска развития послеродовых депрессивных расстройств являлись: психические травмы во время беременности, родов и послеродового периода — 68,75%; преморбидные акцентуации личности (истерического, астенического, психастенического типов) — 50%; первые роды — 81,25%; депрессивные эпизоды в анамнезе — 56,25%; патология послеродового периода — 68,75%; патология беременности — 43,75%; осложнения родов — 68,75%; отягощенная психическими заболеваниями наследственность — 56,25%.

Выводы. Можно с уверенностью говорить, что ПРП — крайне опасное состояние, как для матери, так и для ребенка. Необходимо проводить психологическую поддержку женщины на до- и послеродовом периоде, детально изучать возможные факторы риска развития ПРП. В послеродовом периоде проводить рациональную психотерапию и психокоррекцию совместно с психологом, проводить в семье психообразовательные занятия.

Бахтиярова А.М.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Плахотная И.Ю

В настоящее время плацентарная недостаточность (ПН), осложняющая течение беременности, является самым распространенным синдромом в акушерской практике и является важнейшей проблемой не только акушерства, перинатологии, педиатрии, но и здоровья нации в целом. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриутробной гипоксии плода, синдрома задержки роста плода (СЗРП), его повреждений в процессе родов. ПН встречается при сочетании беременности с экстрагенитальной патологией - в 24 -45 %, при гестозе — в 32 %, при невынашивании — в 50 — 77%, а у беременных, перенесших вирусную и бактериальную инфекцию - более чем в 60 % случаев.

В развитии плацентарной недостаточности чаще всего участвуют несколько этиологических факторов, один из которых является ведущим.

В последние годы активно обсуждается роль сосудистых факторов роста в патогенезе различных акушерских осложнений, в том числе ПН И СЗРП. Прежде всего нарушается взаимосвязь соотношения между экспрессией плацентой VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста) и PLGF (плацентарный фактор роста) при СЗРП. Процессы ангиогенеза в

плаценте зависят от баланса проангиогенных и антиангиогенных факторов в микроокружении эндотелиальных клеток. Факторы, стимулирующие пролиферацию эндотелиальных клеток и увеличивающие их жизнеспособность, имеют важное значение для развития сосудистой сети плаценты. В то время как апоптоз эндотелиальных клеток – необходимый физиологический процесс для нормального развития сосудистой сети плаценты путем ангиогенеза и изменения структуры сосудов.

По данным литературы, при ПН наблюдается изменение соотношений сосудистых факторов роста, являющееся причиной нарушения процессов нормального ангиогенеза и репарации эндотелия при беременности. Следовательно, изучение роли сосудистых факторов роста в нарушении формирования плаценты и развития плода позволяет детально изучить основы фето-плацентарного ангиогенеза, что является крайне актуальным и позволяет разработать метод комплексного обследования по выявлению групп риска и прогнозированию развития ПН и СЗРП, определения тяжести патологического процесса, ранней диагностики и профилактики ПН, а также выбрать оптимальную тактику ведения беременности и родов.

Анализ результатов исследования уровня проангиогенного фактора роста в сыворотке крови показал достоверные отличия. Концентрация PLGF у пациенток основной группы составила $135,6 \pm 34$ pg/ml и была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой - $227,2 \pm 57,8$ pg/ml ($p < 0,05$). В зависимости от тяжести СЗРП, у беременных с СЗРП III и II степени тяжести уровень PLGF был достоверно ниже по сравнению с СЗРП I степени и со здоровыми беременными: $19,8 \pm 11,2$ pg/ml, $38,7 \pm 23,3$ pg/ml, $211,6 \pm 78,3$ pg/ml, соответственно, ($p < 0,05$). Уровень PLGF у здоровых пациенток составил $241,2 \pm 63,7$ pg/ml. Низкие значения PLGF у пациенток с ПН и СЗРП по сравнению с контрольной группой свидетельствуют о значительном поражении маточно-плацентарного комплекса, тяжелой гипоксии и снижении компенсаторных механизмов.

Содержание sFlt-1 у пациенток основной группы составил $17685,5 \pm 2884,7$ pg/ml и было достоверно выше среднего уровня группы контроля – $3210,3 \pm 576,1$ pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). Сравнение показателей разных подгрупп основной группы показало, что у беременных с СЗРП III уровень sFlt-1 выше, чем при СЗРП II и I степени: $25453,6 \pm 5985,6$ pg/ml, $22344 \pm 5443,3$ pg/ml и $13432 \pm 4356,2$ pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). Следовательно, при тяжелой форме ПН и СЗРП происходит значительное смещение баланса сосудистых факторов роста в сторону повышения уровня антиангиогенных факторов, в частности sFlt-1.

Уровень эндоглина у пациенток основной группы был значительно повышен по сравнению с уровнем sEng у здоровых женщин и составил в среднем: 23602 ± 1736 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml, соответственно ($p < 0,05$). У пациенток с СЗРП I, II и III степени тяжести отмечалось достоверное повышение уровня sEng по сравнению с контролем: $10540 \pm 1112,3$ pg/ml, $18432 \pm 1523,7$ pg/ml, 23602 ± 6547 pg/ml и 5835 ± 630 pg/ml,

соответственно ($p < 0,05$). Постепенное повышение уровня эндоглина свидетельствуют о выраженных нарушениях в фетоплацентарном комплексе.

Выводы. Для дифференцированного подхода к ведению беременности у пациенток с ПН и СЗРП наряду с общепринятыми методами может быть использован метод определения уровня сосудистых факторов для выбора оптимальной акушерской тактики и прогнозирования исходов беременности.

Гнатенко О.В., Кебашвили С.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков. Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Введение. Абдоминальный болевой синдром – одна из наиболее частых причин обращения к гинекологу. Основными патологическими состояниями, сопровождающимися подобной симптоматикой, не связанной с беременностью, у девочек, девушек-подростков и женщин молодого репродуктивного возраста, являются следующие: воспалительные заболевания внутренних половых органов, опухоли и опухолевидные образования, апоплексия яичников, перекрут придатков матки, овуляторный синдром, первичная дисменорея, некоторые формы врожденных аномалий развития половых органов, травмы, ранения сводов влагалища, проникающие ранения брюшной полости, - большинство из которых требует оказания неотложной гинекологической помощи.

Цель исследования. Совершенствование ранней диагностики причин абдоминального болевого синдрома для своевременной органосохраняющей тактики лечения urgentных состояний у девочек и молодых женщин.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 девочек, подростков и женщин молодого репродуктивного возраста. Больные были разделены на три группы. 1 группу составили 11 девочек от 2 до 12 лет; во 2 группу вошли 19 девушек-подростков 13-17 лет; в 3 группу были включены 30 женщин молодого репродуктивного возраста. Всем пациенткам проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование с глубоким изучением анамнеза. Использовалось современное ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография - по показаниям.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки поступали с явлениями острого живота, причиной которого чаще всего предполагалось наличие кисты яичника. Однако, в процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики установлено, что окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 37 пациенток из 60 (61,6%). При этом, в 3 группе достоверно чаще, чем в 1 и 2: 26 (86,6%), 10 (52,6%), 1 (9,1%) - соответственно ($p < 0,05$). Напротив, у младших пациенток 1 и 2 групп, в связи с анатомическими особенностями внутренних половых органов и более

подвижным образом жизни явления острого живота часто были вызваны наличием перекрута придатков матки, который при УЗИ визуализировался, как киста яичника. Установлено, что перекрут придатков матки был выявлен у 23 из 60 больных: в 1 группе в 90,9% случаев, во 2 - в 47,3%, в 3 – в 13,3%. У девочек и девушек-подростков клинические проявления, обусловленные перекрутом придатков матки, были неспецифичны и соответствовали клинике острого живота, обусловленного наличием кисты яичника.

Выводы. Методом выбора лечения с учетом предстоящего материнства следует считать малоинвазивное хирургическое вмешательство – лапароскопию с проведением органосохраняющих операций.

Гнатенко О.В., Прокопенко А.Н., Никольский Н.С.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО
ЖИВОТА В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ
ВОЗРАСТЕ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. В последнее время в литературе появляется все больше сообщений об увеличении частоты диагностирования доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у детей, подростков и молодых женщин. В связи с совершенствованием методик ультразвуковой диагностики участились и случаи раннего выявления кистозных образований у плодов. В структуре гинекологической заболеваемости детей, подростков, молодых женщин удельный вес опухолей и опухолевидных образований яичников колеблется от 1,5 до 4,8%, причем, в молодом репродуктивном возрасте данная патология нередко является причиной нарушения репродуктивной функции (Т.Ф. Татарчук, 2012, И.А. Тучкина и соавт., 2015).

Материалы и методы. Работа проводилась на клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ. Обследовано 130 больных 11-32 лет (70 девочек-подростков 11-17 лет и 60 женщин 18-32 лет), - основная группа. Больные были комплексно обследованы и пролечены в условиях стационара по поводу острого абдоминального болевого синдрома. В контрольную группу вошли 45 здоровых сверстниц (25 подростков и 20 женщин).

Результаты исследования. В процессе обследования был верифицирован диагноз - киста яичника. У 53 подростков и 22 женщин выявлены ретенционные образования яичников, которые явились причиной абдоминального болевого синдрома. Эти больные пролечены консервативно. Оперативное лечение путем лапароскопии выполнено 17 подросткам и 38 женщинам в связи с кистами яичников, превышающими 5-6 см в диаметре и явлениями острого живота. Анализ течения беременности и родов у матерей наших пациенток показал, что в основной группе как подростки, так и женщины молодого репродуктивного возраста чаще, чем обследованные контрольной группы, рождались от матерей, имевших серьезные акушерские

и перинатальные нарушения и осложнения. Наблюдалась угроза прерывания беременности, акушерские кровотечения, маловесность и превышение массы тела новорожденных, дистресс плода. Пациентки основной группы имели высокий инфекционный индекс, число часто болеющих респираторными заболеваниями, частота экстрагенитальной патологии у них в 2 раза превышала аналогичный показатель в контрольной группе. В анамнезе у 60% больных основной группы отмечались воспалительные заболевания женской половой системы: синехии вульвы (в детском возрасте), вульвовагинит, бартолинит, сальпингоофорит.

При объективном исследовании у всех больных отмечались явления острого живота, болезненность в области проекции придатков или наличие опухолевидного образования. При эхосонографии выявлено наличие выпота в брюшной полости до 100 мл или образование, диаметром более 5-5,5 см.

Выводы. К факторам риска возникновения опухолей и опухолевидных образований яичников у подростков и молодых женщин, обуславливающих возникновение острого живота, можно отнести патологическое течение беременности и родов у матери, отягощенный преморбидный фон, наличие воспалительных заболеваний женской половой системы в анамнезе. Определяющими для выбора тактики лечения «острого живота» являются наличие и количество выпота в брюшной полости и размеры опухолевидного образования.

Гусейнова Н.Х.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Преждевременные роды являются актуальной проблемой в практическом акушерстве в связи с тяжелыми осложнениями, прежде всего для плода (новорожденного). Медико-социальная значимость преждевременных родов определяется высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью недоношенных детей. Наибольшая доля преждевременных родов (55,3%) приходится на сроки гестации 34-37 недель, в то время как в 22-27 недель беременности она не превышает 5,7%. Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при своевременных родах. Угрожающие преждевременные роды характеризуются незначительной болью внизу живота или в области крестца. Иногда жалобы отсутствуют. При пальпации определяют повышенный тонус матки и ее возбудимость.

Цель. Изучить особенности ультразвуковой диагностики при угрожающих преждевременных родах у женщин молодого репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ, в КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1». Обследовано 50 беременных женщин молодого репродуктивного возраста, поступивших по направлению женской консультации, в связи с угрозой преждевременных родов во II-III триместре беременности с жалобами на боли внизу живота. Женщинам проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты исследования. При проведении ультразвукового исследования были выявлены сегментарные сокращения передней стенки матки у 10 женщин (20%), задней стенки матки у 8 женщин (16%), сегментарные сокращения обеих стенок матки (в виде «песочных часов») у 15 женщин (30%), низкое расположение головки плода у 11 женщин (22%), укорочение шейки матки до 23 мм у 6 женщин (12%). Следует отметить, что при сегментарных сокращениях передней, задней и обеих стенок матки наблюдалось перераспределение околоплодных вод.

Выводы. Ультразвуковое исследование является одним из основных и информативных методов диагностики, помогающих выявить признаки угрожающих преждевременных родов у женщин молодого репродуктивного возраста.

Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю.

ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков. Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Дисменорея (ДМ) занимает первое место в структуре нарушений менструального цикла и является нейроэндокринным синдромом, который циклично повторяется, снижая, иногда до ее полной потери, трудоспособность девочек во время менструаций. В структуре гинекологической заболеваемости в периоде полового созревания частота этого нарушения составляет от 5 до 92%.

Первичная ДМ, отмечающаяся у большинства больных, приводит не только к потере трудоспособности, но и к выраженным изменениям психосоматического статуса – от легких неврологических состояний до тяжелых психоподобных синдромов. Большинство расстройств репродуктивного здоровья взрослых женщин берут начало уже в детском и подростковом возрасте. Поэтому особо актуальной становится своевременная диагностика причин болезненных менструаций, их адекватная комплексная коррекция и лечение сопутствующих психонейроэндокринных нарушений.

В настоящее время, среди теорий, которые объясняют возникновение ДМ, ведущее место принадлежит простагландиновой, в основе которой лежит врожденное или приобретенное нарушение синтеза или обмена эйкосаноидов. Высокая распространенность заболевания, его медико-

социальное значение, являются важным аргументом в обосновании тщательного изучения данной проблемы.

Цель исследования. Изучение факторов риска возникновения дисменореи разной степени тяжести у девочек-подростков.

Материалы и методы. Обследовано 102 девочки-подростка 11-18 лет, которые составили 3 группы: в 1 группу вошли 52 девочки-подростка с синдромом ДМ легкой степени тяжести; 2 группу составили 37 пациенток с синдромом ДМ средней степени тяжести; в 3 группу были включены 13 девочек с тяжелой формой синдрома ДМ.

Проводилось комплексное клинико-лабораторное, инструментальное, гормональное обследование. выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, внутренних органов, щитовидной и молочных желез. Определяли состояние соматического здоровья больных, все они были консультированы педиатром и смежными специалистами по показаниям для выявления экстрагенитальной патологии.

Результаты и их обсуждение. У 75% подростков с ДМ выявлена экстрагенитальная патология (ЭП) и установлена зависимость между ее характером и тяжестью клинических проявлений ДМ. Установлено, что болевой синдром легкой степени (67,2%) чаще встречался у девочек, имеющих заболевания ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, миопию. Средняя степень тяжести ДМ (25,9%) чаще отмечена у пациенток с патологией гепато-билиарной, мочевыделительной систем, щитовидной железы. Тяжелая форма ДМ (6,8%) установлена у больных с обменно-эндокринными и нейровегетативными проявлениями, с сердечно-сосудистой и неврологической патологией, часто в сочетании с миопией.

ДМ у больных с ЭП проявлялась на неблагоприятном наследственном и преморбидном фоне: каждая четвертая пациентка родилась в состоянии асфиксии, 45% матерей имели нарушения менструальной и репродуктивной функции, акушерские осложнения. У 71,6% матерей обследованных подростков на протяжении жизни наблюдались болезненные менструации, у большинства из них – до родов.

Средний возраст менархе составил 11 лет 8 мес $\pm$ 9 мес., у большинства обследованных регулярный цикл был сохранен, однако, почти у трети больных отмечалось сочетание болевого синдрома с периодическими небольшими задержками менструации (от 5-10 дней до месяца). У подавляющего большинства пациенток длительность менструаций составила 5-7 дней.

У 48% обследованных инфекционный индекс был 3 и выше, 38% больных состояли на учете у педиатра, как часто болеющие. В зависимости от степени тяжести ДМ клиническая картина имела разный характер. У пациенток с легкой степенью тяжести ДМ отмечалась умеренная болезненность менструаций без системных симптомов. Трудоспособность при этом нарушена не была и больные в медикаментозной коррекции не нуждались. Пациентки с ДМ средней степени тяжести предъявляли жалобы на выраженную болезненность менструаций с иррадиацией в поясничную

область, боли сопровождалась некоторыми диспептическими расстройствами, головной болью, головокружением, ознобом. Больные отмечали снижение трудоспособности. У пациенток с тяжелой формой ДМ клинические проявления патологии характеризовались сильными болями во время менструаций, сопровождалась комплексом обменно-эндокринных и нейровегетативных симптомов, полной потерей трудоспособности.

У значительной части девушек с ДМ установлена вегетативная дисфункция (ВД). Выявлены симпатикотонический, ваготонический, смешанный типы ВД, характер которых зависел от особенностей гормонального статуса и патологических изменений менструальной функции. Наиболее выраженные клинические проявления ВД были у подростков с ваготонической формой дисменореи с болевым синдромом, сопровождалась гормональным дисбалансом и нарушениями гемодинамики в сосудах головного мозга у большинства обследованных, что подтверждалось при доплерографии.

Выводы. Проведенное исследование показало, что подростковая ДМ в большинстве случаев (75%) протекает на фоне экстрагенитальной патологии. Определена зависимость между характером экстрагенитальной патологии и тяжестью клинических проявлений ДМ.

Журба Е.П., Луценко М.Ю.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В АКУШЕРСТВЕ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., ас. Горбатовская Э. В.

Несмотря на высокий профессионализм акушеров-гинекологов в Украине увеличивается частота случаев преждевременных родов. Данная тенденция связана с ростом пациенток с экстрагенитальными заболеваниями, эндокринной патологией и многоплодной беременностью. Стоит отметить, что большую роль в развитии многоплодной беременности играет активное применение экстракорпоральных методов оплодотворения, что также увеличивает риск возникновения преждевременного прерывания беременности.

Целью работы было проанализировать современные способы диагностики угрозы возникновения преждевременных родов и определить эффективные способы лечения и профилактики для снижения риска возникновения вышеуказанного явления.

Были проанализированы истории родов 28 беременных со сроками гестации 30-34 недель. Диагноз основывался на клинических симптомах (кровянистые выделения, раскрытие шейки матки) и оценке сократительной деятельности матки. У 10 пациенток в анамнезе имелись однократные аборты, 5 женщин страдали сахарным диабетом, 11 имели другие экстрагенитальные заболевания, у 2-ух отмечалась многоплодная

беременность. Остановить роды удалось только у 8 женщин с помощью применения препаратов, снижающих тонус матки (генипрал, партусистен). У остальных в связи с преждевременным излитием околоплодных вод сохранение беременности оказалось невозможным, поэтому было принято решение введение родов с рождением недоношенного ребенка.

Можно сделать вывод, что вышеуказанные клинические симптомы являются поздним проявлением уже начавшихся родов, когда меры для остановки прерывания беременности малоэффективны. Поэтому следует направить силы на диагностику прерывания беременности на более ранних этапах для последующей правильной тактики введения таких пациенток.

Запара А.С., Чехунова А.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИРОЗА
ЯИЧНИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Липко О.П.

Эндометриоз является одним из самых многоликих и загадочных гинекологических заболеваний. Несмотря на вековую историю и огромное внимание ученых всех стран, многие аспекты эндометриоза все еще остаются не уточненными.

Учитывая высокую частоту рецидивирования только полное удаление или уничтожение очага эндометриоза хирургическим путем с использованием различных современных энергий является некоторой гарантией ликвидации заболевания.

Неоценимое значение в этом плане имеет лапароскопия, позволяющая выявить самые ранние формы заболевания и под оптическим увеличением произвести удаление этих очагов.

На сегодняшний день существуют различные методы эндохирургического лечения эндометриозных гетеротопий: используют диатермоэлектрокоагуляцию, термокоагуляцию, лучевую аргоновую коагуляцию, которые имеют различную глубину проникновения в ткани. Учитывая тот факт, что при визуализации эндометриозных очагов во время лапароскопии невозможно оценить глубину инвазии, а она зачастую не зависит от площади эндометриозного очага на поверхности яичника нами проведено сравнительное изучение эффективности эндохирургического лечения «малых» форм эндометриоза яичников различными видами энергий.

Отбор пациенток в возрасте от 18 до 38 лет проводился во время лапароскопии, производимой по поводу бесплодия. Из них у 123 женщин выявлены «малые» формы эндометриоза яичников.

Пациентки были распределены по группам следующим образом:

43 пациенткам (1 клин. группа) - у которых во время лапароскопии были обнаружены «малые» формы эндометриоза яичников, проводилась электрокоагуляция очагов эндометриоза при мощности 40-60 Вт;

40 пациенткам (2 клин. группа), проводилась термокоагуляция очагов с температурой 120-130°C и экспозицией 15-20 с;

40 пациенткам (3 клин. группа) — лучевая аргоновая коагуляция, мощность 40-60 Вт со скоростью потока газа 6-8 л/мин и экспозицией 15-20 с.

Контрольную (4 клин. группу) составили 30 пациенток, которым лапароскопия производилась в связи с трубно-перитонеальной формой бесплодия и яичники были без патологических изменений.

С целью выяснения морфофункциональных изменений в эндометриоидных гетеротопиях в зависимости от метода коагуляции до и после воздействия пациенткам всех клинических групп во время лапароскопии производилась биопсия эндометриодного очага с последующим гистологическим исследованием.

При гистологическом исследовании очагов эндометриоза обнаружено: наличие единичной железистой структуры с эпителиальной выстилкой без признаков функциональной активности (отсутствие в цитоплазме клеток гликогена и овальной формы ядра, занимающие большую часть клеток).

При термокоагуляции в зоне очага эндометриоза отмечаются большей частью дистрофические изменения эндометриоидной железы, преобладает пикноз, имеется незначительное количество ядер с явлениями рексиса. Базальная мембрана сохранена, отмечается ее набухание и неравномерное утолщение цилиндрического эпителия. Необходимо также отметить, что быстрое образование нагара на рабочей поверхности электродов уменьшает их теплопроводность и, следовательно, эффективность воздействия. Таким образом эффект воздействия поверхностный.

При воздействии аргоновой коагуляции в эндометриоидных очагах обнаруживались явления пикноза и кариорексиса клеток цилиндрического эпителия, вакуолизация цитоплазмы, частичная фрагментация коллагена в базальной мембране, что свидетельствует о частичном ее повреждении. Макроскопически в результате аргонового коагулирующего эффекта создавался тонкий 1-2 мм струп. Эффект воздействия был также поверхностным и не способствовал полной ликвидации патологического процесса.

После электрокоагуляции как на поверхности, так и в субкортикальных отделах обнаруживались полностью разрушенные клетки, вакуолизация цитоплазмы, распад базальной мембраны, о чем свидетельствует фрагментация коллагена IV типа.

Таким образом эффект воздействия ДЕК имеет достаточную глубину проникновения и способствует полному уничтожению эндометриоидных гетеротопий.

Иванова Т.А, Корпань Т.В.
ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Эндометриоз яичников является одной из важных проблем в современной гинекологии. Частота встречаемости данной патологии у женщин репродуктивного возраста составляет 15-20%. Несмотря на большое число клинических и морфологических исследований, посвященных данному заболеванию, многие его аспекты все еще остаются неразрешенными. Молодой возраст больных, длительное и прогрессирующее течение заболевания, тяжесть клинических проявлений (упорный болевой синдром, маточные кровотечения, хроническая анемия, бесплодие, нейроэндокринные расстройства), стойкое нарушение репродуктивной функции, снижение трудоспособности и качества жизни определяют, как медицинское, так и социальное значение этой распространенной патологии.

Цель работы. Провести анализ гистологических исследований различных морфофункциональных вариантов эндометриоза яичников после диагностической лапароскопии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии в КЗОЗ «Харьковский городской родильный дом № 1». Обследовано 30 женщин репродуктивного возраста с подозрением на эндометриоз яичников. Возраст обследуемых составил 21 ± 3.2 года. Проведен анализ историй болезни, результатов ультразвукового исследования, данных операционных журналов, гистологических заключений морфологических препаратов. Всем женщинам была проведена диагностическая лапароскопия. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.0, коэффициент достоверности определяли с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у 22 женщин (73.3%) гистологически был идентифицирован эндометриоз яичников. Двухсторонний эндометриоз яичников был выявлен у 9 обследуемых (40.9 %), эндометриоз правого яичника обнаружен у 3 (13.6%), левого – у 10 (45.45) пациенток. У 8 женщин (26.6%) диагноз «эндометриоз яичников», не подтвердился морфологически. У 2 из них обнаружены tuboовариальные опухоли, у 1 – инвазивный рак, у 3 – функциональные кисты яичников, у 2 – морфологические признаки сальпингоофорита.

Выводы. Диагностика эндометриоза яичников сложна и многопланова. Окончательный диагноз основывается на результатах гистологического исследования. Лечебно-диагностическая лапароскопия на сегодняшний день является оптимальным методом для верификации диагноза и лечения эндометриоза у женщин молодого репродуктивного возраста.

Красун О.С., Скопенко А.С.
ДИАГНОСТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В
ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Маточное кровотечение пубертатного периода (МКПП) является одной из наиболее часто встречающихся форм нарушения функции репродуктивной системы в периоде полового созревания. В структуре гинекологических заболеваний частота МКПП колеблется от 10 до 37,5%, Проблема МКПП актуальна среди заболеваний у подростков. Вопросы лечения и реабилитации пациенток с маточными кровотечениями имеют большое значение, поскольку рецидивы заболевания ухудшают прогноз репродуктивной функции в будущем.

Цель работы. Определить диагностические признаки маточных кровотечений в пубертатном периоде.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 источников научной литературы, посвященных изучению диагностики маточных кровотечений пубертатного периода.

В результате исследования. Основным признаком МКПП является изменение структуры эндометрия и появление ановуляторного менструального цикла в период возникновения маточного кровотечения. При анализе уровня прогестерона на 22 день менструального цикла, полученные результаты показывают снижение данного показателя относительно нормы. По данным ультразвукового исследования отмечается отсутствие доминантного фолликула. Базальная температура монофазная. МКПП необходимо дифференцировать с другими заболеваниями, так как кровотечения из половых путей в пубертатном периоде могут быть обусловлены многими заболеваниями, связанными с нарушением свертывающей системы крови. Таким пациентам необходимо проводить консультацию смежных специалистов: гематолога, эндокринолога, невропатолога, фтизиатра, окулиста и педиатра.

Выводы: своевременная диагностика аномальных маточных кровотечений в пубертатном периоде являются залогом успешного сохранения репродуктивного потенциала данной категории пациенток.

Кормилец Д.А.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С
ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., ас. Куричёва Н. Ю.

В последние годы в Украине возросла частота случаев первичного невынашивания беременности. Одной из причин послужило развитие у

пациенток синдрома Ашермана (образование внутриматочных синехий). Частой причинной развития данного синдрома служат механические травмы базального эндометрия. Травмирование эндометрия может происходить при использовании внутриматочных контрацептивов, различных оперативных вмешательствах, производимых на матке, при маточных кровотечениях или полипах, а также при проведении диагностических выскабливаний полости матки. Стоит отметить, что после однократного диагностического выскабливания полости матки вероятность развития внутриматочных синехий около 15%, а при 5 и более процедур риск увеличивается на 35%.

Целью работы была сравнить различные методы комплексного лечения для снижения рецидивов после хирургического лечения внутриматочных синехий.

В исследовании приняло участие 30 женщин возрастом от 18 до 25 лет. Всем пациенткам была проведена оперативная гистероскопия. После проведения хирургического лечения женщины были разделены на две равные группы (по 15 человек) для дальнейшего противорецидивного лечения. В I группе применялась исключительно гормонотерапия с эстрогенами, а во II группе помимо гормонотерапии с эстрогенами было назначено введения гелеобразного наполнителя (гель с высокоочищенной натриевой соли гиалуроновой кислоты) в полость матки. В первой группе рецидивы образования спаек отмечались у 8 женщин (43,3%), когда как во второй данный показатель составил всего 6 пациенток (25%). Также 5 пациенток имеющие рецидивы в I группе и 3 и во II отметили, что не точно соблюдали гормонотерапию.

Таким образом, можно сделать вывод что при синдроме Ашермана необходимо применять многокомпонентную терапию. Тактика ведения таких женщин должна предусматривать оперативную гистероскопию и противорецидивную терапию с применением гормонотерапии с эстрогенами и введения гелеобразного наполнителя (гель с высокоочищенной натриевой соли гиалуроновой кислоты) в полость матки.

Лахно Ю.В.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Скорбач Е.И.,

Несмотря на значительный прогресс в медицине, наблюдается увеличение частоты случаев нарушения менструальной функции у женщин молодого возраста. В связи с этим актуальным является выявление причин данной патологии и методов ее коррекции.

Целью нашего исследования было изучить особенности менструальной функции у студенток репродуктивного возраста, выявить нарушения и их причины.

Было обследовано 150 девушек (студенток Харьковского национального медицинского университета) в возрасте от 20 до 24 лет (средний возраст $22,4 \pm 1,54$ лет). Нами была разработана анкета, с помощью которой были определены параметры менструальной функции студенток, данные анамнеза жизни, наличие хронической соматической патологии, наследственный анамнез. После завершения исследования проводилась статистическая обработка и анализ полученных результатов.

Результаты нашего исследования показали, что у 68 студенток выявлено нарушения менструального цикла, что составляет 45,3% всех обследованных. Среди студенток, имеющих нарушения менструального цикла 60 (88,2%) страдают олигоменореей, у 8 (11,8%) – полименореей. При изучении семейного анамнеза у 23 (33,8%) девушек с нарушением менструального цикла выявлено наличие склерополикистоза яичников и других дисгормональных нарушений у близких родственников; 51 (75%) студентка имеет хроническую соматическую патологию различных органов (пиелонефрит, гастрит, панкреатит, холецистит). Обострения хронической соматической патологии у 43 девушек (84% случаев) сопровождается нарушением менструального цикла и у 36 (70,5%) имеют сезонную зависимость. Хроническую интоксикацию в виде курения имеют 27 (39,7%) девушек с нарушением менструальной функции.

Таким образом, на основании данного исследования можно сделать вывод, что нарушение менструальной функции встречается в 45,3 % обследованных девушек. Наличие хронической экстрагенитальной патологии и хронической интоксикации негативно влияет на менструальную функцию, способствуя возникновению гипоменструального синдрома. Таким образом, своевременное выявление и лечение хронической патологии способствует нормализации менструальной функции у девушек репродуктивного возраста.

Луцкий А.С.

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПЕРЕНОСЕ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ БЛАСТОЦИСТ В ЕСТЕСТВЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Парашук Ю.С.**

Для лечения бесплодия все чаще применяют вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Одним из методов ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

В естественном менструальном цикле, как правило, созревает один фолликул. Поэтому, шансы наступления беременности при ЭКО в естественном цикле невелики. При контролируемой стимуляции яичников (КСЯ) получают большое количество яйцеклеток, что позволяет получить большое количество эмбрионов и увеличить результативность лечения. В полость матки переносят один или два эмбриона, чтобы избежать

многоплодной беременности. Остальные криоконсервируют с возможностью переноса в последующих менструальных циклах.

Перенос размороженных эмбрионов можно провести в естественном менструальном цикле или после подготовки эндометрия с использованием заместительной гормональной терапии.

В данной работе проведен анализ наступления беременности после КСЯ при переносе витрифицированных blastocysts в полость матки в естественном менструальном цикле. Через пять дней после подтверждения овуляции blastocysts размораживали и переносили в полость матки один или два эмбриона. Со дня овуляции вторую фазу цикла поддерживали вагинальной формой прогестерона в виде геля (90 мг прогестерона).

В исследуемую группу вошли 30 пациенток, проходивших лечение методом ЭКО в клинике им. акад. В.И. Грищенко, у которых в связи с высоким риском развития синдрома гиперстимуляции яичников перенос эмбрионов в цикле лечения не был проведен. Все полученные blastocysts были витрифицированы. Криоцикл запланирован после восстановления функции яичников. Частота имплантации составила 50%. Из 30 пациенток клиническая беременность наступила у 23 (70,6%). Беременность закончилась родами у 19 женщин (63%), из них 16 одноплодных, 3 двойни.

Высокая частота наступления беременности связана, с одной стороны, с сохранением жизнеспособности витрифицированных blastocysts, а, с другой стороны, с адекватным формированием в эндометрии имплантационного «окна» в момент переноса эмбрионов в естественном цикле.

Мелихова Т.В.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО
ЭНДОМЕТРИОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С БЕСПЛОДИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 2, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Парашук Ю.С.**

В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает 3-е место среди заболеваний женских половых органов. В общей популяции женщин частота данной патологии колеблется от 6,2% до 50%, при бесплодии – от 40% до 50% и даже до 80%, при хронических тазовых болях от 33% до 74%, при дисменорее – в 40-60% случаев.

Иммунологические аспекты эндометриоза интенсивно изучаются уже несколько десятилетий и по настоящее время являются дискуссионными, продолжая оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей. Представляют интерес данные о наличии у больных эндометриозом изменений общего и местного иммунитета, которым отводится определенная роль в развитии и прогрессировании заболевания.

Актуальность исследования иммунологических маркеров для диагностики и прогнозирования развития генитального эндометриоза связана

не только с высокой распространенностью данного заболевания у женщин, но и с рядом значимых для здоровья последствий: бесплодием, нарушением менструальной функции, стойким болевым синдромом и снижением трудоспособности пациенток.

Среди иммунологических маркеров, для диагностики эндометриоза важное значение имеет определение уровня цитокинов, так как они являются главными медиаторами межклеточного взаимодействия и имеют склонность к изменению в динамике при наличии воспалительного процесса любого характера, влияя на развитие и прогрессирование эндометриозных очагов.

До настоящего момента в значительной степени остаются не изученными изменения цитокинового статуса и их сравнительная оценка при различных клинических вариантах эндометриоза. Проводится определение уровня цитокинов в сыворотке крови и перитонеальной жидкости.

Определение цитокинов перитонеальной жидкости показало более высокую диагностическую и прогностическую информативность по сравнению с информативностью цитокинов сыворотки крови, но учитывая инвазивность забора перитонеальной жидкости, более высокое практическое значение имеют малоинвазивные методы исследования, ввиду их доступности и атравматичности. К таким исследованиям можно отнести определение цитокинового статуса в других биологических жидкостях организма, таких как вагинальный секрет и шейная слизь, которые ранее не проводились.

У пациенток с разной степенью выраженности процесса, в зависимости от стадии генитального эндометриоза определялся уровень основных провоспалительных медиаторов: интерлейкинов – ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12, ИЛ-18 и фактор некроза опухолей - альфа (TNF-α), а также их антагонистов - ИЛ-4, ИЛ-10 и трансформирующий фактор роста - бета (TGF-β).

Данное исследование подтвердило информативность цитокинового статуса в вагинальном секрете и шейной слизи и может применяться в качестве иммунологических маркеров для диагностики и прогнозирования развития генитального эндометриоза на начальных этапах заболевания.

Мельник К.А., Эйлазова А.О., Резник М.А., Ракитянський І.Ю.

**ПАТОГЕНЕЗ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ
У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**

**Харківський національний медичний університет
кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології
м. Харків, Україна**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Тучкіна І.О.

Актуальність. Серед чисельних видів акушерської патології важливе місце посідає преєкласмпсія вагітних, залишаючись одним з найсерйозніших ускладнень вагітності та пологів. Проблема преєкласмпсії обумовлена її частотою (7-16%) і тим, що це ускладнення вагітності посідає друге місце в структурі причин материнської смертності, а також складає від 17 до 40% серед її акушерських причин. З преєкласмпсією пов'язані високі показники

перинатальних втрат. На даний час більшість дослідників розглядають прееклампсію та її різноманітні клінічні прояви з точки зору системної ендотеліальної дисфункції, яка супроводжується активацією тромбоцитарно-судинної ланки гомеостазу, ушкодженням і порушенням функції еритроцитів, розладами мікроциркуляції, вазоконстрикцією, порушенням регіонального, зокрема матково-плацентарного кровотоку.

Мета. Визначити патогенетичні особливості ендотеліальної дисфункції у вагітних з прееклампсією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології. Обстежено 200 вагітних жінок, що знаходилися на лікуванні в КЗОЗ «Харківський міський пологовий будинок №1». Основну групу склали 50 вагітних з прееклампсією легкого ступеня, 50 – середнього ступеня та 50 – тяжкого ступеня. До контрольної групи увійшли 50 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Всім жінкам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження. Додатково визначали рівень вмісту фактора Віллебранта (фВ), Ендотеліну-1 (ЕТ-1) та S-нітрозотіолів.

Результати та їх обговорення. У вагітних з легкою прееклампсією вміст фВ збільшувався в 1,2 рази, з середньою прееклампсією – у 1,5 рази, з тяжкою – у 1,8 рази. Підвищення фВ завжди пов'язане з активацією системи згортання та підвищенням секреції тромбоцитарних факторів. Аналіз коагулограм вагітних з прееклампсією показав підвищення активності системи згортання (у порівнянні з контрольною групою), наявність тромбоцитопенії. Установлений факт ушкодження ендотелію (збільшення рівня фВ) зумовлює наявність дисфункції ендотелію, яка може бути одним з провідних факторів прееклампсії. Наявність дисфункції ендотелію вивчили за визначенням рівня вмісту ЕТ-1 і S-нітрозотіолів (стабільний метаболіт ендотелій-секретуючий NO). Дані з вивчення вмісту S-нітрозотіолів, які отримані, свідчать про те, що при прееклампсії (навіть у випадку легкого ступеня тяжкості) вміст S-нітрозотіолів значно знижується, а особливо при тяжкому ступені (у 5 разів) ($p < 0,01$). Вивчення вмісту ЕТ-1 показало, що рівень його дещо збільшується при легкій прееклампсії, при середній в 1,5 рази вище і в 1,8 рази збільшується при тяжкій прееклампсії в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,01$).

Висновки. У вагітних з прееклампсією спостерігається пошкодження ендотелію, яке обумовлює його дисфункцію.

Пилипенко Н.С., Романова Н.В.

СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО–КЮСТНЕРА-МАЙЕРА-ХАУЗЕРА

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии

г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.

Актуальность. Идиопатическая аплазия внутренних половых органов составляет 0,0002% среди новорожденных. Многие авторы выделяют

нарушение развития мюллеровых каналов как основную причину развития данного синдрома под воздействием тератогенных факторов. У 2 женщин из 10 с первичной аменореей выявляется синдром Рокитанского-Кюстнера.

Клинический случай. Клинический случай. Больная А. 16 лет, поступила в стационар клинической базы кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии ОДКБ №1 18.11.2016 г. с жалобами на отсутствие менструаций. Проведено полное клинико-лабораторное обследование: Данные компьютерной томографии: КТ-признаки врожденной аномалии развития - аплазии матки и влагалища. УЗИ ОМТ: матка в виде тяжа, размерами 20 на 10 мм, правый яичник 32×26 мм, левый яичник – 30×24 мм, обычной структуры. Гинекологический статус: вагинальное зондирование 10-12 мм. Гормональный профиль: Эстрадиол: 89,9 пг/мл. Антимюллеров гормон: 3,82 нг/мл. Коагулограмма, липидный спектр, печеночные пробы, - в пределах возрастной нормы, сывороточное железо – 19,8 мкмоль/л. Клинический диагноз: Синдром Рокитанского-Майера-Кюстера-Хаузера. Рекомендовано: плановое оперативное лечение. После предоперационной подготовки, 30.11.2016 произведена операция: Пластика влагалища сегментом сигмовидной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Попович О.О.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии №2, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайворонская С.И.

Актуальность. За последнее десятилетие с целью снижения перинатальных потерь были расширены показания к операции кесарево сечение. Это увеличило число женщин детородного возраста, имеющих рубец на матке. На текущий момент на одно из первых мест в акушерстве вышла проблема ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

Цель работы. Ретроспективный анализ ведения преждевременных родов с рубцом на матке и определение прогностических критериев для перинатальных исходов при той или иной тактике родоразрешения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй 132 преждевременных родов у женщин с рубцом на матке, что составило 9,4% от общего числа родов у пациенток с перенесенным ранее кесаревым сечением (1081). У 80 (60%) пациенток с рубцом на матке преждевременные роды отмечались в сроке 34-37 недель беременности. Очень ранние преждевременные роды в сроке менее 27-28 недель имели место у 5 (3,7%) женщин. Первую группу составили 82 женщины (62,1%), роды у которых были проведены через естественные родовые пути. У 50 (37,9%) пациенток, которые составили вторую группу, произведена повторная операция кесарево сечение.

В анамнезе у пациенток имели место самопроизвольные аборты (23%) и воспалительные заболевания репродуктивных органов (56%). В качестве критериев состоятельности рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде рассматривались следующие признаки: толщина миометрия в области нижнего маточного сегмента более 3 мм; отсутствие деформаций, «ниш», участков втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки; отсутствие жидкостных образований в структуре рубца, отсутствие визуализации лигатур в миометрии.

Полученные результаты и их обсуждение. При отборе женщин на вагинальные роды, кроме состоятельности послеоперационного рубца, одним из важных критериев являлась степень «зрелости» шейки матки. Выявлена прямая корреляционная зависимость между состоянием рубца на матке и степенью «зрелости» шейки. В первой группе пациенток при наличии «зрелой» шейки матки или ее «созревании» в процессе подготовки мягких родовых путей начались самопроизвольные роды. В эту группу наблюдения вошли 72 (88%) пациентки с вагинальными преждевременными родами с одним рубцом на матке, 2 (2,4%) случая – преждевременных родов двойней. У 45 (33%) пациенток преждевременные роды с рубцом на матке осложнились преждевременным излитием околоплодных вод. Длительный безводный промежуток у 15 (18%) беременных сочетался с клиническими проявлениями хориоамнионита. В 10 (12%) случаях проводилась индукция родовой деятельности по медицинским показаниям. Анализ показал, что у 37 (74%) женщин второй группы к началу родов была «незрелая» шейка матки. В этой группе у 25 (50%) женщин повторное кесарево сечение проводилось по акушерским показаниям, среди которых у 20 (40%) - несостоятельность послеоперационного рубца, у 5 (10%) - преждевременное излитие околоплодных вод и неудачная попытка индукции родов. 6 (12%) пациенток были родоразрешены досрочно в связи с тяжелой экстрагенитальной патологией. В 4 (8%) случаях оперативное родоразрешение проводилось в связи с 2-мя рубцами на матке, в 5 (10%) случаях – по поводу преждевременных родов в тазовом предлежании и отсутствии готовности родовых путей к родам.

Выводы. Хорошая степень «зрелости» шейки матки с большой вероятностью указывает на состоятельность рубца на матке. Вагинальное ведение преждевременных родов у женщин с рубцом на матке, является резервом к снижению частоты оперативного родоразрешения.

Сапаров М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

**Харківський національний медичний університет
кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н., ас. Нагута Л.О.**

Аномальні маткові кровотечі (АМК) – це кровотечі, що виникають унаслідок порушень нейрогуморальної регуляції і ритмічної продукції

гормонів яєчників в результаті ураження системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, при виключенні органічної патології.

Недостатня ефективність існуючих консервативних методів терапії АМК часто приводить до наростаючої анемії, значному погіршенню загального стану хворих, необхідності застосування хірургічних методів лікування - збільшується кількість гістеректомій з приводу стійких порушень менструального циклу і пов'язаної з ними патологією ендо- та міометрію.

Традиційне лікування ДМК базується на застосуванні гормонотерапії, метою якої є швидка зупинка кровотечі, наступна корекція гормональних порушень, відновлення менструального циклу і репродуктивної функції жінок молодого віку.

Мета та задачі дослідження: визначити рівень ефективності застосування фітоестрогенотерапії у лікуванні аномальних маткових кровотеч у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети ми вивчили ефективність застосування фітоестрогенотерапії для лікування хворих з аномальними матковими кровотечами. Для постановки діагнозу враховувалися скарги пацієнток, менструальна функція, клініко-лабораторні методи дослідження, тести функціональної діагностики, гормональне, гістологічне та ультразвукове дослідження. В дослідження включено 39 жінок з АМК у віці 25-40 років. 20 хворих отримували гормональне лікування (група порівняння) та 19 жінок, що отримували комплексне лікування, яке включало застосування фітоестрогенів. Контрольна група включала 11 здорових жінок. Всі жінки скаржилися на загальну слабкість, головокружіння, порушення сну, втому, порушення менструального циклу.

Результати спостереження. Як показали наші дослідження нормалізація менструальної функції була відмічена у 18 (90%) хворих основної групи в порівнянні з жінками 16 (84,2%) групи порівняння. При застосуванні фітоестрогенів спостерігалась позитивна динаміка, що було клінічно підтверджено даними клініко-лабораторного, гормонального, гістологічного та ультразвукового досліджень. У всіх пацієнтів основної групи значно покращилось загальне самопочуття, зникли скарги, знизилась менструальна крововтрата. У 1-ї (5,2%) хворої групи порівняння виникла потреба відміни гормональної терапії внаслідок побічних ефектів. Всім хворим, які застосовували фітоестрогени через 6-9 місяців було проведено ультразвукове дослідження, де патології ендометрію виявлено не було.

Висновки. Таким чином, отримані дані, адекватні діагностичні дослідження та етапність

проведення вчасного лікування з допомогою фітоестрогенів дозволить попередити розвиток маткових кровотеч з тяжкою анемізацією жінок.

Сендецкий С.С., Рябушко И.Р., Романова Н.В.
ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ.
АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ВХОДА
ВО ВЛАГАЛИЩЕ.

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,
г.Харьков, Украина

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) — группа врожденных моногенных аутосомно-рецессивных заболеваний, связанных с рядом дефектов ферментных систем надпочечников, которые ведут к нарушению полового развития. Самая частая форма ВДКН – дефицит энзима 21-гидроксилазы (21-ГД), которая составляет от 90 до 95% всех вариантов аденогенитального синдрома. По данным неонатальных скрининговых программ, проводимых в разных странах, популяционная частота встречаемости классических форм заболевания варьирует от 1:10 000 до 1:15 000 детей.

Исходя из причины развития ВДКН, лечебные мероприятия при данной патологии складываются из проведения больным заместительной гормональной терапии на протяжении всей их жизни, предполагающей возмещение недостатка кортизола и снижения уровня андрогенов в организме. Дозировка глюкокортикоидов подбирается индивидуально, исходя из возраста и общей площади тела больной (средняя суточная поддерживающая доза равна 10-15 мг/кв.м. поверхности тела). При выраженной вирилизации наружных половых органов и наличии урогенитального синуса показано оперативное лечение: феминизирующая пластика наружных половых органов. В нашей стране и за рубежом чаще всего используется двухэтапная коррекция наружных гениталий в связи с высоким процентом (36-65%) стенозирования входа во влагалище при одноэтапном выполнении феминизирующей пластики. Согласно принятым положениям по ведению больных с ВДКН первый этап феминизирующей пластики выполняется по достижении компенсации основного заболевания (желательно до трехлетнего возраста), который включает в себя резекцию гипертрофированного клитора и рассечение урогенитального синуса. При этом производится удаление кавернозных тел гипертрофированного клитора с оставлением сосудисто-нервного пучка головки. Вторым этапом в пубертатном периоде формируют преддверие входа во влагалище (М-образная интроитопластика).

Клинический случай. Больная Б., 9 лет, поступила в стационар клинической базы кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии -ОДКБ № 1 г. Харькова, 26.11.2016 в плановом порядке, для определения сроков повторной оперативной коррекции рубцового стеноза входа во влагалище. Из анамнеза известно: ребенок болен с рождения, в периоде новорожденности установлен диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников. Аденогенитальный синдром, урогенитальный синус. С

периода новорожденности производится заместительная патогенетическая гормональная терапия. В 2012 году произведена феминизирующая операция: удаление кавернозных тел клитора, разделение уrogenитального синуса. Однако в послеоперационном периоде, в связи с недостаточным уходом за ребенком, отмечено рубцевание входа во влагалище, что требует повторной пластики в старшем возрасте.

При объективном обследовании гинекологического статуса установлено: наружные половые органы сформированы по женскому типу, большие и малые половые губы гипопластичны, имеется рубцовый стеноз входа во влагалище. При ректо-абдоминальном исследовании несколько левее от центра малого таза, пальпируется резко уменьшенная матка, размерами 5x4 мм, придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненна. Данные компьютерной томографии: после введения контраста в область предполагаемого влагалища, определяется контрастирование между мочевым пузырем и прямой кишкой по длине до 124 мм с шириной от 3 до 6 мм по длине до 78,6 мм. Заключение: Аденогенитальный синдром с признаками уrogenитального синуса. Ультразвуковое исследование: матка в anteflexio, размерами 27x17x12,5 мм., м-эхо – 3 мм. Правый яичник 22,5x11,2 мм, левый яичник 22x12,8 мм. Биохимический анализ крови: лептин – 42,3 нг/мл, 17-оксикортикостероиды – 6,7 мкМоль/сут, эстрадиол – 18,1 пг/мл, пролактин – 198 мМЕ/л, прогестерон – 0,5 нМоль/л, ЛГ – 0,8 мМЕ/мл, ФСГ – 1,1 мМЕ/мл, тестостерон – 0,9 нмоль/л, кортизол – 83 нмоль/л, тестостерон свободный – 0,2 пг/мл. Клинический диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников. Аденогенитальный синдром, рубцовый стеноз входа во влагалище. Рекомендовано: повторная пластика рубцово измененного и стенозированного влагалища и формирование преддверия входа во влагалище (интроитопластика) при достижении пубертатного возраста.

Скибина К.П., Алексеева Е.С.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Распространенность синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) составляет 9-19% в популяции. У пациенток с клиническими проявлениями гиперандрогении: от 17,4% до 46,4%. У женщин с ановуляторным бесплодием СПКЯ выявляется в 55-91% случаев.

Цель работы: представить описание клинического случая склерокистоза яичников.

Проанализирован клинический случай пациентки А., 31 года, находившейся на лечении в стационаре клинической базы кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии - КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1» с диагнозом: Бесплодие I, Синдром

поликистозных яичников. При поступлении в стационар основной жалобой было отсутствие наступления беременности в течение 3 лет регулярной половой жизни без предохранения от беременности. Больной проведено комплексное обследование. Уровень антимюллера гормона (АМГ) составил 0,35 нг/мл. В 2014 году пациентке выполнена операция: лапароскопия, диатермокоагуляция яичников с обеих сторон. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии.

В 2016 году у пациентки А. наступила беременность. Поступила в родильный дом с диагнозом: Беременность 9 недель. Угрожающий аборт. Проведена комплексная терапия, направленная на сохранение беременности: Диагноз при выписке: Беременность 11 недель, прогрессирующая.

После проведенной диатермокоагуляции яичников с двух сторон у пациентки А. улучшились показатели овариального резерва (АМГ - 0,85 нг/мл), наступила беременность, что говорит об эффективном использовании данного метода лечения для восстановления репродуктивного потенциала у женщины с СПКЯ.

Скринник И.Ю., Сущенко М.С., Птуха О.Г.
ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ
В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детский гинекологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Гонадотропные гормоны: фолликулостимулирующий (фоллитропин) и лютеинизирующий (лютропин) секретируются аденогипофизом. Фоллитропин стимулирует рост и созревание фолликулов, пролиферацию клеток гранулезы и секрецию эстрогенов, индуцирует образование ФСГ-, ЛГ-рецепторов, повышает уровень ароматаз в фолликуле. Лютропин стимулирует секрецию андрогенов, совместно с фоллитропином обеспечивает овуляцию, способствует трансформации клеток гранулезы в лютеиновые и синтезу прогестерона желтым телом. Кроме ФСГ и ЛГ, аденогипофиз секретирует пролактин, который стимулирует рост молочных желез и лактацию. Повышение его уровня в крови тормозит рост фолликулов и синтез стероидов. Стимулирующее действие на продукцию пролактина оказывают эстрогены, несколько повышая его уровень в перiovуляторный период и лютеиновую фазу цикла. Нарушение продукции и взаимосвязей в гонадотропно-яичниковых взаимоотношениях может приводить к нарушениям менструальной функции (НМФ).

Цель работы: определить характер гонадотропной функции гипофиза у девочек подростков с НМФ в динамике лечения.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии. Под наблюдением находилось 20 девочек-подростков с вторичной аменореей, олиго-опсоменореей,

гиперполименореей. Проведен анализ физического и полового развития, характера менструальной функции. Исследование уровней гонадотропных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактина) проводилось методом иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 20 девочек-подростков в возрасте 15-17 лет, которые находились на лечении в ОДКБ №1 (клиническая база кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии). Физическое развитие девочек-подростков было гармоничным. Половое развитие соответствовало возрасту. Средний возраст менархе составил $12,5 \pm 0,5$ лет. Характер менструальной функции был нарушен. У 4 девочек-подростков отмечалась вторичная аменорея, у 10 – опсоменорея, у 6 - гиперполименорея. У половины больных НМФ сопровождалась явлениями предменструального синдрома (ПМС). Изучение гонадотропной функции гипофиза показало, что у 70% пациенток было выявлено гипергонадотропное состояние, у 20% нормогонадотропное состояние и у 10% - гипогонадотропное состояние.

В составе комплексной терапии в условиях стационара больным был назначен растительный препарат Префемин, предназначенный для лечения НМФ и ПМС. После выписки из стационара пациенткам рекомендовалось продлить прием Префемина в течение 3-х месяцев (по 1 таблетке 1 раз в день). Анализ результатов лечения показал высокую клиническую эффективность проведенной терапии, которая сопровождалась нормализацией гонадотропной функции гипофиза у большинства обследованных больных.

Выводы. У девочек-подростков с нарушениями менструальной функции наблюдается патологическое изменение гонадотропной функции гипофиза. Включение в лечебные схемы растительного препарата Префемин сопровождается нормализацией гонадотропно-яичниковых взаимоотношений на фоне нормализации менструальной функции у большинства больных.

Столбова Н.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Актуальность. Высокая частота встречаемости гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), отсутствие должной эффективности от гормональной терапии, а также вероятность их озлокачествления ставит ГПЭ в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины. Важное клиническое значение ГПЭ заключается в том, что они являются одной из наиболее частых причин маточных кровотечений и госпитализации женщин в стационар.

Цель исследования: усовершенствование лечения женщин с гиперплазией эндометрия (ГЭ) и оценка эффективности применения фитонутриента Индола-3-карбинола в комплексном лечении.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели в период с 2014 по 2016 г. было проведено исследование 60 пациенток с маточным кровотечением. Все пациентки после гистероскопии и гистологического заключения о состоянии эндометрия были разделены на подгруппы: 1а (n=23) - пациентки с типичной ГЭ, 1б (n=17) - пациентки с железистым полипом эндометрия, 1в (n=10) - пациентки с типичной ГЭ в сочетании с железистым полипом эндометрия.

Результаты. Отмечено снижение уровня гонадотропных гормонов и эстрадиола после приема КОК в сочетании с фитонутриентами. При расчете коэффициента соотношения эстрадиола к прогестерону в 1а группе до и после лечения получены следующие показатели: $111,9 \pm 47,6$ и $10,1 \pm 4,2$; в группе 1б - $106,8 \pm 9,8$ и $54,9 \pm 4,5$; в группе 1в - $105,7 \pm 4,6$ и $32,0 \pm 4,1$, в группе контроля - $35,1 \pm 4,6$ и $21,0 \pm 3,1$. До лечения у женщин с простой ГЭ без атипии отмечены более высокие показатели данного коэффициента по сравнению со здоровыми женщинами ($p < 0,05$). После лечения в каждой группе отмечено их достоверное снижение ($p < 0,05$), что говорит об уменьшении эстрогенного воздействия на эндометрий.

Заключение. Включение фитонутриентов в комплексную терапию ГЭ способствует повышению эффективности лечения и снижению рецидивирования процесса у женщин репродуктивного возраста. Высокая клиническая эффективность использования препарата растительного происхождения «Идол-Ф» в комплексе лечения позволяет рекомендовать данные схемы для широкого клинического применения не только для лечения, но и для профилактики ГЭ.

Тиханский Д. С., Горячева Я. С.

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра акушерства и гинекологии №2

г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Парашук Ю.С.

Эндометриоз является патологическим процессом, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани, подобной по структуре и функциям к эндометрию, за пределами слизистой оболочки матки. В клинике эндометриоза ведущими являются болевой синдром и бесплодие. Согласно данным Международной ассоциации эндометриоза от данной болезни страдают примерно 176 миллионов женщин во всем мире и, примерно, половина из них являются бесплодными, что не вызывает сомнений в актуальности данной темы.

Цель работы: изучить данные некоторых физических и лабораторных методов обследования у бесплодных женщин, больных эндометриозом и определить основные причины, приведшие к бесплодию.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 40 пациенток с эндометриозом, страдающих бесплодием и 10 соматически здоровых женщин (контрольная группа). Все женщины были одной возрастной группы от 20 до 45 лет. Проведен анализ анамнеза жизни, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Диагноз эндометриоз поставлен на основании клинических проявлений (синдром тазовой боли, аномальные маточные кровотечения), данных брюшностеночно-влагалищного обследования и УЗИ. Всем женщинам основной группы была проведена гистероскопия, 20 (50%) – лапароскопия с хромосальпингографией. Также исследовался гормональный профиль (фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны на 2-7 день менструального цикла, прогестерон — на 21-24 день менструального цикла).

Результаты исследований. У 10 (25%) женщин при проведении лапароскопии с хромосальпингографией была обнаружена окклюзия маточных труб в результате прорастания гетеротопий в их просвет, у 8 (20%) женщин была обнаружена облитерация маточных труб в результате формирования перитубарных спаек. У 13 (32.5%) при проведении гормонального исследования было обнаружено снижение уровня прогестерона ($3,2 \pm 0,1$ нмоль/л против $7,5-89,0$ нмоль/л, $p < 0,05$). У 9 (22.5%) пациенток было выявлено повышение уровня фолликулостимулирующего гормона ($13,2 \pm 0,1$ мЕД/мл против $1,3-9,9$ мЕД/мл, $p < 0,05$) и снижение показателей лютеинизирующего гормона ($0,97 \pm 0,3$ мЕД/мл против $1,67 - 15,0$ мЕД/мл, $p < 0,05$). Женщины контрольной группы не имели отклонений в данных гормональных и инструментальных исследований. На основании полученных данных можно считать, что бесплодие у больных эндометриозом вызвано как нарушением проходимости маточных труб, так и гормональными нарушениями, либо их сочетанием.

Выводы. Бесплодие у больных эндометриозом является патологией, сочетающей в себе несколько причин. В связи с этим лечение эндометриоза должно быть комплексным и направленным как непосредственно на устранение гетеротопий, так и на коррекцию гормонального дисбаланса и проходимости маточных труб.

Феськов В.А.

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С АУТОЛОГИЧНЫМИ
ГАМЕТАМИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.

Цель: Анализ выполнения программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у женщин после органосохраняющего лечения рака тела матки (РТМ).

Матеріали і методи: За 2010-2015 г. виконано 8 програм ВРТ пацієнткам в віці $34,9 \pm 3,8$ років по приводу РТМ. Встановлені наступні діагнози: високодиференційована аденокарцинома ендометрія стадії T1a (7 жінок) і стадія T1b (1 випадок). Шість жінкам виконана екстирпація матки з збереженням яєчників, лікування прогестинами, потім проведена програма ВРТ з гестаційним носієм (ГН); двом жінкам після консервативного лікування РТМ прогестинами - стандартна програма ВРТ. Контрольована стимуляція яєчників (КСЯ) проведена препаратами рФСГ з інгібіторами ароматази при гормональнозалежних пухлинах. Пункція фолликулів виконана трансвагінально. Перенос ембріонів виконаний в нативних циклах і після криоконсервації.

Результати і їх обговорення: КСЯ тривала $13,5 \pm 1,5$ днів. Рівень естрадіола склав $467,3 \pm 187,3$ пг/мл. В середньому одержано $14,5 \pm 5,4$ ооцитів. Метод запліднення залежав від параметрів спермограми чоловіків. В результаті лікування безпліддя після консервативного лікування РТМ, родами живим доношеним плодом в терміні $38,4 \pm 1,9$ тижнів завершилося 5 (62,5%) програм; родами в терміні 39 тижнів живим доношеним плодом - 1 (12,5%) програма; 2 (25%) програми мали негативний результат. Наблюдення у лікаря онкогінеколога продовжується кожні 6 місяців. В період 5 років розвитку рецидивів РТМ, пухлин яєчників не виявлено.

Висновки: Органозберігаюче лікування РТМ дає можливість жінкам виконати репродуктивну функцію після екстирпації матки з збереженням яєчників, народити дитину з застосуванням аутологічних яйцеклітин дозволяють ВРТ з виношуванням вагітності ГН.

Харун І.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології №1, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Диннік О.О.

Бактеріальний вагіноз - є найбільш поширеною формою вагінальних порушень у жінок. За прогнозами ВООЗ, до 2017 р. 46% жінок будуть у віці понад 45 років, тобто в перименопаузальному віці. Статистичні дані різних авторів показують, що 40-50% всіх випадків появи або зміни вагінальних виділень обумовлені бактеріальним вагінозом і приблизно від 25 до 50% жінок на сьогоднішній день страждають цим захворюванням. У період перименопаузи рівень естрогенів падає, в результаті чого виникає уrogenітальна атрофія, яка є причиною симптомів: сухості піхви, свербіння. При поступовому зниженні рівня естрогенів захисну функцію відсутніх лактобактерій біоценозу піхви беруть на себе нечисленні лімфоїдні клітини, клітини супресорноцитотоксичного ряду, а також клітини моноцитарно - макрофагального ряду. В результаті цього збільшується ризик інфекційних захворювань піхви, висхідної урологічної інфекції та бактеріального

вагінозу. Склад мікрофлори зазнає певних змін: відзначається тенденція до зниження концентрації лактобактерій і зростання титру умовнопатогенних мікроорганізмів.

Мета дослідження: визначення особливостей клінічного перебігу та діагностики бактеріального вагінозу у жінок в постменопаузі.

Матеріал і методи. Всього обстежено 43 жінки, віком 50–61 років з клінічно підтвердженим діагнозом бактеріального вагінозу. Середній вік обстежених пацієнток склав $55 \pm 1,3$ роки. Середня тривалість менопаузи в яких складала $5,6 \pm 1,5$ років. Основними скаргами обстежених жінок були рясні водянисті сіруваті виділення зі слабо вираженим (57,6%) або без неприємного запаху (42,4%), що виникли на тлі відчуття сухості, свербіння і печіння в області зовнішніх статевих органів, дискомфорт в сечовипускальному каналі.

Кольпоскопічна картина шийки матки, обстежених нами жінок, досить характерна: багатошаровий плоский епітелій стоншений, що просвічуються субепітеліальні судини строми скорочуються на пробу з розчином оцтової кислоти; стик багатошарового плоского і циліндричного епітелію знаходиться у цервікальному каналі, при пробі Шиллера відзначається нерівномірне фарбування багатошарового сквамозного епітелію в світло-жовтий колір. Амінний тест в 100% випадків був позитивний. Специфічний рибний запах без додавання 10% гідроксиду калію був слабо виражений або зовсім відсутній. Ключові клітини були виявлені лише у 29 жінок (67,4%), що може бути пов'язано зі слабкою проліферативною активністю епітелію піхви. Дефіцит естрогенів блокує мітотичну активність базального і парабазального шарів епітелію піхвової стінки, проліферацію клітин вагінального епітелію. Наслідком різкого зниження проліферативних процесів у вагінальному епітелії є зникнення глікогену, а з вагінального біоптату майже повністю виводиться його основний компонент – лактобацили Додерлейна. У всіх 43 жінок (100%) значення рН вагінальної рідини було більше 5.

Таким чином, фізіологічні зміни, пов'язані із згасанням функції яєчників, неминуче призводять до зміни епітелію та мікроекології піхви. З біоптату зникають молочнокислі бактерії, рН піхви зсувається в лужну сторону, що є сприятливими факторами розвитку бактеріального вагінозу. Відмінними рисами клінічного прояву і діагностики бактеріального вагінозу у жінок в постменопаузі є: скарги на наявність рідких сіруватих виділень, що виникли на тлі відчуття сухості, печіння в області зовнішніх статевих органів. Відсутність вираженого специфічного «рибного» запаху виділень до проведення амінного тесту. Використання додаткових морфологічних критеріїв оцінки мазка з піхви для діагностики бактеріального вагінозу.

Якименко Д.С Лукашенко Е.С.
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.м.н, доц. Салтовский А.В.

Гиперандрогения – патологическое состояние, обусловленное изменением секреции и метаболизма андрогенов. Гиперандрогения в акушерско-гинекологической своей практике по частоте встречаемости стоит на одном из первых мест. Следствием гиперандрогении часто служит различные нарушения овариально-менструального цикла, бесплодие, невынашивание беременности. По данным литературы гиперандрогения является причиной самопроизвольных аборт у 20-40 % женщин, кроме того часто является причиной формирования плацентарной недостаточности, которую диагностируют лишь в III триместре беременности, когда она становится декомпенсированной, а лечение не дает должного эффекта.

Целью работы явилась разработка принципов ведения беременных с угрожающими абортами при гиперандрогении.

Материалы и методы: Обследовано 38 беременных в сроки 5-18 недель гестации с гиперандрогенией различной степени выраженности. Средний возраст беременных основной группы составил 28,04±6,34 лет. Достаточно зрелый возраст беременных объясняется эндокринным бесплодием в анамнезе у 24 пациенток (63%) в группах. Диагноз гиперандрогения выставляли на основании клинического обследования с учетом жалоб, анамнеза развития заболевания, гормонального исследования, данных соматического и гинекологического статуса.

Все беременные были разделены на 2 сопоставимые клинические группы. С целью сохранить беременность 17 беременным I клинической группы проводилось традиционное лечение, был назначен покой, спазмолитические препараты, прогестерон. 21 беременной II клинической группы помимо традиционной сохраняющей терапии (спазмолитики, препараты прогестерона) был назначен дексаметазон 3 мг в сутки на протяжении 2-3 месяцев.

Результаты: В 1 группе беременность прервалась у 5 беременных (29.4%), во 2 клинической группе – у 2 (9.5%), что свидетельствует о большей эффективности данной схемы лечения.

Выводы: Назначение дексаметазона в комплексе терапии самопроизвольных абортов у беременных с гиперандрогенией приводит к улучшению результатов лечения, с большей результативностью позволяет сохранить беременность.

ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

Адамян Л.М., Ефремова Е.А.

СИНДРОМА РЕТТА КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Украинский институт клинической генетики

**Харьковский межобластной специализированный медико-
генетический центр-центр редких (орфанных) заболеваний**

Научный руководитель: профессор Гречанина Ю.Б.

Введение. Синдром Ретта-психоневрологическое наследственное заболевание, встречается почти исключительно у девочек с частотой 1:10000 — 1:15000. К заболеванию приводят мутации в гене MECP2.

Цель: В статье представлен случай клинического наблюдения сочетания синдрома Ретта, дефицита метионин-синтазы/редуктазы и гипергомоцистеинемии.

Материалы и методы: клинико-генеалогический, соматогенетический, биохимический и инструментальные методы исследования.

Описание случая: Девочка 6 лет направлена в ХМСМГЦ-ЦР(О)З с жалобами на задержку речевого развития; стереотипные движения ручек, шаткость при ходьбе; гиперактивность, дефицит внимания; немотивированную улыбку; слюнотечение.

Из анамнеза заболевания известно: с рождения появились жалобы насрыгивания; беспокойство ребенка, плач, синюшность носогубного треугольника. Осмотрена невропатологом, рекомендованы успокаивающие препараты (без эффекта).

В возрасте 2 лет на фоне повышения температуры тела и жидкого стула, ребенок госпитализирован в стационар; после медикаментозного лечения отметили регресс в развитии ребенка. Затем появились жалобы на эпизоды застывания; не реагировала на звуки (такое состояние наблюдалось после дневного сна). При обследовании:

- ЭЭГ: эпилептиформная активность по полиочаговому типу с тенденцией к вторичной генерализации.

- МРТ головного мозга: МР-признаков объемного и очагового поражения тканей головного мозга не выявлено. МР-признаки нарушения пневматизации полостей среднего уха и сосцевидного отростка слева.

Осмотрена невропатологом, установлен диагноз: Синдром Ландау-Клеффнера. Задержка психо-речевого развития. Синдром гиперактивности. Назначено лечение: депакин (получала в течении 1 мес-с эффектом), затем ламотрин. В настоящее время ребенок получает кеппру.

Анамнез жизни: ребенок от Iбеременности (беременность протекала на фоне токсикоза, преждевременной отслойки плаценты), I родов. Роды в сроке 40 нед, физиологические. Вес ребенка при рождении 3600 гр., рост 53 см.

В фенотипе обращает внимание бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз кожи ладоней.

В родословной: отягощена по сердечно-сосудистой патологии.

Результаты проведенных исследований:

– Молекулярно-генетическое исследование: обнаружена мутация A140V (419C>T) гена MESP2 в гетерозиготном состоянии (синдром Ретта).

- Кариотип крови: 46, XX, G-C- окр., 1% хромосомной нестабильности.

– Полиморфизмы MTRR 66GG (патологическая гомозигота).

– Гомоцистеин: $\uparrow$ 5,6 мкмоль/л; фолиевая кислота 8,7 нг/мл (норма).

- Лактат крови: 1,2 ммоль/л (норма).

- УЗИ внутренних органов: деформация желчного пузыря. Признаки ДЖВП, холецистита. Неоднородная структура поджелудочной железы. Гиперпневматоз кишечника. Почки: щелевидные лоханки. Метаболические изменения (включения 1,4 мм). Надпочечники не визуализируются.

- УЗИ щитовидной железы: патологии не выявлено.

- ЭКГ: синусовый ритм. ЭКГ-вариант возрастной нормы.

- ЭЭГ: диффузные изменения ирритативного характера с генерализованной пароксизмальной островолновой активностью.

- РЭГ: изменения по дистоническому типу. Затруднен венозный отток.

- ЭХО-ЭГ: без смещения.

Диагноз: Синдром Ретта. Дефицит фермента MTRR. Гипергомоцистеинемия.

Назначено лечение: кофакторная фолатная диетотерапия, витамин B6 по ½ таблетке 1 раз в день 1 месяц. На фоне проводимой диетотерапии родители отметили улучшения в поведении ребенка (стала спокойнее, внимательнее), уменьшились стереотипии, появился контакт с окружающими.

Выводы: Представленное наблюдение демонстрирует феномен сочетания синдрома Ретта с признаками дефицита фермента MTRR и гипергомоцистеинемии, последнее приобретает клиническое значение для разработки индивидуальной тактики лечения и реабилитации.

Берченко Е.В.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ РЕБЕНКА: ЭМОЦИОНАЛЬНО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра пропедевтики педиатрии № 1, Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н. Охупкина О.В.

Контакт ребенка с внешним миром начинается с матери, и именно она в большинстве случаев знакомит ребенка со всем, что его окружает. Потому для ребенка в первые годы жизни мать является жизненным ориентиром и все что она говорит и делает является для него истиной. Потому восприятие ребенком мира зависит целиком и полностью от восприятия его матерью.

Цель работы: исследовать отношения матери к условиям пребывания в больнице, медицинскому персоналу, установить влияние данных факторов на выздоровление ребенка.

Проведено анкетирование и динамическое наблюдение за 60 больными детьми и их родителями, которые находились на лечении в городской многопрофильной клинической больнице № 17 г. Харькова.

Анализ результатов показал, что: 20% матерей полностью удовлетворены условиями пребывания в стационаре; 45% удовлетворены практически полностью, за исключением мелких недочетов; 35% недовольны условиями пребывания в стационаре. При этом, в первом и во втором случае дети пребывали на лечении более 10-14 дней, а недовольные условиями пребывания на лечении не более 5 дней. В отношении среднего медицинского персонала было установлено, что: 65% матерей не удовлетворены работой медсестер в педиатрическом отделении и при этом отмечено, что у 55% детей этих матерей замечена боязнь медсестер; 35% полностью удовлетворены работой медсестер и из них лишь у 14% детей замечен страх перед медсестрами. При этом в первом случае больные пребывали на лечении более 10-14 дней, неудовлетворенные же работой среднего медицинского персонала пребывали в больнице не более 10 дней.

В отношении лечащего врача было установлено, что лишь один человек из всех опрошенных был недоволен лечащим врачом, и в течение четырех дней она выписалась из больницы. Остальные отмечали, что в стационаре они находятся именно из-за лечащего врача.

Таким образом, отношение матери к условиям в больнице заметно влияет на лечение ребенка. Те матери, которые были недовольны условиями в стационаре и работой среднего медицинского персонала пробыли в стационаре достаточно мало времени. Из-за того, что условия в больнице доставляли им дискомфорт - они сами торопились выписаться как можно быстрее. Вследствие этого ребенок получал неполное лечение, что, несомненно, неблагоприятно сказывалось на состоянии его здоровья. В отличие от них, мамы, что были довольны работой младшего медицинского персонала и условиями пребывания в стационаре, находились в больнице достаточно долгое время, что дало возможность полностью излечить детей и исключить все возможные осложнения. Так же замечено влияние отношения матери к медсестрам, на отношение детей к ним. Как было указано выше, гораздо больший процент детей боится среднего медицинского персонала, в случае если мама неудовлетворительно относится к ним. Это заметно осложняет проведение медицинских процедур, что являются неотъемлемой частью лечения и так же негативно на него влияет.

Буц А.В.

**ПИТАНИЕ МАТЕРИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ
РЕБЕНКА**

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики педиатрии № 1, Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н. Охупкина О.В.**

Правильное питание женщины во время беременности и во время кормления грудью является одним из ключевых вопросов педиатрии, так как именно от того, что ест женщина, во многом зависит, как будет развиваться ее ребенок. Например, от того, достаточно ли беременная получает белка, зависит, будет ли хватать ребенку строительного материала. К тому же, многие продукты оказывают негативное влияние на состояние и развитие ребенка, да и на самочувствие матери.

Цель работы: установить взаимосвязь заболеваемости ребенка и характера рациона питания женщин во время беременности и кормления грудью.

Было опрошено, по специально разработанной для данного исследования анкете, 64 мам с детьми, пребывающих на стационарном лечении в городской многопрофильной клинической больнице № 17 по поводу заболевания верхних дыхательных путей.

Анализ анкетирования показал, что только 30,2% будущих мам соблюдали диету. Однако, все 100% мам во время беременности ежедневно в своем рационе имели свежие овощи и фрукты, а также молочные продукты. В течении беременности 34,8% мам употребляли консервированные соки, 20% - газированные напитки, 50,6% - колбасные изделия, 10,8% употребляли фаст-фуд и 70,3% - йогурты фабричного производства.

Дальнейший анализ анамнестических данных показал, что 85% детей опрошенных мам родились в срок. 89,1% детей с рождения находились не грудном вскармливании и 10,9% - с рождения на искусственном. При этом противопоказаний к кормлению грудью ни со стороны мамы, ни со стороны ребенка не было. Во время кормления грудью 20,5% мам имели адекватный рацион, но все придерживались рекомендуемой для кормящей мамы диеты. Следует отметить, что со слов мам только 25,4% женщин легко переносили рекомендуемую диету. При этом у 15,3% мам наблюдались проблемы со стороны пищеварительной системы. Анализ анкетирования показал, что практически все мамы со 2 месяца после рождения ребенка, продолжая кормить грудью, расширяли свой рацион и 60,8% уже не соблюдали диету. Обращает на себя внимание, что 75,3% мам отмечают в анамнезе ребенка те или иные диспептические расстройства на фоне несоблюдения ими диеты. У 34,7% детей на фоне нарушения мамой диеты во время кормления грудью отмечались проявления аллергии, которые сама мама и связывает с нарушением питания.

Анализируя данные ответы, можно сделать вывод, что подавляющее большинство кормящих женщин приветствуют грудное вскармливание и тем самым ответственно подходят к этому вопросу. Кормящая мама, получая сбалансированное питание, обеспечивает своего малыша всем необходимым для его здоровья. Правильно соблюдая диету, женщина может быть уверена в дальнейшем нормальном функционировании работы не только ЖКТ, но и всех систем организма ее ребенка, а также предотвратит развитие аллергических заболеваний.

Васильченко Ю. В.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Одинец Ю.В.

Актуальность: значительная распространенность бронхиальной астмы (БА) во всем мире объясняет заинтересованность этой проблемой современного медицинского общества.

Цель: изучить показатели функции эндотелия у детей с легкой персистирующей БА в периоды обострения и ремиссии заболевания.

Материалы и методы: обследовано 43 ребенка с легкой персистирующей БА в периоде обострения (1 группа) и в ремиссии (2 группа). Группу контроля составили 15 практически здоровых детей. Проведено ультразвуковое исследование сосудов с оценкой эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии (ЭЗДПА) по методу D.S. Celermajer, уровень S-нитрозотиола в сыворотке крови - спектрофотометрическим методом.

Результаты: выявлено достоверное снижение показателя ЭЗДПА у детей 1 и 2 групп в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$) и достоверное повышение его в период ремиссии по сравнению с периодом обострения ($p_{1-2} = 0,0000$, $T=0$), однако остается достоверно ниже нормативных величин ($p_{с-2} = 0,0000$). Отмечено понижение уровня S-нитрозотиола в сыворотке крови у детей с БА, в сравнении с показателем группы контроля ($p < 0,001$), повышение его в периоде ремиссии ($p_{1-2} = 0,0000$, $T=0$), и сохранение его ниже показателей детей группы контроля ($p_{с-2} = 0,0036$). При оценке ЭЗДПА и S-нитрозотиола у детей с легкой БА не выявлено зависимости между данными показателями и длительностью заболевания.

Выводы: установлена эндотелиальная дисфункция у детей с легкой персистирующей БА сохраняющаяся и в периоде ремиссии.

Головачева В.А., Одинец П.И., Макеева Е.А.
ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ КРАСИТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ
ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Макеева Н.И.

В современном обществе существует множество неблагоприятных экзогенных факторов для развития почечной патологии у детей, что затрудняет решение вопроса о выборе адекватной этиотропной и патогенетической терапии, особенно на ранних этапах заболевания.

Цель исследования: оценить возможное влияние пищевых красителей на развитие патологии почек у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 199 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, которые были разделены на две группы: I группа – 103 ребенка с различной почечной патологией, II группа – 96 соматически здоровых детей. Среди детей с почечной патологией, преобладали дети с дизметаболической нефропатией – 47 (45,6%) человек, интерстициальным нефритом – 23 (22,3%) человека, врожденной патологией почек – 15 (14,6%) человек. 10 (9,7%) детей страдали пиелонефритом и 8 (7,8%) – гломерулонефритом. По полу преобладали девочки: в I группе – 65 (63%) человек, во II группе – 51 (53,1%) человек.

Для достижения поставленной цели, проведено анкетирование родителей и детей. Анкетирование I группы проводилось в условиях нефрологического отделения КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16», анкетирование II группы проводилось в поликлиниках по месту жительства детей.

В результате исследования выявлено, что у 32 (31,1%) матерей детей I группы беременность протекала на фоне угрозы срыва, в то время, как у матерей детей из II группы беременность на фоне угрозы срыва протекала всего у 12 (12,5%) человек, $p < 0,001$. При чем, частота гестозов беременных встречались одинаково часто в обеих группах (3,9% и 4,2% соответственно). Нефропатия беременных достоверно ($p < 0,000$) чаще встречалась у матерей детей из I группы – 10 (9,7%), по сравнению со II группой – 2 (2,1%) случая. Отеки во время беременности встречались у 8 (7,8%) матерей из I группы, в то время, как во II группе отеки во время беременности встречались только у 1 (1,04%) матери, $p < 0,000$.

Интересно, что в анамнезе выкидыши достоверно чаще ($p < 0,000$) встречались у матерей детей из I группы – 10 (9,7%) случаев, по сравнению со II группой – 3 (3,1%) случая.

В результате анкетирования выявлено, что у детей с почечной патологией матери достоверно чаще ($p < 0,000$) употребляли в пищу продукты, содержащие пищевые красители (как до, так и во время и после беременности), по сравнению с группой контроля. Аналогичная ситуация прослеживается при определении частоты употребления в пищу красителей самими детьми: дети из I группы в 14,5% случаях такие продукты в пищу

употребляют постоянно, в 36,9% случаях – часто, но не каждый день, а в 29,1% случаев – несколько раз в месяц. В то время как дети из II группы постоянно употребляют продукты с пищевыми красителями только в 4,2% случаев, часто, но не каждый день – в 20,8% случаев, несколько раз в месяц – 29,1%. Как и следовало ожидать, у 68% детей из I группы отмечается отягощенная наследственность по патологии почек, в то время, как у детей из II группы наследственность по почечной патологии отягощена в 20,8% случаев ($p < 0,000$).

Таким образом, экзогенные факторы окружающей среды, такие как пищевые красители, могут влиять на развитие мочевыводящей системы ребенка, уменьшая адаптационные возможности почек или прямо поражая их.

Грузкова М.Б., Забелина А.А.
ДИАГНОСТИКА ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПРИМЕРЕ
СИНДРОМА МАРТИНА-БЕЛЛА

Харьковский межобластной специализированный медико-генетический центр-центр редких (орфанных) заболеваний
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,
Украина

Научный руководитель: профессор Гречанина Ю.Б.

Введение: синдром Мартина-Белла – это генетическое заболевание, которое связано с экспансией единичных тринуклеотидов, локализуемого в X-хромосоме, сопровождается различной степенью выраженности олигофрении.

Пациент Ф., 08.01.13г.р., был направлен в ХМСМГЦ-ЦР(О)З в возрасте 3-х лет с диагнозом: эхолалия. Синдром Мартина-Белла.

Жалобы: отсутствие речи, в словарном запасе 4 слова (мама, дай, вода, да), говорит неосознанно, стереотипии в виде раскручивания предметов.

Анамнез заболевания: мама считает ребенка больным с 6-ти месячного возраста, когда невропатологом был поставлен диагноз: мышечная гипотония.

С 1 года отмечается деформация грудной клетки, в связи с чем консультирован кардиологом: диспластическая кардиомиопатия. Проплап митрального клапана.

С возрастом у ребенка начали появляться изменения в поведении, стал беспокойным, появилось ухудшение сна, стереотипии.

В двух летнем возрасте ребенку проведено молекулярно-генетическое исследование методом молекулярного анализа метилирования промоторной области гена FMR1: выявлено аномалия метилирования, характерное для синдрома Мартина-Белла.

В 2 года 7 месяцев у ребенка появилась эхолалия, гиперактивность, вспышки гнева, размахивание руками.

Анамнез жизни: родился от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, ОРВИ в первом триместре; во 2-м триместре падение на пол, было

проведено УЗІ - патології не виявлено. Роды 1, фізіологічні, в строк гестації 38 тижнів. При народженні вага 3800 г, ріст 53 см.

Фенотип: блідість шкірних покривів, оттопыренні і великі вуха, витягнуте обличчя, виступаючий підборідок, косогляздя, кілевидна грудна клітка.

Результати проведених досліджень в ХМСМГЦ-ЦР(О)З:

В біохімічному аналізі крові відзначається підвищення щелочної фосфатази, фосфору, лактатдегідрогенази, магнію.

Підвищення цистеїну, гомоцистеїну.

При УЗІ внутрішніх органів: печінка +1 см, периваскулярна інфільтрація в печінці і селезінці. Немікрорідність паренхіми.

УЗІ нирок: метаболічні зміни, мікроцистоз, лоханки кілеподібні. Наднирники не збільшені.

На основі скарг, анамністичних даних, особливостей фенотипу, клініко-генетичного аналізу, результатів додаткових методів дослідження встановлено діагноз: синдром Мартина-Белла. Немікрорідність обміну серосодержачих амінокислот. Вторична мітохондріальна дисфункція.

Рекомендовано:

Кобакторна фолатна дієтотерапія, енергетотропи, магніє В6, фосфогліц.

На фоні лікування мама відзначає позитивну динаміку в стані дитини, з'явилися окремі слова і контакт з оточуючими.

Висновки: на прикладі представленої клінічної ситуації ми бачимо поєднання моногенного синдрому з вторичним метаболічним порушенням, корекція якого привела до поліпшення стану дитини, що може бути показаним в роботі лікаря-генетика.

Дерявий Д.С.

РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я ТА АДАПТАЦІЯ ШКОЛЯРІВ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

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

Вступ: В останні роки відбувається зниження рівня соматичного здоров'я дітей, рівня фізичного розвитку, спостерігаються процеси ретардації. Негативні тенденції пояснюються соціальними факторами, психоемоційними перевантаженнями, гіподинамією, зниженням адаптаційного потенціалу. Найбільш вразливою категорією виявилися діти, які вступають в пубертатний період. Серед них спостерігаються найбільші темпи зростання кількості захворювань, перш всього - патології серцево-судинної системи (ССС). Адже робота ССС робить величезний внесок у стан здоров'я в цілому, тому дослідження і формування груп для занять на уроках фізичної культури - дуже важлива задача для працівників медичної сфери. В останні роки в нашій країні прокотилася хвиля випадків смертності серед

школярів на уроках фізичного виховання. Це диктує необхідність збільшити нагляд за рівнем здоров'я школярів.

Мета роботи: Вивчити резервні можливості серцево-судинної системи школярів залежно від результатів проби Руф'є, сформувати групи для занять на уроках фізичної культури.

У дослідженні приймали участь 59 учнів Зміївського ліцею №1 імені З.К. Слюсаренко віком 12-13 років (30 дівчат та 29 хлопців). Була проведена проба Руф'є - з фізичним навантаженням (30 глибоких присідань за 45 секунд) та трикратним вимірюванням частоти серцевих скорочень (ЧСС) - до навантаження, одразу після, та в останні 15 секунд першої хвилини після навантаження. Дослідження проводилося згідно зі стандартами МОЗ України 518-674 станом на 20.07.2009. Після цього за допомогою формули розраховувався Індекс Руф'є (ІР).

При аналізі результатів дослідження встановлено, що у 2 учнів (3,39%) - високий рівень проби Руф'є (ІР<3); 11 учнів (18,64%) з рівнем "вище середнього" (ІР= 4-6); 25 учнів (42,37%) з середнім рівнем (ІР = 7-9); 20 учнів (33,89%) з рівнем "нижче середнього" (ІР=10-14); 2 учня (3,39%) з низьким рівнем (ІР>15). Звертає на себе увагу той факт, що у 7 дітей (11,86%) ЧСС відразу після фізичного навантаження, перевищувала ЧСС в стані спокою більше, ніж на 50%. Але даний показник повертався до первинних значень після 1 хвилини відпочинку. При цьому у 3 (5,1%) дітей ІР був середнього рівня і у 4 (6,8%) дітей - з рівнем "нижче середнього". В анамнезі у таких дітей не було серцево - судинних захворювань, але учні пред'являли скарги на часті головні болі, підвищену втомлюваність, сонливість. Діти не відвідують спортивні секції та ведуть малоактивний спосіб життя, багато часу проводять з гаджетами.

Висновки: Таким чином, на сьогоднішній день більш ніж кожен третій учень (37,3%) має зниження функціональних резервів серцево - судинної системи, що свідчить про погіршення стану здоров'я дітей в цілому. Саме це потребує уваги медичних та педагогічних працівників щодо проведення заходів по нормалізації режиму дня учнів, більш активного образу життя дітей, зменшення часу проведення з гаджетами, регулювання харчування учнів.

Дриль И.С., Петренко Е.К.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Гончарь М.А.**

В современной педиатрии недостаточно исследований, посвященных изучению взаимосвязей факторов психической и соматической организации, их влияния на особенности развития и прогрессирования хронической соматической патологии у детей. Особого внимания заслуживает оценка уровня депрессии среди подростков, которая считается наиболее частой

психической патологией, и может ассоциироваться с суицидальным поведением, за последние годы приобретшим определенную распространенность среди детей и подростков.

Цель работы заключалась в изучении уровня депрессии у детей с хроническим заболеванием почек.

Материалы и методы. Проведено обследование 49 детей от 7 до 17 лет (средний возраст $12,7 \pm 3,1$ лет) с хроническим заболеванием почек.

Уровень депрессии оценивали по уровню показателя депрессии-BDI, в результате анкетирования Beck Youth (в переводе).

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ полученных результатов анкетирования позволил оценить уровень депрессии у детей.

Среди обследованных нами детей уровень депрессии у подавляющего большинства 38 ($86,3 \pm 5,2\%$) был в пределах средних показателей. Вместе с тем, имели место единичные случаи регистрации незначительного ($6,8 \pm 3,4\%$), умеренного ($4,5 \pm 3,1\%$) и один случай значительного повышения уровня депрессии. Группу с повышенным уровнем депрессии составили пациенты женского пола ($13,6 \pm 5,2\%$ от общего количества обследованных), средний возраст которых составил $13,5 \pm 1,5$ лет. Полученные нами результаты близки к установленному ВООЗ проценту соматизированных депрессий, имеющему место у 14 - 22% школьников (Wmer.C.I. 1998, Hirinaheri T.N. 1990, Kessler R.C. 1998). Указанные дети нуждаются в существенной помощи не только специалиста нефролога, но и психолога с назначением соответствующей дополнительной терапии и проведением специальных мероприятий по реабилитации, в особенности – пациенты с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы.

Выводы. 1. При изучении медико-психологической характеристики детей с различными нозологическим формам ХЗП следует учитывать уровень депрессии для своевременного проведения комплекса психологических методов и создания индивидуальных программ реабилитации. 2. К наиболее уязвимой категории больных следует отнести девочек в возрасте $13,5 \pm 1,5$ года, которые чаще демонстрируют умеренные и значительные проявления депрессии. 3. Всем детям с ХЗП целесообразно проводить подробное анкетирование для определения психологических проблем на фоне имеющегося хронического заболевания для оптимизации мероприятий по профилактике рецидивов и улучшению качества жизни.

**Єрьоменко О.В., Чернявська А.В., Шевченко В.О., Шморгун В.В.
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЇ
ХВОРОБИ**

**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра пропедевтики педіатрії №2**

Науковий керівник: к.мед.н.Лупальцова О.С.

Хронічна гранулематозна хвороба (ХГХ) є рідкісним, спадковим захворюванням імунної системи, основою якої є дефект фагоцитів (нейтрофілів і моноцитів), що призводить до неефективного знищення

бактеріальної і грибової флори. Представлено клінічний випадок хлопчика Н., 15 років, який народився від першої вагітності, з масою при народженні 3300 р. Вакцинований БЦЖ в пологовому будинку. У віці 1-2 років переніс абсцедуючий фурункул привушної області, отіт, ларингіт, стрептодермію та рецидивуючий абсцедуючий підчелюстний лімфаденіт, при біопсії і гістологічному дослідженні діагностовано туберкульоз лімфатичних вузлів. Поведена терапія протитуберкульозними препаратами. При проведенні дослідження імунного статусу та виявленні зниження показників фагоцитарної активності у 4 річному віці діагностовано: Первинний імунодефіцит. Дефект фагоцитозу. Хронічна гранулематозна хвороба. Генералізована БЦЖ-інфекція з ураженням підчелюстних, шийних, підключичних та внутригрудних лімфовузлів, хронічний перебіг.

Враховуючи обтяжений спадковий анамнез хворого: у 2-х молодших братів хворого (один з яких помер у віці 8 міс. від ускладнень пневмонії) від іншого біологічного батька також діагностовано первинний імунодефіцит, дефект фагоцитозу. Даний клінічний випадок слід розглядати, як дефект фагоцитозу, зчеплений з Х-хромосомою.

У 5 річному віці відмічався рецидив абсцедуючого лимфаденіту. У 6-7 річному віці дитина лікувалася з приводу туберкульозу внутрішньогрудних лімфовузлів, деструктивної фази інфільтрації, туберкульозу правого нижньодолевого бронху, ускладненого ателектазом S8, S9. У віці 9-11 років переніс лівосторонню пневмонію, постзапальний фіброз правої легені та правосторонню вогнищеву нижнедолеву пневмонію. У 12 років проведена торакоскопія, розтин абсцесу легені. При бактеріологічному дослідженні матеріалу з порожнини абсцеса легені: *Micobacterium tuberculosis* та *Ps. auregenosa*. Проведена антибактеріальна та протитуберкульозна терапія.

Призначена постійна профілактична антибактеріальну терапія ко-тримоксазолом і інтроконазолом, у зв'язку з чим протягом 2 років стан дитини залишався задовільним, респіраторні захворювання не мали ускладнень.

Останнє погіршення з'явилося у 14-річному віці у вигляді лихоманки 39,0 ° C, малопродуктивного кашлю. При рентгенологічному дослідженні: зліва в середньому відділі визначалася великих розмірів ділянка інфільтрації легеневої тканини. Лівосторонній зливна пневмонія S3, S6. Враховуючи відсутність позитивної рентгенологічної динаміки, не зважаючи на використання курсу антибактеріальної (цефалоспоріни, фторхінолони, карбопеніми, нітроїмідазоли), протигрибової терапії препаратами широкого спектру дії. Проведена комп'ютерна томографія, де встановлена лівостороння деструктивна пневмонія 4,6,9 сегментів. При імунофлюоресцентному аналізі носоглоткового змиву антигенів вірусів грипу та респіраторних вірусів не знайдено. В клінічному аналізі крові анемія легкого ступеня важкості, лейкоцитоз. ВІЛ- інфекцію виключено. При імунологічному дослідженні крові показники субпопуляцій лімфоцитів відповідали віковій нормі, при вивченні показників гуморальної ланки встановлено підвищення рівнів IgM та IgG. Виявлено зниження показників

фагоцитарної активності: фагоцитоз з латексом 55% (норма 60-80%), НСТ_{спонт}-3% (норма 9,34-0,4 %), НСТ_{стим}-12% (норма 40-80 %), підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів, С-реактивного протеїну. При клінічному аналізі мокротиння та клінічному дослідженні промивних вод бронхів при проведенні бронхоскопії встановлені запальні зміни, *Micobacterium tuberculosis* не виявлена. При бактеріологічному дослідженні лаважу бронхіального дерева виявлений рост *Micobacterium tuberculosis*. У зв'язку з чим дитині проводиться противотуберкульозна терапія.

Забелина А.А.

СИНДРОМ ГРЕГГА В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МЕТИОНСИНТАЗЫ РЕДУКТАЗЫ

Харьковский межобластной специализированный медико-генетический центр-центр редких (орфанных) заболеваний

Кафедра медицинской генетики, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Здыбская Е.П.

Цель исследования. Продемонстрировать на примере пациента с сочетанием врожденной патологии, вирусно-бактериальной инфекции и недостаточности метионинсинтазы редуктазы, необходимость своевременной и адекватной комплексной диагностики для разработки тактики лечения, реабилитации и преемственной подготовки.

Материалы и методы. Были использованы классические методы: цитогенетический, молекулярный, биохимический, электрофизиологический, газовой хроматографии.

Ребенок А., 22.07.2004г.р., направлен в ХСМГЦ с диагнозом: Врожденная аномалия развития головного мозга (мультиформная энцефаломалиция), спастический тетрапарез, эписиндром, грубая задержка психомоторного развития. Жалобы: на грубую задержку психомоторного развития (не сидит, не стоит, голову не держит, не жуёт, самостоятельно не глотает), приступы эпилепсии в виде подёргиваний головы, верхних и нижних конечностей, чаще наблюдаются при пробуждении, длительностью от 5 до 30 минут, частые простудные заболевания, вздутие живота. Анамнез жизни и заболевания: от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, ОРВИ (в 10 и 17 недель), контакта с краснухой в 1 триместре, плацентарной недостаточности (в 28 и 37 недель). Роды в сроке гестации 38-39 недель, путём операции кесарево сечения (внутриутробная гипоксия плода). При рождении вес 2950г, рост 50см, окружность головы 36см, окружность грудной клетки 34см, с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов, в тяжёлом состоянии, с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи и по типу портупей, задние околоплодные воды окрашены меконием. Состояние при рождении тяжёлое. Проводились реанимационные мероприятия: санация верхних дыхательных путей, грахеобронхиального дерева, ИВЛ через интубационную трубку 3 минуты, оксигенотерапия. Предварительный диагноз: асфиксия средней тяжести при рождении, перинатальное

гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, тяжелое течение, угроза реализации в/у инфицирования. Проведено лечение. Состояние ребенка расценивалось тяжелым за счет неврологической симптоматики, синдрома возбуждения ЦНС, апноэ. С 15,5 часов жизни у ребенка появились крепитирующие хрипы в легких на фоне жесткого дыхания. Установлен диагноз: в/у пневмония? Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период тяжелое течение, синдром возбуждения ЦНС, подпапневротическое кровоизлияние ?, ребёнок был направлен в ОРИТ ГКРДсНС. В возрасте 21 час 30 мин. ребенок доставлен в ОРИТ ГКРДсНС. При поступлении в ОРИТ состояние ребенка крайне тяжёлое за счёт невротической симптоматики, дыхательной недостаточности, метаболических нарушений. Диагноз - сочетанная родовая травма: спинальная шейного отдела, синдром вертебробазилярной ишемии, отек ствола головного мозга. Кефалогематома правой теменной кости. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период тяжелое течение, отек головного мозга, ишемия таламуса, синдром угнетения ЦНС. Ребенок получал комплексное лечение. В возрасте 14 дней проведена НСГ, заключение: тяжелое ишемическое поражение ЦНС. СЭК слева. Формирование очагов лейкомаляции. Деструкция вещества головного мозга. На следующий день проведено ЯМРТ головного мозга: диффузное снижение ЯРМ сигнала с корково-субкортикальных отделов обеих гемисфер, мозговое вещество высокой гидрофильности, лакунарные дефекты - зоны лейкомаляции в проекции подкорковых ядер и внутренних капсул. БЖ асимметрично расширены (Д больше S) за счёт атрофических изменений в мозге. III и IV желудочки не изменены. Внутренний ликвоток не нарушен. Диффузное повышение ЯМР сигнала симметрично с обоих таламусов. Умеренно расширены базальные субарахноидальные пространства в зоне средней и задней черепных ямок. Ребёнок консультирован нейрохирургом: по данным ЯМРТ исследования поражение структур головного мозга не требует хирургического вмешательства. В возрасте 18 суток (18 суток пребывания в ОРИТ, из которых 11 суток на ИВЛ) мальчик переведен в отделение патологии новорожденных, где находится с диагнозом сочетанное перинатальное поражение ЦНС (вируснобактериальное, гипоксически-ишемическое), тяжелое течение, перивентрикулярная лейкомаляция. Субатрофия головного мозга. Синдром СВБК. В этот же день ребёнок консультирован генеральным директором ХМСМГЦ-ЦР(О)З, член-корр. НАМНУ, д.м.н, профессором Е.Я.Гречаниной. При осмотре обращает на себя внимание значительная деформация головы; скафоцефалия, захождение париетальных костей одна на другую, деформация затылочной кости. Выраженные неврологические нарушения, симптом Грефе, тремор, выраженная микрогнатия, изменение ключицы в виде «велосипедной ручки» на рентгенограмме органов грудной клетки. Следует думать, что у ребенка имеют место последствия перенесенной сочетанной вирусно-бактериальной инфекции на фоне конституционального обмена минералов. Ребёнок нуждается в обследовании в Центре клинической генетики, исследовании

биохимического профиля - обмена соединительной ткани, минералов. В возрасте 3 недель проведена ИФА-диагностика IgG – 1,67; вирус краснухи ДНК-диагностика - положительный результат; анализ мочи ДНК-диагностика на вирус краснухи – положительный результат. Ребёнок в возрасте 1 месяца консультирован доцентом кафедры неонатологии ХМАПО к.м.н. Т.В.Сандуляком, установлен диагноз: сочетанное гипоксически-травматическое и инфекционное поражение ЦНС – синдром врождённой краснухи (в/у пневмония, энцефалит в фазе репарации и аутоиммунных поражений), подострый период, тяжелое течение, синдром двигательных нарушений (угроза ДЦП с поражением мозжечка, подкорковых структур, перивентрикулярная лейкомаляция в фазе кистообразования, субатрофия коры головного мозга, расширение базальных водных пространств, синдром вегето-сосудистых нарушений, судорожная готовность). Анемия гипохромная I ст. Врожденное нарушение минерального обмена? Пробанду проведена повторная ЯМРТ, заключение: описанные изменения характерны для мультиформной энцефаломалиции. Мальчик находился в стационаре 46 дней (из них 18 суток в ОРИТ, 11 суток-ИВЛ). В возрасте 8 месяцев при ЭЭГ: выраженные общемозговые изменения. Эпилептиформная активность (комплексы острая волна-медленная волна) в S лобном отведении. Консультирован неврологом, в лечение: депакин, карсил, диакарб, аспаркам. Ребенок динамически наблюдался неврологом, проходил курсы лечения и реабилитации. На момент обращения в ХМСМГЦ-ЦР(О)З предъявляли вышеуказанные жалобы. В фенотипе обращает внимание: вес 20 кг, рост 120 см, сухость, бледность, шелушение кожных покровов, светлые волосы, мышечная гипотония, приоткрытый рот, слюнотечение, нистагм, атрофия дисков зрительных нервов, гиперплазия дёсен, кариес, сколиоз. Клинико-генеалогический анализ: родословная отягощена по мультифакториальной патологии. Результаты проведенных исследований в ХМСМГЦ-ЦР(О)З: 1. Цитогенетическое исследование (кариотип): 46, XY, G-, C-окрашивание, 1 % хромосомной нестабильности. 2. Молекулярно-генетический анализ: Исследованы полиморфные варианты генов системы ферментов фолатного цикла. Обнаружено: ген MTRR A66G в гомозиготном состоянии. 3. Гомоцистеин крови: 7,31 мкмоль/л (норма до 5 мкмоль/л). 4. Биохимический анализ крови: ↑общий холестерин – 5,91 ммоль/л (норма 3,08-5,23 ммоль/л), ↑лактатдегидрогеназа – 357,7 Ед/л (норма 0-325 Ед/л), ↓креатинин – 21,07 мкмоль/л (норма 27-62 мкмоль/л), щелочная фосфатаза, глюкоза, АСТ, АЛТ, мочевины, фосфор, креатинкиназа, общий билирубин, гаммаглутамилтрансфераза, общий белок, альбумин в пределах референтных значений. 5. Уринолизис: Ph – 8,0 (норма 5,0-7,0), проба на кальций – отрицательная (норма – положительная (+_+++)), проба на хлориды – 2 г/л (норма 3-15 г/л), все остальные показатели в пределах референтных значений. 6. Исследование органических кислот мочи методом газовой хроматографии: выявлены лактат-ацидоз, феноксиуксусная кислота и изменения метаболитов: цикла Кребса; бактерий в ЖКТ; нейротрансмиттеров; АК триптофана; кетоза; недостаточности B1, B3, B7,

коэнзима Q10, Fe, Mg, Zn. 7.Суточный анализ мочи:↓объём – 900 мл (норма 1,0-1,5л),↓креатинин – 0,07 г/сутки (норма 0,5-1,4 г/сутки), ↓кальций – 0,6ммоль/сутки (норма 2,5-7,5 ммоль/сутки), ↓фосфор – 1,4 ммоль/сутки (норма 15-40 ммоль/сутки), ↓мочевина – 68 ммоль/сутки (норма 200-333 ммоль/сутки), ↓мочевая кислота – 0,6 ммоль/сутки (норма 1,2-6,0 ммоль/сутки), ГАГ в пределах референтных значений. 8.Нейровитамины: витамин B2 – 10,91 нмоль/л (норма), витамин B12 - 0,209 нмоль/л (норма), витамин B1 – 16,28 нмоль/л (норма), витамин B9- 66,12 нмоль/л (норма), витамин B3- 5,93 нмоль/л (норма), витамин B6- 20,34 нмоль/л (норма). 9.Лактат крови: 1,04 ммоль/л (норма). 10.Коагулограмма: ↑АЧТВ – 41,4с (норма 30,5-38,5 с), ↑протромбиновое время – 18,7с (норма 10,5-15,8с), ↑тромбиновое время - 20,5с (норма 13-18с), фибриноген, % протромбина по Квику, РФМК, международное нормализованное отношение в пределах референтных значений. 11.Агрегация тромбоцитов: двухфазная необратимая агрегация тромбоцитов. 12.Клинический анализ крови: гемоглобин – 110г/л, тромбоциты – 180 (норма 180-320), ↓лейкоциты – 3,5 (норма 4-8),↑эозинофилы – 5 (норма 1-4), нейтрофилы: палочкоядерные – 1 (норма 1-4), ↑сегментоядерные – 69 (норма 50-65), ↓лимфоциты – 23 (норма 25-30), ↓моноциты – 2 (норма 6-8). 13.УЗИ внутренних органов: выраженный гиперпневматоз кишечника. УЗ-признаки дисметаболической нефропатии. УЗ-признаки солевого диатеза (включения 3 мм). Надпочечники не визуализируются. 14.Неврологический статус: взгляд не фиксирует, нистагм. При осмотре отмечается клонус в левой руке. Рот приоткрыт, слюнотечение. Бульбарный синдром (ребёнка кормят через зонд). Гипотония в руках и ногах с повышением тонуса в дистальных отделах. Контрактуры в лучезапястных суставах, левом голеностопном суставе, в суставах пальцев рук. Сухая, шелушащаяся кожа. Коленные рефлексы торпидные, с рук высокие с расширенной зоной. Ребёнок консультирован генеральным директором ХСМГЦ, член-корр. НАМНУ, д. мед.н., профессором Гречаниной Е. Я.: На основании жалоб, анамнеза, особенностей фенотипа, клинико-генеалогических данных, результатов дополнительных методов исследования у пробанда можно думать о синдроме Грегга на фоне сочетанной перенесенной внутриутробной вирусно-бактериальной инфекции и недостаточности метионинсинтазы редуктазы. С учетом сопутствующих заболеваний (врождённая аномалия развития головного мозга (мультиформная энцефаломалиция), спастический тетрапарез, эписиндром, грубая задержка психомоторного развития; гипергомоцистеинемия) необходимо исключить атипичную форму фенилкетонурии.

Выводы. Выявленная недостаточность метионинсинтазы редуктазы могла явиться неблагоприятным фоном в манифестации клинических проявлений, а вирусно-бактериальная инфекция возможно послужила триггером в этом процессе. На данном примере мы видим, что в последнее время все чаще встречаются сочетанные патологии, которые усложняют постановку диагноза и тем самым затрудняют разработку тактики лечения, реабилитации и преконцепционной подготовки.

Івантєєва Ю. І., Курчанова Ю. В.
ПОЛІПРАГМАЗІЯ В ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ НА
ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №1, Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н. Атаманова О.В.

«Все есть яд и все есть лекарство.

Только доза делает лекарство ядом и яд лекарством».

Парацельс

Вступ: Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) продовжують займають провідне місце в структурі дитячих інфекцій у дітей. Їх широка поширеність, різноманітність клінічних проявів, безрецептурний продаж більшості симптоматичних засобів стали причинами поліпрагмазії при лікуванні ГРВІ у дітей. Необґрунтовано призначене лікування часто стає причиною уповільнення природних процесів одужання, а також розвитку побічних ефектів лікарських препаратів. Свій "внесок" у формування поліпрагмазії при ГРВІ вносять батьки маленьких пацієнтів, часто ігноруючи лікарську допомогу і купуючи препарати за порадами друзів, родичів, аптечних працівників, а іноді використовуючи рекламу по телебаченню та в Інтернеті.

Міністерство охорони здоров'я України стурбоване поширеною практикою надмірного та необґрунтованого призначення безрецептурних ліків для симптоматичного лікування неускладнених ГРВІ у дітей. До переліку засобів, які зазвичай призначаються для лікування грипу та ГРВІ, входять: противірусні, імуномодуючі, інтерферони, сиропи від кашлю, комбіновані препарати від застуди. Часто до них додають антибіотики, антигістамінні засоби та вітамінні комплекси. Опираючись на сучасні доказові клінічні настанови, протоколи та рекомендації, Мінздрав просить взяти до відома, що препарати вищевказаних груп не рекомендовані до використання у дітей, їх ефективність не доведена, або порівняння з плацебо, а деякі препарати можуть бути шкідливі для здоров'я дитини.

Мета роботи: Вивчити поширеність застосування противірусних препаратів, імуномодуючих, інтерферонів, сиропів від кашлю, комбінованих препаратів від застуди, вітамінів, антигістамінних засобів, антибіотиків для лікування ГРВІ у дітей на догоспітальному етапі.

У дослідженні приймали участь 62 дитини віком від 2 місяців до 6 років, хворих на ГРВІ, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні 17 лікарні м. Харкова. Було проведено опитування батьків про використання препаратів вищевказаних груп у дітей в домашніх умовах.

При аналізі результатів дослідження встановлено, що найбільш часто застосовували противірусні препарати та імуномодулятори (арбідол, ізопринозин, імунофлазід, протекфлазід, резістол, ергоферон, оксалінова мазь) – у 40,3% пацієнтів, інтерферони (віферон, лаферобіон, назоферон,

грипферон) – у 29% дітей, гомеопатичні препарати (афлубін, анаферон, оціллококцілум, інфлюцід) – 19,3%. При цьому, у 12,9% пацієнтів використовували 2 і більше противірусних препаратів одночасно. Антибіотики (амоксцилін, азитроміцин, цефодокс, цефікс) отримували 40,3% пацієнтів; вітаміни (аскорбінова кислота, Кіндер Біовіталь, Кідді Фарматон) – 19,3% дітей, сиропи від кашлю (проспан, евкабал, амброксол, гербіон з первоцвітом, геделікс, суха мікстура від кашлю) – 24,2% дітей; антигістамінні препарати (лоратадин, цетиризину дігідрохлорід) – 32,2% дітей, комбіновані препарати від застуди – 9,7% дітей.

Необхідно відзначити, що 90% пацієнтів отримували лікування під наглядом дільничного педіатра, інші - займалися самолікуванням.

Висновки: Таким чином, на сьогоднішній день при лікуванні ГРВІ у дітей на догоспітальному етапі необґрунтовано часто використовуються препарати, ефективність яких не доведена, що вимагає проведення санітарно - освітньої роботи як серед медичних працівників, так і серед батьків хворих дітей. Також необхідно проводити освітню роботу серед населення про заходи профілактики грипу та ГРВІ (зокрема, використання вакцинації від грипу).

Колісник В.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Омельченко О.В.

Аутоімунний гепатит (АІГ) -прогресуюче гепатоцелюлярнезапалення неясної етіології, яке **характеризується** наявністю перипортального гепатиту, гіпергаммаглобулінемії, наявністю печінково-асоційованих аутоантитіл та позитивною відповіддю на імуносупресивну терапію.

Мета дослідження: аналіз **особливостей** перебігу аутоімунного гепатиту у дітей.

Матеріали і методи: у **гастроентерологічному** відділенні КЗОЗ ОДКЛ із 2012 по 2016 рік із діагнозом аутоімунний гепатит спостерігалось 8 дітей у віці від 6 до 16 років (із них 6 хлопчиків і 2 дівчинки). Типовими клінічними симптомами при АІГ були гепатомегалія (100%), жовтяниця (25%), астеновегетативний синдром (100%), спленомегалія (12,5%), абдомінальний синдром (37,5%). У деяких пацієнтів мали місце позапечінкові прояви - телеангіектазії на шкірі (25%), носові кровотечі (25%), суглобовий синдром (12,5%), варикозне розширення вен стравоходу (12,5%). За лабораторними даними було виявлено наявність синдрому цитолізу у вигляді підвищення активності трансаміназ більш ніж в 5-6 разів у порівнянні з нормою (у 4 пацієнтів); гіпергаммаглобулінемію у всіх пацієнтів, синдром холестазу у вигляді підвищення рівня білірубіну (у 6 хворих), гамаглутамілтранспептидази (у 4 пацієнтів); мезенхімальний запальний синдром у вигляді підвищення тимолової проби (у 4 хворих); підвищення рівня імуноглобулінів G (у 3 пацієнтів), підвищення рівня антинуклеарних

антитіл (у 3 пацієнтів); антитіла до ядер клітин - ANA (у 4 пацієнтів). У 2-х пацієнтів захворювання мало тяжкий перебіг із швидким формуванням цирозу печінки. У деяких хворих був виявлений “overlap-синдром”, що характеризується спільним проявом аутоімунного гепатиту та інших хронічних захворювань: неспецифічний виразковий коліт (у 1 пацієнта), аутоімунна поліендокрінопатія (у 1 пацієнта), первинний склерозуючий холангіт (у 2 пацієнтів), первинний біліарний цироз (у 1 пацієнта).

Висновки: таким чином, у хворих аутоімунним гепатитом відзначається поліморфізм клінічної симптоматики, що на ряду з тривалим безсимптомним перебігом є причиною пізнього його виявлення. Діагноз захворювання ґрунтується на комбінації характерних ознак із обов'язковим ретельним виключенням інших причин, здатних привести до розвитку хронічного дифузного ураження печінки. У дітей з АІГ висока ймовірність розвитку “перехресних” синдромів та приєднання інших аутоімунних захворювань.

Кондратюк Т. А.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 2, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Одинец Ю.В.

Актуальность: значимость проблемы «вирусная инфекция и онкология (онкогематология)» определяется двумя аспектами. I аспект - вирусная инфекция и канцерогенез: некоторые вирусы связаны с возникновением опухолей у человека – по частоте встречаемости на их долю приходится примерно $\frac{1}{4}$ всех опухолей. II аспект: значимость влияния вирусных инфекций у онкологических больных на течение и исходы онкозаболеваний. В структуре этиологических факторов инфекционных осложнений при онкогематологической патологии существенный удельный вес наряду с грибковой, микробной занимает герпесвирусная инфекция.

Материалы: проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни детей в возрасте от 7 месяцев до 17 лет с впервые выявленной онкогематологической патологией, проходивших лечение в гематологическом отделении ХГКДБ № 16. Из 43 детей 21 ребенок был обследован на группу герпесвирусных инфекций, что составило 48,8%. Среди обследованных больных, во всех случаях в крови определялись повышенные титры антител к герпес вирусным инфекциям, при этом антитела к вирусу Эпштейн-Барра встречались в 80,9% случаев (из них в классе IgM, а также ранние и ядерные в классе IgG – в 95,2% случаев, что свидетельствовало о персистирующей вирусной инфекции). Антитела к ЦМВ и ВГЧ 1,2 типов в - 76,1% и ВГЧ 6 типа в 61,9% случаев (преимущественно в классе IgG, что свидетельствовало о перенесенной ранее инфекции). Антитела к ВЭБ и ЦМВ присутствовали при всех нозологических

формах заболеваний, к ВГЧ – отсутствовали у детей с апластической анемией.

Выводы: наличие признаков персистирующей гепресвирусной инфекции свыше 95% случаев позволяет подтвердить значительный вклад вирусов семейства герпес в развитие онкогематологической патологии у детей. Вирусные инфекции у данного контингента больных приводят к тяжелому течению заболевания, возникновению осложнений и, нередко, к летальному исходу. Эти данные указывают на необходимость тщательного мониторинга респираторных и герпесвирусных инфекций при онкогематологических процессах. Причастность вирусного генома к формированию онкогематологической патологии диктует необходимость, в рамках онкогематологической настороженности, организацию мониторинга за детьми с персистирующими вирусными инфекциями, включая детей из семей с отягощенным анамнезом по онкологии.

Корчак Я. В., Королькова А. А.

**КЛИНИКО-АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Малич Т. С.

Актуальность. В настоящее время частота внутриутробных инфекций (ВУИ) не изучена, однако данная проблема относится к разряду тяжелых заболеваний и именно от нее во многом зависит уровень состояния здоровья детей и младенческой смертности. Особенность возникновения этой патологии характеризуется не только возможной смертью ребенка, но и отдаленными последствиями и инвалидизацией в будущем.

Целью работы явилось изучение данных анамнеза и клиники у новорожденных с подозрением на ВУИ.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 21 история болезни доношенных новорожденных с подозрением на реализацию внутриутробной инфекции по данным анамнеза и клинических проявлений у новорожденных в первые дни жизни.

Результаты. При изучении анамнеза было обнаружено отягощенное течение беременности у всех женщин. У 14,2 % имела место угроза прерывания беременности, по причине которой женщины находились в стационаре; у 23,8% - обострение латентного пиелонефрита; у 28,8% - явления кольпита. 14,2% беременных перенесли ОРВИ в III триместре беременности. 19% беременных отмечали периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение последних месяцев беременности. При изучении соматического статуса беременных обращало на себя внимание наличие хронической соматической патологии (хронический пиелонефрит, ожирение различной степени, вегето-сосудистая дисфункция, системный кариес, хронический тонзилит).

В гинекологическом анамнезе имели место следующие проблемы: нарушение менструального цикла, длительное бесплодие, вульвовагинит, кольпит, аднексит. При изучении особенностей течения родов длительный безводный период отмечался у 61,9% женщин, слабость родовой деятельности у - 45%, преждевременная отслойка плаценты у - 7%.

Новорожденные рождались с различной оценкой по шкале Апгар: здоровые (на 1-ой минуте 7 баллов и более) - 65%; асфиксия умеренной степени (на 1-ой минуте 5 баллов) – 30%; асфиксия тяжелой степени (на 1-ой минуте 3 балла) – 5%. В родильном зале реанимационные мероприятия оказывались 35% детям, при этом дети с тяжелой степенью асфиксии поступили в палату интенсивной терапии новорожденных, остальные дети находились на совместном пребывании матери и ребенка. Клинически проявления внутриутробного инфицирования имели место у 25% детей, которые выражались в замедлении времени отпадения культи пуповины, развитии синдрома дезадаптации в первые 3 дня жизни, более позднем восстановлении первичной максимальной убыли массы тела. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии. При катamnестическом наблюдении в динамике, проявлений внутриутробной инфекции не отмечалось.

Выводы. 1. При изучении анамнеза новорожденных, рожденных с подозрением на ВУИ имел место отягощенный акушерский и соматический анамнез матерей. 2. Новорожденные, рожденные с подозрением на ВУИ имели особенности течения раннего периода адаптации в виде дезадаптационного синдрома, который в дальнейшем не привел к реализации ВУИ. 3. Для предотвращения возникновения ВУИ у новорожденных необходима совместная работа врачей разной специальности, комплексное обследование беременной, настороженность неонатологов в роддомах, педиатров на участках по поводу ВУИ, тщательное изучение клиники и анамнеза для проведения своевременной профилактики и лечения ВУИ.

Кутарева М.Ю., Латанская Н.С.

ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА И СТАРТОВЫЙ ПЕРИОД – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра пропедевтики педиатрии № 1, Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н. Охупкина О.В.**

Стартовый период – это период, в который семейная пара планирует свою беременность, то есть консультируется у медицинских специалистов, сдают анализы оба партнера, ведут здоровый образ жизни. Если у пары не выявлено никаких наследственных болезней и генетических предрасположенностей данный период длится 3 месяца. Именно правильная медицинская подготовка в вопросе планирования семьи является основой для рождения здорового ребенка.

Цель работы: провести анализ осведомленности родителей о стартовом периоде и установить влияние течения стартового периода на дальнейший уровень здоровья ребенка.

Проведен опрос 58 мамочек разных профессий и социальных слоев по специально разработанной для данного обследования анкете. Учитывали течение беременности, медицинское наблюдение за беременными, семейный и акушерский анамнез, уровень заболеваемости ребенка и др.

Анализ результатов показал, что среди опрошенных мамочек только одна знала, что такое стартовый период. Следует отметить, что у 50% опрошенных родителей беременность была запланирована, но подготовки к ней как таковой не было. При этом у 56,7% опрошенных мамочек это не первая беременность.

До зачатия все мамочки употребляли спиртные напитки в незначительном количестве, 30% - курили. После зачатия и после рождения ребеночка ни у кого из мам вредных привычек не выявлено. А вот папы что до, что после зачатия и рождения ребеночка все употребляли алкоголь в умеренном количестве, курили и курят на сегодняшний день 50% отцов.

До наступления беременности все мамы ответили, что не имели правильного питания. Во время беременности только 22,1% мам ответили, что старались «правильно питаться». Режим дня соблюдало 75% все опрошенных мамочек. Обращает на себя внимание, что все мамы во время беременности все принимали фолиевую кислоту, хотя в стартовом периоде ни одна из женщин не принимала витаминные комплексы.

Медицинские осмотры будущие мамы проходили только уже во время беременности; 68,9% мам перед беременностью в течение последних 2 лет не проходили даже профилактические осмотры. Кроме того, даже на последних сроках беременности ни одна из будущих мам не была проконсультирована врачом педиатром. Наличие наследственных болезней все опрошенные родители отрицают.

Из всех респондентов у 95,4% мам роды протекали в срок, и у 14,6% - отмечались преждевременные роды. Общее состояние 87,7% новорожденных соответствовало 7-8 баллов по шкале Апгар, и 22,3% детей имели более низкие показатели. В период новорожденности и грудной период 27,8% детей имели гипоксическо-ишемические нарушения ЦНС, у 30,6% детей отмечались аллергические проявления и у 28,6% - те или иные диспептические расстройства. Все дети с рождения находились на грудном вскармливании. Однако, продолжительность грудного вскармливания составила у 21,4% - до 2 месяцев жизни ребенка, у 46,7% - до 6 месяцев, у 28,4% - до 8 месяцев и только 3,8% деток были на грудном вскармливании до 1 года. При этом мамы отмечают, что причиной отказа от грудного вскармливания в 85% случаев было уменьшение лактации, хотя они были настроены на более длительный период.

Таким образом, проведение адекватной профилактической медицинской помощи женщинам, а особенно в стартовый период, позволит снизить заболеваемость детей раннего возраста, а информированность и

своевременная подготовка женщины к предстоящему материнству может способствовать увеличению сроков лактации, что в свою очередь позитивно отразится на здоровье детского населения в целом.

Макаренко Н.И.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ О ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики педиатрии № 1, Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н.Охупкина О.В.**

Питание является неотъемлемой частью нашей жизнедеятельности, которое определяет вектор продолжительности жизни, работоспособности и здоровья человека в целом. Не даром, Ансельм Брийя-Саварен писал: «Скажи мне, что ты ешь, и я скажу тебе, кто ты». Во время потребления пищи к нам поступают нутриенты, которые идут на пластические и энергетические потребности и прямо влияют на все системы организма человека. Нарушения гигиены питания приводят к разнообразным патологическим процессам и состояниям. Поэтому очень важно прививать понятия правильного питания с раннего детства, чтоб сохранить здоровье на долгие года. Актуальность работы состоит в практическом обосновании необходимости санитарно-просветительной работы со школьниками об основах здорового питания.

Целью работы являлось изучить характер рациона современных школьников и их отношение к рациональному питанию.

Исследование проводилось на базе ХООШ №123. По специально разработанной для данного исследования анкете, содержащей 27 вопросов, которые разделены на 3 блока, проведен опрос 71 ребенка школьного возраста, из них: 25 человек 5-го класса, 18 человек 9-го класса, 28 подростков 11-го класса.

Анализ результатов показал, что среди школьников наиболее распространено 3-разовое питание, однако 4-5-разовое питание следует считать физиологически более правильным, так как оно позволяет создать равномерную нагрузку на органы пищеварения. Так, 3-х разовое питание имеют 44,0% 5-классников, 44,4% 9-классников и 42,9% 11-классников. При этом, 2- кратный прием пищи отмечают 8% учеников 5 класса и 3,6% учеников 11 класса, в тоже время, среди девятиклассников 27,8% имеют 2-кратный прием пищи.

Важным элементом правильного питания, особенно для детского организма, является употребление первых блюд, которые по современным нормам должны присутствовать в меню ежедневно. Однако, по данным анкеты только 40,0% пятиклассников, 17,8% девятиклассников и 22,2% одиннадцатиклассников употребляют первые блюда ежедневно.

Дневная норма воды - актуальная тема нескольких последних лет. Реклама часто преподносит цифру эталонной нормы – 1,5 литра. Доктора всех стран в один голос критикуют это значение, так как дневная норма воды не является константой и зависит от ряда факторов: пол, вес, возраст,

сезонность, климат, состояний организма, физическая активность. Анализ анкетирования показал, что 1,5 литра воды ежедневно употребляют 44,0% пятиклассников, 33,3% девяти- и 21,43% одиннадцатиклассников. При этом практически каждый четвертый школьник отметил, что питьевой режим составляет более 1,5 литра в сутки. Обращает на себя внимание, что, наряду с этим, 10,7% одиннадцатиклассников и 4% пятиклассников пьют около 1 стакана воды в день. Таким образом, по результатам опроса прослеживается стереотипность понятия ежедневной нормы воды.

Таки образом, на сегодняшний день качество и характер рациона питания наиболее не благоприятный и не соответствующий возрастным потребностям у школьников 9 классов, в отличие от учеников младшей возрастной группы и подростков. Данная ситуация объясняется психо-эмоциональными особенностями данного возраста, однако, именно этот период является наиболее важным для формирования уровня здоровья трудоспособного населения страны, что необходимо учитывать при проведении санитарно-просветительной работы как в школах, так и в поликлиниках.

Малахова В.М. Лещук І.В.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Макєєва Н.І.

Бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеним хронічним захворюванням серед дітей та займає одне із провідних місць у структурі бронхолегеневих захворювань дитячого віку. Розповсюдженість БА з кожним роком підвищується, незважаючи на вдосконаленість методів діагностики, профілактики та лікування.

Мета: вивчення факторів ризику, які впливають на формування БА у дітей.

Матеріали та методи: проаналізовано клінічні дані 612 дітей, які звернулися за медичною допомогою з приводу рецидивуючого бронхообструктивного синдрому (БОС), тривалого кашлю (нічного, не пов'язаного з інфекційними агентами) у віці від 6 місяців до 5 років. По досягненню 6 річного віку, виділено дві групи: 1 гр. - 112 дітей (18,3%) хворих на БА та 2 гр. - 500 дітей (81,7%) без БА. Діагноз БА встановлений за критеріями GINA 2015. Статистична обробка проводилась з використанням StatSoft STATISTICA Version 8 (Tulsa, OK).

Результати: хлопчиків в 1-й гр. було статистично значимо більше, ніж в 2-й гр. (67,8% і 49,6%, відповідно, $p=0,0006$; OR 2,1[95%CI 1.4-3.3]; $p<0,01$). Обтяжений сімейний анамнез з БА, спостерігався у дітей із 1-ї гр. частіше, ніж з 2-ї гр. (21.4% і 3.0%, $p=0.0000$; OR 8.8[95%CI 4.4-17.5]; $p<0.01$). Наявність супутніх алергічних захворювань (алергічний риніт та atopічний дерматит) виявлені у 77 дітей 1-ї гр. і у 30 дітей 2-ї гр. (68.7% і 6.0%,

$p=0.0000$; OR 34.5 [95%CI 20.0-59.4]; $p<0.01$). Достовірно більше дітей в 1-й гр. в порівнянні з 2-ю гр., переносили два і більше епізодів БОС (89.3% і 12%, відповідно, $p=0.0000$; OR 61.1 [95%CI 31.7-117.8]; $p<0.01$). Також серед дітей 1-ї групи значимо більше дітей ніж в 2-ій, у яких перший випадок БОС відмічався на першому році життя (16,7% і 4%, $p=0.0000$; OR 4.9 [95%CI 2.5-9.5]; $p<0.01$).

Висновки: імовірними факторами ризику розвитку БА у дітей молодшого віку є - чоловіча стать, обтяжений сімейний анамнез з БА, наявність супутньої алергічної патології (атопічний дерматит та алергічний риніт), повторні епізоди БОС (два та більше епізодів) та виникнення першого епізоду БОС на першому році життя. Дані фактори можуть бути використані для прогнозування розвитку БА у даного контингенту дітей.

Михайлова А.В., Квитчатая Н.Н.
ФЕНОМЕН ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СИНТРОПИИ – СОЧЕТАНИЕ
СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА И РОБЕРТСОНОВСКОЙ
ТРАНСЛОКАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет Кафедра
медицинской генетики, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Гречанина Ю.Б.

Введение. Синдром Клайнфельтера относится к группе полисомий по половым хромосомам. Чаще всего (примерно 1:600) встречается синдром Клайнфельтера с хромосомным набором 47,XXY. Этот синдром является и наиболее типичным клинически. Варианты полисомии с большим числом X - и Y-хромосом (XXXY, XYY, XXXXY, XXY) и сочетанная патология с этим синдромом встречаются редко. Мужчины с синдромом Клайнфельтера как правило имеют высокий рост, астеническое или евнухоидное телосложение, слабое оволосение лица, подмышечных впадин и лобка. Также выявляется умственная отсталость легкой и средней степени, а в двадцати пяти процентах случаев - гинекомастия. Больные бесплодны, наблюдается азооспермия или олигоспермия.

Цель. описание редкого сочетания синдрома Клайнфельтера и робертсоновской транслокации.

Материалы и методы. Проведены сомато-генетические, клинико-генеалогические исследования. Цитогенетическую диагностику проводили на препаратах метафазных хромосом, приготовленных по общепринятому методу с использованием компьютерной диагностической системы Metasystems.

Результаты. Для обследования был направлен мужчина в возрасте 31 года в связи с бесплодием в течение 5 лет.

Анамнез болезни. По результатам обследования по месту проживания у пробанда были выявлены такие изменения в спермограмме: олигоастенотератозооспермия, снижение уровня тестостерона, микроорхидия. Андрологом было проведено несколько курсов терапии

направленных на стимуляцию сперматогенеза, терапия без положительного эффекта.

Анамнез жизни. Родился от второй беременности в сроке 40 недель. Вес при рождении 3300 гр., рост 50 см. В анамнезе – респираторные, кишечные инфекции.

Клинико-генеалогический анализ выявил отягощенность родословной по сердечно-сосудистой патологии.

В фенотипе пробанда обращают на себя внимание: астеническое телосложение, бледность, влажность, повышенная растяжимость кожи, долихоцефалия, гипотелоризм, астигматизм, длинный фильтр, множественный кариес, высокое небо, длинная шея, узкая грудная клетка, сколиоз, узкие кисти, гипермобильность суставов, микроорхидия.

Проведено цитогенетическое исследование методом культивирования лимфоцитов периферической крови: Результат кариотипирования: 46, XXУ, rob(13;14)(q10;q10).

Выводы. Данное наблюдение редкого сочетания патологии представляет собой случай хромосомной болезни. Цитогенетическое исследование явилось решающим диагностическим методом в постановке диагноза.

Мужановский В.Ю., Лисицкая Н.А, Малич А.А.
ЗАДЕРЖКА ТЕМПОВ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У
НОВОРОЖДЕННЫХ: ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра педиатрии №1 и неонатологии, Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Малич Т.С.

Актуальность: Распространенность и высокий удельный вес новорожденных, которые рождаются с задержкой темпов внутриутробного развития (ЗВУР), определяют актуальность дальнейшего изучения данной проблемы. В последние годы не только в Украине, но и в других странах Европы и Америки, остается довольно высоким интерес к проблеме ЗВУР. Перинатальная смертность среди детей со ЗВУР в 4-8 раз превышает смертность новорожденных с нормальными антропометрическими данными. (Т.Гомела)

Цель: Изучение раннего периода адаптации у детей с различными вариантами ЗВУР.

Полученные результаты: Для решения поставленной цели нами было проанализировано 30 клинических случаев доношенных новорожденных со ЗВУР. В зависимости от варианта ЗВУР все дети были разделены на 2 группы. Первая группа – 15 детей с симметричным вариантом ЗВУР и вторую группу составили 15 детей с асимметричным вариантом ЗВУР. В первой группе детей по полу преобладали мальчики (66%), во второй группе новорожденных преобладали девочки (86%). В зависимости от способа родоразрешения в первой группе в 54% была выполнена операция

Кесарево сечение, во второй группе в 74% роды происходили через естественные родовые пути.

При изучении антенатального анамнеза было выявлено высокий процент вредных привычек у матерей: курение беременных - первая группа (74%), вторая группа (67%), злоупотребление алкоголем первая группа (20%), вторая группа (7%). Гестоз 1-2 половины беременности отмечался в 54% случаев новорожденных первой группы и в 20% новорожденных второй группы. Обращал на себя внимание высокий процент анемий у беременных: в первой группе 40%, во второй группе 23%. Угроза прерывания беременности имела место в 34% беременных родивших новорожденных со ЗВУР симметричным вариантом и 14% беременных с ассиметричным вариантом ЗВУР.

Дети, рожденные с симметричным вариантом ЗВУР, чаще рождались от возрастных первородящих (67%). Особенности течения раннего периода адаптации у новорожденных со ЗВУР были: рождение детей в асфиксии умеренной степени, гипербилирубинемия, гипогликемия, полицитемия, гипопроотеинемия, которые имели более выраженные проявления у детей с симметричным вариантом ЗВУР.

Из пограничных состояний у детей с различными вариантами ЗВУР обращали на себя внимания: половой криз, токсическая эритема, тахипноэ, физиологическая гипотермия, мочекишный инфаркт, которые были наиболее выражены у новорожденных с симметричным вариантом ЗВУР.

Выводы: У детей с обеими вариантами ЗВУР имел место отягощенный акушерский анамнез. Задержка темпов физического развития новорожденных коррелировала с наличием вредных привычек матерей. В раннем периоде адаптации детей со ЗВУР имел место выраженный дезадаптационный синдром, проявляющийся метаболическими и функциональными нарушениями различных органов и систем.

Плюшко Д.Г.

ФЕНОМЕН СИНТРОПИИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Харьковский межобластной специализированный медико-
генетический центр – центр редких (орфанных) заболеваний, кафедра
медицинской генетики, Харьков, Украина**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,
Украина**

**Научный руководитель: член-корр. НАМНУ, д.мед.н., проф.
Гречанина Е.Я.**

Актуальность: В практике медико-генетической консультации все чаще встречается феномен синтропии – наличие двух или более связанных между собой и закономерно развивающихся заболеваний. [Гречанина Е.Я. и др., 2013] Причиной развития такого сочетания может быть аномальная экспрессия одного гена или более распространенные глобальные нарушения регуляции, при которых полиморфные варианты генов и эпигенетические

изменения формируют предрасположенность к заболеванию. [Гречанина Е.Я. и др., 2014] Примером фено- и генотипического проявления синтропии являются наблюдения Гречаниной Е.Я. (2010) за больными с конкретной наследственной патологией, ассоциированной с дефицитом ферментов фолатного цикла.

Цель: Продемонстрировать значение данного феномена и его распространенность в клинике наследственных заболеваний. На примере клинического случая показать роль синтропии при разных патологических состояниях.

Основная часть: Важной особенностью, которая разнообразит клинику наследственных заболеваний, является сочетание структурных хромосомных аномалий с генным полиморфизмом и эпигенетическими нарушениями. На примере своей диссертации Ю.Б. Гречанина (2012) показала, что при сочетании фенотипической и генотипической синтропии заболевания сохраняют при себе характерные им признаки, а такое сочетание только усиливает клинические проявления. Примером такой синтропии является наличие митохондриальной дисфункции в сочетании с дефицитом ферментов фолатного цикла. Опыт ХСМГЦ показывает, что все чаще диагностируется фенотипическая синтропия. Она является проявлением нарушений эпигенетического статуса, что, вероятно, показывает важность нарушения метилирования в патогенезе синтропий.

Клинический случай:

Пробанд К., 60 лет

Диагноз при направлении: хронический панкреатит.

Специфические признаки: потеря в весе – на 7 кг в течении года. Метаболические кризы. Энцефалопатия.

Родословная: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, онкологические заболевания (рак желудка, рак кишечника).

Результаты эндоскопии ЖКТ: умеренно выраженный дистальный эзофагит. Эрозивный гастрит. Дуоденит. Колит. Внутренний геморрой.

Абдоминальная эхография: периваскулярная инфильтрация в печени. Аномальный ход сосуда в области тела поджелудочной железы. Признаки панкреатита. Косвенные признаки гастрита. В почках – венозное полнокровие синуса слева. Мочекаменная болезнь. Результаты молекулярной диагностики: полиморфизм 677 C/TMTNFR в гетерозиготном состоянии и полиморфизм 66 A/GMTRR в гомозиготном состоянии eNOS 4a/4bhmzg.

Окончательный диагноз: MNGIE-синдром. Нарушение фолатного цикла. Эндотелиальная дисфункция.

Выводы: Признаки заболеваний, формирующих конгломераты болезней, придают фенотипу еще большего разнообразия и усложняют диагностику. Еще раз подтверждается догма современной медицины о персонализированном подходе к пациенту и его болезни. Изучение механизмов возникновения и течения заболеваний в этом направлении сулит новые возможности в их профилактике и лечении.

Потіхенська Х.
ФАКТОРИ, ЩО ПЕРЕДУЮТЬ РОЗВИТКУ ГЕМОРАГІЧНОГО
ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Макєєва Н.І.

Актуальність. Геморагічний васкуліт (ГВ) серед системних васкулітів посідає провідне місце у дітей. Не дивлячись на нез'ясований патогенез, доведено, що велика різноманітність факторів, переважно інфекційних агентів, ліків та вакцин являються тригерними у розвитку ГВ.

Мета: Визначити причетність інфекційних захворювань, прийом ліків та проведеної вакцинації у передуванні захворювання на ГВ.

Матеріали та методи: Дослідження виконано на базі кафедри педіатрії №2 Харківського національного медичного університету - Харківській міській клінічній дитячій лікарні №16. Дослідження проведені у 44 дітей, хворих на ГВ, віком від 2 до 18 років зі шкірною, шкірно –суглобовою, змішаною формами, із I, II, III ступенями активності. Були проаналізовані скарги дітей, вивчений анамнез життя та захворювання.

Результати: За результатами опитування, тривалість захворювання від моменту виникнення перших клінічних проявів до госпіталізації в профільне відділення тривала від доби до трьох тижнів. Обтяжений алергологічний анамнез спостерігався у 19 дітей (43,2 %), що складає майже половину від усіх дітей. У 8 дітей відмічалася харчова алергія (18,2 %), у 4 дітей – медикаментозна. Важливу роль у розвитку ГВ відіграють гострі інфекції. У 27 дітей (61,4 %) гострі інфекційні захворювання передували розвитку ГВ. У 7 дітей (15,9 %) захворювання почалось після порушення дієти. У 2 дітей (4,5 %) ГВ розвинувся після укусу комах. У 17 дітей (38,6 %) виявлені хронічні вогнища інфекції, такі як: хронічний тонзиліт, синусит. Переважну більшість склали дівчатка -12 (70,6 %) хворих, $p = 0,02$. У 7 дітей (15,1 %) виявлено персистуючу цитомегаловірусну інфекцію. У 8 дітей (18,2 %) провокуючого фактору розвитку ГВ не встановлено.

Висновки: Таким чином, аналіз отриманих даних дозволив у 80 % дітей виявити інфекційні агенти, що передували розвиткові ГВ. Такі результати дають змогу припустити, що саме інфекційні захворювання являються тригерними факторами у розвитку ГВ.

Пугачова К.А.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ НА ТЛІ
СИНДРОМУ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Науковий керівник: професор Сенаторова Г.С.

Актуальність проблеми пов'язана зі значною поширеністю гіпермобільного синдрому (ГМС) в дитячій популяції, що складає від 7 до

20% за даними різних авторів. Оскільки діти з порушеннями обміну сполучної тканини схильні до розвитку запальних захворювань суглобів, актуальним завданням є дослідження особливостей перебігу суглобового синдрому на тлі ГМС.

Мета: дослідити особливості перебігу реактивних артритів (РеА) у дітей з синдромом гіпермобільності суглобів.

Матеріали и методи. Обстежено 60 дітей віком від 2 до 16 років. До I групи увійшли 40 дітей, хворих на РеА, контрольну групу склали 20 практично здорових дітей. Визначення ГМС встановлювалося за шкалою Бейтона.

Результати. Гіпермобільність суглобів було зареєстровано у $72,5 \pm 7,1\%$ обстежених пацієнтів I групи, які набрали від 4 до 9 балів за шкалою Бейтона, та у жодної дитини II групи. За даними УЗД встановлено, що у дітей з ГМС переважав ексудативний компонент запалення у суглобах. У $52,5 \pm 7,9\%$ дітей хворих на РеА на тлі гіпермобільності суглобів не було зареєстровано обмеження рухів в уражених суглобах, тоді як $77,5 \pm 6,9\%$ хворих на реактивний артрит дітей без ГМС мали порушення функції уражених суглобів. У $27,5 \pm 7,2\%$ дітей с ГМС в анамнезі відмічалися неодноразові рецидиви РеА.

Висновки. До особливостей перебігу реактивних артритів у дітей на тлі ГМС відносяться, головним чином, такі особливості суглобового синдрому, як переважання ексудативного компоненту, що пов'язано з перерозтягуванням суглобової капсули запальним ексудатом, менш виражені порушення функції суглобів а також схильність повторного утворення випоту в суглобовій капсулі уражених суглобів.

Рожкова С.Э., Ефремова О.А.

СОПУТСТВУЮЩИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

Украинский институт клинической генетики

Харьковский межобластной специализированный медико-генетический центр-центр редких (орфанных) заболеваний

Научный руководитель: профессор Гречанина Ю.Б.

Введение. Муковисцидоз (МВ) – моногенное наследственное заболевание, обусловленное мутацией в гене МВТР, вследствие чего нарушается транспорт ионов Cl через апикальную мембрану эпителия; секреты экзокринных желез становятся густыми, вязкими, нарушается проходимость протоков желез.

В патологический процесс в той или иной степени вовлекается весь организм, с преимущественным поражением двух систем - бронхолегочной и пищеварительной: развивается хроническое прогрессирующее заболевание легких, кистозный фиброз поджелудочной железы, холестатическое поражение печени.

Цель исследования. Изучение сопутствующих метаболических нарушений у больных муковисцидозом (МВ).

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов (25 детей 1-14 лет и 25 пациентов старше 15 лет) с муковисцидозом. Схема обследования включала: клинико-генеалогическое исследование; биохимические анализы крови, мочи.

Результаты и их обсуждение. При исследовании биохимических показателей крови у больных с МВ вне обострений воспалительных заболеваний выявлялись следующие изменения:

Изменение биохимических показателей крови:	1–6 лет (13)	7–14 лет (12)	15 и более лет (25)
Повышение уровня билирубина	4 (31 %)	1 (8 %)	3 (12 %)
Повышение уровней трансаминаз	12 (92 %)	4 (33 %)	11 (44 %)
Снижение уровня холестерина	10 (77 %)	8 (67 %)	10 (40 %)
Повышение уровня щелочной ЩФ	8 (62 %)	10 (83 %)	10 (40 %)
Повышение уровня ГГТ	5 (38 %)	10 (83 %)	2 (8 %)
Повышение мочевой кислоты	1 (8 %)	6 (50 %)	11 (44 %)
Повышение уровня общего белка	3 (23 %)	2 (17 %)	6 (48 %)
Снижение уровня общего белка	2 (15 %)	1 (8 %)	3 (12 %)
Гипергликемия	2 (15 %)	3 (25 %)	1 (4 %)
Гипогликемия	1 (8 %)	-	1 (4 %)
Повышение сывороточного железа	1 (8 %)	-	2 (8 %)
Снижение сывороточного железа	2 (15 %)	4 (33 %)	2 (8 %)
Снижение кальция	3 (23 %)	4 (33 %)	8 (32 %)
Повышение уровня фосфора	2 (15 %)	1 (8 %)	4 (16 %)
↑ЛДГ(лактатдегидрогеназа), ↑КФК (креатинфосфокиназа)	6 (46 %) 1 (7.7%)	9 (75 %) 1 (8.3%)	9 (36 %) 1 (4%)

Наиболее часто встречались гипохолестеринемия, особенно у детей дошкольного возраста (77%), в то же время уровень белка крови в

большинстве случаев был нормальным, иногда повышенным. Повышение уровня мочевой кислоты в крови было частым у детей школьного возраста (50%) и взрослых (44%), что может быть обусловлено как длительным приемом больших доз Креона, так и особенности метаболического статуса пациентов. Повышение уровня ЛДГ крови наиболее часто отмечено у детей школьного возраста (75%), что может быть проявлением энергетического дефицита у пациентов с хронической патологией в период активного роста и высоких нагрузок.

Трансаминазы наиболее часто были повышены у детей, как и гаммаглутамилтрансфераза и щелочная фосфатаза, которые являются биохимическими маркерами холестаза.

Транзиторное повышение уровня глюкозы крови отмечалось у 20% детей, транзиторная гипогликемия у 8% детей.

Выявленные биохимические изменения в большинстве случаев носили транзиторный характер.

Всем пациентам с МВ, у которых были выявлены обменные нарушения, наряду со стандартной терапией МВ проводится индивидуальная диетическая коррекция, кофакторная терапия с учетом их метаболического статуса.

Выводы: приведенные данные демонстрируют клинический и биохимический полиморфизм у больных муковисцидозом: были выявлены изменения в обмене липидов, пуринов, энергетическом обмене и др.

Выявленные биохимические изменения у пациентов с МВ могут как отражать их метаболический статус, так и быть следствием длительной медикаментозной терапии, либо проявлениями других врожденных дефектов метаболизма. Работа показывает необходимость контроля биохимического статуса для наиболее адекватного индивидуального подбора диеты и кофакторной терапии в процессе лечения.

Рудь В. П.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н. Афанасьева О. А.

Актуальность. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – составляет примерно 50% всех случаев геморрагических диатезов у детей. Диагностика данной патологии обычно трудностей не вызывает. Но вопрос о выборе рациональной терапии у детей на сегодняшний день является открытым.

Цель и задачи исследования. Оценить показания к назначению и эффективность применения внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) в терапии ИТП у детей.

Материалы и методы. Проанализированы клинические данные 31 ребенка от 1,5 до 16 лет, находившихся на лечении в гематологическом

отделении КУОЗ «Харьковской городской детской клинической больницы №16» за 2016 год с диагнозом ИТП, острая иммунная форма.

Результаты. Среди обследованных детей 42% составили дети 3-4 лет. Мальчиков было несколько больше, чем девочек (62% против 38%, $p>0,05$), хотя литературные данные говорят об обратном.

У 24 детей (77,4%) развитие заболевания отмечалось через 1-3 недели после перенесенной ОРВИ, у 3-х – заболеванию предшествовали перенесенные ветряная оспа, стрептодермия и травма. У детей на фоне относительного благополучия появилась характерная геморрагическая сыпь в виде петехий и экхимозов, преимущественно на нижних конечностях и туловище, мелкие кровоизлияния на слизистой полости рта. У 6 детей (19,3%) также отмечалось носовое кровотечение и у одного ребенка – кровоизлияние в склеру. При этом в анализе крови уровень тромбоцитов у 20 детей (64,5%) был критически низким (менее $30 \times 10^9/\text{л}$), у 11 (35,5%) – от 30 до $50 \times 10^9/\text{л}$.

Лечение всех детей начинали с базисной терапии в составе преднизолона в дозировке 2мг/кг/сутки, эпислон-аминокапроновой кислоты, дицинона и аскорутина. На фоне терапии положительная динамика достигнута у 71% пациентов: купирован кожный геморрагический синдром и повысился уровень тромбоцитов более $100 \times 10^9/\text{л}$ в первые 2 недели от начала терапии.

У остальных 9 детей (29,0%) значительная тромбоцитопения (менее $50 \times 10^9/\text{л}$) сохранялась в течение более 2-х недель, что потребовало углубленной диагностики и коррекции терапии. Так, при вирусологическом исследовании у 7 детей из этой группы выявлены повышенные титры антител к цитомегаловирусу, вирусу Эбштейна-Бара, токсоплазмозу и герпесу 1 и 2 типов, что вероятнее всего и обусловило резистентность к стандартной терапии. Данной группе детей назначалась пульс-терапия Солу-Медролом в сочетании с ВВИГ (Биовен-Моно) в дозировке 2,0 г/кг на курс 5 дней. На фоне такой терапии уровень тромбоцитов повысился уже после первых инфузий и сохранялся на достаточном уровне в течение всего времени наблюдения. Для предупреждения рецидивов проводился «напоминающий» курс данных препаратов.

Выводы. В большинстве случаев ИТП у детей хорошо поддается базисной терапии в составе преднизолона 2/мг/кг/сут. При сохранении тромбоцитопении необходима коррекция лечения и дополнительное обследование ребенка. Эффективной схемой терапии для достижения клинко-лабораторной ремиссии является сочетанная пульс-терапия глюкокортикоидами и ВВИГ. Актуальным является именно иммуномодулирующее воздействие ВВИГ при иммунной тромбоцитопенической пурпуре, приводящее к удлинению времени циркуляции тромбоцитов.

Семенюк М.О.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА ТА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №2

Науковий керівник: доцент Алексєєва Н.П.

У дітей на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) спостерігається недосконалість будови та зменшення колагенових та еластичних волокон сполучної тканини, які складають основу трахеобронхіального каркасу. Це супроводжується ранніми структурними та морфологічними змінами стінок трахеї і бронхів, зниженням їх еластичності, а також виникненням передумови до швидкого прогресування бронхіальної астми(БА).

Метою дослідження було проаналізувати стан обміну сполучної тканини, визначивши екскрецію метаболіту сполучної тканини – оксипроліну та уронових кислот в добовій сечі, глюкозаміноглікану та їх окремих фракцій (ГАГ1-хондроїтин-6-сульфат, ГАГ2-хондроїтин-4-сульфат, ГАГ3–високосульфатовані ГАГ: кератин сульфат, герматансульфат, гепарансульфат, гепарин) в сироватці крові. В процесі проведення дослідження були використані наступні методи: анамнестичний, загальне клінічне обстеження з розрахунком індекса Варги, біохімічні, імунологічні тести, інструментальні методи дослідження.

Під наглядом перебувало 52 дітей, які хворіли на БА. За даними клініко-лабораторного обстеження у 30 дітей діагностовано легкий персистуючий перебіг БА (група №1), у 11 – середньо тяжкий перебіг (група №2), у 11 – тяжкий перебіг (група №3). Групу контролю склали 16 здорових дітей.

У обстежених хворих усіх груп незалежно від тяжкості БА відмічено зниження вмісту фракції загальних ГАГ у порівнянні з показниками дітей групи контролю. Достовірна різниця відповідно була за показниками ГАГ 2-ї фракції та ГАГ-3-ї фракції. Не встановлено залежності від вмісту ГАГ у крові та тяжкості перебігу БА. Вміст хондроїтинсульфату в сироватці крові у дітей з БА був вищим, ніж показники хондроїтинсульфату здорових дітей. Не встановлено залежності від вмісту хондроїтинсульфату і тяжкістю БА у обстежених хворих.

Для оцінки впливу ДСТ на формування та перебіг БА поділили обстежених хворих на 2 групи. До першої увійшли діти з показником індекса Варги (ІВ) менше 1,5, до другої групи – пацієнти з ІВ більше ніж 1,5. Відмічено вірогідне зниження вмісту 2-ї та 3-ї фракцій ГАГ у дітей з низьким ІВ. У дітей з ІВ<1,5 показники ГАГ другої фракції були 1,6 (1,35; 2,65) од, тоді як у дітей без клінічних проявів ДСТ ГАГ2 становили 2,6 (1,5; 3,77) од ($p<0,05$). Показники 3-ї фракції ГАГ у цих групах були 1,4(1,0; 1,75) од 18(1,3; 2,73) од ($p<0,05$) відповідно. Не виявлено залежності екскреції оксипроліну з сечею від тяжкості БА. Значних відхилень у показниках уронових кислот у обстежених усіх груп не відмічено. У дітей з середньо

тяжким перебігом БА в процесі дослідження встановлені кореляційні взаємозв'язки між ГАГ 2-ї фракції та показниками ОФВ1, а також показниками хондроїтинсульфату та ЖЄЛ: $r=0,86$, ($p<0,05$) $I_r=0,79$ ($p<0,05$) відповідно. Достатньо значним був кореляційний взаємозв'язок ГАГ 2-ї фракції з ОФВ1 у хворих з персистуючим перебігом БА: $r=0,79$, $p<0,05$.

Таким чином зниження вмісту ГАГ та їх фракцій (особливо 2-ї та 3-ї) та підвищення екскреції оксипроліну з сечею відображають наявність дисплазії сполучної тканини та сприяють розвитку БА, але не є маркерами тяжкості запального процесу. Треба відзначити саме 2-у фракцію ГАГ, показники якої були вірогідно відмінні у хворих на БА у порівнянні з контрольною групою та мали вірогідні суттєві взаємозв'язки з показниками ФЗД, а саме з показниками ОФВ1. Можливо, що саме ГАГ 2-ї фракції є найбільш активними маркерами ДСТ у хворих з БА. Наявність клінічних ознак СТД, низький ІВ поряд зі зниженням показників ГАГ 2-ї фракції у хворих на БА дітей є несприятливим фактором для формування більш вираженого бронхообструктивного синдрому при загостренні хвороби.

Стрелкова М.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДИ-ДЖОРДЖИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Сенаторова А.С.

Мальчик Т, 1,5 месяцев доставлен в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии, что обусловлено кардио-респираторной недостаточностью, заинтубирован орто-трахеальной трубкой, самостоятельное дыхание не эффективное.

Из анамнеза жизни и заболевания известно, что ребенок от 4 беременности, 2-х самостоятельных родов в сроке гестации 38 недель. Во время данной беременности мать перенесла угрозу преждевременных родов в 24 недели. По данным ультразвукового скрининга: в сроке гестации –11-12 и 25-26 недель без патологии; на 34 неделе, у плода эхоскопически – признаки множественных врожденных пороков развития (врожденный порок сердца, расширение полости прозрачной перегородки до 9 мм).

При рождении: масса – 3150 г; рост – 53 см; оценка по шкале Апгар: 1 минута – 7 б (2-2-1-1-1) 5 минута – 8 б (2-2-1-1-2).

Через сутки после рождения, проведено оперативное лечение врожденного порока сердца (расширяющая пластика дуги аорты, резекция каорктаии аорты, перевязка открытого артериального протока).

При поступлении в многопрофильный стационар (29 суток жизни): сознание ясное. Кожные покровы бледные, выраженная венозная сеть, подкожно-жировой слой развит недостаточно, имеются признаки соединительно-тканной дисплазии (гипермобильность суставов, гиперастяжимость кожи, варусная установка стоп). Видимые слизистые розовые. ЧСС – 160 в минуту. АД – 80/60 мм.рт.ст. SpO_2 – 99%.

Заинтубирован орто-трахеальной трубкой, дыхание – жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень увеличена до +3 см ниже края реберной дуги, селезенка +2 см ниже края реберной дуги. Физиологические испражнения не нарушены.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- Клинический анализ крови в динамике: анемия средней степени тяжести, лейкопения, тромбоцитопения.
- Иммунограмма: лейкопения, снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов (CD₃) и В-лимфоцитов (CD₂₂), повышение уровней IgA, IgM, IgG.
- Рентгенография органов грудной клетки в первые сутки: двусторонняя, верхнедолевая, очагово-сливная пневмония. На 17-й день: положительная динамика в виде восстановления пневмотизации легочных полей.
- Ультразвуковое исследование: мультикистоз левой почки; тимус не визуализируется.
- ЭКГ исследование: на 2-й день выраженная синусовая тахикардия. Замедление АВ проводимости, неполный блок правой передней ножки пучка Гисса. Гипертрофия правого предсердия и правого желудочка. Реполаризационные нарушения. В динамике – нарастание перегрузки правого и левого желудочка и реполаризационных нарушений.

Диагноз: синдром Ди-Джорджи. Множественные врожденные пороки развития. Врожденный порок сердца: гипоплазия левых отделов сердца, гипоплазия дуги аорты, коарктация аорты, открытый артериальный проток. Состояние после хирургической коррекции. Вторичный дефект межпредсердной перегородки. Кардиомегалия. Аплазия тимуса. Врожденный порок развития мочевыделительной системы: гидронефроз 4 ст, слева. Врожденная правосторонняя косолапость. Пневмония двусторонняя очагово-сливная.

Лечение: открытая реанимационная система, ИВЛ Aveo. Вскармливание через зонд, фуросемид, сибазон, армадин, преднизолон. Антибактериальная и противогрибковая терапия. Ингаляционная терапия: пульмикорт, венталин, лазолван. Pegas: пиобактериофаг, силденафил, каптоприл, гипотиазид, верошпирон, лаферобион, тобрекс, кофеин-бензонат натрия (на время отлучения от кислорода), панкреатин. Бинтование стоп.

К 22 дню ребенок переведен на самостоятельное дыхание, к 24 дню начал вскармливаться естественным путем (грудь матери по требованию). К моменту выписки (27 день пребывания в стационаре) состояние ребенка стабильное.

Даны рекомендации: диета согласно возрасту. Эротон 7,5 мг х 3 раза в день; гипотиазид 4 мг х 2 раза в день; верошпирон 7,5 мг х 2 раза в день; каптоприл 1,4 мг х 2 раза в день; пульмикорт 125 мкг х 2 раза в день в течение месяца. Контрольное обследование в стационаре.

Тишко О.С.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РЕФРАКТОРНОЇ ДО ТЕРАПІЇ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДИТИНИ З ДІАФРАГМАЛЬНОЮ КИЛОЮ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології, Харків, Україна**

Наукові керівники: професор Гончарь М.О., доцент Іщенко Т.Б.,

З усіх анемій найпоширенішою є залізодефіцитна (ЗДА), яка становить більш ніж 80% від усіх анемій. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі понад 500 тис. людей які страдають ЗДА. Поширеність ЗДА у дітей в Україні і розвинених європейських країнах становить: близько 50% - у дітей молодшого віку; більше 20% - у дітей старшого віку.

Клінічне спостереження.

Хлопчик 7 років надійшов у лікарню зі скаргами на блідість, млявість, зниження апетиту і спотворення смаку (їв глину). Вище зазначені скарги з'явилися рік тому. З анамнезу відомо, що рік знаходився на обліку у дільничного педіатра, лікувався препаратами двовалентного заліза, однак, без ефекту. За допомогою до гематолога не звертався.

Об'єктивно: стан середнього ступеню важкості, шкіра бліда, епітеліальні зміни (трофічні порушення шкіри, нігтів, волосся, слизових оболонок).

Аускультативно в легенях везикулярне дихання, зліва в грудній клітці вислуховуються перистальтичні шуми. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт м'який, безболісний паренхіматозні органи не збільшені.

У зв'язку з атиповою аускультативною картиною над лівою легенею був проведений рентген ОГК.

На рентгенограмі органів грудної клітини: легеневі поля без вогнищевих змін. Прикореневий легеневий малюнок посилений з обох сторін. Серце, середостіння зміщені вправо. Зліва купол діафрагми на рівні IV ребра, на цьому ж рівні газовий міхур шлунка. Правий, лівий синуси вільні. Релаксація лівого купола діафрагми. Висновок: Лівостороння діафрагмальна кила.

Лабораторні показники. Клінічний аналіз крові: Ер. – 3.4 10¹²/л; Нб – 85г/л; КП – 0,7; Тр. – 180 10⁹/л; Рет. – 0,2%; Лей. – 4.0 10⁹/л; ШОЕ – 15.

Біохімічні показники крові: сироваткове залізо – 8мкм/л; загальна залізосполучна здатність сироватки – 50мкм/л; латентна залізосполучна здатність сироватки – 45мкм/л; сироватковий ферити – 10мкм/л.

Встановлено діагноз: Залізодефіцитна анемія середнього ступеню тяжкості. Лівостороння діафрагмальна кила.

Терапія. Оперативна корекція - лапаротомія, пластика лівого купола діафрагми місцевими тканинами. Після оперативного лікування призначено препарати двовалентного заліза в дозі 5 мг на кг на добу в протягом 6 місяців. Стан дитини значно покращився, скарг немає, лабораторні

показники (Єр. – 4.0 10¹²/л., Нб – 124 г/л, КП – 0,98). Хлопчик протягом року спостерігався в гематолога, після чого був знятий з обліку.

Висновок. Одним із чинників рефрактерної до консервативної терапії залізодефіцитною анемії може бути наявність аномалій шлунково-кишкового тракту(ШКТ), тому пацієнти з тривалими залізодефіцитними станами потребують поглибленого дослідження органів ШКТ.

Хміль О.Б., Елисеєв В.М.

ПОИСК АТИПИЧНЫХ ФОРМ И СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ФКУ: ТРУДНЫЙ ПУТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ

Харьковский межобластной специализированный медико-генетический центр – центр редких (орфанных) заболеваний

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра медицинской генетики, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Здыбская Е.П.

Введение. Фенилкетонурия (ФКУ) является наследственно обусловленным нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина (ФА), развивающимся в результате дефицита фермента фенилаланин-4-гидроксилазы (РАН) или его кофактора тетрагидробиоптерина (ВН4).

Цель. Оценить целесообразность мониторинга аминокислот крови и органических кислот мочи для эффективности патогенетической коррекции.

Материалы и методы. Было проведено обследование 34 семей из 11 областей Украины, имеющих детей с ФКУ, которые не попали в программу неонатального скрининга. Контрольная группа составила 18 человек, диагноз ФКУ которым был установлен при проведении массового селективного скрининга. У 19 детей с гиперфенилаланинемией (ГФА), резистентной к лечению специальной диетой был проведен поиск недостаточности кофактора тетрагидробиоптерина.

Результаты и обсуждение. При данном обследовании было выявлено, что возрастной диапазон пациентов на момент установления им диагноза ФКУ составил от 6-ти месяцев до 4-х лет. Диапазон уровня ФА в сухих пятнах крови составил 4,1-33,2 мг% (норма 0,1-2,5 мг%). Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование мутации R408W гена РАН. Данная мутация встречалась в 29-ти семьях (85%), причем у 13-ти семей (38%) дети были гомозиготными носителями. В результате исследования полиморфных вариантов генов системы фолатного цикла были обнаружены различные варианты мутаций: компаунд HtzgMTHFRC677T / MTRRA66G, компаунд HtzgMTHFRC677T / MTRA2756G. Генотип HmzgMTHFRC677T; HtzgMTRA2756G; HtzgMTHFRC677T были обнаружены в 15%. Соответственно, примерно у 30% было выявлено повышение уровня гомоцистеина крови более 12 мкмоль/л (у 2-х более 50 мкмоль/л). Полученные показатели позволили заподозрить, что в этих случаях мы имели дело с сочетанным нарушением обмена аминокислот – ФА и метионина (Мет). Данная синтропия указывает на необходимость более специфического

подхода к диетотерапии – элиминации из рациона не только ФА, но и Мет. Для поиска атипичных форм ФКУ у детей, которые не реагировали должным снижением цифр ФА при лечении специальными продуктами питания был проведен забор крови для исследования недостаточности ВН4. Исследования были выполнены в лаборатории клинической химии и биохимии г. Цюрих (Швейцария), проф. Нинад Блау. Были получены следующие результаты:

- снижение активности дегидроптеринредуктазы (ДГПР) – 9 (40,91%)
- снижение уровня неоптерина – 10 (45,45 %)
- снижение уровня биоптерина – 2 (9,09 %)
- дефект ДГПР, редукция активности фермента – 2 (10,53%)
- частичная редукция активности, возможно, гетерозиготное носительство ДГПР – 4 (21,05%).

Выводы. Поздняя диагностика ФКУ приводит к полной манифестации нарушения обмена веществ и к инвалидизации. Благодаря введению массового скрининга стала возможна ранняя диагностика ФКУ, а значит и адекватное лечение, которое позволяет предотвратить или свести к минимуму обнаруженные в данном обследовании патологические проявления. Выявление атипичных форм обязывает проводить лечение с помощью предшественников нейротрансмиттеров либо препаратами ВН4. Учитывая сочетание нарушения обмена нескольких аминокислот – ФА и Мет, необходимо создавать новое специальное лечебное питание – смесь без содержания данных аминокислот.

Ходун И.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ И БРОНИХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АНЕМИЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2, Харьков, Украина

Научный руководитель: доцент Саратов В.Н.

Актуальность: Заболевания органов дыхания составляют 49,5% среди заболеваний раннего детского возраста и занимают первое место по распространенности. Особое место среди них занимают острые бронхиты и пневмонии. Данные заболевания нередко протекают на фоне анемий, в частности, железодефицитной, которая является наиболее частой в раннем детском возрасте.

Следует отметить, что дефицит железа в организме ребенка может приводить к повышению частоты инфекционных заболеваний органов дыхательной системы, в связи с его отрицательным влиянием на систему иммунитета (на специфические и неспецифические факторы). Поэтому проблема влияния анемий на течение заболеваний органов дыхания актуальна для педиатров.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения пневмоний и острых бронхитов у детей на фоне анемий с целью оптимизации ведения таких больных на различных этапах медицинского наблюдения.

Для выполнения задач нами было проанализировано 45 историй болезни детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрических отделениях Харьковской городской клинической детской больницы №16 по поводу острых бронхитов и пневмоний на фоне анемий. Группу сравнения составили 45 больных аналогичного возраста с идентичной патологией без отягощенного преморбидного фона. Верификация диагнозов проводилась в соответствии с современными «Протоколами диагностики и лечения...».

В результате проведенного анализа мы установили, что у детей с острыми бронхитами и пневмониями на фоне анемий отмечался более длительный регресс симптомов заболеваний (лихорадка у больных основной группы в течение $4,5 \pm 0,7$ ($p < 0,05$) дней, в группе сравнения – $2,8 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) дней; хрипы в легких у больных основной группы в течение $7,8 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) дней, в группе сравнения – $6,3 \pm 0,6$ ($p < 0,05$)), а также более яркая симптоматика дыхательной недостаточности, обусловленной более тяжелой гипоксией. Кроме того, у них зарегистрирован больший процент развития осложнений (38,2%) в отличие от больных группы сравнения (14,7%). В связи с этим полагаем, что больные с острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания нуждаются в более активном терапевтическом ведении на стационарном этапе, в частности, в проведении им антибактериальной терапии.

Таким образом, анемия является фактором, оказывающим активное влияние на течение острых заболеваний органов дыхания (острых бронхитов и пневмоний) у детей раннего возраста. Данная фоновая патология нуждается в наиболее раннем выявлении ее у детей раннего возраста с целью предупреждения острых заболеваний органов дыхания и осложнений при них. В случаях заболеваний детей раннего возраста пневмониями и острыми бронхитами на фоне анемий необходимо более раннее назначение антибиотиков в максимальных дозах.

Хомовська А.О., Цимбал Є.В.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З АКРОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ТА ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Гончарь М.О.

На сьогоднішній день спадкові та вроджені захворювання нирок є однією з найважливіших причин інвалідизації дітей і дорослих. Більш ніж у 70% пацієнтів дитячого віку хронічна ниркова недостатність (ХНН) обумовлена саме цими захворюваннями. Понад 50% дітей з ХНН отримують замісну ниркову терапію у зв'язку з спадковими захворюваннями нирок.

Мета: популяризація знань про особливості діагностики та лікування ХНН у дітей зі спадково детермінованою патологією нирок.

Матеріали: клінічний досвід власного спостереження хворого з акроренальним синдромом, дані літератури.

Акроренальный синдром – це рідкісна генетично детермінована патологія, при якій сполучаються дефекти розвитку кінцівок та аномалія нирок. Аномалії кісток носять двобічний характер, з розщепленням кистей і ступнів (ектродактилії). Аномалії нирок, включають агенезію, полікістоз. Поширеність: 1 випадок на 1 000 000, тип успадкування аутосомно-рецесивний. У літературі описано близько 20 пацієнтів з подібним синдромом.

Дитина В., 11 років, госпіталізована до КЗОЗ Обласної дитячої клінічної лікарні м. Харкова зі скаргами на багаторазову блювоту, різку млявість, загальмованість, втрату ваги.

Анамнез захворювання: хворіє протягом місяця. В зв'язку з наростанням вищевказаними скаргами госпіталізований в багатопрофільний стаціонар ОДКЛ.

Анамнез життя: дитина від 4-й фізіологічної вагітності. Пологи 4-ті, термінові, в терміні гестації 39-40 тижнів. Народився з масою тіла 3000 гр.

На 1-му році життя при проведенні УЗД було виявлено зменшення нирок в розмірах, однак надалі УЗД не проводилося і дитина не обстежувалася. Перша дитина в сім'ї – померла в ранньому неонатальному періоді; діагноз: множинні вроджені вади розвитку (патологія верхніх і нижніх кінцівок, патологія нирок). Два старші брати – здорові.

При надходженні стан важкий, зумовлений термінальною стадією ХНН. Виражені набряки на обличчі, животі, сідницях, нижніх кінцівках, анурія, артеріальна гіпертензія до 180/100 мм.рт.ст. Звертала на себе увагу ектродактилія верхніх і нижніх кінцівок – недорозвинення та часткове зрощення пальців рук та ніг.

При додаткових методах дослідження виявлено підвищення рівня азотистих шлаків: креатинін крові – 0,947 ммоль/л; ($\uparrow N 10$), сечовина крові – 91,0 моль/л ($\uparrow N 11$). Швидкість клубочкової фільтрації 10 мл/хв., за даними УЗД виявлено ознаки зморщування обох нирок.

Встановлено клінічний діагноз: Акроренальный синдром. Ектродактилія верхніх і нижніх кінцівок. Хронічне захворювання нирок V ст. Ниркова дисплазія (вторинно зморщені нирки). Хронічна ниркова недостатність IV ст. (термінальна стадія). Вторинна артеріальна гіпертензія.

Враховуючи тяжкість стану хворого, анурію, артеріальну гіпертензію, високий рівень азотистих шлаків, проводилася замісна ниркова терапія – екстрений гемодіаліз.

Після стабілізації стану, через 10 міс. від початку проведення гемодіалізу, дитині проведена споріднена трансплантація нирки від батька.

Хлопець виписаний через 1 місяць з нормальними показниками азотистого обміну. Знаходиться під наглядом нефрологів - трансплантологів, отримує імуносупресивну терапію.

Висновок: Наведене спостереження ілюструє клінічні прояви та особливості перебігу АРС у дитини 10-ти років з ХНН, можливості сучасної трансплантології дають високу ймовірністю позитивного ефекту спорідненої трансплантації нирок у дітей з ХНН.

Яворович М.В.
СТРУКТУРНИЙ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У
ДІТЕЙ З ГЕМОРАГІЧНИМ ВАСКУЛІТОМ
Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Одинець Ю.В.

При порушенні функції або структури ендотелію різко змінюється спектр біологічно активних речовин, які він утворює. Неінвазивними методами дослідження стану ендотелію прийнято вважати ультразвукове дуплексне ангіосканування, яке останнім часом в алгоритмі діагностичної програми займає одне з провідних місць внаслідок його безпечності, а також високої чутливості та специфічності.

Мета: оцінка структурного та функціонального стану ендотелію у дітей з ГВ за даними ультразвукової доплерографії судин.

Матеріали та методи: до основної групи увійшло 60 дітей, хворих на геморагічний васкуліт, віком від 1 до 18 років (25 дівчат та 35 хлопчиків) з I, II та III ступенем активності патологічного процесу, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16». До контрольної групи увійшло 17 практично здорових дітей. Вимірювання товщини комплексу інтіма-медіа загальної сонної артерії (KIM ЗСА) проводили за стандартною методикою (Р. Pignoli, 1986), визначення ендотелій-залежної вазодилатації плечової артерії (ЕЗВД ПА) за методикою D. Celermajer та співавт. (1992). Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичного пакета „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS”.

Результати: потовщення KIM ЗСА виявлено лише у дітей з максимальним ступенем активності (0,90 (0,90;1,00) мм), що на 50 % вище ніж у дітей з групи контролю. У дітей з I та II ступенем активності змін товщини KIM ЗСА виявлено не було (0,60 (0,45;0,70) мм, 0,60 (0,50;0,70) мм, відповідно). Показники ЕЗВД ПА як на 30 с, так і на 60 с мали негативну реакцію, а саме прояви вазоконстрикції та мали достовірну різницю в порівнянні з показниками групи контролю. Під час порівняння показників KIM ЗСА в гострий період та період клініко-лабораторної ремісії, виявлено позитивну динаміку на фоні терапії. Проте, стан ендотеліальної функції залишався негативним, за даними ЕЗВД ПА.

Висновки: показник товщини KIM ЗСА може виступати як маркер тяжкості патологічного процесу при ГВ. Патологічна реакція ЕЗВД ПА, свідчить про безпосереднє залучення в патологічний процес ендотелію. Отримані дані відображають, напевно, відставання біологічної репарації запального процесу від показників клінічної ремісії.

Яновська К.О., Дробова Н.М., Друмова Г.А., Шнурко Е.О., Венжега А.В.
ДОЛЯ ХВОРОГО НА МУКОВІСЦИДОЗ В УКРАЇНІ
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2, Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н.Яновська К.О.

Задача: проаналізувати історію життя дитини з муковісцидозом (МВ), яка померла від розвитку синдрому поліорганної недостатності.

Матеріали й методи. Клініко-параклінічне обстеження хворої згідно наказів МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на МВ» та №59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». Пацієнт перебував на лікуванні в КЗОЗ «ОДКЛ №1» з 13.10.2015 по 06.01.2016 р. Також проведено аналіз документації (історії хвороби, виписки, амбулаторна картка) хворої.

Результати. Вперше МВ було запідозрено у дитини у віці 8 міс. за клінічними ознаками при лікуванні пневмонії (тривалий перебіг, відсутність позитивного ефекту на тлі стандартної терапії, відставання у фізичному розвитку, поліфекалія). Діагноз підтверджено дворазовим позитивним пілокарпіновим тестом (85 ммоль/л). З 8 міс. у якості базової терапії дитина постійно отримувала замісну ферментну терапію «Креоном», гепатопротекторні препарати, вітаміни. Антибактеріальна терапія призначалася при загостреннях бронхо-легеневого запального процесу. У віці 6 років було проведено генетичне дослідження, яке виявило тяжку мутацію delF508 (10 екзон) гену МВ (CFTR) в компаунді з неіндетифікованою мутацією. Перелік мутацій гену МВ, які досліджувалися, але не були виявлені: delI507, 1677delTA (10 екзон); 621+1G-T, R117H (4 екзон); R334W, R347P (7 екзон); 1717-1G-A (10 інтрон); R553X, G551D, G542X (11 екзон); P129S, W1282 (20 екзон); N1303K (21 екзон); CFTRdele2,3 (21kb). Батьки дитини не проходили генетичного обстеження. З 8 років відмічено хронічну колонізацію трахео-бронхіального дерева інфекцією *Staphylococcus aureus* та *Pseudomonas aeruginosa*, з приводу чого дитина отримувала антибактеріальні препарати з антисиньогнійною активністю, в тому числі інгаляційний тобраміцин, колістін внутрішньовенно. Але антибактеріальна терапія проводилась лише короткими курсами з огляду на відсутність реєстрації в Україні відповідних інгаляційних антибіотиків. Призначались тривалі курси азітроміцину. З 8 років відмічені ознаки цирозу печінки, портальної гіпертензії, збільшення селезінки (+6 см). У 9 років діагностовано цукровий діабет I типу, інсулінозалежний та призначені інсуліни – «Новорапід», «Левемір». Стан дитини поступово прогресивно погіршувався, дитина майже не виписувалась зі стаціонару.

Під час останньої госпіталізації дитина провела у лікарні 85 ліжко-днів, 52 з них – у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії. Незважаючи на проведення всіх заходів згідно протоколів лікування, стан дитини погіршувався за рахунок розвитку синдрому поліорганної недостатності. Дитина померла у віці 17 років.

Заключний діагноз: МВ, легенево-кишкова форма, тяжкий перебіг. Двобічні змішані бронхоектази. Хронічний обструктивний бронхіт. Хронічна колонізація ТБД синьогнійною інфекцією. Хронічна серцево-легенева недостатність 2Б ст. Хронічне легеневе серце, легенева гіпертензія II ст. Хронічна панкреатична недостатність, тяжка форма. Цукровий діабет I типу, тяжка форма. Декомпенсований макронодулярний цироз печінки. Синдром портальної гіпертензії, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку. Хронічний розповсюджений гастродуоденіт. Рубцова деформація цибулини дванадцятипалої кишки. Асцит. Сечокам'яна хвороба. Гіперспленізм. Дефіцитна анемія. Метаболічна енцефалопатія. Синдром поліорганної недостатності.

Висновки. Більшість хворих на МВ в Україні не отримують необхідного лікування, що призводить до летальних наслідків вже в періоді дитинства. Існує потреба в державних соціальних програмах щодо забезпечення пацієнтів терапевтичними засобами згідно протоколу надання медичної допомоги хворим на МВ.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

Butov D.O., Boichuk V.V.

ASSOCIATION BETWEEN *IL-2* GENE POLYMORPHISMS AND *rpoB* GENE OF *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Kharkiv National Medical University

Department of Phthisiology and Pulmonology, Kharkiv, Ukraine

Background and objective. Determine relationship between *IL-2* gene polymorphisms and *rpoB* gene of *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) in patients with multi-drug-resistant tuberculosis (MDRTB).

Methods. The study included 117 Caucasian people with infiltrative pulmonary TB permanently residing in Ukraine including 47 patients with MDR TB and *rpoB* gene of MTB(1stgroup), 40-without MDR TB (2ndgroup) and 30-healthy donors (3rdgroup). Serum levels of IL-2 were evaluated by ELISA. Studied promoter region T-330G of the *IL-2* gene(rs2069762). Detection of MTB complex DNA and *rpoB* gene was performed using Xpert MTB/RIF Assay.

Results. In the 1st group the levels of IL-2 were (40.91±1.22) pg/L, 2nd – (35.68±0.97) pg/L and 3rd – (21.60±0.80) pg/L ($p<0.001$). Homozygote TT genotype of the *IL-2* gene predominated in 3rdgroup was 60.00±8.94 % (N=18) compared to patients with TB: 1st group – 0.00±0.02 % (N=0) and 2nd – 7.50±4.16 % (N=3). Heterozygous TG genotype of the *IL-2* gene was observed in 93.62±3.57 % (N=44) in 1st, 15.00±5.65 % (N=6) in 2nd and 16.67±6.80 % (N=5) in 3rd groups. Homozygous GG genotype of the *IL-2* gene was 6.38±3.37 % (N=3) in the 1st group, in 2nd – 77.50±6.60 % (N=31) and 3rd – 23.33±7.72 % (N=7) ($p<0.001$).

Conclusion. Compared to healthy controls patients with TB had significantly high levels of serum IL-2. This coincided with greater frequency of heterozygous TG genotype in 1stgroup and homozygote GG genotype in 2ndgroup polymorphism T-330G of the *IL-2* gene. In addition in patients with MDR TB and with the presence of *rpoB* gene of MTB was discovered close relationship with heterozygous TG genotype of the *IL-2* gene.

Guz E.V.

THE ROLE OF THE STREPTOCOCCUS IN THE FORMATION OF THE CLINICAL PICTURES OF THE CHILDREN'S INFECTIOUS MONONUCLEOSIS.

Kharkiv national medical university,

Department children infectious disease, Kharkiv, Ukraine

Scientific advised- Kuznetsov S.V.

Infectious mononucleosis (IM) is one of the most common diseases of childhood, which causative agent virus is Epstein-Barr. It is proved that under the influence of that virus the phenomena of acute tonsillitis appears. At the same time,

we know that viruses do not lead to the changes in purulent tonsillar tissue, although the last one is almost always seen in infectious mononucleosis. Consequently, the bacteria is involved in the genesis of tonsillitis. However, their role in the formation of the clinical picture of infectious mononucleosis, as a whole, remains unexplored.

Thanks to recent studies, the streptococcus were found in the tonsillar tissue of 60-80% of children.

In this regard, we have set a target: to determine the importance of streptococcus in tissues of the tonsils of children in the formation of their clinical picture of infectious mononucleosis.

103 children aged 5-9 years were studied. The patients suffered with anginal-glandular form of infectious mononucleosis. The first group consisted of 78 children. All the patients had *Streptococcus pyogenes* in their bacteriological analysis of smears of tonsil tissue. It was not possible to allocate the representatives of the bacterial flora in the analysis of other 25 children (they were the second group of patients).

According to the collation of the clinical and laboratory parameters of the children from the compared groups, the patients, with the presence of streptococcus in the oropharynx, had the debut of the disease accompanied by a high temperature reaction of the body and the greater manifestations of intoxication. The children of the first group had higher severity of the regional (submandibular, cervical) lymphadenitis, although it was not able to identify the difference in size of lymph nodes to the other groups.

At the same time, the significant increase of the size of liver and spleen were found in the bodies of the children with additional antigenic exposure. The blood of such patients included significantly lower content of lymphocytes and higher content neutrophils.

The relief of the symptoms of infectious mononucleosis was passing in a slow rhythm with the children of the first group; it was significantly slower than the relief of the children of the second group.

Therefore, the presence of streptococcus in the tissues of the tonsils of the children who suffer from infectious mononucleosis helps for the prolongation and aggravation of the symptoms of the disease. In our opinion, this factor is the argument, which conducts to the formation of an unfavorable outcome of the disease.

**Khvorostinko R., Iurko K., Davydych A., Tregub E.
FEATURES OF LIPID AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN
PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/HCV**

**Kharkiv National Medical University,
Department of Infectious diseases, Kharkiv, Ukraine
Scientific director – Kozko V.N.**

Among the factors indicative of the progression of chronic hepatitis C (CHC), the leading position belongs to hepatic steatosis and insulin resistance (IR), which may be virus-induced, and metabolic. The main risk factors for the

metabolic syndrome in HIV-infected individuals are high viral load, use of drugs lopinavir/ritonavir and didanosine, increased body weight and levels of Low density lipoproteins (LDL) and/or triglyceride (TG) levels, patient age, and co-infection with human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus (HCV). Thus, HCV-infection in HIV-infected individuals is one of the major risk factors for metabolic disorders.

Materials and methods. The study of lipid metabolism of blood (total cholesterol (TC), TG, High-density lipoproteins (HDL), LDL) was carried out by the enzymatically-colorimetric method with diagnostic kits from the company "SpainLab" (Spain). The content of Very low density lipoproteins (VLDL) in blood serum was determined by the formula: $VLDL = TG/5$. Atherogenic coefficient (AC) was calculated by the formula: $AC = (TC - HDL)/HDL$. Statistical analysis was performed using the software package «Statistica for Windows», 8.0.

Results. TC in patients of all groups had no significant difference with that of the control group in patients. The patients studied, compared to the control, there was a significant increase of TG, AC, LDL, VLDL and reduction HDL. Significantly higher levels of TG ($p < 0.001$) was observed in patients co-infected with HIV/HCV compared to patients with chronic hepatitis C and HIV separately.

Conclusion. 1. The studied patients had lipid metabolism disorders, namely increases in the serum TG, AC, LDL, VLDL and HDL reduction. Significantly higher TG levels ($p < 0.001$) was observed in patients co-infected with HIV/HCV compared to patients with CHC and HIV separately.

Martynenko A.A.

**ESTIMATE OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN COMMON TYPES
OF MICROORGANISMS IN UKRAINE**

**Kharkiv National Medical University,
Department of epidemiology, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Professor Chumachenko T. A.**

Introduction. Antibiotic resistance is a worldwide problem. New forms of antibiotic resistance can cross international boundaries and spread between continents with ease. Many forms of resistance spread with remarkable speed. That's why the aim of this work is to estimate antibiotic resistance of different types of microorganisms in Ukraine.

Methods. The results of research of 165 strains of multiresistant cultures of microorganisms isolated from patients in hospitals in Ukraine were carried out. We studied resistance of isolates to antibiotics used for treatment of patients with infection.

Results and discussion. Percentage composition of researched 165 strains of multiresistant cultures were: *Acinetobacter baumannii* - 29,1%, *Pseudomonas aeruginosa* - 26,1%, *Klebsiella pneumoniae* - 12,7%, *Staphylococcus haemolyticus* - 12,7%, *Enterobacter cloacae* - 7,9%, *E.coli* - 7,4%, *Staphylococcus aureus* - 1,8%, other – 2,3%. Accordingly 64% *Pseudomonas aeruginosa* isolated from the wounds were resistant to tseftazidim, 75% - to tsefepimin, 80% - to ciprofloxacin, 92% - to colistin. Strains of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from blood had

100% resistance to kotrimoksazol, tsyprflokstsyn and in 50% of cases - to piperacillin, tseftazidim, tsefepemin, amikacin, gentamicin, tobramycin.

Conclusion. The obtained data show a substantial problems in antibiotic resistance, to avoid them it is necessary to strictly follow the rules of antibiotics prescribing, that will optimize patient care, reduce the cost of hospital stay and avoid undesirable outcomes.

Movchan Y.O., Boyko V.M.

INDICATORS, WHICH PREDICT THE COURSE OF SHIGELLOSIS OF CHILDREN

Kharkiv National Medical University,

Department of children infaction disias, Kharkiv, Ukraine

Scientific director Zharkova T.S.

Great importance in the pathogenesis of infectious diseases has different biologically active substances, the inflammation mediators - cytokines. There are proinflammatory and anti-inflammatory interleukins. These substances regulate immune and inflammatory responses in the condition of infectious pathology. Induction of cytokine synthesis begins at the first stages of pathological process. Tumor necrosis factor- α (TNF α) and interleukin-1 β (IL1 β) have a special importance.

Objectives: to set the value of pro-inflammatory cytokines in the formation of clinical variants of shigellosis among children.

We had observed 126 children aged one month to 3 years with shigellosis. Patients were divided into 3 groups according to the course of the disease. The first group (I) (65 patients) - registered smooth course (SC) of the disease, second group (II) (31 patients)- registered wavy course (WC) and control group (III) consisted of 20 healthy individuals of the similar age group. Concentration of tumor necrosis factor (TNF) – α and interleukins (IL)- 1 β in the blood serum of the children during 1-3 days of the illness (the acute period), 6-8 days of the illness (the period of recovery in uncomplicated course of shigellosis and period of improvement in wave-like course of shigellosis), 12-14 days of the disease with wave-like course of shigellosis (the period of recovery) was evaluated. For this purpose we used immunosorbent test.

Results: High level of proinflammatory IL at the onset of the disease in all patients were detected. This fact results from the organism's reaction on penetrating pathogenic bacteria and translocating toxin from the gastrointestinal tract into the bloodstream.

The children with uncomplicated course of shigellosis showed levels of IL - 1 β , TNF which significantly higher from those of the children with wave-like course of the disease Such difference between indices of proinflammatory IL at the acute period indicated hyporeactivity of the reactions of the organism of the children with wave-like course of shigellosis during the acute period.

We detected decreased level of proinflammatory IL in the patients of the first group (period of recovery), and increased index in the children of the second group (the period of improvement) on 6-8 days of the disease. This indicates

continuation of the inflammatory reaction in the organism of the children with wave-like course of shigellosis.

The children with wave-like course of shigellosis at the period of recovery (12-14 days from the onset of the diseases) demonstrated slightly decreased level of proinflammatory IL in comparison with the acute period and period of improvement, this is indicative of presence of an inflammatory reaction in the organism. This fact is necessary to be considered at the stage of medical follow-up.

Conclusion: Indicators of pro-inflammatory cytokines can predict the course of disease in the early stages. During early convalescence elevated level of these substances indicates incompleteness of inflammatory reactions in the body of the child. Indicates incompleteness of inflammatory reactions in the body of the child.

Samedja Madjida Mohamed, Singh Partap Komal
ESTIMATION OF VALUE OF HEMATOLOGIC INDEXES IN
DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM
AFFECTION IN PATIENTS WITH AIDS

Kharkiv National Medical University,
Department of infectious diseases, Kharkiv, Ukraine
Scientific adviser: Associate Professor D.V. Katsapov

Toxoplasmosis of central nervous system (CNS) is the one of main causes of focal CNS affection in patients with AIDS, mostly as an opportunistic infection of the IV stage of the disease. Lesions in the brain are often found and their effects stipulate the clinical symptoms. Some clinically silent lesions come to diagnosis only at MRI or autopsy. The possibility of reactivated c toxoplasmosis developing is as high as 30% among AIDS patients with a CD4 count <100 cells/ μ L who are Toxoplasma-seropositive and are not receiving specific prophylaxis or antiretroviral therapy. Differential diagnosis of CNS toxoplasmosis in HIV - infected patients is usually made with tuberculous meningitis or meningoencephalitis (TME). The clinical presentation of TME in HIV-infected individuals usually includes an altered level of consciousness, cranial imaging is more likely to show cerebral infarctions, and the yield of culture of cerebrospinal fluid may also be greater. Clinicians must consider tuberculosis in the differential diagnosis of the HIV-infected individual with acute or chronic lymphocytic meningitis.

Aim of our research was to analyze and compare leucocytal indexes of intoxication of 33 patients with TME with the same of 32 patients with cerebral toxoplasmosis. We calculated leucocytal index of intoxication (LII), correlation index of neutrophils and monocytes (CINM) and index of immune reactivity (IIR). All patients were admitted to Kharkiv Regional Infectious Hospital. *T. gondii* was found with PCR method in cerebrospinal fluid. *M. tuberculosis* was detected by PCR, culture and microscopy of biological materials.

In most patients with TME there is a history of intoxication signs: malaise, anorexia, fatigue, fever, myalgias, and headache, lasting 2–8 weeks prior to the development of meningeal symptoms. Patients with TME were present with the symptoms of fever, headache and neck stiffness and focal neurological deficits,

behavioral changes, and alterations in consciousness. A history of tuberculosis is elicited in only approximately 10% of patients.

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

In clinical blood count (CBC) in HIV - infected patients with cerebral toxoplasmosis found decreasing of erythrocytes ($3.76 \pm 0.1 \times 10^{12}/l$) and hemoglobin amount ($117.5 \pm 4.0 g/l$) ESR elevation (28.8 ± 3.3 mm/hr). In CBC of patients with TME decreasing of hemoglobin ($111.9 \pm 5.0 g/l$) was found. Thus, there were no typical changes in CBC in patients from two groups. Analysis of integral intoxication indexes showed reliable differences in correlation CINM, which is reflecting correlation of phagocytic system components - 4.46 ± 0.8 in patients with TME against 7.56 ± 1.35 in patients with CT ($p < 0.05$). IIR also was significantly lower in patients with TME - 4.80 ± 0.86 then in patients with cerebral toxoplasmosis - 8.3 ± 1.47 ($p < 0.05$) as, probably, reflection of decreasing of immune reactivity in this group of patients. According to this data we can comment more expressed prevalence of efferent branch of immunological process and tension of functional condition of immune system with shift of balance to monokines synthesis.

Conclusions: 1. Analysis of integral intoxication indexes suggests on more expressed decreasing of cellular branch of immune system of patients with TME. 2. Indexes of neutrophils and monocytes and of immune reactivity can be used as additional method in differential diagnostics of cerebral toxoplasmosis and TME in HIV - infected patients.

Авсюкевич А. С., Бурсак А. Г.
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕМЫ И
ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ
БОЛЬНОГО ИЗ ОПТД №1

Харьковский Национальный Медицинский Университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к. мед. наук, доцент Степаненко А. Л.

Актуальность. По данным ВООЗ Украина занимает пятое место среди стран с самым высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в мире. Ежегодно в Украине выявляют более 30 тыс. больных, более 8-10 тыс. умирают от этой болезни. Значительные трудности возникают при дифференциальной диагностике туберкулем легких с эхинококковой кистой легких.

Цель. На примере клинического случая заболевания изучить клинико-диагностические аспекты дифференциальной диагностики туберкулемы и эхинококкоза легких.

Материалы и методы исследования. Больной С., 1986 г.р., поступил в ОПТД №1 с жалобами на слабость, одышку, сухой кашель, боли в грудной клетке, повышение t до $37,4^{\circ}\text{C}$. Общее состояние больного средней тяжести. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, в нижних отделах слева резко ослабленное, притупление перкуторного звука, ЧД – 24 в 1 мин., АД – 150 на 90 мм. рт. ст., пульс 105 уд. в 1 мин.

План обследования: 1. Рентгенография органов грудной клетки; 2. УЗИ-сканирование ОГК; 3. Общий анализ крови; 4. Биохимический анализ крови; 5. Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ); 5. Иммуноферментный анализ на наличие антител IgG к эхинококку. 6. Проба Манту.

Результаты. Рентгенография ОГК: гомогенная округлая тень с четкими контурами диаметром 5 см в нижней трети левого легкого. УЗИ-сканограмма: в нижней трети левого легкого гипоэхогенное образование (киста) диаметром 5 см с гиперэхогенной структурой (хитиновая оболочка), на внутренней поверхности которой определяются множественные гиперэхогенные включения – гидативный песок (зародышевые элементы эхинококка). ИФА- титр антител IgG к эхинококку 1:400. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, выраженная эозинофилия, повышенное СОЭ. Биохимический анализ крови: гиперпротеинемия. Анализ мокроты на МБТ: отрицательный. Проба Манту: отрицательная.

Вывод: Учитывая жалобы, данные объективного обследования, результаты лабораторных и инструментальных обследований, у больного выставлен диагноз: Эхинококкоз с поражением левого легкого, стадия клинических проявлений, неосложненный. На туберкулезную этиологию заболевания указывало бы наличие на рентгенограмме округлого фокуса в первом, втором и шестом сегментах легкого, чаще — субплеврально, вблизи междолевых щелей, а также обнаружение МБТ при неоднократных исследованиях мокроты, положительная и даже гиперергическая проба Манту.

Ахалая Е. А., Мамасуева Л.В.

ПРОБЛЕМА АКНЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Харьковский национальный медицинский университет

**Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: Береговая А.А.

Акне - генетически обусловленное длительно протекающее полиморфное многофакторное заболевание кожи, сальных желез и волосяных фолликулов, возникающее преимущественно в пубертатном периоде, с преимущественной локализацией на лице. Акне одно из самых

распространенных заболеваний кожи во всем мире. Наиболее подвержены акне лица пубертатного и активного репродуктивного возраста, частота встречаемости от 50% до 80%. Последнее время отмечается тенденция к омоложению акне. Пик заболеваемости отмечается в возрасте 12 -16 лет, с тенденцией самостоятельному регрессу к 20-25 годам. Однако, доля пациентов с акне в возрастном диапазоне составляет 40 – 54%. Связь между стрессом и акне дерматологи обсуждают уже на протяжении многих лет. Акне приводит к формированию самых тяжелых психоэмоциональных расстройств у подростков.

Цель. Изучить взаимосвязь факторы стресса у пациентов с акне.

Материалы и методы. Ключевым звеном при стрессе является активация симпатно-адреналовой системы, которая в свою очередь активирует синтез кортизола, который нарушает гормональный дисбаланс в организме. Помимо этого активируется гипоталамо-гипофизарные механизмы, которые стимулируют синтез АКТГ, что усугубляют процессы течения заболевания. Это способствует к формированию психических нарушений, особенно у подростков. По данным Balkrishnan, психосоциальные воздействия акне сопоставимы с таковыми при сахарном диабете, раке, эпилепсии. Lasek R., Chren M. указывают, что 25-58% пациентов полагают, что эмоциональный компонент является основным фактором акне, в то время как функциональные психические расстройства ставят на первое место только 10-32% исследуемых лиц. Акне ассоциировано с развитием психических нарушений тревожно-депрессивного кластера в 35,2% случаев. Формирование тревоги и депрессии коррелирует с типами личностного реагирования пациента на болезнь, сопровождающимися нарушением психологической адаптации.

Борьба со стрессом является одним из особо важных факторов в терапии акне, и должна учитываться при лечении угревой сыпи. Отмечено, что большое количество пациентов, находящихся в состоянии стресса зачастую оказывают неконтролируемые механические воздействия на акне элементы, таким образом, клиническое течение данной патологии.

Выводы. Так, проблема фактор стресса и акне являются самосвязанными патогенетическими составляющими. Данная проблема является актуальной не только как медицинская, но эстетическая составляющая психоэмоционального здоровья и требует поиска новых всесторонних подходов коррекции.

Баришовець А.В., Бахарєв О.С.

**ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ПРОСТОГЛАНДИНІВ ЯК ДОДАТКОВІ
КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ХРОНІЗАЦІЇ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В**

Харківський національний медичний університет,

Кафедра інфекційних хвороб, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н. Винокурова О.М.

Гострому гепатиту В (ГГВ) у сучасний час притаманне прогресування темпів захворюваності, широке розповсюдження, різноманітність клінічних

проявів, високий ризик формування хронічного гепатиту, цирозу та раку печінки після перенесеного гострого процесу. Враховуючи високий ризик хронізації гострого гепатиту В і труднощі подальшої терапії таких хворих є важливим у кожному конкретному випадку передбачити можливість хронізації процесу. Тому розробка критеріїв хронізації ГГВ є актуальним та важливим завданням.

Мета: підвищення точності прогнозування хронізації ГГВ шляхом оцінки стану системи простогландинів.

Матеріали та методи:

Обстежено 182 хворих на гепатит В віком від 15 до 62 років (чоловіків – 94, жінок – 88). Окрему групу склали 30 хворих, у яких спостерігався рецидив гепатиту В. У хворих при рецидиві гепатиту В визначали вміст 6-keto-PgF_{1α} (Pgl₂) і TxV₂ газохроматографічним методом – використовували хроматограф з дефектом по захопленню електронів.

Результати:

При рецидиві хвороби виявлено різке збільшення концентрації PgE₂ - у розпалі захворювання визначалися його сліди; крім того, спостерігалася тенденція до зниження вмісту PgE₁ в сполученні з підвищенням PgE₂. Нами виявлено зниження при рецидиві HBV співвідношення 6-keto-PgF_{1α}/TxV₂ до 0,21; цікаво відзначити, що при хронізації процесу воно продовжувало знижуватися й склало 0,17. Щодо виявленого збільшення вмісту PgE₂ при рецидивах треба враховувати, що PgE₂ у великих кількостях поглинається лімфоцитами й інгібує антитілозалежну цитотоксичність клітин-кілерів; при надлишку PgE₂ у сполученні з дефіцитом PgE₁ можлива активація В-лімфоцитів й пригнічення функції Т-лімфоцитів, що може надалі призвести до фіброзу печінки. Це підтверджує думку про несприятливий прогноз рецидивів з огляду на сучасні уявлення щодо перебудови метаболічних процесів печінки в напрямку активації фіброгенезу як основи розвитку хронічного гепатиту. Визначення співвідношення 6-keto-PgF_{1α}/TxV₂ дозволяє нам прогнозувати хронізацію процесу за рахунок того, що співвідношення 6-keto-PgF_{1α}/TxV₂ вказує на незавершеність патологічного процесу в паренхімі печінки при вірусних гепатитах.

Висновок: Враховувати при прогнозуванні хронізації гепатиту В при рецидиві хвороби зниження співвідношення 6-keto-PgF_{1α}/TxV₂: показник нижче 0,21 пг/мл свідчить за хронізацію процесу, а значення більше 0,21 пг/мл – за сприятливий вихід (одужання).

Букій С.М.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ,
ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра дитячих інфекційних хвороб, м. Харків, Україна
Науковий керівник – Кузнєцов С.В.**

В останній час проблема шигельозу у всьому світі є актуальною, що зумовлено високими показниками захворюваності на нього. Особливе

значення шигельоз має в педіатричній практиці.

Сучасні дослідження встановили що, серед дитячого населення зростає кількість інфікованих вірусом герпесу, а саме, цитомегаловірусом (ЦМВ). Інфікування ЦМВ призводить до змін імунної відповіді, що не може не вплинути на перебіг супутніх захворювань, в тому числі і шигельозу.

Метою дослідження було вивчення особливості клінічно-лабораторних проявів шигельозу у дітей, інфікованих цитомегаловірусом.

Був проведений порівняльний аналіз клінічних симптомів шигельозу у 63 дітей віком від трьох місяців до п'яти років. Першу групу склали 33 дитини, хворих на шигельоз, другу – 30 на шигельоз, який протікав на фоні інфікування хворих цитомегаловірусом. Групи хворих були рівнозначними за віком та статтю. У всіх дітей захворювання протікало в середньотяжкій формі. Для всіх дітей характерними були гострий початок захворювання, підвищення температури тіла, розвиток діарейного синдрому і симптомів загальної інтоксикації. При моно шигельозній інфекції прояви загальної інтоксикації зростали швидкими темпами в перші дві доби, а у дітей, інфікованих ЦМВ відмічався послідовний розвиток інтоксикаційного синдрому на протязі 3-4 діб. Перебіг лихоманки був на 2-3 дні більш тривалим у дітей з фоновою інфекцією ніж у дітей першої групи. Період зберігання діарейного синдрому також відрізнявся: у дітей з моноетіологічним захворюванням дисфункція кишечника зберігалась до $-4,84 \pm 1,18$ діб, а у дітей з наявністю (ЦМВ) – $-7,41 \pm 1,08$ ($P < 0,05$). Розбіжність була і в нормалізації показників копрограми: у дітей другої групи показники копрограми не відрізнялись від норми з $9,24 \pm 1,32$ доби, а у дітей першої групи – з $6,58 \pm 1,12$ ($P < 0,05$).

Таким чином, шигельоз у дітей, інфікованих цитомегаловірусом характеризується більш повільними проявами токсичного і діарейного синдрому і, в той же час, більш тривалим їх перебігом.

На нашу думку, виявлені клінічно-параклінічні особливості можуть стати достатньо аргументованими показниками створення діагностичного алгоритма фонового інфікування дітей, хворих на шигельоз, що без сумніву, вплине, на наш погляд, на шляхи удосконалення терапії хворих на шигельоз.

Галашко К.Ю.

СУЧАСНИЙ СТАН МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії і пульмонології, м. Харків, Україна
Науковий керівник – Чувуріна Н.О.**

Актуальність. Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) стає загрозою для українського населення. За даними МОЗ України останнім часом ситуація з туберкульозом починає стабілізуватись. Однак поганою прогностичною ознакою є збільшення випадків виявлення мультирезистентного туберкульозу серед населення.

Мета. Вивчити динаміку виявлень МРТБ у хворих в Харківській області.

Останнім часом ВООЗ передбачає, що швидка діагностика і лікування за прискореною схемою є вирішенням проблеми МРТБ у світі. Тому в Україні багато уваги приділяється профілактиці туберкульозу.

Загальна кількість вперше діагностованих випадків МРТБ за 2012 рік у Харківській області – 152. Також за цей рік було виявлено 83 випадки рецидивів МРТБ. Згідно із статистичними даними, збільшення розповсюдження МРТБ відзначається у період з 2009 по 2013 рік. У 2013 році розповсюдженість вперше виявленого МРТБ становить 23,4% і рецидивів – 58,6%. Ситуація змінюється після впровадження швидких методів діагностики, таких як Xpert MTB/RIF. Цей метод дозволяє швидко діагностувати МРТБ та виявляти чутливість штаму збудника до препаратів, що забезпечує своєчасний початок лікування. У 2015 році Харківська область посіла друге місце серед регіонів України.

Висновки. Таким чином, завдяки удосконаленню методів діагностики, за останні 3 роки зменшилась загальна кількість випадків МРТБ у Харківській області та спостерігається тенденція до зниження захворюваності населення.

Гарлиєва К. Б.

ДИНАМІКА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СЕРЕД ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра фтизіатрії та пульмонології, м. Харків, Україна**

Науковий керівник Сенчева Т. В.

Мета роботи проаналізувати динаміку захворюваності на туберкульоз та щеплення серед дітей раннього віку період з 2011 по 2015.

Значення даних показників приведе на 100000 дітей так за 2011 рік цей показник склав 7 дітей віком від 0-4 років, наступний рік не має змін та характеризується 7 захворівшими, за 2013 рік спостерігається збільшення хворих дітей до 8, за останні роки також спостерігається збільшення так за 2014 рік зафіксовано 11,5 дітей, а за 2015 14 дітей. Так за п'ятирічний період сформувалася тенденція до збільшення кількості хворих дітей на 50%, що є негативною тенденцією. Дана статистика є дуже критичною та потребує термінових мір з боку Міністерства охорони здоров'я. Дана статистика щільно зв'язана з імунізацією дітей від даного захворювання, тому доречно розглянути відсоток імунізованих дітей за період з 2011 по 2015 рік в Харківській області. За 2011 та 2012 рік зафіксовано 88% вакцинованих дітей за кожен рік. За наступний рік 2013 спостерігається незначне зниження даного показника до 70 %, що на 18% менше ніж за попередній. В 2014 році він склав всього 39 %, що менше в 2 рази по відношенню до 2011 року. Та за 2015 рік цей показник став неймовірно низьким 30%, що майже в 3 рази нижче по підношенню до 2011 року. Таким чином ми спостерігаємо

тенденцію до дуже стрімкого зниження даного показника, що в свою чергу характеризується підвищенням рівня захворюваності серед дітей.

Отримана інформація свідчить про суттєве зниження кількості проведених щеплень БЦЖ серед дітей, що в свою чергу робить їх уразливими до даного захворювання.

Відносно формування залежності, що до рівня захворюваності та рівня імунізації дітей, то формується пряма залежність даного показника з специфічною особливістю даного процесу. Дітям яким не провели вакцинацію на сьогодні можуть захворіти на протязі наступних 5 років свого життя, їх імунітет стає незахищеним до даного захворювання, в період формування організму та збільшення контакту з зовнішнім середовищем, дитина постійно знаходиться в зоні ризику, тому дана вакцинація захищає її організм від даної загрози. Якщо не проводилась вакцинація то є високий рівень захворювання на туберкульоз так як на сьогоднішній день рівень ураження населення Харківської області даною хворобою дуже великий, майже кожен третій хворий на туберкульоз.

**Гольник Я.В., Золотарь А.А., Литвин Н.И.
СТИГМАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Руководитель: Чувурина Н. А.**

В Украине зарегистрировано более 450 тысяч больных туберкулезом различной локализации, среди которых около 70 тысяч – бактериовыделители. Количество больных мультирезистентной формой туберкулеза увеличивается и на сегодняшний день составляет более 16% от всех случаев заболевания. Тенденция к росту темпов заболевания зависит от ряда причин. По результатам опроса населения, респонденты назвали высокую стоимость медицинских услуг (27,3%) и общее нежелание идти к врачу (20,3%). Нерешенной проблемой остается сильная стигматизация больных в обществе, ведь нередко от таких пациентов отворачиваются соседи, знакомые и даже родные. При туберкулезе отмечается высокий уровень социальной тревожности и низкий уровень качества жизни, страх социальной изоляции. Уровень самооценки больных туберкулезом тесно связан с особенностями восприятия ими отношения других людей. Очень большую роль играет стигматизация больных туберкулезом со стороны своего социального окружения. Все это напрямую отражается на приверженности лечению – ведь вопрос несоблюдения пациентами предписаний врача, «срывов» лечения способствует формированию устойчивых форм заболевания и рецидивов.

Для оценки того, как социум относится к больным туберкулезом, мы провели опрос по стигматизации и настороженности к этому заболеванию. Целью данного исследования было определить отношение студентов Харьковского национального медицинского университета к больным. Группа опрошенных состояла из 30 студентов, возраст которых составил от 18 до 25 лет. Согласно

результатам проведенного тестирования было выявлено, что 76% опрошенных считают, что люди, заболевшие туберкулезом, заслуживают сочувствия от окружающих, на вопрос «Как вы считаете, может ли больной туберкулезом работать вместе со здоровыми людьми?» – 42% респондентов ответили, что не могут, на вопрос «Как вы себя поведете, если узнаете, что ваш знакомый заболел туберкулезом?» только 12% ответили, что прекратят общение. Согласно результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что, несмотря на то, что в обществе имеет место стигмация больных туберкулезом, среди респондентов наблюдается более лояльное отношение к ним. По нашему мнению, активная психологическая поддержка со стороны окружающих может способствовать выздоровлению больных.

Дудник А.Ю., Геращенко Г.В., Кругова И.И.

**АНАЛИЗ «МОДИФИЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ» У ПАЦИЕНТОВ
С ПНЕВМОНИЕЙ IV ГРУППЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ГРИПП А(Н1N1) В
ПОСЛЕПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – доц. Градиль Г.И.**

Актуальность. После распространения гриппа А(Н1N1) по всему миру в июне 2009 года ВОЗ, впервые за последний 41 год, объявила пандемию. Тяжесть течения заболевания, вызванного этим вирусом, не изменилась и в послепандемический период. Надежды на сохранение жизни пациентов при осложненном пневмониями гриппе зачастую связывали с предполагаемой эффективностью антибиотикотерапии. Важную роль при выборе антибактериального препарата, а также места лечения пациента имело выявление "модифицирующих факторов", учет которых позволял предположить вероятных возбудителей и течение пневмонии, определиться с тактикой ведения пациентов.

Цель – провести анализ модифицирующих факторов у больных с пневмонией IV группы, осложнившей грипп А(Н1N1) в послепандемический период.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней пациентов, умерших от осложнений гриппа (в частности – пневмонии IV группы) в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) Областной клинической инфекционной больницы (n=15), Харьковской областной клинической больницы – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (n=2) и в центральных районных больницах области (n=7) в 2011–2016 гг. Стартовая антибиотикотерапия проводилась 23 пациентам этой группы. При выборе антибиотика, оценке эффективности антибиотикотерапии, руководствовались требованиями национального стандарта - «Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія, затверджений наказом МОЗ України від 19 березня 2007 р. N 128».

Результаты. Среди 24 пациентов было 17 мужчин и 7 женщин, средний возраст составил $48,5 \pm 2,51$ лет; 14 (43,7%) умерших пациентов относились к возрастной группе 20-49 лет. Средний койко-день – $3,33 \pm 0,63$; длительность болезни – $9 \pm 0,66$ дней. Больные в среднем госпитализировались на $5,9 \pm 0,2$ день болезни. На 3-4 день от начала заболевания поступило 8 (33,3%) пациентов, на 5-8 – 16 (66,6%). В целом, карбапенемы применялись в 12 (52,1%) случаях, в том числе в 3 случаях в сочетании с линезолидом. Монотерапия линезолидом и его применение в сочетании с другими антибиотиками было использовано для лечения 4 (17,4%) пациентов. Цефалоспорины III и IV поколений применялись в 7 (30,4%) случаях. Модифицирующие факторы, позволяющие предположить вероятность *Pseudomonas aeruginosa* у наблюдаемых пациентов отсутствовали практически у всех пациентов, за исключением одного случая предшествующей АБ терапии. Появление грамотрицательных энтеробактерий могли обусловить: сопутствующие сердечно-сосудистые и бронхолегочные заболевания (наблюдались у 14 пациентов), множественные сопутствующие заболевания внутренних органов ($n=5$), антибактериальная терапия, которую проводили по поводу других заболеваний ($n=0$), пребывание в доме престарелых ($n=0$). Факторами, которые ассоциировались с большой вероятностью участия антибиотикорезистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* в возникновении пневмонии, являлись: возраст старше 65 лет ($n=2$), терапия б-лактамами, которую проводили в течение последних 3 месяцев ($n=2$), хронический алкоголизм ($n=1$), иммунодефицитные заболевания / состояния (в том числе лечение системными ГКС) ($n=0$), множественные сопутствующие заболевания внутренних органов ($n=14$).

Выводы. Учитывая данные анализа модифицирующих факторов, требования протокола оказания клинической помощи, наблюдаемым пациентам в качестве стартовой терапии следовало применять защищенный аминопенициллин или цефалоспорины III поколения в сочетании с макролидом. За исключением одного случая, где был риск инфицирования *Pseudomonas aeruginosa*.

Запара И.А., Новохатская Я.П.

ТУБЕРКУЛЁЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина.**

Научный руководитель: к. мед н., доц. Матвеева С.Л.

Поражение щитовидной железы туберкулезом является одним из наиболее редких локализаций этого заболевания и диагностируется в 0.1–1% всех известных случаев туберкулеза. Устойчивость щитовидной железы к туберкулезной инфекции обусловлена бактерицидной активностью тиреоидного коллоидного материала, высокой степенью кровотока в щитовидной железе, ведущей к ее высокой оксигенации, высокой концентрацией йода. Щитовидная железа вовлекается в туберкулезный

процесс гематогенно или при непосредственном распространении инфекции с туберкулезного очага в другом органе, чаще всего, с лимфатических узлов. Клиническая картина представлена локальными симптомами, связанными с диффузным увеличением щитовидной железы. Реже встречается фокальный казеозный туберкулез щитовидной железы, проявляющийся в виде локального безболезненного уплотнения (узла) с или без лимфаденопатии, имитирующего рак щитовидной железы. Описывают пять вариантов туберкулеза щитовидной железы: множественные очаги по всей железе при милиарном туберкулезе, зоб с казеозом, холодный абсцесс на передней поверхности железы, хронический фиброзирующий туберкулез и формирование острого абсцесса.

В настоящее время диагноз туберкулеза щитовидной железы подтверждается аспирационной игольной биопсией. Микроскопически туберкулез щитовидной железы подтверждается деструкцией с казеозной туберкулезной гранулемой. Гистологический диагноз базируется на присутствии эпителиоидноклеточных гранул с лимфоцитами по периферии, гигантскими клетками Пирогова-Лангханса и центральным казеозным некрозом. Компьютерная томография может установить увеличение щитовидной железы; узлы в паренхиме имеют сниженную плотность по сравнению с нормальной тиреоидной тканью. Натечные абсцессы как внутри щитовидной железы, так и под кожей окружены периферическим ободком. При туберкулезном очаге регистрируется средней интенсивности сигнал, более интенсивный, чем дает нормальная тиреоидная паренхима. Томографическая картина отражает наличие казеозного центра и периферического ободка вокруг за счет острого воспаления, приводящего к уплотнению окружающей ткани («дермальный знак»).

В лечении туберкулеза щитовидной железы применяют антимикобактериальную химиотерапию. Эффективна комбинация изониазида, рифампицина, этамбутола и пиразинамида с или без добавления фторхинолонов. Лечение приводит к значительному клиническому улучшению и позволяет избежать хирургического вмешательства.

Таким образом, туберкулезная этиология должна быть исключена при всех образованиях на срединной поверхности шеи. Тонкоигольная биопсия может способствовать подтверждению диагноза туберкулеза щитовидной железы, однако окончательная постановка диагноза возможна лишь при проведении гистологических и микробиологических исследований.

Зоц Я.В., Сохань А.В.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ЛАКТАТА И ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина

Научный руководитель – профессор д.мед.н. Козько В.Н.

В настоящее время проблема бактериальных нейроинфекций, в том числе и менингитов, остается актуальной, учитывая тяжесть течения,

высокий риск осложнений в остром периоде заболевания, а также формирование стойких остаточных последствий.

Бактериальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) связано с факторами самого микроорганизма, а также с патологической активацией катаболических процессов, в основе которых лежит гипоксический стресс и повышение в тканях мозга концентрации веществ со свойствами эндотоксинов.

В связи с этим целью нашего исследования было оценка диагностического значения уровня лактата и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) у больных острыми гнойными менингитами в зависимости от степени тяжести и этиологии заболевания.

Объект и методы. За период с 2011 по 2015 гг. под наблюдением находилось 84 пациента с острым гнойным менингитом, которые были госпитализированы в ОКИБ г. Харькова. Пациенты были разделены на группы в зависимости от этиологии и степени тяжести заболевания. У 28 пациентов установлена менингококковая этиология заболевания, у 26 – пневмококковая. Пациенты со средней степенью тяжести заболевания ($n=23$), пациенты с тяжелой степенью тяжести заболевания ($n=31$), из них 5 случаев закончились летально. Контрольную группу составили 30 больных с диагнозом ОРВИ и явлениями менингизма.

Уровень лактата определялся энзиматическим калориметрическим методом с помощью тест-системы фирмы "Ольвекс Диагностикум" Россия, уровень лактатдегидрогеназы определялся кинетически-фотометрическим методом с помощью тест-системы фирмы "DAC-SpectroMed", Молдова. Полученные результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок.

Результаты. Нами было выявлено, что в группе пациентов с менингококковым менингитом средней тяжести уровни лактата в ЦСЖ были $5,48 \pm 1,72$ ммоль/л, тяжелом течении – $5,76 \pm 1,48$ ммоль/л, крайне тяжелом течении с летальным исходом – $6,12 \pm 1,81$ ммоль/л, что является достоверно выше ($P < 0.0001$). Уровень ЛДГ при средней тяжести заболевания был $16,84 \pm 3,98$ Е/Л, тяжелом течении – $18,17 \pm 4,54$ Е/Л, крайне тяжелом течении с летальным исходом – $25,24 \pm 4,31$ Е/Л.

Выводы. Изменения уровня лактата и ЛДГ в ЦСЖ является важным показателем степени ишемии тканей головного мозга, что может быть использовано для оценки степени тяжести и прогноза заболевания. В остром периоде заболевания отмечается значительное повышение данных показателей, что может быть использовано как неблагоприятный прогностический критерий.

Іванова А.М, Самсонова Т.В.
ПИТАННЯ ПСОРІАЗУ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ СУЧАСНОГО
СУСПІЛЬСТВА

Харківський національний медичний університет
Кафедра дерматології, венерології та медичної косметології
м. Харків, Україна

Науковий керівник: ас. Берегова А.А

Псоріаз, як один з найбільш поширених дерматозів, залишається актуальною проблемою сучасної дерматології. В Україні протягом останніх декілька років статистичні дані щодо захворюваності на псоріаз суттєво відрізняються від середніх показників в Європі і світі, що може бути обумовлено нестабільною політичною, економічною і соціальною ситуацією в країні. У хворих на псоріаз людей здоров'я і благополуччя нерідко пов'язані з ментальним, емоційним і соціальним впливом зовнішнього світу.

Матеріали и методы. Дане дослідження є аналізом сучасної науково-практичних медичних даних з питань впливу сьогодення на соціальне здоров'я хворих на псоріаз.

Поширеність хвороби протягом останніх декілька років неухильно зросла. Ці невтішні дані спостерігаються на тлі невтішної загальносвітової статистики, де, за даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу, його поширеність у світі коливається в межах 1,2-5% в загальних популяціях, західноєвропейських країнах захворюваність на псоріаз становить більш ніж 2%, в інших країнах Європи – не перевищує 6% (в Ірландії – 5,5%, Іспанії – 3,7%, Швеції – 2,3%, США та Канаді ці показники 2,2% і 4,7% відповідно). В Україні спостерігається зростання, наприклад, від 114,8 на 100 тис. населення в 1994 р. до 222,5 на 100 тис. в 2014 р. При цьому найбільш уразливий віковий діапазон, згідно даних Source: National Psoriasis Foundation (random sample 278 with psoriasis), хвороба проявиться в молодому віці: 16-20 рік у дівчат і 18-22 роки у хлопців. Вчені пов'язують це з гормональною перебудовою організму в період статевого дозрівання, що в свою чергу веде до психологічної уразливості даної категорії. Цікаві дані відображені в дослідженні ретроспективних даних у хворих на псоріаз по Республіці Башкортостан, де було виявлено, що у пацієнтів, що мають спадкову обтяженість щодо псоріазу, наблюдалася більш ранній дебют псоріазу, при цьому ранній початок псоріазу в подальшому частіше призводить до дисемінації процесу. Фактор місця проживання пацієнта достовірно не впливає на вік початку захворювання. Але практично для всіх вікових груп пацієнтів в якості тригерного механізму виникнення захворювання був стрес, загострення хронічних захворювань і сезонність (зміна кліматичних зон, метеоумови). Спостерігається тенденція до зміни на тлі збільшення віку пацієнтів співвідношення часток в загальній структурі факторів, що провокують загострення псоріазу. Так, фактор стресу для пацієнтів молодше 9 років становить не більше 31% відносно інших провокуючих чинників, до 30 років досягає вже 47% і потім поступово його частка знижується в кожній наступній віковій групі. З іншого боку, загальновідомий аспект того, що

псоріаз, пов'язаний з травмуючими життєвими обставинами, найчастіше викликає у пацієнтів значні психологічні труднощі. Зокрема це можуть бути складності з подоланням життєвих перешкод і емоційні розлади.

Вивчення питання псоріазу показало необхідність більш різнобічних досліджень для оцінки впливу соціального фактора на розвиток псоріазу, спрямованих на почуття власної гідності, впевненість, відносини, визнання в суспільстві.

Висновки. З огляду на нестабільною політичної, економічної і соціальної ситуації в країні, психологічних аспектів, вікових критеріїв молодь є найбільш вразливою частиною соціуму щодо ризику маніфестації і перебігу псоріазу. Отже для пацієнтів хворих на псоріаз даної вікової категорії є край важливим проведення превентивних заходів на протязі життя, вироблення навичок подолання адекватного сприйняття щоденних стресових ситуацій, які необхідно враховувати і забезпечувати в умовах реформування медичної галузі.

Илюха С.Э.
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, Харьков, Украина
Научный руководитель – профессор Т.О. Чумаченко

Актуальность. На сегодняшний день инфекция, обусловленная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), приобрела масштабы эпидемии во всем мире. Одним из путей передачи ВИЧ-инфекции, является вертикальный путь, когда передача ВИЧ от матери к ребенку осуществляется через плаценту, при прохождении родовых путей и грудном вскармливании ребенка. Глобальный план элиминации новых случаев ВИЧ-инфекции до 2015 г. определяет одну из целей элиминации как снижение передачи ВИЧ от матери детям, которые не находятся на грудном вскармливании, на уровне меньше, чем 2 %, и детям, которых кормят грудным молоком, на уровне меньше 5 %. В Украине в рамках Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДу на 2014 – 2018 гг. целевым значением частоты передачи ВИЧ от матери к ребенку является 1 %.

Цель работы: оценить эффективность современных методов профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Материалы и методы: использованы информационные ресурсы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Украинского центра по контролю за социально опасными заболеваниями Министерства здравоохранения Украины (МЗУ), Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), клинические протоколы по лечению ВИЧ-инфицированных пациентов США, приказы МЗУ №551 от 12.07.2010, №887 от 22.12.2015, №92 от 24.02.2015, №449 от 16.05.2016.

Результаты и их обсуждение. Результаты научных исследований показали, что при отсутствии должного лечения риск передачи ВИЧ от

матери ребенку составляет от 15 до 45 %, в среднем 30 %. Передача возбудителя инфекции осуществляется: во время беременности (риск 15 %), в период родов (75 %), в послеродовый период в случае грудного вскармливания (10 %). При применении антиретровирусной терапии (АРТ) у беременной, роженицы, родильницы и новорожденного риск инфицирования снижается до 1 % и ниже.

В Украине уровень охвата профилактическим антиретровирусным лечением женщин, у которых во время беременности было выявлено инфицирование ВИЧ, увеличился с 9 % в 1999 г. до 95,0 % в 2015 г., вследствие чего риск передачи ВИЧ от матери ребенку снизился с 27,8 % в 2001 г. до 3,91 % в 2013 г. В группе наркозависимых беременных уровень передачи ВИЧ новорожденным достигает 6,9 %.

Профилактика по предотвращению передачи ВИЧ вертикальным путем должна проводиться во время беременности, родов, в послеродовый период. Основная стратегия профилактики инфицирования ВИЧ детей от их матерей в Украине включает трехкомпонентную АРТ всем беременным женщинам, инфицированным ВИЧ, независимо от количества CD4 или клинической стадии ВИЧ-инфекции в качестве профилактики только во время беременности, но и в дальнейшем на протяжении всей жизни как дополнительный метод предупреждения распространения ВИЧ, а также в качестве лечения заболевания. В родовом периоде методом выбора родоразрешения является оперативное вмешательство – бескровное кесарево сечение. В послеродовом периоде ребенок получает искусственное вскармливание, а время естественного вскармливания резко ограничивается, также рекомендуется избегать применения смешанного вскармливания. Вследствие высокого риска инфицирования новорожденного в клинические рекомендации включена медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных.

Вывод: Таким образом, необходим комплексный подход к профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку на всем протяжении беременности, родов и постнатальном периоде, что позволит значительно снизить риск инфицирования новорожденного. Существующие в Украине программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показали свою эффективность.

Ипполитов Д.А.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОФЕНОТИПА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ НА ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ У ВИЧ+ И ВИЧ- ПАЦИЕНТОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шевченко О.С.

По состоянию на 2013 год не менее одной трети из 34 миллионов ВИЧ+ инфицированы туберкулезом при этом именно туберкулез и его осложнения являются основной причиной смерти среди данной группы пациентов, что

делает исследование особенностей течения данной сочетанной патологии одним из приоритетных направлений в области фтизиатрии и иммунологии.

Целью данного исследования является выявление зависимости морфологического строения туберкулезной гранулемы от ее иммунологического фенотипа в случаях ВИЧ- и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Для проведения анализа были отобраны результаты (MedicalExpress July/Aug 2014) гистологического и иммуногистохимического (уровни CD4 – Т-хелперов, CD8 – Т-киллеров, CD68 – макрофагов, CD20 – В-лимфоцитов) исследований двух групп пациентов больных туберкулезом. Первая группа численностью 23 человека была представлена ВИЧ+ пациентами причиной смерти которых явился миллиарный туберкулез. Количество CD4-лимфоцитов в группе находилось ниже уровня 200 ед./мкл. Средний возраст составлял 36,0 лет, соотношение количества мужчин/женщин 77% и 23% соответственно. Согласно результатам иммуногистохимического исследования гранул в первой группе распределение клеточного состава выглядело следующим образом:

CD68 >> CD4 >> CD8 >> CD20. По результатам гистологического (секционный материал) исследования установлено преобладание гнойно-некротического воспаления и в меньшей степени стертого гранулематозного воспаления и изменений по типу неспецифического воспаления. Вторая контрольная группа численностью 15 человек была представлена ВИЧ-пациентами с распространенными формами туберкулеза и уровнем CD4-лимфоцитов выше 600 ед./мкл. Средний возраст составил 33.5 лет, соотношение мужчин/женщин 67% и 33% соответственно. Количественное отношение клеточного состава по результатам иммуногистохимического исследования следующее: CD4 >> CD8 >> CD68 >> CD20. Гистологически (биопсийный, секционный материал) преобладало типичное гранулематозное воспаление со значительным количеством клеток Пирогова-Лангханса.

В процессе обработки предоставленных результатов было обнаружено следующее. В первой группе на фоне значительно сниженного количества CD4 клеток, уменьшения показателя соотношения CD4/CD8 и преобладания макрофагов в составе очага туберкулезного воспаления мы наблюдаем плохо сформированные гранулемы с выраженной склонностью к диссеминированию микобактерий в прилежащую паренхиму, что обусловлено ВИЧ-опосредованной дискоординацией иммунного ответа, в том числе непосредственным поражением CD68 – макрофагов, приводящим к нарушению их переваривающей и антигенпрезентирующей функций.

Во второй группе с нормальным общим числом CD4 клеток, нормальным соотношением уровня CD4/CD8, сохраненной функциональной активностью альвеолярных макрофагов мы наблюдали хорошо сформированные гранулемы, без тенденции к распространению микобактерий.

В результате проведенного сравнительного анализа нами было установлено наличие зависимости морфологического строения гранулемы от

ее иммунофенотипа в обеих группах. Полученные данные могут помочь при постановке диагноза туберкулеза в случаях атипичного течения, несоответствия наблюдаемой клинической картины гистологическому строению очага туберкулезного воспаления, что часто наблюдается при ВИЧ-ассоциированном процессе.

Калюжка В.Ю., Стоянова Ю.Д.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ
ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра детских инфекционных заболеваний, г. Харьков, Украина
Научный руководитель ас. Колесник Я.В.**

Актуальность исследования инфекционного мононуклеоза(ИМ)вызвана ростом удельного веса данной патологии в структуре инфекционных заболеваний, многообразием клинических форм, специфической тропностью вируса к иммунокомпетентным клеткам. Формирующиеся при этом иммунные нарушения часто носят устойчивый, затяжной характер, что может являться причиной перехода Эпштейна-Барр-вирусной инфекции в хроническую форму и в дальнейшем –развития хронических ВЭБ-ассоциированных заболеваний.

Цель исследования: оценить динамику содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов у детей больных ИМ в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 58 детей в возрасте 3 - 15 лет больных инфекционным мононуклеозом. Из них у 45(77.6%) заболевание протекало в среднетяжелой (первая группа), 13 (22.4%) - тяжелой формах (вторая группа). Диагноз ИМ основывался на клинической симптоматике болезни, результатах общепринятых и специальных (ИФА, ПЦР) исследований, тяжесть заболевания устанавливалась на основе клинических проявлений и степени изменений параметров лабораторных данных.

Результаты и обсуждение. Нами было установлено, что при иммунологическом исследовании первой группы показатели ИЛ-6 были от 60 до100 пг/мл, ИЛ-8 –от 80 до 150 пг/мл, ИЛ-2 –ниже 20 пг/мл. Тяжелая форма ИМ (вторая группа) характеризовалась следующими показателями сывороточных цитокинов: ИЛ-6 выше 1000 пг/мл, ИЛ-8 –выше 900 пг/мл, ИЛ-2 –выше 70 пг/мл.

Таким образом, в группах больных со среднетяжелой формой ИМ в острый период характерно гиперпродукция ИЛ-6, ИЛ-8 на фоне недостатка ИЛ-2, что обеспечивает дефект клеточного типа иммунного ответа при формировании Th2 гуморального ответа. При тяжелой форме Эпштейна-Барр-вирусной инфекции наблюдается гиперпродукция провоспалительных цитокинов, что, по нашему мнению, отражает более грубые нарушения иммунной системы по сравнению со среднетяжелыми формами ИМ у этих

детей, которые могут в дальнейшем приводить к осложнениям и более тяжелому течению ВЭБ – инфекции.

Карамян А.А.

ДОСЛІДЖЕННЯ НАТУРАЛЬНИХ КІЛЕРІВ (НК-КЛІТИН) У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Харківський національний медичний університет

Кафедра дерматології, венерології та СНІДу, м. Харків, Україна

Науковий керівник: доц. Добржанська Є.І.

Актуальність. При псоріазі порушення з боку багатьох органів і систем мають комплексний характер, однак провідна роль надається генетично детермінованим або набутим імунним розладам. Роль імунних механізмів у розвитку псоріазу неможливо вважати до кінця вивченою, тому що стан клітинної та гуморальної ланок імунного захисту характеризується різноспрямованими змінами. Однією з найважливіших складових частин функціонування імунної системи людини є виконання природних цитотоксичних реакцій, які формують першу лінію протипухлинного та противірусного захисту організму. Ці реакції опосередковуються окремою групою лімфоцитів – природними (натуральними) кілерами, що здатні елімінувати прямою цитотоксичною дією широкий спектр злоякісних трансформованих та модифікованих вірусами клітин. CD16⁺ є найбільш добре вивченим маркером НК-клітин. CD56⁺ вважається типовим маркером для НК-клітин, хоча експресія CD56⁺-молекул притаманна багатьом типам клітин.

Мета. Вивчити зміни показників натуральних кілерів із фенотипом CD16⁺ і CD56⁺ у хворих на псоріаз залежно від віку хворих та давності хвороби.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на хворих, які знаходились на лікуванні в стаціонарі МКШВД №5 м. Харкова. Нами було досліджено зразки крові 18 пацієнтів із псоріазом, які були розділені на три групи залежно від віку: перша група хворі віком від 18 до 30 років, наступна група віком від 31 до 50 років і остання група – пацієнти старші за 51 рік. Для ідентифікації різних субпопуляцій Т-лімфоцитів використовували ЛІЦТ. Для визначення загальної кількості лімфоцитів використовували комерційні набори МКАТ («МедБиоСпектр», РФ - Москва).

Отримані результати. При вивченні натуральних кілерів із фенотипом CD16⁺ і CD56⁺ залежно від віку хворих були отримані такі дані. У групі хворих віком від 18 до 30 років рівень CD16⁺ і CD56⁺ лімфоцитів становив $16,2 \pm 0,8$ % та $16,7 \pm 1,6$ %, в групі хворих віком від 31-50 років – $14,2 \pm 0,8$ % та $15,2 \pm 1,7$ %, у групі хворих віком від 51 і старше – $13,2 \pm 0,8$ % та $12,6 \pm 0,6$ % відповідно. В групі контролю рівень CD16⁺ і CD56⁺ становив – $16,9 \pm 2,3$ % та $17,3 \pm 1,45$ %. При вивченні натуральних кілерів із фенотипом CD16⁺ і CD56⁺ залежно від давності псоріазу були отримані наступні дані. У групі хворих з давністю захворювання від 1 до 5 років рівень CD16⁺ і CD56⁺ лімфоцитів становив $15,6 \pm 0,8$ % та $16,9 \pm 1,6$ %, в групі хворих з давністю

захворювання 6-15 років $-13,2 \pm 0,8\%$ та $14,2 \pm 1,7\%$, в групі хворих з давністю захворювання більш, ніж 15 років – $12,9 \pm 0,8\%$ та $12,8 \pm 0,6\%$ відповідно. В групі контролю рівень CD16+ і CD56+ становив – $16,9 \pm 2,30\%$ та $17,3 \pm 1,45\%$.

Таким чином, при вивченні натуральних кілерів із фенотипом CD16+ і CD56+ було встановлено, що в групі пацієнтів старше 51 року відбувалось вірогідне зниження NK-клітин відповідно на 21,8% і 27,1%, а у пацієнтів віком 31-50 вірогідне зниження NK-клітин із фенотипом CD16+ і CD56+ склало 16% і 12,2% відповідно. У пацієнтів 18-30 років ці лімфоцити не зазнали змін в порівнянні із здоровими особами із групи контролю. При цьому спостерігалася значуща ($p < 0,05$) від'ємна кореляція між CD16 ($r_s = 0,43$) і CD56 ($r_s = 0,48$) та віком хворих. При спостереженні NK-клітин було встановлено вірогідне зниження лімфоцитів із фенотипом CD16+ та CD56+ при значущій ($p < 0,05$) кореляційній залежності між CD16 ($r_s = -0,42$) і CD56 ($r_s = -0,44$), що спостерігається із збільшенням давності псоріазу у хворих, що хворіють більше 5 років.

Висновки. У хворих на псоріаз спостерігалось порушення імунологічного балансу у вигляді зниження відносної кількості NK-клітин із фенотипом CD16+ та CD56+. У 85,2% хворих на псоріаз старше 30 років та тривалістю псоріазу більше 5 років спостерігалось вірогідне зниження натуральних кілерів із фенотипом CD16+ та CD56+.

Каштан Е. П., Гопко А. А.
ТУБЕРКУЛЕЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Руководитель: Чувурин Н. А.

Туберкулез распространен более чем у 2 миллиардов человек в мире, причем около 15 миллионов людей страдают активной формой. Существует определенная статистика проявления заболевания в зависимости от пола и возраста. Мужчины в возрасте до 20 практически не болеют туберкулезом нервной системы, тогда как женщины в таком возрасте имеют такую патологию примерно в 6% случаях. Если анализировать возраст от 20 до 29 лет, то мужчины могут заболеть в 15% случаях, а женщины в 22%. Статистика гласит, что 28% мужчин и 19% женщин в возрасте от 30 до 39 лет являются склонными к нейротуберкулезу. При анализе возрастной категории от 40 до 49 лет получили такие данные: мужчины болеют в 26% случаях, но женщины в 19%. При оценке частоты заболеваний в возрасте от 50 до 59 лет, то мужчины болеют в 18%, а женщины в 28%. Мужчины в возрасте 60 лет и старше болеют в 13% случаях, а женщины в 6%. Существует три формы туберкулеза ЦНС: туберкулезный менингит, внутричерепная туберкулема, спинальный туберкулезный арахноидит.

Туберкулезный менингит имеет 3 клинических периода. Продромальный период включает в себя несколько недель неспецифического недомогания, лихорадку, головную боль. Менингитный период включает в себя усиление головной боли, тошноту, рвоту и ранние признаки заболевания

менингита. Паралитический период включает в себя спутанность сознания и снижение когнитивных функций, иногда судороги и серьезные неврологические нарушения.

Внутричерепные туберкулемы – это конгломераты казеозного очага, которые формируются в головном мозге. Больные могут иметь очаговую неврологическую симптоматику, зависящую от расположения туберкулемы. Спинальный туберкулезный арахноидит является очаговым воспалительным заболеванием, которое образует кисты на разных уровнях в спинном мозге. Больные часто предъявляют жалобы на боли в позвоночнике, характерные как при сдавлении спинного мозга, так и раздражении нервных корешков.

Диагностика туберкулеза ЦНС включает в себя исследование спинномозговой жидкости. Обычно, в жидкости наблюдается повышение уровня белка и снижение уровня глюкозы. При исследовании СМЖ также могут присутствовать кислотоустойчивые микобактерии. Комплекс микобактерий туберкулеза может быть идентифицирован с помощью специального ДНК-зонда либо с помощью теста амплификации нуклеиновых кислот.

Лечение туберкулеза ЦНС состоит из рифампицина, изониазида, пиразинамида и этамбутола. Лечение обычно делится на интенсивную и пролонгированную фазы. Интенсивная фаза лечения длится 2 месяца. Пролонгированная фаза лечения включает в себя рифампицин и изониазид в течение 7-10 месяцев. Исследования показывают, что дополнительное лечение глюкокортикоидами снижает смертность. Больным с гидроцефалией может потребоваться хирургическое вмешательство, если присутствуют значительные неврологические нарушения. Внутричерепные туберкулемы оперируются, если нет признаков обструктивной гидроцефалии или сдавления ствола мозга.

Исходя из результатов статистических данных, можно сделать вывод, что у женщин туберкулёз нервной системы может встречаться довольно в раннем возрасте (до 20 лет), в то время как у мужчин это заболевание может выявиться намного позже (от 20 лет). В процентном соотношении наибольшее проявление заболевания в мужчин наблюдается в возрасте 40 лет. У женщин наибольший пик проявления заболевания наблюдается в возрасте 50 лет.

Колганова Н.Л., Романенко В.С.

МИКСТ-ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: Береговая А.А

Актуальность. Микозы являются одними из наиболее распространенных заболеваний в практике врачей-дерматологов. В структуре

кожної патології захворюємість грибковими поразеннями шкіри продовжує займать лідируюче положення: по різних даних на частку мікозів приходить від 37 до 42% всіх захворювань шкіри і нігтів. В більшості випадків мікози стоп являються основними джерелами поширення грибкової інфекції серед населення, свого роду «перевалочним пунктом» для поширення патологічного процесу на нігті стоп, шкіру і нігті кистей. Мікози стоп оказують негативний вплив на якість життя і загальний стан здоров'я хворих, поразивши значительну частину населення, і роблять цю проблему не тільки медичною, але і соціально-економічною. По даним різних авторів, клініка мікозів стоп переживає в теперішній час певні зміни - відзначається тенденція до швидкої хронізації і поширеності процесу. В теперішній час у соматично хворих нерідко зустрічається одночасно декілька шкірних захворювань. У таких хворих при довгому існуючому мікозі виявляється ще і інші дерматози. По наших спостереженнях, найбільш часто до микст-захворювань слід віднести дерматит (L20-L30) і екзему, псоріаз (L40), інфекції шкіри і підшкірної клітковини (L00-L04).

Ціль. Вивчити сучасний стан захворюємість і частоту зустрічємість збудителів мікозів стоп з дерматологічними микст-захворюваннями.

Матеріали і методи. В ході дослідження було обстежено 235 пацієнтів з діагнозами, що відповідають МКБ-10: дерматит (L20-L30) і екзема, псоріаз (L40), інфекції шкіри і підшкірної клітковини (L00-L04) в віковій діапазоні від 18 до 80 років. Мікоз стоп був виявлений у 41%, з них у 52% — оніхомікоз, в 96% діагноз був підтверджений при мікологічному дослідженні. В етіологічній структурі мікозів стоп відслідковується достовірний зв'язок частоти виявлення грибкових асоціацій з віком хворих ($p < 0,05$), при цьому визначено, що у пацієнтів старші 60 років їх наявність в 2 - 5 разів більше, ніж в віковій групі до 29 років.

Висновки. Так, вивчення коморбидності мікозів стоп з дерматологічними микст-захворюваннями є актуальною і потребує подальшого ґлибокого вивчення. Це диктує необхідність посилення уваги лікарів до хворих похилого віку, проведення профілактичних заходів відносно мікозів стоп.

Конарева В.І., Ключник М.В.

**ТЕРАПІЯ ТОКСОПЛАЗМНОГО УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ
НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

Харківський національний медичний університет,

Кафедра інфекційних хвороб, м. Харків, Україна

Науковий керівник: Гаврилов А.В.

Ураження ЦНС, спричинене *T. gondii* на тлі ВІЛ-інфекції, — одна з провідних причин смертності серед хворих із тяжкою імуносупресією.

Ознаки пошкодження ЦНС знаходять при клінічному обстеженні у 30 % хворих, тоді як при патоморфологічному дослідженні – у 80 % – 90 % померлих від СНІДу. Призначення терапії церебрального токсоплазмозу (ЦТ) зазвичай емпіричне. Стандартна терапія ЦТ складається з комбінації піриметаміну, сульфадіазину і фолієвої кислоти. Бісептол може бути використаний як альтернативний режим. Кліндаміцин може бути використаний у пацієнтів із алергією до сульфонів. Одночасно є важливим проведення ефективної антиретровірусної терапії.

Мета роботи. Оптимізація емпіричної етіотропної терапії токсоплазмового ураження ЦНС у ВІЛ-інфікованих осіб.

Матеріали й методи. Досліджено 33 ВІЛ-інфікованих хворих із ураженням ЦНС *T.gondii*, які перебували на лікуванні в ОКІЛ м. Харкова. З них у 6 (18,2 %) захворювання закінчилось летально. Співвідношення за статтю: чоловіки склали 75,8 %, жінки - 24,2 %. Частіше захворювання виникало в осіб молодого віку – 100 %. Середній вік склав $(33,5 \pm 0,9)$ року. Етіологічний чинник встановлювали на підставі дослідження сироватки крові та ліквору методом ПЛР на наявність фрагментів ДНК *T.gondii*. Також визначали методом ІФА рівень специфічних антитіл класів IgM та IgG до *T.gondii*.

Результати. За нашими даними, *T.gondii* є одним з основних збудників, що викликають ураження ЦНС у ВІЛ-інфікованих осіб - 28,5 %. Клінічно недуга спостерігалась здебільшого у енцефалітичній формі. Ураження найчастіше проявлялись судомним та вестибуло-атактичним синдромами ($p < 0,05$). Виявлені зміни у ЦСР серозного характеру, з одно-двоцифровим плеоцитозом ($p < 0,01$). Для лікування церебрального токсоплазмозу, згідно із клінічним протоколом, використовували перорально (триметопрім 5 мг/кг/день і сульфаметоксозол 25 мг/кг/день в 4 введення. Первинна терапія призначалась протягом шести тижнів, з подальшим переходом на підтримуючу.

Для лікування токсоплазмозу також призначають піриметамін (начальна доза - 200 мг, далі 50-100 мг/день), сульфадіазін (4-6 г/день в 4 прийоми) і фолинат кальцію (10-50 мг/день). Потрібне регулярне призначення загального аналізу крові, оскільки піриметамін діє токсично на кістковий мозок. При зміщенні структур або вираженому набряку мозку додатково призначають глюкокортикоїди, при епілептичних випадках - протисудомні засоби.

Така схема лікування приблизно у 40% хворих на СНІД дає важкі побічні ефекти (найчастіше висип і цитопенія), що вимагають відміни препаратів. Комбінація піриметаміну і кліндаміцину (2700-3600 мг/день в 3-4 прийоми) є також ефективною, але виявляє меншу токсичну дію на кістковий мозок і шкіру. Лікування продовжують до повного одужання або значного поліпшення клінічної і рентгенологічної картини, зазвичай 6-8 тижнів. Жоден з наявних препаратів не здатний знищити збудника, тому після припинення лікування неминучі рецидиви. Підтримувальна терапія

піриметамином (50 мг/день) і або сульфадіазином (500 мг 4 рази на добу), або кліндаміцином (300-450 мг 3-4 рази на добу).

Висновки. 1. Терапія церебрального токсоплазмозу у ВІЛ - інфікованих осіб повинна проводитись при наявності клінічних симптомів - судомного та вестибуло-атактичного синдромів, характерних МРТ ознак, або при зниженні рівня CD4+ клітин нижче 200 /мкл. 2. Оптимальною схемою є призначення комбінації піриметаміну і кліндаміцину (2700-3600 мг/день в 3-4 прийоми) до повного одужання або значного поліпшення клінічної та рентгенологічної картини.

Кузнецова А.А., Иллюха С.Э., Тесленко И.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ

АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЕЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: проф., д.мед.н. Козько В.Н.

В последнее время все чаще встречается сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Более трети больных ВИЧ инфицированы туберкулезом. Много опасений возникает в связи с тем, что ВИЧ-инфекция будет способствовать распространению мультирезистентного туберкулеза Украина отнесена к группе стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом и концентрированной эпидемии ВИЧ/СПИДа. При достаточно высоком общем уровне заболеваемости туберкулезом в 2007 году (79,8 на 100 тыс. населения) и значительной распространенности ВИЧ-инфекции (176,2 на 100 тыс. населения) в Украине регистрируется относительно низкий уровень ко-инфекции ТБ/ВИЧ - 5,0 на 100 тыс. населения. За период с 1987-2016 (9мес.) гг. в Украине официально зарегистрировано 292153 случая ВИЧ-инфекции среди граждан Украины, в том числе 90 095 случаев заболевания СПИДом и 40554 смертей от заболеваний, обусловленных СПИДом.

По состоянию на 01.10.2016 г. под контролем в КУОЗ службы СПИДа находилось 132714 ВИЧ-инфицированных (распространенность ВИЧ-инфекции - 312,4 на 100 тыс. населения) и 37912 больных СПИДом (распространенность СПИДа - 89,2 на 100 тыс. населения). Наибольшие показатели распространенности ВИЧ-инфекции зарегистрированы в Одесской (865,8 на 100 тыс. населения), Днепропетровской (797,56), Николаевской (713,8), Херсонской (392,7) областях и в г. Киеве (432,6). Общее количество ВИЧ-инфицированных, получающих ВААРТ терапию в Украине по состоянию на 01.09.2016 г. – 68313 человек.

Цель: изучить эффективность ВААРТ-терапии у больных с ко-инфекцией ВИЧ/Туберкулез в зависимости от сроков ее назначения.

Материалы и методы: обследовано 122 больных находившихся на стационарном лечении в КУОЗ «ОТБ№1» и на «Д» учете в КУОЗ ОЦПБС г. Харькова, с диагнозом ВИЧ/Туберкулез, из них мужчин составило 83

чоловека, жінок – 39. Середній вік чоловіків склав $41 \pm 5,7$ років, жінок – $38 \pm 3,4$. У всіх хворих антитіла до ВІС-1 були виявлені вперше. Всі хворі перебувають на «Д» обліку в ОЦПБС і отримують ВААРТ терапію. Вивчені хворі були розділені на три групи в залежності від термінів призначення ВААРТ-терапії: І група – 85 осіб, які отримують ВААРТ в перші 2-і тижні після виявлення ВІС-1, ІІ – 22 осіб, які отримують ВААРТ через 1 місяць після виявлення а/т до ВІС-1 і ІІІ групу склали 16 осіб, які отримують ВААРТ через 3 місяці після виявлення а/т до ВІС-1. За класифікацією туберкульозу у хворих реєструвався: ВДТБ – 74 осіб.; З мультирезистентних форм: РРТБ – 3 осіб.; РТБ – 6 осіб.; МРТБ – 29 осіб.; НЛТБ – 6 осіб.; ЛПП – 4 осіб.;

Результати: з результатів видно, середнє значення лімфоцитів CD4 в І групі хворих склало 256 кл/мкл; в ІІ групі – 132 кл/мкл і в третій групі – 60 кл/мкл. З 122 досліджуваних хворих померло 19 осіб (ж-10; м-9), які не отримували ВААРТ – терапії і середнє значення CD4 лімфоцитів у цих хворих склало <50 кл/мкл.

Висновки: Дослідження продемонструвало виражений ріст ефективності ВААРТ – терапії призначеної в ранні терміни після виявлення а/т до ВІС-1 серед пацієнтів з ко-інфекцією ВІС/Туберкульоз.

Таким чином, раннє призначення ВААРТ терапії дозволить зменшити прогресування туберкульозу при ранньому призначенні ВААРТ і протитуберкульозної терапії, запобігти приєднанню інших опортуністических інфекцій, а також покращити якість життя.

Кузьміна В.В., Сарієва М.Р.

ДІАГНОСТИКА СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Харківський національний медичний університет,

Кафедра інфекційних хвороб, м. Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Бондар О.Є., доцент Меркулова Н.Ф.

За оціночними даними ВООЗ 57% випадків цирозу печінки (ЦП) і 78% випадків первинного раку печінки зумовлено впливом вірусів гепатиту В або С. Після розвитку цирозу у пацієнтів зберігається задовільний стан (стадія компенсації) продовж тривалого часу, однак приблизно у 5-7% хворих щорічно виникають ускладнення (перехід до стадії декомпенсації) та смертність складає 57% на рік. Тому існує необхідність у розробці методів, за допомогою яких можливо виявити пацієнтів із хронічним ураженням печінки та визначити осіб, що мають загрозу ускладнень і смерті від захворювання печінки.

Мета: удосконалення методів ранньої діагностики ЦП у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Об'єкт та методи дослідження: Обстежено 36 хворих на ХГС без клінічних ознак ЦП. Серед них чоловіків 17 (47,2%), жінок – 19 (52,8%). Середній вік склав $54,5 \pm 2,34$ роки. Діагноз встановлювали на підставі загальноприйнятих клінічних, біохімічних та вірусологічних методів. Стадію

фіброзу печінки визначали за допомогою фіброеластографії печінки з використанням прибору FibroScan 502 TOUCH F60690 (Echosens, Франція) за системою METAVIR.

Результати. Стадія фіброзу печінки F0 (відсутність фіброзу) спостерігалася у 3 (8,3%) хворих, F1 (портальний фіброз без утворення септ) – у 10 (27,8%), F2 (портальний фіброз з поодинокими септами) – у 9 (25%), F3 (множинні порто-центральної септи без цироза) – у 6 (16,7%). Стадія фіброзу F4 (цироз печінки) вперше встановлена у 8 (22,2%) хворих, що дозволило констатувати діагноз ЦП клас А за Чайльд-П'ю.

Висновки. Застосування фіброеластографії печінки у хворих на ХГС дозволяє встановити стадію фіброзу печінки та виявити ЦП на першій стадії (клас А за Чайльд-П'ю), що має значення для визначення подальшої терапевтичної тактики.

**Кучеренко О.О., Лисак М.С.
РЕАКЦІЯ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА
ПНЕВМОНІЇ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра дитячих інфекційних хвороб, м. Харків, Україна
Науковий керівник – Кузнєцов С.В.**

Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань у дітей. Своєчасна їх діагностика обумовлює успіх лікування і попередження різних ускладнень. Однак, розв'язанню питання етіологічної розшифровки пневмоній на ранніх етапах маніфестації патологічного процесу надано ще недостатньо уваги.

Мета роботи - виявлення особливостей імунного статусу хворих на пневмонії різної етіології в різні періоди захворювання.

Матеріали і методи. Обстежено 90 дітей у віці 1 міс. - 3 років: 30 хворих на хламідійні пневмонії (ХП), 30 – вірусні (ВП) і 30 – бактеріальні (БП). Застосовувались клінічні, лабораторні (бактеріологічні, ІФА, ПЛР; імунологічні - досліджувались рівні інтерлейкінів (1- β ; 4; 6; ФНП- α), Т-лімфоцитів (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺), імуноглобулінів (А, М, G) крові) і інструментальні методи.

Результати. Незалежно від етіології пневмонії в дебюті захворювання (ДЗ), згідно рангової структури найбільш реагував обмін цитокінів, потім клітинний імунітет і потім - гуморальний. В ДЗ виявлено дефіцит компенсації цитокінового обміну - домінування активності про-, над протизапальними цитокінами, а в періоді ранньої реконвалесценції (ПРР) при БП і ВП - баланс між цитокінами, що свідчило про його нормокompенсацію, а у хворих ХП - гіперкомпенсацію. В дебюті ХП знижався вміст CD3⁺, CD8⁺ і підвищувався - CD16⁺; при БП – підвищувався CD16⁺ і знижався CD3⁺, при ВП – підвищився CD16⁺ і CD8⁺ і знижався - CD3⁺. В ПРР у хворих ХП виявлено дефіцит CD3⁺, при БП - підвищення CD19⁺, а ВП – збільшились рівні CD19⁺, CD16⁺, CD4⁺. В ПРР у хворих БП і

ВП виявлено компенсаторне підсилення гуморального імунітету, а при ХП - його дефіцит.

Висновки. Таким чином, виявлені дані стали науковим підґрунтям для розробки алгоритму ранньої етіологічної розшифровки пневмоній у дітей за допомогою показників їх імунного стану в дебюті захворювання, що дозволило удосконалити діагностику пневмоній у дітей на ранньому етапі їх маніфестації.

Лисицкая Н.А., Ткаченко В.Г.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ
ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.м.н., проф. Козько В.Н.

Пневмонии у больных с ВИЧ-положительным статусом являются одной из самых частых причин заболеваемости и смертности. Иммунная система организма человека, служащая для его защиты от развития инфекций, в случае ВИЧ/СПИДа повреждается до такой степени, когда нарушается или абсолютно нивелируется невосприимчивость к разнообразным, в т. ч условно-патогенным возбудителям.

Pneumocystis jirovecii и *Pneumocystis carinii* – широко распространенные практически на всех объектах внешней среды грибы. Люди, контактируя с ними, приобретают иммунитет уже к 3-4 годам жизни, так как споры грибов легко распространяются по воздуху. Для иммунокомпетентных лиц пневмоцисты не опасны, но для ВИЧ-инфицированных этот возбудитель нередко становится фатальным. Пневмоцистоз (пневмоцистная пневмония) развивается на фоне глубоких нарушений клеточного и гуморального иммунитета, когда количество CD4+ лимфоцитов в крови (Т-хелперов) становится ниже 200 в 1 мкл.

У ВИЧ-инфицированных лиц пневмоцистная пневмония может протекать как моноинфекция, а также в сочетании с другими вторичными поражениями легких (туберкулез, цитомегаловирусная пневмония, ВЭБ-инфекция, лимфома и др.). Летальность при этом на ее поздних стадиях составляет 58-60% и связана, прежде всего, с поздним распознаванием пневмоцистоза вследствие затруднительной дифференциальной диагностики при его сочетании с другими поражениями легких.

Пневмоцистоз характеризуется следующей клинической картиной: длительным начальным периодом с постепенным нарастанием лихорадки, одышкой, сухим кашлем, а в период разгара – выраженной дыхательной недостаточностью. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации изменения могут отсутствовать или выслушивается только жесткое дыхание, у некоторых больных – рассеянные сухие хрипы или крепитация. У всех больных отмечаются следующие клинко-лабораторные показатели: высокие значения активности суммарной лактатдегидрогеназы, высокая СОЭ, анемия, лейкоцитоз, снижение pO_2

крови. Рентгенологічно в легенях виявляють розсіяні затемнення інфільтративного характеру з переважною локалізацією в середньонижніх відділах, які швидко сливаються з утворенням дифузного альвеолярного затемнення.

Діагностика пневмоцистної пневмонії тільки по клінічній картині затруднителна в разі поєднаних уражень легень. Лабораторні методи ідентифікації збудителя часто малодоступні. Підтвердження діагнозу пневмоцистозу ґрунтується на виділенні пневмоциста з біологічного матеріалу дихальних шляхів. Полімеразна ланцюгова реакція з визначенням мРНК або ДНК мікроорганізмів є найбільш інформативним і швидким методом діагностики даної патології.

Таким чином, верифікація діагнозу пневмоцистної пневмонії ґрунтується на виявленні клінічних проявів захворювання. Ведучі синдроми – прогресуюча дихальна недостатність, імунодефіцитний стан у пацієнта, наявність тяжкої артеріальної гіпоксемії, виділення збудителя з біологічного матеріалу дихального тракту, рентгенологічне виявлення двосторонніх інтерстиціальних інфільтративних змін в легенях. Важливо пам'ятати, що пневмоцистоз і туберкульоз у ВІЧ інфікованих на пізніх стадіях протікають з подібною клінічною симптоматикою, що вимагає застосування, наряду з рутинними, додаткових диференціально-діагностичних прийомів (комп'ютерної томографії органів грудної клітки, специфічних тестів, і др.).

Літвін О.С

СТАН ЦИТОКІНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра дерматології, венерології та СНІДу, м. Харків, Україна

Науковий керівник: проф. Дащук А.М.

Актуальність вугрової хвороби обумовлена найбільшою поширеністю серед захворювань шкіри людини, що пояснюється стрімким темпом життя суспільства, збільшенням емоційного навантаження. Спостереження останніх років засвідчують, що вугрі у більшості осіб характеризуються тривалим хронічним перебігом з частими загостреннями, а тяжкі глибокі форми дерматозу зумовлюють розвиток стійких рубцевих змін шкіри (постакне), що є причиною психоемоційних розладів пацієнтів, зниження якості їх життя, погіршення навчання, працездатності та соціальної активності, що визначає важливе медичне та соціальне значення вугрової хвороби.

Встановлено, що при вугревій хворобі ініційованим фактором запалення є цитокіни, які є похідними кератиноцитів та інших імунокомпетентних клітин шкіри.

Одним з аспектів підвищення ефективності лікування хворих на вугрову хворобу може стати урахування фізіологічних біоритмів діяльності

систем організму та нових даних про значення цитокінів в патогенезі захворювання.

Мета дослідження. Вивчення системи цитокінів у хворих на вугрову хворобу, що дозволить поглибити знання о патогенезі данного захворювання й розширить терапевтичний арсенал, приблизив його до патогенетично орієнтованої терапії.

Матеріал та методи Під спостереженням знаходилось 21 хворих на вугрову хворобу. Для оцінки ефективності терапії хворі були розділені на 2 групи. Перша (основна) група - 11 пацієнтів, які отримали стандартну терапію з додатковим призначенням БІОЛАКТУ. Другій групі з 10 пацієнтів призначали стандартне лікування згідно Наказу МОЗ України № 312.

Всім хворим було проведено аналіз вмісту цитокінів у плазмі крові, та дослідження локальних змін біохімічних параметрів і цитокінів-у вмісті пустул, що утворювалися у гострому періоді вугрової хвороби методом ИФА.

Висновки. Динаміка показників гуморального і клітинного імунітету хворих характеризувалася: пониженням рівнів CD3 + лімфоцитів, CD4 + лімфоцитів, ИФН-γ, ИЛ-2, IgA, та збільшенням рівнів ИЛ -4, ИЛ-6, IgM, IgG до лікування у хворих на вугрову хворобу всіх досліджуваних груп. В контрольній групі після проведеного лікування спостерігалась лише тенденція до нормалізації показників імунітету, на відміну від основної групи хворих, в яких відбулося відновлення досліджуваними показниками до рівня здорових осіб.

Милько А. Ю.

ИЗУЧЕНИЕ КОРТИЗОЛА И СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа, г. Харьков,
Украина.**

Научный руководитель: доц. Гончарова И.Н., Черникова Л.И.

Актуальность. Данная патология представляет большой интерес для науки, в связи с недостаточной изученностью механизмов развития заболевания. Наблюдается зависимость течения псориаза от воздействия различных факторов окружающей среды (стрессовых). Дисфункция гипоталамуса, нарушения метаболизма гормонов периферических желез внутренней секреции свидетельствуют о нарушении механизмов адаптации. Хроническое течение болезни неблагоприятно влияет на функцию как нервного, так и эндокринного аппарата организма человека.

Целью работы стало изучение отдельных звеньев эндокринной системы (кортизола и соматотропного гормона) у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 25 больных обычным (вульгарным) псориазом в возрасте от 18 до 64 лет. Для определения содержания кортизола с помощью стандартизированного ИФА-набора "Стероид ИФА-кортизол" ("Алкор Био", Россия) на иммуноферментном анализаторе исследовали сыворотку крови. Содержание

соматотропного гормона (СТГ) определяли на автоматическом анализаторе Liaison (Италия) с помощью стандартизированной тест-системы Liaison®hGH методом косвенного 2х ступенчатого хемилюминисцентного иммуноанализа (CLIA).

Уровень гормонов в крови больных псориазом в зависимости от возраста пациентов. В группе больных с 18 до 30 лет наблюдалось увеличение концентрации кортизола $383,4 \pm 16,3$ нмоль/л (116%), в возрасте 31-50 лет - $279 \pm 7,8$ нмоль/л, старше 51 года - $207,9 \pm 15,7$ нмоль/л, уровень кортизола уменьшен (84,5% и 62,2%). Содержание кортизола в группе контроля $330,0 \pm 13,3$ нмоль/л. Уровень соматотропного гормона (СТГ) в группе пациентов от 18 до 30 лет - $5,2 \pm 0,3$ нг/мл, что совпадало с показателя в группе контроля - $5,4 \pm 0,3$ нг/мл. У пациентов в возрасте 31-50 лет и у пациентов старше 51 года СТГ был достоверно уменьшен, соответственно - $3,4 \pm 0,6$ нг/мл (62,9%), - $3,1 \pm 0,4$ нг/мл (57,4%).

Уровень гормонов в зависимости от продолжительности заболевания. Уровень кортизола у больных псориазом в течение первых 5 лет ($342,8 \pm 12,2$ нмоль/л) достоверно не отличался от уровня кортизола в группе контроля ($330,0 \pm 13,3$ нмоль/л). В группе с длительностью заболевания 6-15 лет и более наблюдалось снижение концентрации кортизола $289,4 \pm 10,3$ нмоль/л, $209,8 \pm 6,3$ нмоль/л (87,6%, 63,3%). Концентрация СТГ у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет ($4,6 \pm 0,4$ нг/мл), что соответствовало группе контроля - $5,4 \pm 0,3$ нг/мл. У пациентов, которые болели в течение 6-15 лет уровень СТГ был достоверно снижен - $3,5 \pm 0,2$ нг/мл (64,8%), в группе больных более 16 лет концентрация СТГ также была достоверно снижена - $2,9 \pm 0,3$ нг/мл (53,7%).

Уровень гормонов в зависимости от частоты рецидивов. Уровень кортизола у пациентов с ежегодными рецидивами снижен - $213,6 \pm 12,8$ нмоль/л (64,7%). У пациентов с рецидивами псориаза 1 раз в 3 года уровень кортизола был увеличен - $358,0 \pm 13,3$ нмоль/л, а у пациентов с рецидивами 1 раз в 2 года уровень кортизола ($341,0 \pm 9,7$ нмоль/л) практически не отличался от группы контроля ($330,0 \pm 13,3$ нмоль/л). Уровень соматотропного гормона у пациентов с ежегодными рецидивами - $3,0 \pm 0,4$ нг/мл, что значительно ниже, чем в контрольной группе - $5,4 \pm 0,3$ нг/мл. Уровень СТГ у пациентов с рецидивами 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года ($5,3 \pm 0,2$ нг/мл и $4,9 \pm 0,7$ нг/мл) достоверно не отличался от уровня СТГ в группе контроля.

Выводы. Исследование отдельных звеньев эндокринной системы установило разнонаправленные изменения содержания кортизола и соматотропного гормона. Выявленные нарушения эндокринного звена гомеостаза рекомендуют назначения адаптогенов в комплексном лечении больных псориазом.

Нгуен Тхи Лиен, Саенко М. О.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНОГО
ИНФИЛЬТРАТА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Матвеева С. Л.

Легочный инфильтрат – клинико-рентгенологический синдром, в основе которого лежит проникновение и накопление в ткани легкого клеточных элементов биологической жидкости, что ведет к увеличению объёма и уплотнению легочной ткани.

Выявление инфильтративной тени в лёгком предполагает проведение дифференциальной диагностики между неспецифической пневмонией (НП), опухолями крупных бронхов, осложнённых пневмонией, инфильтративным туберкулёзом лёгких (ИБТЛ), эозинофильным инфильтратом (ЭИ) и инфарктом лёгкого (ИЛ), осложнившимся пневмонией. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать следующие факторы: анамнез, возраст, клиническое течение, рентгенологические данные динамики, результаты бронхоскопии, цитологического, гистологического, бактериологического исследования, результаты биологических проб и тестов, эффективность проводимого лечения.

Начало заболевания при ИТБЛ и раке, осложненном пневмонией постепенное, при неспецифической пневмонии, ИЛ – острое, при ЭИ – острое или постепенное. Из анамнеза: при ИБТЛ пациент был инфицирован микобактерией туберкулеза, при НП ведущую роль играют переохлаждение и хронические заболевания дыхательных путей. Факторы, приводящие к развитию рака легких являются курение, профессиональные вредности, рецидивирующие пневмонии, возраст старше 50 лет. ЭИ характеризуется контактом с аллергеном. При ИЛ наблюдается тромбоз вен нижних конечностей, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь. Синдром общей интоксикации характерен для всех данных заболеваний. Кровохарканье наблюдается при раке легкого, ИТБЛ и ИЛ. При НП и ЭИ пациент жалуется на сухой кашель или кашель с выделением небольшого количества мокроты. Из рентгенологических особенностей: при НП и раке легкого очаг локализуется в III сегменте, структура тени неоднородная, тяжистая, жесткой плотности. При ЭИ и ИЛ поражаются любые отделы легкого, но для ЭИ свойственно малоинтенсивная фокусная тень с нечёткими контурами, а для ИЛ – тень в виде треугольника, вершина которого направлена к корню. Патогномоничной для ИТБЛ является локализация в I, II, VI сегментах, структура тени неоднородная с включением петрификатов и просветлений. Для ИТБЛ при бронхоскопии обнаруживаются инфильтраты, рубцы, ограниченный катаральный эндобронхит, при НП наблюдается диффузный эндобронхит. Опухоль в просвете бронха, кистовидный стеноз, нарушение бронхиальной проходимости характерно для рака легких. При ИЛ изменений не выявлено. В бронхиальном содержимом для рака легкого, ИЛ свойственно наличие неизмененных эритроцитов, для ЭИ – эозинофилы. При

ИТБЛ обнаруживают включения: микобактерии туберкулёза, эластические волокна, кристаллы холестерина и извести, клетки туберкулезной гранулемы.

В общем анализе крови выявляется лейкоцитоз при ИТБЛ и ИЛ. Эозинофилия специфично для ЭЛ. При раке легкого наблюдаются ускорение СОЭ, лимфоцитопения и анемия. Лейкоцитоз более 15×10^9 , нейтрофильный сдвиг влево до палочкоядерных, ускорение СОЭ патогномонично для НП. «Золотым стандартом» диагностики ЭИ является положительная кожная проба с аллергеном, а для ИЛ – ЭКГ, при котором характерно признаки острого легочного сердца.

Лечение антибиотиками широкого спектра действия в отношении ИТБЛ неэффективно, в остальных случаях наблюдается положительная динамика или временное улучшение.

На основании патогномоничных данных мы провели дифференциальную диагностику между различными формами инфильтрата легкого. Верифицирование выше перечисленных патологий имеет огромное значение для назначения адекватного лечения пациентов и профилактики развития осложнений.

Нечипорук И.А.
ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
HELICOBACTER PYLORI

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: ассистент Райлян М.В.

Открытие в 1984 году роли бактерии *Helicobacter pylori* в развитии хронического гастрита перевернуло представление об этиологии ряда болезней желудочно-кишечного тракта. Появилась возможность лечения таких заболеваний как острый и хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи антибиотиков.

Однако эффективность такого лечения снижается из-за формирования резистентности *H. pylori* к антибиотикам.

Цель: определить основные проблемы резистентности *Helicobacter pylori* и возможные пути их решения.

Материалы и методы исследования: проведен анализ современных научных данных, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе.

Результаты. Резистентность к антимикробным препаратам является основной причиной неэффективности антихеликобактерной терапии (по данным Богун Л.В., 2011). Успех эрадикационной терапии во многом определяется факторами со стороны макроорганизма. Результативность различных схем двойной терапии (ингибиторов протонной помпы плюс амоксициллин/кларитромицин/метронидазол) изучена давно. На основании исследования эффективности таких схем можно прогнозировать эффективность тройных схем антихеликобактерной терапии при наличии резистентности *H. pylori* к одному из антибиотиков, входящему в состав тройной схемы. Следует подчеркнуть, что кларитромицин является

ключевым антибактериальным компонентом антихеликобактерной терапии, резистентность к нему четко коррелирует с неэффективностью эрадикационной терапии. Высокая распространенность устойчивых к кларитромицину штаммов *H. pylori* свыше 20% отмечается на юге Европы, на севере Европы этот показатель ниже — менее 5 %, в США уровень резистентности колеблется от 4 до 12 %. Устойчивость к амоксициллину и тетрациклину встречается редко (менее 2%), и роста резистентности в течение 2013-2014 г. не отмечается. Устойчивость к метронидазолу очень распространена в развивающихся странах, где ее уровень достигает 50–80%, в странах Европы и в США — 15–40%, в Японии 9–12%. Наличие резистентности к нитроимидазолам приводит к снижению эффективности тройной антихеликобактерной терапии.

Выводы. Таким образом, резистентность к антибиотикам можно считать фактором, позволяющим с очень высокой вероятностью прогнозировать низкую эффективность антихеликобактерной терапии. Полученные результаты продемонстрировали необходимость проведения дальнейших исследований чувствительности к антибиотикам *H. pylori*. Для повышения эффективности этиотропного лечения больных с патологией, вызванной *H. pylori*, необходимо проведение микробиологического и клинического мониторинга, с включением молекулярно-генетических методов. Широкое внедрение молекулярно-генетических методов исследований в систему микробиологического мониторинга позволит выявлять циркуляцию резистентных штаммов и динамику их распространения. Также, молекулярно-генетические методы дадут возможность выявлять группы больных с определенными генотипами резистентности к стандартным схемам антибактериальной терапии. Клинический мониторинг даст возможность прогнозировать эффективность проводимой терапии и разрабатывать альтернативные схемы лечения, что повысит качество и продолжительность жизни больных.

Ольховский Е.С., Писаренко Г.Н.

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра детских инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – проф. Кузнецов С.В.**

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) вызывается преимущественно вирусами семейства *Herpesviridae*, среди которых главенствующая роль принадлежит вирусу Эпштейна – Барр. Однако, общепризнанным остается факт полиэтиологичности данного заболевания, что обуславливает трудности в выборе рациональной терапии больных. Так, оспаривается целесообразность назначения противовирусных препаратов: ряд исследований показали, что назначение противовирусных препаратов существенно не влияло на течение ИМ. Отдельные авторы обосновывают необходимость только симптоматического лечения ИМ. Учитывая, что

одним из основных симптомов ИМ является тонзиллит, широко обсуждается целесообразность антибактериальной терапии. Сторонники применения антибиотиков при ИМ связывают развитие тонзиллита с активацией бактериальной флоры. Кроме того, при ИМ снижается иммунитет ребенка, нарушается состояние микрофлоры верхних дыхательных путей, что может приводить к присоединению бактериальной инфекции. В последние годы отдельные авторы изучают эффективность применения метронидазола при лечении ИМ.

Цель работы – изучение эффективности метронидазола в комплексной терапии ИМ у детей.

Выбор препарата был обусловлен его широким спектром действия: способностью воздействия препарата как на анаэробную, так и аэробную флору. Исследования проводили у 36 детей 2-6 лет, госпитализированных в ОДИКБ с диагнозом ИМ. Первую группу составили 14 детей, получавших на фоне стандартной терапии метронидазол; вторую группу – 22 ребенка, находившихся только на симптоматической терапии. Основными критериями эффективности терапии были исчезновение проявлений тонзиллита, нормализация температуры и общего состояния пациентов, сроки уменьшения размеров печени и селезенки по данным УЗИ, динамика нормализации гематологических показателей, продолжительность пребывания детей в стационаре. Выявлено, что у детей первой группы достоверно быстрее исчезали налеты на миндалинах ($5,23 \pm 0,54$ дня против $7,05 \pm 0,61$ у детей второй группы, $P < 0,05$); нормализовалась температура ($6,45 \pm 0,82$ против $9,53 \pm 1,08$ дня, $P < 0,05$); улучшалось самочувствие ($5,08 \pm 0,33$ против $8,93 \pm 1,42$ дня, $P < 0,05$). Продолжительность пребывания детей в стационаре была значительно меньше в случае использования метронидазола ($10,54 \pm 1,08$ против $14,53 \pm 1,34$ дня, $P < 0,05$). Достоверной разницы в сроках нормализации показателей периферической крови и динамике регрессии проявлений гепатоспленомегалии не обнаружено.

Таким образом, нами выявлена клиническая эффективность применения метронидазола в комплексной терапии ИМ, хорошая переносимость данного препарата детьми, отсутствие побочных реакций, что позволяет рекомендовать более широкое его использование.

Осокин. А.Э.

ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, КАК ФАКТОР УСУГУБЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В ХАРЬКОВЕ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – Чувурина Н.А.**

Актуальность. По расчетам ВОЗ для того чтобы остановить туберкулез, необходимо достичь 75% эффективности в лечении резистентных форм туберкулеза и 85% в лечении чувствительных форм.

Цель. Определение эффективности лечения ТБ в группах чувствительных и резистентного ТБ в харьковской области

Материалы и методы. Показатели эпидемиологического состояния туберкулеза в Харьковской области были взяты из «Туберкулез в Украине (Аналитическо-статистический справочник)» Киев 2015 год

Результаты и обсуждения. По данным результатов лечения больных с подтвержденным диагнозом мультирезистентный туберкулез (МР ТБ) по результатам клинических и культуральных исследований, которые были отнесены к IV категории лечения в 2012 году, эффективность лечения составила – 21%, лечение завершено у 23%, умерли – 21%, умерли от других заболеваний – 5%, неудачное лечение – 14%, прервали лечение – 8%, переведено – 1%, продолжают лечение – 7%

По результатам лечения больных впервые диагностированным туберкулезом с бактериовыделением, выявленных в 2013 году, вылечено – 47%, завершили лечение – 20%, умерли – 13% больных, неудачное лечение (М+) – 10%, неудачное лечение (Кл. и R) – 3%, прервали лечение – 6% больных и выбыло или переведено – 1%.

Выводы. Таким образом, эффективность лечения как чувствительных так и резистентных форм ТБ в Харькове остается на недостаточно высоком уровне, в основном за счет показателей смертности, особенно среди больных МР ТБ.

Павлюк М.А. Лазарева О.И.
ПРОДУКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ АМПЛИФИКАЦИИ ДЛЯ
ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

научный руководитель к.мед.н., доцент Матвеева С.Л.

В последние несколько лет разработан ряд амплификационных методов для определения микобактерии туберкулеза. но только 3 из них получили распространение в мире и были широко конвалидированы международными исследователями.

Метод прямой амплификации МБТ.

Амплификация MTD (AMTD) развивался Gen-Probe (San Diego, CA, USA) является изотермальной (42° C) транскриптаза-опосредованной амплификационной системой.

Принцип метода: комплексный специфический участок 16S рибосомальной РНК гена МБТ продуцирует двойную спиральную рибосомальную ДНК, благодаря комбинированному действию реверсированной транскриптазы и рибонуклеазы. В свою очередь, полимераза РНК катализирует синтез множественных участков рибосомальной РНК из рибосомальной ДНК, синтезируемой ранее. Новый цикл стартует, когда вновь продуцируемая РНК, подвергается дальнейшей транскрипции. Чувствительность метода повышается в присутствии в каждой бактерии большого количества мишеней-молекул 16S рибосомальных РНК

(около 2000), сравниваемых с одной копией из 16S ДНК. Преимущество амплификации из РНК основано на низкой стабильности такой молекулы; что минимизирует как риск контаминации, так и частоту ложноположительных результатов, благодаря устойчивости стабильной нуклеиновой кислоты (ДНК) в организме хозяина даже после полной эрадикации инфекции. Выявление продуктов амплификации основано на гибридизации с специфической односпиральной ДНК пробы, меченой хемолуминисцентной молекулой.

Особенности метода: весь процесс осуществляется вручную, начиная с экстракции с помощью обработки ультразвуком с добавлением в дальнейшем различных реагентов до окончательного учета реакции с помощью люминометра. Вся амплификация проводится при нагревании блока до 42°C. Время определения – около 2,5 часов. Метод утвержден FDA для тестирования положительных и отрицательных респираторных проб.

Продуктивность метода: как известно из большого числа литературных источников, чувствительность метода варьирует от 91,7% до 100% при положительных мазках и от 65,5% до 92,9% при отрицательных мазках (Alcala, 2001; Chedore, 1999; Gamboa, 1998; O'Sullivan, 2002; Piersimoni, 2003; Woods, 2001). Для снижения частоты ложноположительных результатов в подозрительной зоне в интерпретации результатов рекомендовано повторное тестирование с подсчетом данных внутри ряда.

Почерніна В.В.

TOLL-ПОДІБНІ РЕЦЕПТОРИ 4 ТА 9, ЇХ РОЛЬ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПСОРІАЗУ.

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра дерматології, венерології і СНІДу, м.Харків, Україна
Науковий керівник проф. Дашук А.М.**

Вступ. Псоріаз є одним з найпоширеніших хронічних мультифакторіальних захворювань, при якому домінує генетичний компонент схильності до виникнення захворювання і порушень численних ланок нейроендокринних, метаболічних і регуляторно-трофічних процесів. Питома вага псоріазу в загальній структурі захворювань шкіри становить від 7% до 10%, а серед госпіталізованих хворих з шкірними хворобами до 20-25%.

Толл-подібні рецептори (TLRs) є класом консервативних рецепторів, які розпізнають патоген асоційовані мікробні структури. Ці рецептори також експресуються на клітинах шкіри, у тому числі кератиноцитах, меланоцитах і клітинах Лангерганса. Численні експериментальні дослідження, а також накопичувані результати з клінічної практики переконливо свідчать про ключову роль Toll-подібних рецепторів у патогенезі імунопатологічних захворювань. У разі появи бактеріальної, вірусної або фунгальної інфекції саме TLR дізнаються характерні для патогена структури і запускають каскади вродженого імунітету, приводячи до активації транскрипційних факторів NF-κB, AP-1 і IRF, які, у свою чергу, запускають каскади імунного

захисту і запалення, приводячи до підвищення продукції цитокінів та хемокінів, наприклад фактора некрозу пухлини (TNF- α) і гамма-інтерферону (IFN- γ) (DiMeglio P. et al., 2011)

Мета роботи – дослідити зміни імуногістохімічної експресії Toll-подібних рецепторів 4 та 9 (TLR4, TLR9) у шкірі хворих на псоріаз.

Матеріали та методи. Проведено імуногістохімічне дослідження біопсійного матеріалу з ділянок шкірної псоріатичної висипки та інтактної шкіри у 25 хворих на псоріаз. Крім того для порівняння результатів імуногістохімічних досліджень проведено вивчення біопсійного матеріалу шкіри здорових осіб (5 пацієнтів). Для визначення характеру і поширеності місцевих клітинних імунних і запальних реакцій застосовано імуногістохімічні методики з визначення експресії маркерів CD 284(TLR4), CD289 (TLR9)

Результати та обговорення. Експресія TLR4 та TLR9 в епідермісі шкіри в нормі є найбільш виразною у клітинах базального та шилоподібного шарів. Слід зазначити, що експресія цих рецепторів переважно ядерна, в цитоплазмі епітеліоцитів забарвлення мінімальне. В епідермісі інтактної шкіри хворих на псоріаз вогнищево визначалась більш активна експресія TLR4 та TLR9. Топографічно спостерігалася переважна локалізація цих рецепторів у базальному шарі епідермісу. У шкірних псоріатичних бляшках визначається значне потовщення епідермісу та зростання кількості TLR4 та TLR9 позитивних клітин. Макрофаги, що мігрували в судинах сосочків дерми, мали виражену позитивну експресію маркера. TLR4-та TLR9-позитивні моноцити і макрофаги виявлялися в судинах і периваскулярному просторі сосочкового шару дерми. Найбільша кількість позитивних клітин спостерігалася в судинах, які розміщувалися в сосочках.

Висновки. У хворих на псоріаз встановлено гіперсекрецію і гіперпродукцію епітеліоцитами шкіри прозапальних біологічних маркерів, зокрема TLR4-та TLR9-позитивних клітин, які виявляються як у ділянках, уражених псоріатичною висипкою, так і в інтактній шкірі. Це свідчить про перманентну стимуляцію лімфоцитів та макрофагів не лише в ділянках псоріатичних бляшок, а і у віддалених.

Райлян М.В.

ІНФЕКЦІЯ, СПРИЧИНЕНА ВІРУСОМ ЗІКА: ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ОЦІНКА РИЗИКІВ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології, м. Харків, Україна**

Науковий керівник – професор Т.О. Чумаченко

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в період з жовтня 2015 р. по квітень 2016 р. у різних регіонах світу зареєстровано 32 спалахи хвороби, спричиненої вірусом Зіка (ХСВЗ). Відсутність вакцин, спеціальних видів лікування і швидких діагностичних тестів; обмежений доступ до служб санітарії, інформації і охорони здоров'я в уражених районах сприяло значному розповсюдженню ХСВЗ. Поширення

вірусу Зіка у Бразилії супроводжувалось зростанням числа дітей, народжених з мікроцефалією, збільшенням кількості випадків синдрому Гієна-Барре (СГБ) та неврологічних порушень.

Мета роботи. Оцінити вплив на здоров'я та ризики виникнення та розповсюдження ХСВЗ в світі та Україні.

Матеріали і методи. Проведений аналіз даних інформаційних повідомлень ВООЗ, наукової літератури щодо епідеміології та клініки ХСВЗ.

Результати дослідження. Вірус Зіка є представником роду *Flavivirus*, викликає переважно легкий перебіг хвороби, у більшості інфікованих вірусом людей відсутні симптоми інфекції. У частини матерів спостерігалась гарячка під час вагітності. ХСВЗ передається людям в основному при укусах інфікованими комарами роду *Aedes*. Встановлено статевий шлях передачі вірусу Зіка. Вивчаються можливість передачі інфекції через переливання крові.

Вірус Зіка виявляється в крові, сечі, навколоплідних водах, спермі, слині, рідині головного і спинного мозку. Передача вірусу від вагітних жінок плоду була документально зареєстрована. Описані випадки вродженої ХСВЗ без мікроцефалії при народженні. Вірус Зіка був виявлений в грудному молоці, передача вірусу дітям в процесі грудного вигодовування не доведена.

Всі дослідження, проведені в ендемічних регіонах світу підтверджують, що *Aedes aegypti* є основним переносником вірусу Зіка, а інший комар з цього ж роду, *Aedes albopictus*, потенційно може передавати вірус Зіка. На ці два види *Aedes* доводиться більше 90 % укусів людей в денний час доби в ендемічних районах. Комарі *Aedes* можуть пролітати, максимум, 400 метрів. Але їх можна випадково транспортувати з одного місця в інше і, таким чином, може відбуватися інтродукція вірусу Зіка в нові райони. В Україні комарі вказаних видів не живуть, тому реалізація трансмісивного механізму передачі не здійснима. Але слід мати на увазі можливість передачі вірусу статевим шляхом. Ті, хто подорожував в ендемічні регіони світу, повинні додержуватись безпечної статевої поведінки: при відсутності симптомів захворювання – протягом не менш восьми тижнів після повернення, при наявності симптомів інфікування – протягом не менш шести місяців. Отримані недавно результати вивчення клінічних випадків, вказують на можливість зв'язку між вірусом Зіка і іншими неврологічними порушеннями, такими як мієліт або аномалії розвитку головного мозку, доведений зв'язок між СГБ та вірусом Зіка.

Висновки. В зв'язку з тим, що існує ризик глобального розповсюдження вірусу Зіка, необхідно постійно стежити за епідеміологічною ситуацією і проводити оцінку можливих наслідків. Найближчим часом в Україні існує ризик завозу вірусу Зіка туристами та іншими контингентами з ендемічних територій, можливі спорадичні випадки захворювання. Широкого розповсюдження інфекції на території країни не очікується. Але потепління клімату може створити умови для існування переносників вірусу – комарів *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* в Україні. Також можливе інфікування осіб, які не подорожували в ендемічні регіони,

статевим шляхом. Тому при здійсненні епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні слід приділяти увагу ХСВЗ, здійснювати профілактичні заходи, спрямовані на боротьбу з комарами, виявлення інфікованих, проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення і медичних працівників.

Саакян Т.Э., Федорцова В.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОНИХОМИКОЗОВ

Харьковский национальный медицинский университет

**Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: Беловол А.Н.

Онихомикоз - грибковое поражение ногтевых пластин стоп или кистей является чрезвычайно распространенным заболеванием. Частота заболеваемости в развитых странах мира колеблется от 8 – 20%. Онихомикоз является не только медицинской, но и эстетической проблемой. Клиника микотических поражений ногтевых пластин в настоящее время претерпевает определенные изменения - отмечается тенденция к быстрой хронизации и распространенности процесса. На сегодняшний день является актуальным изучение современного состояния клинических проявлений онихомикозов.

Дистально–латеральная форма онихомикозов, встречаемая наиболее часто, начинается с поражения краев ногтевого ложа. Вначале наблюдается онихолизис у свободного и боковых краев ногтя, пластинка теряет прозрачность, становится белесой или желтой. Ноготь выглядит утолщенным за счет подногтевого гиперкератоза. Патологический процесс может долгое время протекать в виде краевого поражения, иногда, прогрессируя, захватывать все большие части ногтя. Завершающей стадией заболевания является поражение всей видимой поверхности ногтя и вовлечение в процесс матрикса, который приводит к дистрофии ногтя. Следует отметить, что для инфекции, вызванной *Tr. rubrum*, характерно вовлечение всех ногтей на ногах. Ногти на руках поражаются реже. При поверхностной форме почти всегда поражается только дорсальная поверхность ногтевой пластинки. Процесс начинается с образования небольших белых пятен и полосок на поверхности пластинки. Постепенно пятна захватывают все большую поверхность ногтевой пластинки и изменяют цвет с белого на желтый. Пластинка становится шероховатой, рыхлой. Поверхностная форма онихомикоза, как правило, наблюдается на ноге большого пальца ноги, реже на ноге мизинца и почти никогда – на ногтях кистей. Классическая проксимальная форма онихомикоза проявляется тем, что в области полулуния ногтя появляется белое пятно, постепенно продвигающееся к свободному краю. При исследовании через увеличительную оптику это пятно выявляет признак «ветвистой сети туннелей». Позднее грибы достигают более глубоких слоев ногтевой пластинки и ложа, «окружая» отрастающий ноготь и приводя к разрушению ногтевой пластинки. Проксимальную форму онихомикоза часто отмечают у больных ВИЧ–инфекцией. Заболевание

считают индикатором иммунодефицитного состояния. Описаны случаи руброфитии ногтя I пальца кисти, протекающей в проксимальной форме, у больных хроническим кожно–слизистым кандидозом. При тотальной дистрофической форме ногтевая пластинка утолщена, желтовато–серого цвета, с неровной поверхностью, может частично или полностью разрушаться. В большинстве случаев наблюдается различной степени выраженности подногтевой гиперкератоз. При нормотрофической форме изменяется лишь окраска ногтей: в их латеральных отделах появляются пятна и полосы, цвет которых варьирует от белого до охряно–желтого; постепенно весь ноготь меняет окраску; сохраняя, однако, блеск и неизменную толщину. Гипертрофическая форма характеризуется тем, что к измененному цвету ногтевой пластинки присоединяется нарастающий подногтевой гиперкератоз. Ноготь теряет блеск, становится тусклым, утолщается и деформируется вплоть до образования онихогрифоза; частично разрушается, особенно с боков; больные могут испытывать боль при ходьбе.

Для онихолитической формы характерна буровато–серая окраска ногтя, отторжение, атрофия ногтевой пластинки от ложа; обнаженный участок покрыт рыхлыми гиперкератотическими наслоениями; проксимальная часть долгое время остается без существенных изменений. В связи наблюдающейся в последнее время тенденцией к изменению клинической картины онихомикозов, изменению микробиологических свойств патогенных грибов, наблюдающейся устойчивостью патогенных микроорганизмов к фармацевтическим препаратам является актуальным всестороннее углубленное изучение современных аспектов онихомикозов.

Семенюк М.А., Кислов А.В.

АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доцент Могиленец Е.И.**

Применение антибактериальных препаратов у пациентов терапевтического и инфекционного профиля зачастую является неоправданным и приводит к развитию аллергических реакций, дисбактериоза, антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) и других осложнений.

ААД – это 3 и более эпизода неоформленного или водянистого стула в течении 2 или более дней подряд, связанных с приемом антибактериальных препаратов. При развитии ААД значительно возрастает продолжительность пребывания пациентов в стационаре, повышается риск развития осложнений, активируются другие нозокомиальные инфекции, возрастает стоимость лечения.

Цель исследования. Изучить частоту возникновения ААД, связанной с *Peptoclostridium difficile*, на основании литературных данных.

Результаты исследования и обсуждение. ААД развивается на фоне антибиотикотерапии или в течение 8 недель после их отмены. ААД наиболее часто возникает у пациентов, которые длительно находятся в стационаре и, особенно, в палатах интенсивной терапии, у лиц пожилого возраста, при иммунодефицитных состояниях, зондовом кормлении.

Причинами развития ААД в большинстве случаев является нарушение качественного и количественного состава микрофлоры кишечника, нарушение метаболизма углеводов вследствие снижения количества анаэробов в полости толстого кишечника, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот.

Инфекции, связанные с высоковирулентными штаммами *P. difficile*, в последние годы все более актуальны. По литературным данным в Украине ААД встречается у 25% больных, находящихся на амбулаторном лечении, и у 48% пациентов – на стационарном. Обращает на себя внимание тенденция к росту сопутствующей грибковой инфекции, вызванной преимущественно грибами *Candida spp.* (50,8%). Чаще всего ААД возникает при приеме клиндамицина (20-30%), амоксицилина, амоксиклава (10-25%), цефалоспоринов II-III поколения (2-25,8%), эритромицина (11-16%), ампициллина (5-10%), фторхинолонов (1-2%).

Выводы. 1. Частота встречаемости ААД варьирует от 25% до 48%. 2. Возникновение данной патологии в большинстве случаев связано с неоправданным применением антибиотиков, особенно клиндамицина, амоксицилина, цефалоспоринов II поколения. 3. Назначение антибактериальных препаратов должно проводиться строго по показаниям.

Семеренська Т.І.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ КАШЛЮКУ У М. ХАРКОВІ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології м. Харків, Україна
Науковий керівник - проф. Чумаченко Т.О.**

Протягом 2015 року в м. Харкові збільшився рівень захворюваності на кашлюк. Однією з причин зростання захворюваності є проблема щеплювання дітей. Основна мета імунізації проти кашлюку є зменшення ризику захворіти на тяжку форму інфекції дітей раннього віку, з цією метою у всіх країнах світу є пріоритетною програмою щеплення дітей трьома дозами коклюшної вакцини. По оцінкам Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на теперішній час 18,7 мільйонів дітей грудного віку – майже кожна п'ята дитина у світі – все ще не проходять регулярні щеплення проти інфекцій, контрольованих імунопрофілактикою, таких як кашлюк.

Мета роботи – оцінити ефективність імунізації на кашлюк у м. Харкові у 2015 році.

Матеріали і методи. Проведений аналіз офіційних даних щодо захворюваності на кашлюк та щепленості дітей проти цієї інфекції у м. Харкові у 2015 році.

Результати та їх обговорення. За 2015 рік у м. Харкові відмічався низький показник щеплення проти кашлюку серед хворих дітей. Так, у 2015 році по місту Харкову було зареєстровано 146 випадків захворювання на кашлюк, інтенсивний показник склав 10,2 на 100 тис. населення, в тому числі 140 дітей (інтенсивний показник 69,2 на 100 тис. дитячого населення).

Захворюваність реєструвалась серед різних соціальних груп населення. В структурі захворюваності на кашлюк дошкільники неорганізовані склали 58,2 % (85 осіб), діти, які відвідують ДНЗ (дитячі навчальні заклади) – 3,4 % (5 осіб), учні шкіл – 32,2 % (47 осіб), учні шкіл-інтернатів – 1,4 % (2 особи), учні технікумів – 0,7 % (1 особа).

Питома вага нещеплених серед захворілих склала 62,4 % – 90 осіб, у т.ч. нещеплені за віком – 18 (20,0 %), відмовились від щеплень – 10 (11,1 %), медичні протипокази мали 23 (25,6 %) дитини, не щеплені через відсутність вакцини – 33 (36,7 %) дитини, 6 (6,7 %) осіб дані були відсутні. Найбільший відсоток серед не щеплених захворілих на кашлюк відмічається серед дітей до року, які не отримали планові щеплення у зв'язку з відсутністю вакцини у лікувальних закладах м. Харкова – 33 дитини (22,6 %), не підлягали щепленню за віком 18 дітей (12,3 %), за медичними протипоказами – 5 дітей (3,4 %).

Висновки. Низьке охоплення щепленням дітей проти кашлюку м. Харкова, особливо дітей до року, недостатнє забезпечення імунобіологічними препаратами дитячих лікувально-профілактичних закладів у м. Харкові призвело до зростання захворюваності на кашлюк. Для формування імунітету і не допущення епідемічних ускладнень необхідно збільшити охоплення щепленнями дитячого населення та інформованість батьків про необхідність імунізації.

Соколова Ю.А., Терновая А.Ю., Басик Т.М.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ДОКСИЦИКЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ
ЦАРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Бондаренко А.В.

Болезнь кошачьих царапин (БКЦ) – зоонозное доброкачественное инфекционное заболевание, относящееся к бартоanelлезам и вызываемое *Bartonella henselae*, характеризуется наличием первичного аффекта и доброкачественного лимфаденита. У взрослых течение БКЦ, как правило, атипичное с длительной лихорадкой, выраженной общей слабостью, миалгиями, артралгиями, потерей веса, гепатоспленомегалией, энцефалитом и т.д. Общепринятых схем лечения данного заболевания на сегодняшний день нет, и подходы к антибактериальной терапии находятся еще на этапе

разработки.

Цель исследования – изучение клинической эффективности применения доксициклина у больных с БКЦ.

Материалы и методы. Работа выполнена в ОКИБ – клинической базе кафедры инфекционных болезней ХНМУ. Объектом исследования были 31 больной, в возрасте от 18 до 69 лет, проходившие лечение по поводу БКЦ. Женщины составили – 59,3 %, мужчины – 40,7 %. В возрастной структуре преобладали лица младше 30 лет – 57,7 %. Средний возраст составил $30,3 \pm 1,6$ года. Статистически достоверных возрастных отличий в зависимости от пола не было выявлено ($p > 0,05$). Критериями включения в исследование послужили: эпидемиологические данные (травматический контакт с кошкой), клиника БКЦ и лабораторное подтверждение диагноза методом непрямой иммунофлюоресценции.

Были сформированы две группы пациентов, сопоставимые по возрасту и полу, клиническому варианту и степени тяжести заболевания. Основная группа состояла из 15 пациентов, получавших в комплексном лечении доксициклин (по 100 мг 2 р/сут внутрь в течение 14 дней). Контрольную группу составили 16 больных, получавших только симптоматическую терапию.

Результаты. Анализ клинической симптоматики при БКЦ, показал, что длительность лихорадки в основной группе составила – $(9,4 \pm 2,0)$ дней, в контрольной группе – $(11,6 \pm 2,3)$ дня ($p > 0,05$), общей слабости – $(10,1 \pm 1,6)$ и $(11,9 \pm 2,7)$ дня ($p > 0,05$), анорексии – $(7,2 \pm 1,3)$ и $(7,6 \pm 1,6)$ дня ($p > 0,05$), головной боли – $(7,6 \pm 2,5)$ и $(8,7 \pm 1,6)$ дня ($p > 0,05$), соответственно. При клиническом исследовании нами не получено достоверных различий свидетельствующих о сокращении длительности основных симптомов, на фоне проводимой терапии доксициклином ($p > 0,05$). Однако отмечено существенное влияние этиотропного лечения с применением доксициклина на длительность синдрома лимфаденопатии. Так в основной группе пациентов длительность лимфаденопатии наблюдалась в течении $21,5 \pm 1,6$ дня, а в контрольной группе – $49,4 \pm 2,0$ дня ($p < 0,05$).

Вероятнее всего, значительное сокращение срока лимфаденопатии у пациентов, получавших доксициклин, обусловлено наличием у препарата не столько антимикробного, сколько иммуномодулирующего эффекта. Так же доксициклин обладает противовоспалительным эффектом, в результате ингибирования активности матриксных металлопротеиназ различных клеток (нейтрофилов, макрофагов, эпителиоцитов). У больных с БКЦ воспалительный процесс в лимфатических узлах обусловлен клеточными элементами макрофагально-моноцитарного звена. Стандартная антибактериальная терапия бактериальных лимфаденитов, часто применяемая при БКЦ, не эффективна в силу того, что в патогенезе заболевания ведущим звеном является иммунопатологический процесс.

Выводы. Показано, что доксициклин является препаратом выбора при лечении БКЦ, это обусловлено не только его антимикробным, но и противовоспалительным эффектом. Перспективным является поиск

препаратов, действующих на микроорганизм внутриклеточно и имеющих выраженный противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты.

Сорокина О.Г., Лядова Т.И.

**ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ
ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР**

**Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина,
Кафедра общей и клинической иммунологии и аллергологии, г.
Харьков, Украина**

Научный руководитель: проф. Попов Н.Н.

Актуальность. Инфицированность вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) регистрируется во всем мире и охватывает около 90% населения. К настоящему времени хорошо изучена только одна из форм ВЭБ - инфекционный мононуклеоз. Хроническая инфекция, обусловленная ВЭБ (ХВЭБ) практически не исследована. Принято считать, что ХВЭБ имеет выраженные клинические проявления только на фоне тяжелой депрессии иммунной системы, например, при иммуносупрессивной терапии, синдроме приобретенного иммунодефицита. Однако в последние годы наметился рост клинических проявлений ХВЭБ у пациентов без тяжелой иммунной патологии. Несмотря на то, что настороженность врачей различного профиля в отношении ХВЭБ повысилась, своевременная диагностика с дифференцировкой стадий вирусной инфекции проводится не всегда. Это связано с тем, что клинические проявления ХВЭБ могут варьировать в зависимости от состояния иммунной системы, сочетанного вирусного инфицирования и других причин. Нет единого мнения о перечне лабораторных показателей, которые могут иметь решающее значение в алгоритме диагностики. Поэтому изучение клинико-лабораторных особенностей ХВЭБ и поиск лабораторных маркеров, имеющих диагностическую и прогностическую значимость, является актуальной задачей.

Цель исследования: выявить особенности гуморального и клеточного иммунного ответа при хронической персистирующей инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барр для совершенствования алгоритма клинико-лабораторной диагностики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 145 пациентов с ХВЭБ. Женщины составляли 57%, мужчины - 43%. При обследовании пациентов применяли клинико-anamnestический и лабораторные (общеклинический, иммунохимический, иммунологический) методы с последующим обобщением данных собственных исследований, сравнительным анализом используемых методов диагностики ВЭБ, а также статистической обработкой полученных материалов.

Результаты. Во время исследования проводилось полуколичественное определение продукции специфических Ig M и Ig G к капсидным (VCA), нуклеарным (EBNA-1) белкам ВЭБ в сыворотке пациентов с помощью

иммуноферментного анализа (ИФА). Как показали результаты обследования пациентов с ХВЭБ достоверно чаще выявлялись антитела класса G направленных к VCA и EBNA-1. У обследованных пациентов антитела к VCA выявлялись в 88%ислучаев. IgG к EBNA-1 ВЭБ выявлялись у 92% пациентов с ХИВЭБ и были наиболее часто определяемым серологическим маркером. При этом частота верификации ДНК ВЭБ у пациентов с хронической формой ВЭБ инфекции при исследовании методом ПЦР выявлялась в 75 % случаев, а в слюне, при определении этим же методом, – в 100 % случаях; у 30 % пациентов – выявлялась в ассоциации с вирусом герпеса 6 типа.

Выводы. 1. У пациентов с хронической ВЭБ-инфекцией достоверно чаще выявляются антитела класса IgG к нуклеарным EBNA-1 и капсидным белкам VCA (92% и 88% соответственно). 2. Специфический гуморальный иммунный ответ на хроническую ВЭБ-инфекцию в 71% случаев представлен VCA+EBNA-1; 12% - EBNA-1; 10% - VCA+EBNA-1+EA; 7% - VCA.

Трегуб Е.С.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В УКРАИНЕ В 2005 – 2015 Г. Г.

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель – ассистент Макарова В.И.

Корь является высоко контагиозной инфекционной болезнью, представляющей серьезную угрозу для здоровья населения за счет высокого уровня заболеваемости, смертности, возможности эпидемического распространения. Кроме того, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) у каждого пятого заболевшего корью человека развиваются тяжелые осложнения, при этом около 10 % случаев кори у людей из групп риска заканчиваются летальным исходом. Наиболее эффективным способом влияния на эпидемический процесс кори является иммунизация населения живой коревой вакциной, при этом, согласно глобальному стратегическому плану по борьбе против кори и краснухи на 2012 – 2020 г. г., необходимо достигнуть и поддерживать высокий охват (90 % и больше восприимчивого населения) двумя дозами вакцин против данных инфекционных заболеваний.

Цель исследования. Изучить проявления эпидемического процесса кори и иммунизации против кори в Украине за период 2005-2015 г. г.

Материалы и методы. По официальным данным проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости корью и охвата населения вакцинацией против кори в Украине за период 2005 – 2015 г. г.

Результаты исследования. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости корью в Украине выявил волнообразное течение эпидемического процесса кори. Так максимальное количество заболевших корью было зарегистрировано в 2006 году - 44534 случая и в 2012 году -

12744 случая, инт. показатели составили 90,7 и 27,9 на 100 тыс. населения соответственно. Наименьший уровень заболеваемости установлен в 2004 и 2009 г. г. – 146 и 24 случаев, а инт. показатели определялись на уровне 0,1 и 0,06 на 100 тыс. населения соответственно. В 2015 году показатель заболеваемости корью составил 0,24 на 100 тыс. населения. Таким образом, для эпидемического процесса кори в Украине, характерна цикличность с максимальным подъемом заболеваемости каждые 5 – 6 лет, длительность подъема 2 – 3 года.

По данным 2013 – 2015 г. г. мы проанализировали распределение заболеваемости корью в годовой динамике. При этом в 2013 году, после года максимального подъема заболеваемости, для эпидемического процесса кори была характерна осеннее – зимняя сезонность с пиком заболеваемости в октябре – ноябре. В 2014 и 2015 г. г. наибольшее количество случаев заболевания корью регистрировалось в январе – июне, причем в феврале – марте отмечалось снижение количества заболевших более чем на одну треть с последующим подъемом заболеваемости.

Также нами было проанализировано состояние иммунопрофилактики кори в Украине. С 2000 по 2008 г. г. процент охвата детей двумя дозами вакцины против кори (в 12 месяцев и в 6 лет) превышал 95. В 2009 году первую дозу вакцины получили 75 %, а вторую – 68 % детей. В 2010 г. снизился процент охвата как первой, так и второй дозой вакцины до 56,1 % и 40,6 % соответственно. С 2011 по 2013 г. г. данный показатель не превышал 79 % и 56 %. Таким образом, четко прослеживается динамика снижения охвата восприимчивого населения плановой вакцинацией против кори, что может быть связано как с социально – экономической ситуацией в Украине, так и отказами от вакцинации части населения.

Выводы. Таким образом, ретроспективный эпидемиологический анализ установил, что эпидемический процесс кори в Украине характеризуется периодичностью с максимальным подъемом заболеваемости каждые 5-6 лет, длительность подъема 2 – 3 года. Анализ сезонного распределения заболеваемости выявил увеличение регистрации случаев кори в зимнее – весенний период. Также было установлено снижение охвата плановой вакцинации против кори (как первой, так и второй дозой коревой вакцины) восприимчивого населения.

Фоміна Л.В.

СТАН ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра дерматології, венерології і СНІДу, м.Харків, Україна

Науковий керівник проф. Дащук А.М.

Вступ. Серед алергодерматозів одним з найпоширеніших є екзема, яка зустрічається в 10-40% всіх випадків гострих і хронічних уражень шкірних покривів. В останні роки велику роль у патогенезі екземи, як й інших алергічних захворювань, надають сенсibiliзації до різних інфекційних і неінфекційних алергенів, імунологічним порушенням, в першу чергу, з боку

клітинної та гуморальної ланок імунітету. Дані ж літератури щодо вираженості змін того чи іншого відділів імунної системи суперечливі

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.

Висновки. 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 дисгамаглобулінемію, 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).

Фундовная Е.В., Сухорукова М.Ф.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ДЛЯ УКРАИНЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра эпидемиологии, Харьков, Украина

Научные руководители – профессор Т.А. Чумаченко,

ассистент В.И.Макарова

Иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ, или болезнь Лайма) занимают в мире одно из ведущих мест среди природно-очаговых инфекций по широте распространения и уровню заболеваемости, представляя значительную опасность для здоровья населения. Вследствие формирования хронического течения, заболевание чаще приводит к длительной неработоспособности и инвалидизации. В Украине случаи ИКБ регистрируются с 1989 года.

Цель исследования. Изучить количественные и качественные проявления эпидемического процесса ИКБ в Украине за период 2011 – 2016 г.г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИКБв Украине за 2011 - 2016 (по апрель) годы на основании официальных статистических данных.

Результаты исследования. Проведенный анализ заболеваемости ИКБ выявил ежегодный прирост количества случаев данной инфекции. Так, в 2011 г. в Украине было зарегистрировано 1597 случаев Лайм-боррелиоза, в 2012 г. - 1646 случая; в 2013 г. - 1932 случая. В 2014 г. отмечалось снижение количества заболевших болезнью Лайма на 15 %, при этом данная патология была установлена у 1686 человек. В 2015 г. отмечался рост заболеваемости в 2,2 раза против предыдущего года, количество зарегистрированных случаев составило 3413 случая ИКБ. Динамика эпидемического процесса ИКБ характеризовалась тенденцией к росту интенсивности, показатель на 100 тыс. населения вырос в 2,3 раз с 3,44 в 2011 г. до 7,96 в 2015 г. В 2013 г. показатель заболеваемости вырос до 4,25 на 100 тыс. населения, в 2014 г. показатель снизился по сравнению с 2013 г. на 11,3 % (3,77 против 4,25 на 100 тыс. населения). За период январь – июль 2016 г. в Украине зарегистрировано 1444 случая болезни Лайма, интенсивный показатель составил 3,38 на 100 тыс. населения, что на 7,2 % ниже показателя (3,63) за аналогичный период 2015 г..

Ежегодный прирост заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом объясняется возможностью укусов клещей не только в природных очагах, но и формированием стойких антропоургических очагов (в первую очередь в парковых зонах городов), а также интенсификацией городским населением садовых и огородных работ, развитием туризма. Кроме этого, следует отметить рост настороженности людей, покусанных клещами, увеличение обращаемости пострадавших за медицинской помощью, что приводит к улучшению регистрации случаев. Сезон зимы-весны 2014-2015 гг. отличался необычным температурным режимом, что привело к отсутствию перерыва в активности иксодовых клещей в этот период. На Полесье отмечались укусы людей клещами зимой 2014-2015 гг.

При изучении годовой динамики заболеваемости ИКБ, была установлена весеннее – летне-осенняя сезонность с пиком заболеваемости с мая по октябрь в 2014 г., и с мая по ноябрь в 2015 г., что объясняется активностью специфических переносчиков в данное время года.

Соотношение больных среди городского и сельского населения составило 86,7 % (10,4 на 100 тыс. населения и 13,24 % (3,37) соответственно, однако горожане заражались преимущественно при посещении рекреационных зон и при работе на приусадебных участках.

Выводы. Эпидемический процесс иксодового клещевого боррелиоза в Украине характеризуется тенденцией к увеличению уровня заболеваемости, с выраженной весене–летне-осенней сезонностью с пиком в мае – ноябре.

Дальнейшее ухудшение эпидемической ситуации по ИКБ в Украине, как и во всем мире, требует совершенствования эпидемиологического надзора с определением основных тенденций и закономерностей эпидемического процесса, групп и территорий риска.

**Христенко Н.Є., Тихонова О.О., Ложко Н.В., Доспєхова М.А.,
Гасанова А.І.**

**ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ СЕЧОВИНИ В
СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С**

Харківський національний медичний університет,

Кафедра інфекційних хвороб, м. Харків, Україна

Науковий керівник – доцент Г.О. Соломенник

Сечовина – діамід карбонатної кислоти, який утворюється в печінці в результаті знешкодження аміаку й екскретується з організму нирками. При патологічних процесах зсув рівня сечовини у сироватці крові залежить від співвідношення процесів її утворення та виведення (Склярів О.Я., 2007). Тому є підстави вважати, що коливання її вмісту у сироватці крові за умови відсутності патології нирок певним чином може відбивати стан морфологічних змін у печінці хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Мета дослідження – оцінити вміст сечовини у сироватці крові хворих на ХГС залежно від ступеня його активності та стадії фіброзу печінки.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 11 хворих на ХГС, серед яких чоловіків було 8 (73 %), жінок – 3 (27 %). Середній вік пацієнтів склав $36,51 \pm 2,45$ років. Діагноз підтверджували шляхом виявлення у сироватці крові антитіл до HCV методом ІФА та РНК-HCV методом ПЛР.

Усім хворим визначали вміст сечовини у сироватці крові, ступень активності гепатиту та стадію фіброзу за системою FibroMax. Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Статистичну обробку отриманих даних проводили методами варіаційної статистики з використанням критерію t Стьюдента, коефіцієнту кореляції r для малих вибірок.

Результати. Вміст сечовини у сироватці крові хворих на ХГС не відрізнявся від контрольних значень ($4,54 \pm 0,36$ ммоль/л та $5,04 \pm 0,46$ ммоль/л відповідно; $p > 0,05$). Слабку ступінь активності (A1) діагностовано у 8 (73 %), помірну (A2) – у 3 (27 %) пацієнтів. Стадію фіброзу F0 встановлено в 1 (9,0 %), F1 – в 4 (36,4 %), F2 – в 4 (36,4 %), F3 – в 2 (18,2 %) хворих.

Проведення кореляційного аналізу виявило наявність помірного зворотного зв'язку між вмістом у сироватці крові сечовини та стадією фіброзу ($r = -0,71$; $p < 0,05$). Будь-якої залежності між вмістом сечовини у сироватці крові досліджених хворих та ступенем активності ХГС не встановлено ($r = -0,39$; $p > 0,05$).

Висновки. Вміст сечовини у сироватці крові хворих на ХГС має тенденцію до збільшення, але достовірно не відрізняється від показника у контрольній групі ($p > 0,05$). Разом із тим, цей показник може бути використаний в якості додаткового критерію оцінки морфологічних змін, а саме фіброзу печінки у хворих на ХГС.

Чопорова О.І., Андалеева Т.
СТРУКТУРА ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ
РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016
РОКУ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра фтизіатрії та пульмонології, м.Харків, Україна

Проведення повноцінної хіміотерапії, особливо при використанні стандартних та індивідуальних курсів хіміотерапії, може обмежуватися розвитком побічних реакцій (ПР), які виникають переважно у перші тижні інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії (АМБТ). Більшість протитуберкульозних препаратів I ряду забезпечують бактерицидну дію у відношенні до мікобактерій туберкульозу, тому виключення цих препаратів або одного з них із режиму хіміотерапії через ПР — це велика втрата для ефективного лікування. Своєчасне подання повідомлень про виникнення побічної реакції на АМБТ та перегляд структури ПР є необхідним для планування закупівель засобів адекватної патогенетичної корекції.

Мета: проаналізувати структуру побічних реакцій хворих на туберкульоз легень за 6 місяців 2016 року, які виникли у пацієнтів Харківського обласного протитуберкульозного диспансеру №1 (ХОПТД№1).

Матеріали та методи. Проведена оцінка перебігу лікування хворих на туберкульоз в інтенсивну фазу шляхом обробки даних історій хвороби за перше півріччя 2016 року.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що більшість побічних реакцій були зареєстровані у перші 1,5-2 місяці лікування хворих. ПР з порушенням функції шлунково-кишкового тракту становило 41%, неврологічні розлади -14%, ураження шкіри та її похідних – 13%, частота інших ПР не перевищувала 7%. Четвірку найбільш токсичних препаратів склали піразінамід (30% випадків ПР), етіонамід (13%) та протіонамід (9%), циклосерін (7% випадків). Відносно більше серйозних ПР, ніж несерйозних ПР виникало на застосування циклосерину (у 2,6 рази, $p \leq 0,05$), рифампіцину (1,4 рази), капреоміцину (у 1,5 рази). Рівень побічних реакцій, які виникли у хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) за 6 місяців 2016 року становило 22%, що на 7,3 рази ($p \leq 0,05$) перевищило частоту ПР у хворих на чутливий ТБ. Співвідношення частоти виникнення ПР у хворих на ТБ/ХРТБ мало однакові гендерні риси: у жінок ПР була у 1,5 рази більше, ніж у чоловіків. Найчастіше ПР у хворих на ХРТБ виникали у віці 18-24 років (23%), з 55-64 років спостерігалось зростання частоти побічних реакцій з 22 до 31%, тоді як у хворих на чутливий туберкульоз зміна частоти ПР була суттєво менш варіабельною.

Висновок. Виникнення побічних реакцій на хіміотерапію продовжує становити загрозу зниженню комплаєнсу та ефективності лікування хворих на туберкульоз. Найбільш часто ПР виникають у хворих на ХРТБ. Для зменшення частоти виникнення побічних реакцій під час проведення хіміотерапії необхідне своєчасне подання повідомлень до Державного

експертного центру реєстрації побічних реакцій, своєчасне виявлення негативних наслідків застосування протитуберкульозних препаратів та організація центральних закупівель патогенетичного лікування згідно зі структурою побічних реакцій, які становлять найбільшу загрозу життю пацієнта.

НЕЙРОНАУКИ

Nekrasova N., Maysoon Mohammed
CLINICO-PATHOGENETIC VARIANTS OF VERTIGO
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
Neurology Department № 2,
Scientific Supervisor: Professor Tovazhnyanska O.

Vertigo is sense of rotation appears when there is pathology in balance system of the skull (vestibular apparatus within the inner ear, vestibular nerve, brainstem and cerebellum, temporal lobe of the brain) this rotatory sensation is either felt to be a rotating surrounding while the body appears to be stable or vice versa when the body appears to rotate in a stable surrounding.

This sensation is aggravated by head movements due to present pathology and persist in all positions: standing, sitting or supine unlike other types of dizziness that can be relieved by changing position.

It is usually associated with autonomic manifestations in the form of nausea, vomiting, pallor and bradycardia.

Vertigo should be differentiated from dizziness, giddiness and light headedness where the unsteadiness is not associated with sense of rotation.

Causes:

1. labyrinthine: a) physiological: Mal de débarquement. b) pathological: labyrinthitis, Meniere's disease, Otosclerosis, Autoimmune inner ear disease.

2. peripheral nerve: Cerebellopontine angle lesion as acoustic neuroma, Vestibular neuritis.

3. brainstem and cerebellum: Vertebro-basilar insufficiency, Disseminated sclerosis, Encephalitis.

4. cerebral: Increased intracranial tension, Temporal lobe epilepsy, vestibular, vestibular migraine.

5. psychogenic: phobic postural vertigo.

6. benign paroxysmal positional vertigo.

Абузова Ю.М.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
СУМАТРИПТАНА И НАПРОКСЕНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г.Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лещенко К.А.

Актуальность: Мигрень – распространенное во всем мире заболевание, которое является социально значимым. Она оказывает негативное влияние на качество жизни людей во всем мире, характеризуется тяжелыми пароксизмальными проявлениями, имеет хоть и редкие, но опасные для жизни осложнения, чаще отмечается у лиц молодого и среднего возраста, существенно влияя на их трудоспособность.

Цель: сравнительный анализ эффективности применения Суматриптана и Напроксена для купирования приступов мигрени.

Материалы и методы: Работа выполнена на базе неврологического отделения харьковской КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» Группу исследования составили 14 пациентов с диагнозом «мигрень простая форма» в возрасте от 18 до 35 лет. Основным клинический диагноз был установлен на основании комплексного клинико-инструментального обследования.

Все пациенты были разделены на две однородные по возрасту и полу клинические группы по 7 человек. Пациентам обеих групп проводилось комплексное лечение, включающее: венотоники, блокаторы кальциевых каналов, антидепрессанты, витамины группы В, физиотерапевтическое воздействие. Непосредственно для купирования мигренозных пароксизмов в первой группе применяли Напроксен, производства ЕМО-ФАРМ ООО (Польша), являющийся представителем группы нестероидных противовоспалительных препаратов в дозировке 500 мг, во второй- Суматриптан, производства ОАО «Киевмедпрепарат», являющийся специфическим селективным агонистом серотониновых 5HT₁- рецепторов стенки кровеносных сосудов головного мозга, в дозе 50мг.

Результаты исследования: В нашем исследования было показано, что терапевтический эффект Суматриптана достигался у всех пациентов второй группы в первые 30 минут после приема препарата, был достаточно стойким и сопровождался минимальными побочными явлениями. Только у одной пациентки возникло кратковременное чувство похолодания в дистальных отделах конечностей и преходящее чувство стягивания в области грудной клетки. Антимигренозный эффект Напроксена у первой клинической группы наступал значительно позже, и в 30% случаев был недостаточным и требовал повторного приема препарата. Кроме того в процессе лечения Напроксеном у двух пациентов первой группы отмечалось обострение хронического гастрита, проявившегося в виде симптомов тошноты, рвоты и боли в эпигастрии.

Выводы: Полученные в результате исследования данные позволили подтвердить эффективность Суматриптана, как препарата выбора для купирования мигренозных пароксизмов и рекомендовать его для широкого применения в клинической практике.

Агамирьян Л.В.

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Куфтерина Н.С.

Актуальность: Расстройства когнитивных функций на сегодняшний день – актуальная медико-социальная проблема современного общества, связанная со стремительной урбанизацией всего мира. Основным причинным фактором развития когнитивных расстройств является инсульт — наиболее частая форма острой цереброваскулярной патологии. Так как качество жизни

пациентов перенесших инсульт прямо пропорционально развившимся постинсультным осложнениям – 50% которых составляют когнитивные расстройства, то именно они определяют степень инвалидизации и ухудшают эффективность реабилитации больных.

Цель: Выявление особенностей когнитивных расстройств у постинсультных больных с разной локализацией очага поражения.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие больные с последствиями ишемического инсульта, являющиеся пациентами неврологического отделения Харьковской больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора Мещанинова. А именно: 30 больных в возрасте от 44 до 72 лет, из них 18 женщин, 12 мужчин. С левополушарной локализацией очага поражения было исследовано 19 человек, с правополушарной – 11. Наличие очага поражения было подтверждено клиническим и нейровизуальным исследованиями. В исследование не включались пациенты с сопутствующим эпилептическим синдромом, выраженными когнитивными нарушениями, препятствующими проведению исследования. Когнитивные функции постинсультных больных оценивались с помощью классических методов исследования. Исследование внимания: таблицы Шульте, корректурная проба. Исследование памяти: методика А.Р. Лурия на запоминание 10 слов в четырех повторениях, методика Джекобсона на запоминание цифр. Так же одним из методов исследования когнитивных функций была выбрана Монреальская шкала, которая состояла из: заданий на зрительно-конструктивные навыки, память, внимание, речь, абстрактное мышление и ориентацию.

Результаты: По результатам сравнительного анализа когнитивных функций у левополушарных и правополушарных больных, было выявлено: снижение устойчивости и распределения внимания, у пациентов с очагом поражения в правом полушарии, что подтверждает несколько большее количество ошибок в корректурной пробе, чем у больных с очагом в левом полушарии, но в то же время у «правополушарных» больных достаточно стабильные показатели выполнения задания в трех пробах Шульте. Сходные достижения наблюдаются так же при запоминании слов и цифр, повторении фраз. Задания на зрительно-конструктивные навыки не выполняли левополушарные больные в связи с гемипарезом, так как им было бы гораздо сложнее изобразить куб и циферблат часов. Правополушарным больным эти задания дались с трудом, что свидетельствует о нарушениях у них зрительно-пространственных функций в связи, с чем на выполнение заданий уходило большее количество времени, нередко они работали с подсказкой исследователя. Исходя из результатов исследования когнитивных функций по Монреальской шкале, можно отметить, что за задания на серийное вычитание, речь, абстракцию меньшее количество баллов получили «левополушарные» больные.

Выводы: Полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о различиях нарушений когнитивных функций у больных с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения,

требующих применения различных методик коррекции когнитивных расстройств.

Бережной Г.Г.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Ескин А.Р.**

Актуальность. Актуальность исследования определяется значительной распространенностью цереброваскулярной патологии, прежде всего за счет ишемического инсульта, как в Украине, так и за ее пределами. Одной из основ развития этого состояния являются морфологические изменения сосудистого русла атеросклеротического генеза, с привлечением магистральных сосудов и реализацию микроангиопатии, осуществляемой на метаболическом уровне. Исходя из этого, патогенетическим почвой проведения любых лечебных мероприятий является диагностика нарушений анатомического и функционального компонента цереброваскулярного резерва.

Цель. Целью настоящей работы является изучение гемодинамических изменений у больных с состоянием после ишемического инсульта.

Материалы и методы. Было обследовано 73 больных, перенесших церебральный ишемический инсульт: 20 больных с давностью инсульта 3-6 месяцев, 26 больных - от 6 месяцев до 1 года, и 37-от 1 до 3-х лет. Ультразвуковая доплерография выполнялась на аппарате «Sonodop - 8000».

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствовал о наличии асимметрии линейного кровотока у 93% больных 1 группы, 78% 2 и 81% 3 группы. В 69% больных доплерографичного картина совпадала со степенью тяжести больных и уровнем восстановления двигательной сферы. В 31% больных имели место гемодинамически незначительные изменения, что может свидетельствовать о наличии порока компенсаторных механизмов, ускоряющих перераспределение кровотока, или увеличение затрат функциональных источников компенсации, что, вероятно, вызвало сосудистую катастрофу.

Бойчук В.В.

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГОПАНТЕНОВОЇ КИСЛОТИ

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра неврології №1, Харків, Україна
Науковий керівник: к. мед. н., доц. Різниченко О.К.**

Гопантеніова кислота(кальцію гопантенат) – це кальцієва сіль видозміненої молекули вітаміну В₅, що включає залишок гамма-аміномасляної кислоти(ГАМК), який замінює фрагмент – бета-аланіну.

Гопантенова кислота(ГПК) є природнім метаболітом ГАМК в нервових клітинах, яка була вперше синтезована в Японії на початку 1950-х років.

Метою нашого дослідження було проаналізувати науково-практичну літературу, щодо ефективності гопантенової кислоти, як природного метаболіту ГАМК.

Гамма-аміномасляна кислота – це сполука амінокислотної природи і є найважливішим гальмівним нейромедіатором центральної нервової системи.

ГАМК зменшує активність нейронів і запобігає перезбудженню нервових клітин, завдяки чому його використовують в комплексному лікуванні епілепсії та інших захворювань. Однак виникли труднощі використання ГАМК в якості лікарського засобу, тому що він не проникає через гемато-енцефалічний бар'єр. Рішення цієї проблеми знайшлося після відкриття гопантенової кислоти, що містить ГАМК в якості фрагмента.

Завдяки наявності в молекулі ГПК пантильного радикалу препарат проникає через гемато-енцефалічний бар'єр. Також характерною ознакою цього препарату є специфічне накопичення в ключових ділянках мозку, які забезпечують реалізацію когнітивних процесів(переважно кора і гіпокамп) і відсутність природних метаболітів. Ще один важливий механізм дії ГПК з точки зору її когнітивних ефектів є активація синтезу ацетилхоліну, що регулюється в тому числі через ГАМК-ергічні інтернейрони.

Особливої уваги заслуговує поява на фармацевтичному ринку України першого вітчизняного препарату ГПК – КОГНУМ.

На даний час препарати ГПК досить широко застосовується в неврологічній практиці.

Висновок. На основі проведення нами аналізу можна зробити висновок, що ГПК є важливим ноотропним препаратом, який здійснює нейропротекторний ефект на клітини головного мозку.

Борошпольцев А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ МИГРЕНИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г.Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Гемикрания (мигрень) занимает значительное место в масштабной и разнообразной проблеме наследственной и вегето-сосудистой патологии. У пациентов, страдающих мигренью, ключевым выступает синдром вегето-сосудистой дистонии. Учитывая это, целью нашего исследования стало изучение этого синдрома со стороны исследования вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и обеспечения деятельности.

Мы обследовали 63 молодых человека возрастом от 18 до 35 лет с разными формами мигрени, проходившими обследование на кафедре неврологии № 1. Была изучена контрольная группа из 20 относительно здоровых людей. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) в период “относительного покоя” мы определяли путем оценки вегетативного тонуса,

характеризующийся состоянием сердечно-сосудистой системы, вегетативной реактивности, характерной реакции в ответ на внешние и внутренние раздражители, изучения вегетативной деятельности при помощи проб положения и умственной нагрузки. Для расчетов были применены общепринятые формулы для оценки полученных результатов.

В результате нашего исследования мы получили такие выводы: 1) при изучении состояния ВНС молодых лиц с начальными формами мигрени в межприступном периоде отмечается парасимпатический уклон при оценке вегетативного тонуса. 2) в подавляющем большинстве случаев (47,6%) вегетативная реактивность в пределах нормы, в 28,5% случаев выявляется склонность к повышению (парасимпатикотония). 3) в 72% случаев вегетативное обеспечение деятельности не отклоняется от нормальных возрастных цифр, в 19% случаев сохраняется тенденция к повышению.

Веснин А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКОКРАНИОАЛГИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лещенко К.А.

Вторым по распространенности болевым синдромом после болей в нижней части спины у человека является боль в шейном отделе позвоночника, а также связанные с ней цефалгией. Периодически цервикокраниалгию испытывают почти 70% людей. В 15-20% случаях хроническая головная боль является вертебродгенной. Она обусловлена биомеханическим и функциональным нарушением шейного отдела позвоночника. Обычно страдают люди, у которых профессия связана с работой за компьютером, длительным вынужденным положением головы и шеи (электрики, маляры, штукатуры). Большинство пациентов составляют лица активного трудоспособного возраста, что обуславливает актуальность проблемы.

Цель исследования: показать эффективность некоторых немедикаментозных методов лечения в комплексной терапии больных с данной патологией.

Работа проводилась на базе неврологического отделения областной клинической больницы – ЦЭМП и МК. Обследовано 12 пациентов с вертебродгенной головной болью, обусловленной шейным остеохондрозом. Из них 6 мужчин и 6 женщин в возрасте 25-40 лет. Диагноз основного заболевания «Вертебродгенная цервикокраниалгия» был подтвержден комплексным клинико-инструментальным обследованием. Все больные были разделены на две клинические группы, однотипные по полу и возрасту.

Первую группу представляли 6 больных (3 мужчины и 3 женщины), которым проводилось традиционное медикаментозное лечение, включающее в себя нестероидные противовоспалительные препараты (Диклофенак

натрия), миорелаксанти (Сирдалуд), вітаміни групи «В» в рекомендованих терапевтичних дозировках в комплексі з традиційними методами фізіотерапевтичного впливу: діадинамічні токи, застигаючі аплікації озокериту на шийний відділ. Друга група була також представлена 6 пацієнтами. Хворі, отримавши аналогічну медикаментозну терапію, в поєднанні корекцією осанки, масажем, постізометричної релаксацією, «м'якої» мануальної терапією.

В результаті дослідження у пацієнтів другої групи позитивний ефект в вигляді зменшення частоти і інтенсивності цефалгічного синдрому досягався значно швидше і носив більш стійкий характер, ніж у хворих першої групи.

Висновки. Таким чином, включення в комплексне лікування вертеброгенної цервікокраніалгії додаткових немедикаментозних методів впливу є ефективним і може бути рекомендовано к більш широкому впровадженню в клінічну практику.

Галашко К.Ю.

ВПЛИВ НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН НЕЙРОАМІНОКИСЛОТ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра уеврології №1, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Єскін Р.О.

Актуальність. Гіпертонічна енцефалопатія (ГЕ) є важливою медичною та соціальною проблемою як в Україні, так і за кордоном, у зв'язку із значною розповсюдженістю та тяжкими наслідками захворювання. Для лікування проявів хвороби недостатньо лише контролювати рівень артеріального тиску. Кожному пацієнту необхідно проводити терапію, спрямовану на покращення мозкового кровообігу та метаболічної функції нервової тканини.

Мета. Вивчення динаміки нейроамінокислот під впливом терапії пірацетамом і гліциседом у хворих на ГЕ.

У якості матеріалів дослідження, були використані результати метаболічної терапії 64 пацієнтів, хворих на ГЕ II ступеня. Ці результати поділені на 2 групи. Перша група - 31 пацієнт, які протягом місяця отримували препарат пірацетам перорально 0,4 г тричі на день. Друга група – 33 пацієнти, які отримували препарат гліцисед у дозі 0,1 г три рази на добу протягом місяця.

Суб'єктивні прояви хвороби та неврологічний статус перевірялись впродовж лікування. Методом спектрофлуориметрії було досліджено рівень нейромедіаторних амінокислот у плазмі крові до та після лікування.

Результати дослідження показали, що пірацетам призводить до підвищення збуджуючих амінокислот (глутамат в 1,09 раз, $p < 0,01$), гліцисед провокує зростання гальмівних амінокислот (гліцин в 1,02 раз, $p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, на основі отриманих результатів можна зробити висновки про те, що необхідно враховувати вплив препаратів на метаболізм нейроамінокислот в залежності від наявності астенічного синдрому, пароксизмальних станів, атактичного синдрому.

Галкина Е.А., Николаенко А.А.
ОЦЕНКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ
СКЛЕРОЗОМ ПО ШКАЛЕ EDSS

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.

Цель: проанализировать состояние больных рассеянным склерозом (РС) по шкале EDSS (основывается на функциональности семи систем организма: зрительной, стволовой, пирамидной, мозжечковой, сенсорной, когнитивной, мочевыделительной).

Методика: больная М., 35 лет, проживающая в г. Валки Харьковской области, поступила в ХОКБ для стационарного лечения с жалобами на периодические боли в нижних конечностях, ощущение тяжести и утомляемости при ходьбе, шаткость походки, преходящие нарушения остроты зрения в виде нечеткости изображения, появления «сетки» перед глазами и императивные позывы к мочеиспусканию. Считает себя больной на протяжении 5 лет. При объективном осмотре выявлена мышечная гипотрофия, снижение болевой чувствительности и парестезии в дистальных отделах нижних конечностей, повышение тонуса мышц по спастическому типу, высокие коленные и ахилловые рефлексы, выпадение брюшных рефлексов с обеих сторон, патологические стопные знаки Бабинского, Бехтерева, Россолимо. При проведении пальценосовой пробы-больная промахивается, а при пяточноколенной-пятка соскальзывает с гребня большеберцовой кости. Также наблюдается изменение почерка по типу макрографии.

Результат: на основании жалоб, неврологического статуса и функционального состояния больной-степень инвалидизации 4,0 (получение лечения в амбулаторных условиях, активная жизнь в течение дня, способность самостоятельно передвигаться- 500 метров).

Гопко А.А.
САМООЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О.А.

Стремительные изменения, произошедшие за последние годы в жизни общества, оказывают прямое влияние на особенности психического напряжения, эмоционального состояния и общего самочувствия. В связи с этим проведено исследование самооценки психоэмоционального состояния

студентов с помощью опросника САН (С – самочувствие, А – активность, Н – настроение). Методика разработана В.А. Доскиным, Н.А. Лаврентьевой и М.П. Мирошниковым в 1973 году. Опросник САН направлен на исследование психоэмоционального состояния. При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния – самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками. Опросник состоит из 30 пар слов, являющихся полярными характеристиками (10 пар слов для каждой категории). На бланке обследования между полярными характеристиками располагается рейтинговая шкала. Обследуемому предлагают соотнести свое состояние с определенной оценкой на шкале. Количественный результат представляет собой сумму первичных баллов по отдельным категориям. Оценки, превышающие 40 баллов, говорят о благоприятном состоянии студента. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 50-55 баллов. При оценке результатов высчитывались баллы для каждого показателя в отдельности, и их средний балл. Для анализа функционального состояния используют не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия примерно равны. По мере нарастания усталости соотношения между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

В нашем исследовании принимали участие 30 здоровых студентов 4 курса ХНМУ, возраст студентов составил от 19 до 22 лет.

Результат исследования среднего балла параметра самочувствия у студентов составил 39.6, что говорит о неблагоприятном состоянии самочувствия. Благоприятное состояние самочувствия, с баллами 40 и более имели 8 (26.6%), нормальные оценки состояния с баллами 50-55 имели 7(23.3%) . При анализе параметра активности получили следующее: средний балл 30, что свидетельствует о неблагоприятном состоянии активности. Благоприятные оценки состояния получили у 6 (20%), и нормальные показатели активности имели у 1 (3.3%). По результатам оценки параметра настроения, средний балл был равен 39.8, что показывает о неблагоприятном состоянии настроения. При этом благоприятные показатели имели 13 (43.3%), нормальные показатели активности имели 6 (20%).

Учитывая результаты исследования, можно сделать выводы, что свое самочувствие 50% студентов оценили как нормальное, т. е. их показатели были больше 40, и как благоприятное, с показателями больше 50 баллов. 23% студентов оценили свою активность как благоприятную и нормальную. Настроение 63% студентов находится на нормальном и благоприятном уровне, их баллы больше 40 и 50.

При анализе функционального состояния важны не только значения его отдельных показателей, но и их соотношение. В проведенном исследовании самооценка активности студентов находилась на самом низком уровне в сравнении с самооценкой самочувствия и настроения. Это соотношение в

дальнейшем влечет за собой снижение остальных показателей, как настроение и самочувствие.

Студентам рекомендуется пересмотреть свой график труда и отдыха, и акцентировать внимание на повышение физической активности.

Дроворуб В.О.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ
СКЛЕРОЗЕ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее воспалительное демиелинизирующее аутоиммунное заболевание ЦНС, которое характеризуется поражением миелиновой оболочки нервных волокон и аксональными повреждениями ЦНС различной степени.

По данным различных клинических исследований когнитивная дисфункция составляет от 18 до 92%, независимо от длительности заболевания и органического дефицита, что объясняется топографической особенностью расположения очагов. Кроме этого, когнитивный дефицит изменяется во времени, может ухудшаться на фоне обострения или депрессии и восстанавливаться при стабилизации состояния.

Целью исследования явилось изучение степени когнитивной дисфункции у больных рассеянным склерозом.

Было проведено обследование 9 пациентов (7 женщин и 2 мужчин) с диагнозом РС. Больные находились на стационарном лечении в неврологическом отделении Харьковской областной клинической больницы. Возраст больных варьировал от 25 до 38 лет. Суммарная оценка неврологического дефицита проводилась по расширенной шкале оценки степени инвалидизации EDSS (Expanded Disability Status Scale), при рассеянном склерозе данная шкала базируется на оценке восьми функциональных систем организма: пирамидной, зрительной, мозжечковой, ствола головного мозга, сенсорных отделов мозга, тазовых органов и мышления. Тяжесть состояния обследуемых колебалась от 2 до 5 баллов. Стаж заболевания составляет от 3 до 15 лет.

Для оценки когнитивного статуса использовалась краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Mini Mental Status Exam), где можно было оценить ориентировку во времени и пространстве, кратковременную и долговременную память, внимание, оптико-пространственную функцию, чтение, счет и письмо.

Общая оценка когнитивных функций показала, что когнитивные нарушения отмечались у 7 обследованных нами пациентов (77,8%). Из них у 3 – легкая степень когнитивных нарушений, у 4 – умеренные когнитивные нарушения по шкале MMSE. При этом установлено, что у пациентов с легкой степенью когнитивных нарушений стаж заболевания не превышает 5 лет.

В данном исследовании установлено, что дефицит когнитивных функций у больных РС представлен разнообразными симптомами, которые отражают вовлечение различных отделов головного мозга. В ходе обследования больных были выявлены такие когнитивные нарушения, как увеличение времени выполнения интеллектуально-мнестического задания, снижение скорости, быстрая истощаемость, нарушения процессов запоминания.

Вывод. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что когнитивные нарушения являются характерным симптомом при РС и могут выявляться уже на ранней стадии заболевания, а степень их тяжести зависит от стажа заболевания, что имеет важное практическое значение для разработки терапевтических мероприятий у больных РС.

Жучкова Ю.И., Тригуб Ю.В.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н. Зеленская Е.А.

Актуальность. Шизофрения является причиной 39,9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. Столь высокий уровень инвалидизации в настоящее время можно рассматривать как прямое следствие недостатков в области вторичной и третичной профилактики. Шизофрения - психическое заболевание, для которого характерны расстройства ряда когнитивных процессов, таких как восприятие, внимание, мышление, речь, память, интеллект. По данным ВОЗ у 1 % населения наблюдается шизофрения. Прогнозировать течение шизофрении у каждого конкретного человека – задача сложная, но крайне важная. Правильный прогноз заболевания означает верный выбор лечения и, следовательно, улучшает качество жизни больного шизофренией.

Оценка качества жизни дает врачу наиболее полную картину как субъективной удовлетворенности человеком в жизни, так и целостную картину эффективности лечения и реабилитации. Психическое здоровье теснейшим образом связано с качеством жизни, поскольку в восприятии и оценке степени удовлетворенности основными аспектами своей жизни принимают участие все главные составляющие психической сферы человека: когнитивная, эмоциональная, мотивационная и сфера самосознания, которые реализуются в поведенческой сфере.

Изучение социального функционирования и качества жизни может улучшить выявление психических расстройств на ранних этапах их формирования и определение групп риска по возникновению психической патологии среди лиц с не выявленными ранее психическими расстройствами, что важно для профилактики психических заболеваний.

Цель: определить качество жизни пациентов страдающих параноидной формой шизофрении.

Материалы исследования: было обследовано 24 пациентки женского пола, находившихся на стационарном лечении в 1 отделении Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3. У всех больных был установлен диагноз шизофрении, параноидная форма (F20.0). Возраст пациенток при обследовании составил 21 - 43 года. Средняя продолжительность заболевания к моменту обследования – 4,2 года. Диагноз выставлялся на основании клинико-психопатологического, психодиагностических методов. Группу сравнения составили 20 здоровых людей. Все обследуемые прошли тест качества жизни **SF-36 (The Short Form-36)**.

Результаты исследования: по шкале **SF-36**, были получены следующие данные: физическое функционирование (PF) – $83,4 \pm 3,9$; ролевое функционирование (RP) – $89,7 \pm 5,2$; Боль (P) – $88,3 \pm 4,7$; общее здоровье (GH) – $87,1 \pm 3,7$; физический компонент КЖ – $88,9 \pm 5,2$; жизнеспособность (VT) – $40,1 \pm 5,8$; социальное функционирование (SF) – $28,3 \pm 3,7$; эмоциональное функционирование (RE) – $39,8 \pm 4,1$; психическое здоровье (MH) – $41,5 \pm 3,9$; психический компонент КЖ – $40,2 \pm 4,8$.

В группе сравнения были получены следующие показатели: физическое функционирование (PF) – $89,1 \pm 2,9$; ролевое функционирование (RP) – $91,1 \pm 2,9$; Боль (P) – $86,1 \pm 2,4$; общее здоровье (GH) – $89,3 \pm 2,6$; физический компонент КЖ – $90,2 \pm 6,2$; жизнеспособность (VT) – $49,3 \pm 3,5$; социальное функционирование (SF) – $39,2 \pm 4,7$; эмоциональное функционирование (RE) – $47,1 \pm 3,2$; психическое здоровье (MH) – $49,3 \pm 2,9$; психический компонент КЖ – $49,4 \pm 3,7$.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о том, что показатели социального функционирования, эмоционального функционирования, психического здоровья и психический компонент качества жизни снижены у пациентов с шизофренией. А эти составляющие отвечают за социальную реинтеграцию пациента в общество. Таким образом, необходимо уделять значительное внимание повышению качества жизни у пациентов с шизофренией и проводить работу, направленную на социальную реабилитацию пациентов.

Запара И.А.

САМООЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: доц., к.мед.н. Тесленко О.А.

Цель исследования – оценка психоэмоциональной реакции на нагрузку, выделение индивидуальных особенностей психофизиологических функций у студентов ХНМУ.

Материалы и методы. Для исследования применяли шкалу «САН», которая была разработана В.А. Доскиным, Н.А. Леврентьевой, В.Б. Шарай и М.П. Мирошниковым в 1973 году. В обследование были включены 30 здоровых студентов первого курса, возрастом 17-18 лет. Им было предложено самостоятельно заполнить анкету, которая состояла из 30 пар слов с противоположными значениями и расположенными между ними индексами. Заполняя анкету, студенты соотносили свое состояние с индексами анкеты. При обработке результатов индексы перекодировались в баллы от 1 до 7, где за 1 балл принимается индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению; а за 7 баллов – соответственно индекс 3 с противоположной стороны шкалы, между ними промежуточные значения. Результаты исследования представлены суммой баллов по каждой категории. Минимальное количество баллов 10, максимальное — 40. Результат ниже 40 баллов оценивали как неблагоприятное состояние показателя, а превышающий 40 баллов оценивали как благоприятное состояние. Нормальные оценки показателей шкалы «САН» лежат в диапазоне 50 – 55 баллов. Этот уровень свидетельствует о продуктивной деятельности обследуемого.

При оценке результатов показателей шкалы «САН» было установлено, что среднестатистический показатель «самочувствие» студентов-первокурсников равен 50,8 баллов, «активность» – 43,2, а показатель «настроение» – 54,0. Это свидетельствует о благоприятном психоэмоциональном состоянии большинства студентов. Больше 50 баллов по показателю «самочувствие» среди обследованных было выявлено у 66,6 % (20 человек). Показатели, превышающие 40 баллов выявлены у 23,3% (7 человек). Остальные 10% (3 человека) имеют количество баллов ниже 40, при этом студенты отмечали снижение работоспособности, утомляемость, чувство «потери сил», напряженность, общую усталость. По показателю «активность» среди студентов было выявлено 30% (9 человек) с количеством баллов выше 50. Студенты с количеством баллов выше 40 составили 36,6% (11 человек). По данному критерию выявлено 33,3% (10 человек) имеющих показатели ниже 40 баллов, при этом студенты отмечали равнодушие, сонливость, рассеянность, преобладание желания отдохнуть над желанием работать. Студентов с количеством баллов больше 50 по показателю «настроение» было выявлено 76,6% (23 человека), а с количеством баллов больше 40 – 10% (3 человека). Баллы ниже 40 имеют 13,3% (4 человека), при этом они отмечают снижение настроения, помраченность, уныние, недовольство.

Среди студентов первого курса менее 40 баллов по всем показателям имеют 18,8%, благоприятное состояние отмечали 23,3% студентов, а наилучшие показатели, превышающие 50 баллов имеют 57,7%.

Вывод. Можно сделать вывод, что психоэмоциональная реакция на нагрузку у большинства студентов (81%) благоприятна. Они имеют активную жизненную позицию, умеют находить положительные стимулы

для хорошего самочувствия и соответственно – учебы. Студентам, имеющим количество баллов ниже 40 по любому из показателей, рекомендовано физические нагрузки и соблюдение режима труда и отдыха.

Зеленська К.О.

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології,
м. Харків, Україна**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

Актуальність. Матеріали ВООЗ та інші дані літератури свідчать про значне зростання рівня аутоагресивної поведінки в останні десятиліття у всіх розвинених країнах світу. За прогнозами ВООЗ подібна тенденція до збільшення кількості самогубств збережеться і в майбутньому: на 2020 року приблизно 1,53 млн. людей на планеті покінчать із собою і ще більша кількість зроблять спробу самогубства. Це становить в середньому одну смерть кожні 20 секунд і здійснені суїцидальні спроби - кожні 2 секунди. Тенденція до збільшення рівня суїцидів спостерігається також і в Україні, щорічно в нашій країні добровільно йдуть з життя 14,5 тис. осіб, відповідно до шкали оцінки рівня частоти самогубств ВООЗ Україна належить до числа країн з високим рівнем суїцидів. Причиною 70% всіх скоєних самогубств є депресивні розлади. У середньому ризик самогубства серед людей з депресією в 20 разів вище, ніж у загальній популяції населення. У зв'язку з цим питання комплексного дослідження механізмів суїцидогенезу при депресіях з урахуванням основних чинників формування суїцидальної поведінки набувають особливої актуальності і вимагають детальної розробки.

Метою нашого дослідження було вивчення основних маркерів суїцидального ризику в осіб молодого віку з депресивними розладами.

Матеріали та методи. На базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні №3 з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2012 - 2014 рр. було проведено комплексне обстеження 147 хворих на депресивні розлади молодого віку. Основну групу склали 96 хворих з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну - 51 хворий без ознак суїцидальної поведінки, групу порівняння склали 30 осіб без психічних порушень і ознак суїцидальної поведінки. Нами були використані такі методи: клініко - психопатологічний, клініко - анамнестичний, психодіагностичний з використанням шкали Гамільтона, для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton, 1967), шкали Монтгомері - Асберга (MADRS) для оцінки депресії (Montgomery SA, Asberg M., 1979), лікарняної (або госпітальної) шкала тривоги і депресії (HARDS) (Zigmond AS, Snaith RP, 1983), спосіб визначення суїцидального ризику (Патент України на винахід №40454А від 16.07.2001. Заявка № 2001021010 від 13.02.2001), спосіб оцінки самосвідомості смерті (Патент України на винахід № 40453А від 16.07.2001.

Заявка № 2001021008 від 13.02.2001), шкала для оцінки задоволення Снейта-Гамільтона (SHAPS).

Результати. Як показали результати дослідження у обстежених хворих відзначалося перевищення нормативних показників рівня суїцидального ризику (28,5 бала - чоловіки і 20,5 - балів жінки), а також низькі результати методики самосвідомості смерті (чоловіки - 21,1 бала, жінки - 21,6 балів), що може бути проявом схильності до вчинення аутодеструктивних дій та самогубства. Високий рівень ангедонії був виявлений у 68% обстежених, що свідчить про неможливість отримувати задоволення від життя.

Для хворих депресивними розладами з суїцидальною поведінкою характерні важкий депресивний (72,7% обстежених) і тривожний (67,9%) епізод за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод (68,9%) за шкалою Монтгомері-Айсберга, клінічні прояви тривоги і депресії (72,5%) по Госпітальній шкалі тривоги і депресії.

Висновки. Маркерами суїцидального ризику для хворих на депресивні розлади молодого віку є високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самосвідомості смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії по госпітальній шкалі, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері - Айсберга. На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розладами молодого віку. В основу програми покладені принципи комплексності, системності, етапності та диференційованого підходу до психопрофілактичних заходів.

Ивахненко Д.А., Кулешова А.А.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПСИХОЗ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: доц., к.мед.н. Гайчук Л.М.

Послеродовой психоз – это аффективное расстройство, встречающееся или обостряющееся в первые месяцы после родов. Статистические данные говорят, что данное расстройство является достаточно редким и составляет один-два случая на тысячу рожениц. Клиническая картина весьма серьезная. Симптоматика, которая включает бредовые идеи, галлюцинации, эйфорию, при этом женщины могут не обращаться за помощью к специалисту. Причиной этому служат два фактора: отсутствие у больной в психозе критической оценки своего состояния и низкая психообразованность ее родственников, которые стигматизируют наличие психического расстройства и боятся, что госпитализация может повлечь за собой лишение молодой мамы родительских прав.

Послеродовой психоз развивается у женщин, имеющих в анамнезе эпизоды психического расстройства. Но может возникнуть на фоне

нормального преморбидного статуса. Причиной его возникновения принято считать резкие гормональные изменения, происходящие в организме женщины после родов. Отмечено, что большинство, испытавших психоз, указывали на наличие у них до беременности ярко выраженного предменструального синдрома с резкими перепадами настроения.

Однако, даже если госпитализация выполнена и больная принимает лечение, возникает еще одна проблема – это разлука матери с ее ребенком. Безусловно, непозволительно возлагать на женщину ответственность за ребенка, когда она не может ухаживать даже за собой. Но как только состояние психики улучшится следует рекомендовать возобновление общения и совместного времяпровождения матери и ребенка, так как это важный момент в жизни их обоих. Женщина в присутствии своего малыша перестает беспокоиться о его местонахождении и состоянии, что в свою очередь служит профилактикой тревожных состояний и рецидивов психозов. На это указывает позитивный опыт Bethlem Royal Hospital.

Нами был изучен случай возникновения послеродового психоза у больной С.М., 1982 года рождения. Со слов матери больной странности в поведении начались после выписки из роддома, появилась задумчивость, напряженность, больная отказывалась от помощи матери. Спустя несколько дней состояние ухудшилось, появилась бессонница, а на вопросы больная отвечала после длительной паузы. Родственники вызвали участкового терапевта и гинеколога, которые приняли решение о необходимости консультации у невролога. На приеме у которого состояние больной резко ухудшилось. Контакт с больной носил апродуктивный характер, она была мутична, проявляла активный негативизм, поза застывшая, поведение галлюцинаторное (отводит взгляд в сторону, меняется выражение лица, выражающее страх), в связи с чем больная была доставлена в психиатрический стационар. Спустя полтора месяца после поступления и начала лечения антипсихотическими средствами больная стала интересоваться где ее ребенок когда она сможет с ним увидеться. Родственники стали навещать ее с малышом, по отношению к которому больная проявляла заботу. Настроение больной после этих визитов улучшалось, она охотнее принимала терапию, так как желала скорейшего воссоединения со своим ребенком.

Поэтому мы считаем, что необходимо постараться обеспечить женщине контакт со своим малышом в стационаре, так как это полезно для ускорения процесса выздоровления и является профилактикой рецидивов психозов.

Ипполитов Д.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
СУМАТРИПТАНА И ЗОЛМИТРИПТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИСТУПОВ
МИГРЕНИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лещенко К.А.

Согласно оценке Всемирной организации здравоохранения, распространенность мигрени среди европейской популяции составляет 12%, что делает вопрос лечения актуальным во всем мире и в Украине, в частности.

Нами была проведена сравнительная оценка препаратов Стопмигрэн 50мг КВЗ Украина (действующее вещество – суматриптан) и Рапимиг 2.5мг Актавис Украина (д.в. – золмитриптан). Для проведения исследования были отобраны две группы добровольцев численностью 10 человек каждая среди пациентов неврологического отделения Областной клинической больницы – Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф г. Харькова. Средний возраст составил 32.4 лет и 34.7 для первой и второй групп соответственно, отношение количества женщин/мужчин: 7/3 для первой и 6/4 для второй. Первая группа для купирования приступа принимала препарат на основе золмитриптана, вторая – суматриптана. При этом члены каждой группы принимали только один препарат триптанового ряда на протяжении не менее 6 последних месяцев. Участникам было предложено пройти краткое анкетирование, и оценить эффективность принимаемой терапии по пяти критериям, среди которых: 1. Время начала действия (минут) 2. Необходимость принятия дополнительной разовой дозы, если да, указать количество (кол-во таблеток за 24 часа) 3. Устранение сопутствующих симптомов: тошноты, рвоты, фото-, фонофобии (да/нет) 4. Наличие побочного эффекта в виде повышения АД (да/нет) 5. Считаете ли вы стоимость препарата доступной (да/нет).

После проведенного статистического анализа были получены следующие результаты для первой и второй групп соответственно. Вопрос 1) 1. 26,5 мин. и 38 мин. Вопрос 2) 1,6таб. и 1.7таб. Вопрос 3) Да - 60%, Нет - 40% и Да 50%, Нет – 50% Вопрос 4) Да – 30%, Нет - 70% и Да 30%, Нет – 70% Вопрос 5) Да – 90%, Нет - 10% и Да 80%, Нет – 20%.

Таким образом, по результатам субъективной оценки предложенной терапии с учетом погрешности, обусловленной малым объемом выборки было установлено соответствие препаратов заявленным производителем характеристикам, среди которых необходимо выделить свойство лекарственной формы препарата Рапимиг – таблетки, которые диспергируются в ротовой полости, что делает их выбор более предпочтительным в случае выраженных тошноты и рвоты, сопровождающих приступ. В свою очередь достаточно высокая

эффективность и доступность делает возможным широкое применение обоих лекарственных средств для купирования приступов мигрени.

Калюжка В.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ БИОПСИЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НЕЙРОХИРУРГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ФАНТОМНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра нейрохирургии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Пятикоп В.А.,
к.мед.н., доц. Кутовой И.А.**

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

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

Биопсия была проведена 102 пациентам: 43 мужчин и 59 женщин, средний возраст которых составлял 41 год. По локализации новообразования встречались в лобной доле – 19, в теменной доле – 18, в височной доле – 26, затылочной доле – 18 новообразования подкорковой локализации – 15, множественное поражение (от 2 до 4 очагов) – 6. Размеры пунктируемых образований от 20 мм до 60 см.

Результаты: Всем больным, через 2-4 часа после СТБ, производилась контрольная СКТ. Всегда отмечалось точное попадание в заданный участок образования головного мозга. Интраоперационные осложнения отмечались лишь в 7 (6,8%) случаях в виде внутримозгового кровоизлияния. При этом удалось немедленно аспирировать кровь и установить трубочный дренаж для контроля кровотечения. случаев нарастания неврологического дефицита не отмечено. Гистологически верифицированы: глиома – 61 (59,8%) случай; злокачественная лимфома – 21 (20,5%); менингиома – 9 (8,8%); воспалительный процесс – 7 (6,9%); участки некроза вещества головного мозга – 4 (3,9%).

Выводы: Данный метод инвазивной диагностики является достаточно информативным, основное преимущество которого заключается в том, что все этапы операции проводятся под контролем КТ. Это позволяет принять нейрохирургу экстренные меры по устранению возникших осложнений. Построение различных проекций, а также применение технологий быстрого прототипирования во время предоперационного планирования позволяют оптимально выбрать траекторию движения инструмента. СТБ под КТ-

навигацией является малотравматичным и безопасным методом, который позволяет с высокой точностью производить забор биоптата новообразований головного мозга для гистологической верификации диагноза и определения оптимальной лечебной тактики.

Каплюх О.Н.
НЕВРОТИЧЕСКИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

Актуальность. За последнее время по данным ВОЗ число заболеваний невротическими расстройствами возросло в несколько десятков раз. Это объясняется возросшим темпом жизни, предъявляющим к психике человека более повышенные требования. Все невроты, в том числе и тревожно-фобическое расстройство, возникают, как правило, при сочетании психической травмы с чрезмерно напряженной работой и нехваткой отдыха, хроническим переутомлением. Данная патология приблизительно с одинаковой частотой встречается как среди мужчин, так и у женщин.

Тревожно-фобические расстройства характеризуются тем, что тревога вызывается определенными ситуациями или предметами и явлениями (внешними по отношению к субъекту), которые в данный момент не являются опасными. Исходя из этого ситуации обычно избегаются каким-то способом, если он невозможен то переносятся пациентом с ощущением тревоги и страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до паники. Обеспокоенность пациента может концентрироваться на отдельных симптомах, таких как сердцебиение или ощущение тошноты, и часто сочетается с вторичными страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Тревога не редуцирует от сознания того, что люди вокруг не считают эту ситуацию столь опасной или угрожающей. Только представление о попадании в фобическую ситуацию часто заранее вызывает тревогу.

Материалы и методы. Нами было проведено клинко-анамнестическое и клинко-психопатологическое обследование 40 пациентов, которые находились на лечении в ХОКПБ №3.

Результаты. В результате проведенного исследования: из 40 человек в возрасте 15-35 лет, из них 17 мужчин (42,5%) и 23 женщины (57,5%). Выявлено, что агорафобия встречается более чем у 50% обследованных. От 15 до 20 % из них впадают в панику, а остальные 30% замыкаются в себе. Такая же закономерность прослеживается и при социальных фобиях, около 15%. Данные навязчивости (обсессии) неприятны, чужды пациентам, однако самостоятельно от них избавиться они не могут.

Выводы. Исходя из вышеизложенной клинической картины невротических тревожно-фобических расстройств можно сделать вывод, что лечение должно быть комплексным, включать наряду с проведением психотерапии медикаментозное лечение и проведение психообразовательных программ. А также необходимо разрабатывать комплексную поэтапную дифференцированную систему профилактики данной группы заболеваний.

Каширина А.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Инсульт – одна из основных медико-социальных проблем в Украине, так как занимает второе место среди причин смертности и первое – среди стойкой утраты трудоспособности во всех странах мира. Наиболее частой жалобой таких пациентов в постинсультном периоде (ПИП) является головная боль (ГБ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 54 пациентов (31 женщин, 23 мужчин), перенесших ишемический инсульт (ИИ). Возраст пациентов от 46 до 76 лет. Давность заболевания от 1 до 18 месяцев. Мы провели оценку неврологического, соматического, психологического статуса по госпитальной шкале тревоги и депрессии, пальпация миофасциальных триггерных зон, магнитно-резонансную ангиографию головного мозга.

Результаты. Согласно жалобам пациентов и результатам обследования, 41 (76%) пациентов имеют ГБ. Более того, в течение первого месяца ПИП у 16 пациентов появилась ГБ, в течение 6 месяцев – ГБ возникла у 24 пациентов, и более 6 месяцев - у остальных 14 пациентов. Клиника ГБ у пациентов в ПИП разнообразна, что коррелирует с поражением бассейна определенной артерии. ГБ наблюдалась у 85% пациентов при локализации ИИ в бассейне задней мозговой или основной артерий (боль распространяется от затылка кпереди), 42% пациентов – при атеротромбозе среднемозговой артерии (боль внутри- или периорбитально, стойкая ГБ, предшествующая и/или сопровождающая ИИ. Кардиоэмболия этой же артерии чаще вызывает цефалгию в височно-теменной области), 16% пациентов – ГБ при поражении позвоночной артерии (распространение боли в области средней скобы Зельдера). У большинства пациентов – 74%, ГБ соответствовала клинике головной боли напряжения. При оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии, эта группа пациентов получила 8-12 баллов. Также мы отметили, что к данной группе пациентов относится более молодая группа людей с высоким уровнем интеллекта.

Вывод. У пациентов в ПИП одной из основных жалоб является ГБ. Она проявляется клинически, но следует также обращать внимание на степень тревожных расстройств, связанных с озабоченностью пациента состоянием

своего здоровья, проблемами физического и интеллектуального дефекта или социальной дезадаптацией.

Каштан Е. П.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О. А.

Под нашим наблюдением находилась больная К., 1992 г.р. Семейный анамнез неврологическими заболеваниями не отягощен. Дебютом заболевания можно считать возраст 14 лет, когда впервые появились жалобы на головные боли, периодическую хромоту и слабость в правой ноге, не связанную с травмой. По этому поводу наблюдалась у педиатра с диагнозом вегетативно-сосудистая дистония по смешанному типу. Только в 2009 году больная впервые обратилась к неврологу, когда появились жалобы на боль и слабость в правом коленном суставе, усилилась шаткость при ходьбе, присоединилась слабость и онемение в правой ноге. У больной впервые диагностировали рассеянный склероз, церебро-спинальная форма, с умеренным нижним правосторонним монопарезом, ремиттирующий тип течения, что подтвердилось данными МРТ исследованиями головного мозга. Больной было проведено лечение: Бетаферон, Преднизолон. На этом фоне наблюдали ремиссию в течение 3 лет.

Следующее обострение пациентки было в ноябре 2012 года, когда на фоне уже имеющегося неврологического дефицита присоединился выраженный атаксический синдром. Проведено МРТ головного и спинного мозга (высокотесловое): Признаки очагового поражения вещества головного и спинного мозга демиелинизирующего характера. Больной была назначена курсовая терапия: Солумедрол, Келтикан, Омес, Бетагистин, L-лизина эсцинат, Кудесан, Берлитион. Лечение дало нестойкий положительный результат в виде 11-ти месячной ремиссии. Но, в октябре 2013 года усилился мышечный тонус в нижних и верхних конечностях, шаткость при ходьбе, что вызвало стойкое нарушение походки и координации. Эти неврологические нарушения привели к невозможности передвигаться без посторонней помощи. Больной было назначено современное лечение препаратом из группы моноклональных антител - Натализумаб 300 мг в/в кап. 1 фл. 1 раз в месяц. На этом фоне по декабрь 2014 года больная отмечала улучшение в виде повышения общей физической активности, дающую возможность меньше пользоваться посторонней помощью. В сентябре 2014 года больная стала участницей программы по протоколу OS440-3002 - препарат Арбаклофен. Лечение было малоэффективным. С декабря 2014 года с диагнозом: рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение, резко выраженный нижний спастический парапарез, умеренный верхний спастический парапарез, резко выраженный синдром мозжечковой атаксии, нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи и стула,

гиперкинетический синдром, ЕДSS 96. Несмотря на проводимое лечение с декабря состояние больной значительно ухудшается: нарастает слабость в ногах, резко ухудшился акт ходьбы, присоединились когнитивные нарушения в виде снижения памяти, концентрации внимания, затруднения речи, присоединились сфинктерные нарушения в виде недержания мочи. Больной дополнительно проведено лечение, что не привело к стабилизации процесса. Заболевание вторично прогрессирует, что проявляется нарастанием нижнего спастического парапареза, умеренного верхнего спастического парапареза, усиления мозжечковой атаксии, нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи и стула и присоединение гиперкинетического синдрома. Лечение с применением экстракорпорального метода – плазмоферез, так же не дало ожидаемого положительного эффекта.

С декабря 2015 года по настоящее время больная находится на амбулаторном лечении в Кременском РТМО (Берлитион, Витаксон, Депакин, Сибутин, Эссенциале, Вит. В₆, Актовегин, Мидокалм, Клоназепам).

Несмотря на проводимые современные методы лечения, состояние больной приняло быстрый темп прогрессирования. Это свидетельствует о сложности патогенетической терапии такого малокурабельного тяжелого заболевания центральной нервной системы как рассеянный склероз.

Ковалёва К.А.

ОСОБЕННОСТИ АФАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Болезнь Альцгеймера, безусловно, является спутником пожилого и старческого возраста, представляет собой довольно распространенную форму несосудистой дегенеративной деменции. Ранние признаки данного заболевания чрезвычайно сложно распознать, а когда удается выявить их, болезнь уже находится в фазе быстрого прогрессирования.

В связи с высокой актуальностью темы, нами было обследовано 5 пациентов, у которых было впервые диагностировано раннюю деменцию с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). Мы выявили, что у наших пациентов афазия на ранней стадии несосудистой деменции преимущественно проявляется снижением объема словарного запаса и сниженной скоростью речи, что в свою очередь способствует снижению полноценного устного и письменного выражения мыслей.

Итак, на ранней стадии болезни Альцгеймера наблюдается афазия с обеднением словарного запаса и замедлением беглой речи. Пациент может нормально располагать очень простыми понятиями при устном общении. Такие изменения могут послужить весомым поводом продолжить обследование для выбора правильной и своевременной терапии.

Козыренко О.Ю.

**КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК НАЧАЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ
ДЕМЕНЦИИ БОКСЕРОВ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К

Энцефалопатия боксеров (dementiapugilistica)- деменция боксеров (DP) связана с хронической черепно-мозговой травмой, и приводит к "Punch Drunk" синдрому, характеризующийся нарушениями памяти, изменениями в поведении и изменениями моторных функций. Микроскопические особенности включают накопление нейрофибриллярных сплетений, бета-амилоида и TAR ДНК-связывающего белка 43 (TDP-43). Около 19 % пенсионеров-профессиональных боксеров проявляют признаки когнитивной дисфункции, связанной с хроническим черепно-мозговой травмой, а в последствии - хронической травматической энцефалопатии.

Цель исследования. Определение ранних признаков когнитивной дисфункции у боксеров, имеющих в своей спортивной карьере черепно-мозговые травмы.

Материалы и методы. С целью оценки когнитивных нарушений у боксеров, был проведен тест Векслера у 10 боксеров от 20 до 26 лет, которые занимались боксом не менее 5 лет и не более 7 лет в школе бокса "Академия бокса". Тест Векслера предназначен для тестирования уровня интеллекта у взрослых (от 16 до 64 лет), который включает в себя 11 субтестов. Из них 6 составляют вербальную шкалу и 5 - невербальную. Вербальная шкала включает субтесты общей понятливости, арифметический, установления сходства, повторения цифровых рядов и словарный. Шкала невербальная включает субтесты шифровки цифр, нахождения недостающих деталей, кубиков Коса, последовательности картинок и составления фигур.

Тестирование показало, что у 7 исследуемых боксеров имеется снижение интеллекта, а у 6 исследуемых имеется дефицит памяти.

Наши исследования показали, что уже на ранних этапах боксерской карьеры, спортсмены, получающие черепно-мозговые травмы уже через 5 лет имеют когнитивную дисфункцию, что является начальным признаком Деменции боксеров.

Комар В.А.

**ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТ В
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Актуальность темы: У большей части больных с диагнозом эпилепсия наблюдаются прогрессирующие когнитивные расстройства, а также другие расстройства высших психических функций. Помимо стандартных в данной ситуации противосудорожных препаратов рекомендуется назначать

антиоксиданти. Эти лекарственные вещества улучшают метаболизм и обменные процессы в тканях мозга. Ярким примером для применения в лечении эпилепсии может служить этилметилгидроксипиридина сукцинат – вещество, обладающее выраженными антиоксидантными свойствами, а также массой полезных в данной ситуации эффектов – противосудорожным, ноотропным, мембраностабилизирующим, гиполипидемическим. Важно то, что этилметилгидроксипиридина сукцинат не влияет на биоэлектрические процессы в мозговой ткани.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 10 больных с диагнозом эпилепсия. Данные пациенты получали в комплексном лечении препараты этилметилгидроксипиридина сукцинат в дозировке 150 мг 3 раза в сутки на протяжении 25 дней. Отмечено появление бодрости, улучшение сна, общего самочувствия, настроения, а также повышение общей активности больных, уменьшение количества больших и малых судорожных припадков. У 80% пациентов наблюдались существенные улучшения памяти, внимания, снижение тревожности и напряженности. У 20% положительные эффекты от лечения были менее выражены. Переносимость препарата пациентами на довольно высоком уровне. Побочные эффекты в пределах контрольной группы за время исследования выявлены не были.

Выводы: в ходе исследования было выяснено, что Этилметилгидроксипиридина сукцинат рекомендуется в назначении в составе комплексной терапии больных с диагнозом эпилепсии в связи с его выраженным антиоксидантным, ноотропным, церебропротекторным и противозепилептическим действием. Он практически не имеет побочных эффектов, что позволяет широко назначать препарат. Длительный курс лечения этилметилгидроксипиридина сукцинатом не вызывает хронической интоксикации и/или привыкания к препарату. Благодаря своим эффектам он увеличивает продолжительность жизни нервных клеток, а также их пластичность. Благодаря этому препарат способствует улучшению высших психических и когнитивных функций, общего самочувствия пациентов, что позволяет применять его при лечении эпилепсии.

Коровіна Л.Д., Кондратенко А.П.

**РОЛЬ ПСИХООСВІТНІХ ПРОГРАМ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК,
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ДЕПРЕСИВНІ
РОЗЛАДИ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології,
м. Харків, Україна**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сінайко В.М.

Актуальність. Реабілітація – це одне із вайжливіших завдань для лікаря, якщо ми говоримо про хронічну хворобу. Не є винятком і параноїдна шизофренія. Багато років лікування цієї хвороби зводиться не тільки до усунення симптомів загострення. На сучасному рівні розвитку психіатрії, лікування шизофренії має бути комплексним. Це перш за все терапія

антипсихотичними препаратами, що вміло поєднується із психотерапією, психоосвітою, тренінгами тощо. Багато авторів виділяють свої методи. Проте ми, спиралися на припущення щодо ролі депресії в період ремісії при параноїдній шизофренії та спрямували свою увагу саме на ці розлади. Відомо, що психоосвіта – доволі простий, швидкий та дієвий спосіб психореабілітації. Тому ми в своєму дослідженні використовували саме її в комплексному лікуванні.

Матеріали та методи. В нашому дослідженні прийняли участь 26 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, що знаходилися на лікуванні у різних відділеннях стаціонару Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні №3. Термін захворювання відповідав термінам $5,0 \pm 1,4$ роки. Усі хворі отримували терапію антипсихотиками другої генерації; вони не мали значної соматичної чи неврологічної патології. Усім хворим, додатково до підтримуючої терапії антипсихотиками, було запропоновано психоосвітню програму. Вона була розрахована на 10 занять у закритому форматі, один сеанс - 45 хвилин; програма складалася з 2 тематичних модулів («шизофренія» та «депресія»).

Результати. Клініко-діагностичний метод показав, що на момент дослідження усі хворі були в періоді ремісії (сумарний результат за методикою PANSS становив $93 \pm 2,1$ бали). У цих хворих була наявна клінічно виразна депресія (за шкалою депресії у хворих на шизофренію Калгарі середній результат становив $10,2 \pm 1,7$ бала). Повторне дослідження (після 10 сесій) показало значне покращення психічного стану: сумарний результат за методикою PANSS дійшов до $74 \pm 3,2$ балів, а результати за шкалою Калгарі знизилися до $6,1 \pm 1,6$ балів. Відповідно до отриманих у ході дослідження даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів, відмічалися нормалізація емоційного стану, стабілізація поведінки хворих, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Висновки. Таким чином, задля підвищення рівня реабілітації хворих та утримання певного рівня їхнього життя рекомендовано впровадження психоосвітніх програм під час лікування. Психоосвіта – важлива частина корекційної роботи із зазначеним контингентом жінок, направлена на їх дестигматизацію. Метод може бути застосований серед малозабезпечених та соціально незахищених груп хворих, також виграшне для клініцистів є те, що він має стислі терміни для здійснення програми.

Котков О.Р.

РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г.Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Ишемический Инсульт (ИИ) на данный момент составляет около 80% от общего числа цереброваскулярных нарушений головного мозга (ГМ), на фоне многоэтапного и длительного лечения перед нами стояла цель в подтверждении целесообразности применения аторвастатина при данной патологии.

Мы проанализировали данные историй болезни 64 пациентов за период 2014-2016 года, которые перенесли ИИ, из которых 38 принимали препараты аторвастатина в острой фазе в дозе 40 мг, а 26 пациентов не принимали (контрольная группа). В период острой фазы уровни холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у всех были в рамках 110-180 мг/дл (2,86 – 4,68 ммоль/л). Уже через два месяца применения уровень холестерина ЛПНП в исследуемой группе составлял 62 мг/дл (1,61 ммоль/л), то есть снизился на 57%, в то время, как в контрольной группе практически не изменился - 136 мг/дл (3,53 ммоль/л). За все время исследования снижение содержания холестерина ЛПНП в группе, которая принимала аторвастатин, в сравнении с контрольной группой составил 40%, также наблюдалось снижение уровня триглицеридов, общего холестерина и повышение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

Атеросклеротические поражения сосудов являются основной причиной рецидивов ИИ. Проведенный нами анализ подтвердил необходимость включать липид-корректирующую терапию аторвастатином как можно раньше для профилактики развития повторного ишемического инсульта.

Красковська Т.Ю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ПІДХОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАННЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології,

Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н. Зеленська К.О.

Синдром раннього дитячого аутизму (Синдром Лео Каннера, РДА) розлад, що характеризується якісними відхиленнями в соціальних взаємодіях і показниках комунікабельності, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним комплексом інтересів і дій. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі зараз близько 67 мільйонів людей з аутизмом, причому 1 дитина з 160 живе з аутизмом. При цьому ВООЗ відзначає тенденцію до зростання кількості дітей з таким діагнозом. Так в Україні

синдром Каннера зустрічається не так часто як в США, однак статистичні дані, вражають, на 10 000 дітей діагностується від 4 до 26 хворих РДА.

Дані багатьох сучасних досліджень свідчать про необхідність комплексного медикаментозного та психокорекційного підходу до терапії дитячого аутизму. При цьому основні акценти лікувальної програми дітей, що страждають дитячим аутизмом є стимуляція мовного і соціального розвитку дитини і контроль за дезадаптивною поведінкою.

В даний час при реабілітації пацієнтів, які страждають синдромом раннього дитячого аутизму, перспективною виглядає анімалотерапія - один з видів психотерапії, що використовує тварин і їх образи для надання допомоги людині. В наш час дельфінотерапія визнаний у всьому світі, неспецифічний метод, який підсилює захисні сил організму у людей різного віку, які страждають різного роду розладами.

Метою нашого дослідження було визначити ефективність дельфінотерапії в системі лікування та реабілітації хворих синдромом Лео Каннера.

Матеріали та методи: було проведено динамічне спостереження за 18 дітьми основної групи (12 хлопчиків та 6 дівчаток) віком 3 – 12 років з встановленим діагнозом ранній дитячий аутизм (F84.0) які проходять курс дельфінотерапії на базі дельфінарію «Немо», та за контрольною групою з 20 дітей (10 хлопчиків і 10 дівчаток) з такими ж даними, але які не проходили курс дельфінотерапії.

Результати. Як показали результати нашого спостереження, дельфінотерапія надає комплексний вплив на організм дитини: є стимулятором органів почуттів, активізує роботу мозкових структур і всього організму в цілому, зміцнює впевненість у своїх силах, сприяє зняттю загальмованості і патологічних порушень руху, сприяє полегшенню нормальних автоматичних реакції і поліпшенню сенсорно-моторної сприйнятливості, покращує пізнавальні здібності і збільшує зростання часу концентрації уваги на виконання завдання, знижує занепокоєння і напругу, а також знижує показники тривожності та агресивності, ці показники в групі контролю теж поліпшувались, але значно повільніше ніж в основній.

Висновки. Таким чином, можна прийти до висновку про те, що дельфінотерапія вносить свій вклад в поліпшення стану хворих. А спілкування дитини з дельфіном – повноцінний комунікативний ланцюжок із зворотним зв'язком між дитиною і навколишнім світом, що дозволяє йому цілісно сприйняти реальність. А це в свою чергу дуже важливо для соціальної адаптації дітей, хворих синдромом раннього дитячого аутизму.

Кулешова А.А., Ивахненко Д.А.
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ
НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО
СТРЕССА У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайчук Лариса Михайловна

Актуальность. До настоящего времени современные украинские граждане знали о войне лишь из кинематографа, книг или рассказов ветеранов. Но сейчас мирные жители и военные зоны антитеррористической операции (АТО) живут в психотравмирующей ситуации уже более 3 лет – постоянные взрывы, пулеметные очереди, смерти близких и знакомых, отсутствие стабильности и уверенности в завтрашнем дне, необходимость иметь наготове «тревожный чемоданчик» и многое другое. Такая обстановка не пройдет, не коснувшись психического и соматического здоровья популяции.

Целью данной работы является изучение влияния длительных стрессовых факторов на усугубление и появление заболеваний у военных и мирных жителей зоны АТО.

Материалы и методы. В г. Бахмут (Артемовск) Донецкой области было опрошено 3 семейных врача, невролог, психиатр и кардиолог, проанализированы выявленные данные.

Результаты. Частота обращаемости к психиатрам значительно возросла – только за 2014 год было свыше 150 первичных обращений среди военных. Среди мирного населения значительно выросли жалобы на бессонницу, кошмарные сновидения, астенизацию, подавленность, снижение трудоспособности. Ухудшилась ситуация с депрессивными состояниями, попытками и совершенным суицидом, агрессивностью, враждебностью, которая направлена не только на окружающих, но и на себя, безрассудное поведение. Врачами было указано, что раньше основной контингент пациентов был пожилого и старческого возраста, то сейчас стремительно растет обращаемость среди среднего и молодого населения, которые не видят смысла в дальнейшей жизни, потеряли веру в счастливое будущее, у которых выявляется множество соматических заболеваний. Число инфарктов миокарда и инсультов также достоверно увеличивается. Проблема наркомании и алкоголизации населения и военных всегда стояла остро в нашей популяции, но под влиянием хронического стресса, возросла до критического уровня. Местные власти вынуждены контролировать и запрещать продажу алкогольных напитков военным. Основной причиной злоупотребления алкоголем является стресс, однако в сложившейся ситуации также важно отсутствие мотивации. Те бойцы, которые понимают, зачем находятся в зоне боевых действий и какие перед ними стоят задачи, как правило, проблем с алкоголем или наркотиками не имеют.

Выводы. Таким образом, анализ выявленных данных показал, что в условиях длительно воздействующих стрессовых факторов возрастают психические и соматические заболевания, расстройства адаптации, злоупотребление наркотиками и алкоголем, что доказывает необходимость проведения фармакотерапии и составления методик психокоррекции.

Куфтерина Н.С., Сокольников А. О., Лещук И. В.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У
СТУДЕНТОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Н. С. Куфтерина

Актуальность. За последние десятилетия с проблемой болевого синдрома столкнулись специалисты всех медицинских направлений, что привело к решению вопроса о поиске новых методов и особенностей диагностики болевого синдрома с целью своевременного выявления, и оказания помощи пациентам. Европейское эпидемиологическое исследование распространенности психических расстройств продемонстрировало, что боль является наиболее актуальной проблемой в исследуемой группе населения (55,2%) превышает уровень депрессии и тревоги (11,6%) – 1659 респондентов до 75 лет. В США количество пациентов, страдающих хронической болью, превысило количество пациентов с диабетом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями в совокупности. Несмотря на большое количество научных сообществ, посвященных изучению вопроса боли, поиск новых методов диагностики и лечения продолжается до сих пор, создавая значительную социальную и экономическую проблему для государства.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 30 студентов (20-22 года) 4 курса ХНМУ по болевой шкале LeedsAssesment of NeuropathicSymptomsandSigns, M.Bennett, 2001 (LANSS) и Торонтской шкале алекситимии (TAS). Произведено обследование на предмет наличия боли при пальпации в паравертебральных точках, определено состояние сухожильных рефлексов и мышечной силы, пальпация мышц и нервов в локтевой, лучевой, седалищной, затылочной областях. Проведено клинко-неврологическое обследование и электромиография (ЭМГ) у лиц с жалобами на болевые ощущения, выявленные в ходе исследования.

Цель. Цель данного исследования заключается в определении частоты и причин болевого синдрома у студентов. Выяснить наличие зависимости психологического статуса человека и его способности к объективному оцениванию своего соматического состояния.

Результаты. Согласно результатам, полученным из анкетирования TAS, 50% испытуемых имели неалекситимичные показатели, 30% составляют группу риска и у 20% анкетированных была выявлена алекситимия. По результатам анкеты LANSS 40% склонны к формированию боли по нейропатическим механизмам, а у 60% нейропатические механизмы

формирования боли маловероятны. Примечательно, что совокупность студентов с выявленной алекситимичностью и группы риска – 50% имела отрицательные результаты анкеты LANSS, что свидетельствует о возможной неадекватности оценки своего соматического статуса данной группой. При пальпации была обнаружена болезненность в следующих зонах: паравертебральной – 86,6%, шейной – 63,3%, грудной – 33,3%, поясничной – 13,3%, седалищной и затылочной – по 6,6%. В лучевой и локтевой зонах суммарно болезненность обнаружена у 83,3%. Группе студентов, склонны к формированию боли по нейропатическим механизмам, были проведены дополнительные обследования и установлено, что 50% имеют незначительное снижение мышечной силы после осуществления работы, требующей задействования мелкой моторики рук, 33,3% гипорефлексию, и 16,6% гиперрефлексию. Двум студентам с наиболее выраженными жалобами была проведена ЭМГ, по результатам которой были выявлены начальные изменения в функциональной активности нервных стволов, соответствующих области иннервации проблемной зоны.

Выводы. По результатам работы установлено: значительная часть исследуемых, с выявленными при пальпации болевыми ощущениями, не отмечали у себя склонность или признаки болевого синдрома во время проведения анкетирования. Обнаружена зависимость между типом личности и вербальными проявлениями жалоб и болевых ощущений во время опроса и пальпации. Возможными причинами формирования подобных состояний являются нарушение режима труда и отдыха, недостаток адекватных физических нагрузок, психоэмоциональное напряжение у студентов 4 курса.

Куфтерина Н.С., Хромей Е.В.

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет, Кафедра
неврологии №1, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.м.н., доц. Куфтерина Н.С.

Актуальность: Состояние нервно-психического здоровья студентов всегда вызывает обоснованный интерес. Этот показатель отражает физическое здоровье молодого поколения, его работоспособность, интеллектуальную пригодность. Эта проблема требует внимания, как в клиническом, так и в профилактическом аспекте.

Цель: Выявить распространённость вегетативной дисфункции и эмоциональных нарушений у студентов Харьковского национального медицинского университета и у студентов Харьковского национального аэрокосмического университета имени Н.Е. Жуковского и провести их сравнительный анализ.

Материалы и методы: Для детального изучения данной проблемы было проведено анкетирование 40 студентов со 2 по 4-й курс в возрасте от 18 до 24 лет, из них 20 студентов Харьковского национального медицинского университета и 20 студентов Харьковского авиационного университета.

Во время исследования были использованы следующие методы: клинико-неврологические (сбор жалоб также производилось измерение АД и пульса) психологические (опросник Бэка на наличие депрессии), изучение вегетативной нервной системы проводили с помощью опросника Вейна, определение астено-невротического синдрома проводили по шкале оценки астении MFI-20.

Результаты: Исследование вегетативной нервной системы проводили с помощью опросника Вейна. Было выявлено, что у студентов ХНМУ наличие вегетативной дисфункции отмечается у 12 человек из 20, что составило 60% обследуемых. Для оценки преобладания определенного отдела вегетативной НС проводили расчет вегетативного индекса Кердо, у 20 % - отрицательное значение, что указывало на преобладание парасимпатического отдела ВНС, а у 55 % ВИК имел положительное значение, что указывало на преобладание симпатического отдела. У студентов ХАИ наличие вегетативной дисфункции было выявлено у 16 человек. Что составляет 80% обследуемых. ВИК – у 30% был отрицательным, у 40% - положительным, у 30% эйтонические показатели. Наличие депрессии определялось с помощью опросника Бэка. У студентов ХНМУ депрессивные состояния легкой степени (до 15 баллов) выявлены у 7 человек, из них у 5 человек преобладает когнитивно-аффективные расстройства, у 2 соматические проявления депрессии. У студентов ХАИ депрессия выявлена у 3 студентов, по субшкале с преобладанием когнитивно-аффективных расстройств 2 чел, с преобладанием соматических расстройств 1 чел. Астенический синдром выявлен у 13 студентов ХНМУ, из них по субшкалам: общая астения - 8 чел, снижение активности - 11 чел, снижение мотивации - 3 чел, снижение физической активности - 7 чел, снижение психической активности - 7 чел. Астенический синдром выявлен у 16 студентов, из них по субшкалам: общая астения - 9 чел, снижение активности - 6 чел, снижение мотивации - 5 чел, снижение физической активности - 7 чел, снижение психической активности - 11 чел. Вывод: По результатам исследования можно сказать, что распространенность вегетативной дисфункции и эмоциональных нарушений среди студентов очень высока, что требует большего внимания к этой проблеме и введения профилактических мероприятий.

Литвин Н.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ХНМУ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.г., доц. Тесленко О.А.**

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся склонностью человека переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. Она рассматривается либо как личностное образование, либо как связанная со слабостью нервных процессов особенность темперамента. Для клинического исследования уровня

тревожности используется шкала-тест Спилбергера-Ханина. Этот тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч. Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность тесно связана с эмоционально-волевыми и соматоневрологическими нарушениями. Тест состоит из 40 вопросов (20 – для оценки реактивной тревожности, 20 – для оценки личностной тревожности). Затем исследователь оценивает результаты в зависимости от количества набранных баллов (одинаково как для реактивной, так и для личностной тревожности): до 30 баллов – низкая, 31-45 – умеренная, 46 и более – высокая.

Целью данного исследования было определить уровень тревожности среди студентов Харьковского национального медицинского университета. Группа опрошенных состояла из 30 студентов 4 курса, средний возраст которых составил 20 лет. Согласно результатам проведенного тестирования было выявлено, что уровень общей тревожности составил 33,08 балла, что соответствует умеренной, которая является нормой для данного контингента. При этом уровень реактивной тревожности низкий у 24 студентов (80%), умеренный у 5 студентов (17%), высокий у 1 человека (3%), уровень личностной тревожности низкий у 1 студента (3%), умеренный у 21 студента (70%), высокий у 8 человек (27%).

В качестве рекомендаций для поддержания уровня тревожности в норме студентам можно посоветовать вести здоровый образ жизни, избавиться от вредных привычек, соблюдать режим дня, труда и отдыха и пытаться ограничить себя от психоэмоциональных перегрузок. При высоком уровне тревожности следует снизить субъективную значимость ситуаций и задач. При низкой тревожности, наоборот, стоит уделять больше внимания своей деятельности и повысить чувство ответственности за принимаемые решения.

Медведенко С.П., Чуканова А.С.
ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ
ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕОМИДАНТАНОВ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.

Цель исследования: изучение современных представлений об использовании Неомидантанов лечения болезни Паркинсона.

Методика исследования: Больная И. 35 лет жительница Харьковской области, г. Чугуева, находится на стационарном лечении в неврологическом отделении ХОКБ с целью лечения болезни Паркинсона, дрожательно – ригидная форма. У больной отмечается тремор конечностей и головы в покое, снижение физической активности, ощущение слабости в ногах и руках, рассеянность внимания. Также беспокоят запоры частые позывы к мочеиспусканию. У больной повышение потливости и сальности кожи лица и волосистой части головы. Принимает в течении 2 лет L-допосодержащие препараты.

Так же ей был назначен препарат, стимулятор выделения дофамина из нейрональных депо – Неомидантан, функцией которого является повышение чувствительности дофаминергических рецепторов к дофамину. Также препарат тормозит генерацию импульсов в моторных нейронах ЦНС, являясь слабым антагонистом глутаматных NMDA-рецепторов. Кроме противопаркинсонического действия имеет противовирусный эффект в отношении вирусов гриппа типа А2. Лечение является курсовым показано в осенне – зимний период, во время возникновения эпидемии гриппа.

Результат: применение данного препарата уже в первую неделю дал видимые результаты. В большей степени препарат оказал действие на акинезию и ригидность, в меньшей – на дрожание. Улучшилось общее состояние – настроение, двигательная активность, улучшились тонкие движения, способность застегнуть пуговицу, прекратились мышечные боли при более длительном применении. Но данные улучшения являются кратковременными, если препарат принимать недолго. Только через 2-3 месяца курсовой терапии появились стойкие результаты.

Миколаєнко В.В.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕОМІДАНТАНУ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Харківський національний медичний університет,

Кафедра неврології №1, м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Різниченко О.К.

Хвороба Паркінсона – це повільно прогресуюче захворювання дегенеративного характеру, яке характеризується виборчим ураженням екстра пірамідної моторної системи, загибеллю нейронів, що виробляють нейромедіатор дофамін, — насамперед у чорній субстанції, а також і в інших відділах центральної нервової системи (ЦНС). Основними ознаками хвороби є: м'язова ригідність, гіпокінезія, тремор, постуральна нестійкість. Сучасна медицина поки не може вилікувати захворювання або сповільнити його прогресування, однак існуючі методи консервативного і оперативного лікування дозволяють значно покращити якість життя хворих.

Метою нашого дослідження було проаналізувати раціональний підхід до комбінованої терапії хвороби Паркінсона, у який було включено препарат неомідантан.

Під нашим наглядом знаходилися 5 пацієнтів з діагнозом: Паркінсонізм, які звернулися за допомогою на кафедру неврології № 1. Усі хворі відмічали поступове зниження ефективності лікування через місяць після початку застосування неомідантану. Для отримання високої ефективності препарату, його дозу збільшували на 100 мг кожного тижня до досягнення максимальної добової дози (400 мг на добу). Після чого для профілактики виникнення побічних реакцій, лікування препаратом припиняли на 2 тижні, а потім знову починали проводити лікування за тією ж схемою. В період перерви, хворі продовжували вживати препарат леводопа. Таким чином, ми досягли високого лікувального ефекту в комбінованій терапії паркінсонізму протягом усього курсу лікування з мінімальним ризиком виникнення побічних реакцій.

Висновки: задля ефективності комплексного лікування хвороби Паркінсона необхідно притримуватися раціональної схеми вживання неомідантану з періодичною відміною його на 2 тижні.

Михайлова Е.А.

РОЛЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лещенко К.А.

Актуальность проблемы. Особое место среди заболеваний периферической нервной системы занимает нейропатия лицевого нерва. Поиск новых эффективных методов лечения нейропатии лицевого нерва на данный момент остается актуальным. В последние годы число больных с этой патологией неуклонно возрастает. Частота нейропатий лицевого нерва составляет в европейских странах 20 случаев, в Японии 30 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее частыми причинами поражения лицевого нерва являются: переохлаждения, инфекция и травматические повреждения.

В связи с актуальностью данной проблемы, нами было рассмотрено эффективность лечения нейропатии лицевого нерва с применением и без применения глюкокортикоидных средств (ГКС).

Материалы и методы. Исследования проводились на базе неврологического отделения ОКБ – «ЦЭМП и МК». Клиническим материалом явились больные 12 человек, из них 6 женщин, 6 мужчин, возрастом от 24 до 48 лет. Больные жаловались на невозможность поднять брови, зажмурить глаза, надуть щеки, улыбнуться. Отмечалось опущение угла рта, сглаженность носогубной складки. Часть больных беспокоило слезотечение, гиперакузию. Всем пациентам на основании комплекса клинико-инструментальных и лабораторных исследований был установлен диагноз: «Компрессионно-ишемическая нейропатия лицевого нерва».

Цель работы: оценить эффективность применения глюкокортикоидов (преднизолона) в комплексном лечении нейропатии лицевого нерва.

В процессе исследования все больные были разделены на 2 однородные по полу и возрасту группы.

Первая группа больных получала: 1) ГКС: преднизолон в суточной дозе 60 мг на протяжении 3 дней с последующим снижением дозы на 5 мг ежедневно. Препарат принимается в утренние часы (8:00 и 11:00). 2) Вазоактивные препараты: трентал в/в капельно; венотоники: L-лизина эсцинат в/в капельно на 100,0 физиологического раствора. 3) Витамины группы В: витаксон. По 1 капсуле 1 раз в день. 4) Физиотерапевтические методы воздействия (УВЧ, соллюкс), лечебная гимнастика для мышц лица.

Вторая группа больных получала идентичную терапию, однако вместо преднизолона больные получали антихолинэстеразный препарат – прозерин по 1 таблетке (0,015 г) 2 раза в день.

Результаты исследования. У пациентов первой группы отмечалась выраженная положительная динамика клинических симптомов уже через 2 недели после начала лечения. На протяжении 3-4 недель наблюдалось практически полное выздоровление.

Во второй группе больных улучшение отмечалось спустя 3 недели после лечения. Полный регресс симптоматики - через 6 недель. Однако у некоторых больных формировались контрактуры мимической мускулатуры.

Вывод. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод об эффективности применения глюкокортикоидов в комплексной терапии нейропатии лицевого нерва и рекомендовать их к применению в широкой клинической практике.

Мотрич Д.А.

КОРРЕКЦИЯ БЕССОННИЦЫ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ МЕЛАТОНИНА У ПОЖИЛЫХ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Актуальность темы: Бессонница отмечается у 10%-20% населения Земли. С возрастом процент увеличивается. Более 50% пожилых людей подвержены нарушениям сна, что значительно снижает качество жизни. Более 25% из них используют снотворные препараты, для коррекции бессонницы.

Цель: Выяснить влияние синтетических препаратов мелатонина на коррекцию инсомнических нарушений у людей пожилого возраста.

Основная часть: В исследованиях принимали участие 8 человек. 4 мужчины и 4 женщины от 60 до 75 лет, которые жалуются на нарушение сна. Наблюдаемые нарушения были двух видов: нарушения засыпания и частые ночные пробуждения. Бессонница приводила к слабости, снижению памяти, увеличению времени реакции, снижению внимания и концентрации, быстрой утомляемости. Пациентам был назначен синтетический аналог мелатонина - Вита-мелатонин за 30 минут до сна в течении месяца в дозе 3-6 мг. При этом отмечалось повышение качества засыпания и сна в 100%. Улучшилось

самочувствие при пробуждении, улучшилась память (в 75% случаев), повысилась внимание и концентрация (в 62,5% случаев), уменьшилось время реакции (в 87,5% случаев). В 100% случаев отрицательного влияния на общее самочувствие не было выявлено.

Вывод: Таким образом, синтетические аналоги мелатонина являются эффективными препаратами при нарушениях сна у пожилых, использование которых позволяет избавиться от проявлений бессонницы и значительно повысить качество жизни.

Мусаев А.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина.**

Научный руководитель: к.мед.н., доцент Тесленко О.А.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – патологическое состояние характеризующееся формированием хронической обструкции воздухоносных путей последствия хронического бронхита и/или эмфизема легких. Его распространенность в мире составляет в среднем 7,6%, в Европе- 7,4 %, в Украине-6% населения. В 90% случаев причиной ХОБЛ является табачный дым. ХОБЛ приводит к хронической дыхательной недостаточности. Результатами этих патологических изменений являются метаболические нарушения в нейронах нервной системы.

Нами было обследовано 50 пациентов с диагнозом ХОБЛ: I стадия-15 человек; II стадия -10; III стадия -9; IV стадия - 6 человек. Результатами метаболических нарушений при этой патологии являлись выявленные у пациентов нарушения: повышенная дневная сонливость (31%), снижение физической активности (16%), диффузная головная боль (11%), когнитивные расстройства (снижение памяти, трудности сосредоточения), эмоциональная неустойчивость (раздражительность, неустойчивое настроение, тревожность) у 12% обследованных, вегетативная дистония (4%), вестибулярные расстройства (4%), диссомнические нарушения (3%), шум в голове (3%), головокружение (4%), синкопальные состояние (2%). На I и II стадиях ХОБЛ в неврологическом статусе не отмечалось формирование стойкого неврологического дефицита. У 64% пациентов III стадии ведущими нарушениями были диссомнические и координаторные расстройства. У 65,5% пациентов IV стадии наблюдали симптомы пирамидной недостаточности. Наиболее частыми были жалобы на головокружение, утренние головные боли, усиливающиеся при длительном нахождении в горизонтальном положении, сопровождающиеся легкой отеком в периорбитальной области, инъекцией сосудов конъюнктивы, эпизоды потери сознания во время приступа кашля. Больные также часто жаловались на нарушения памяти, расстройства внимания, рассеянность, снижение работоспособности.

Когнитивные функции оценивали по Монреальской шкале когнитивных функций (MoCa), количественную оценку выраженности когнитивных расстройств проводили при помощи краткой шкалы оценки психических функций - MMSE. Общий показатель по шкале MMSE у пациентов I-й и II-й стадии не отличался, составляя $25,66 \pm 0,7$ и $25,7 \pm 0,29$ балла соответственно, в IV стадии - $24,7 \pm 0,9$ балла, что свидетельствовало о наличии когнитивной дисфункции в виде преддеменции (легкие и умеренные когнитивные нарушения). Показатели шкалы MoCa так же указывали на снижение когнитивных функций у 62,7% пациентов. Так, у пациентов I-й и II-й стадии ХОЗЛ суммарный балл составлял $24,3 \pm 0,4$ балла, у пациентов IV стадии - $22,5 \pm 0,3$ балла. Таким образом, выраженность ведущих неврологических нарушений у больных с ХОБЛ определяется стадией заболевания. На ранних стадиях выявляются преимущественно функциональные нарушения, на поздних стадиях возникают диссомнические расстройства, атактические нарушения и формирование пирамидного синдрома. К неврологическим нарушениям присоединяются когнитивные расстройства, которые усиливаются по мере прогрессирования заболевания. Все это приводит к снижению качества жизни пациентов. Пациентам, страдающим ХОБЛ, с целью раннего выявления и своевременной терапии неврологических осложнений заболевания показано динамическое наблюдение невролога с ранним проведением нейропсихологического тестирования, результаты которого указывают на формирование когнитивных нарушений.

Надеина А.Р.

**ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НАЛИЧИЯ
ЗАВИСИМОСТЕЙ У УЧАЩИХСЯ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ
ЗАВЕДЕНИЙ г. ХАРЬКОВА**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

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

Актуальность: Установлена тенденция к росту нервно-психических заболеваний среди молодежи, а в частности у студентов. Стоит обратить особое внимание на влияние различных социальных факторов в состоянии психического здоровья этой когорты населения, поскольку в будущем она должна будет обеспечить трудовой ресурс нашей страны.

Цель исследования: оценить распространенность и структуру невротических расстройств, а также наличие различных видов зависимостей у учащихся средне-специального и высшего учебных заведений города Харькова.

Материалы и методы: нами было проведено анонимное анкетирование и психологическое обследование 188 учащихся учебных заведений различного типа: средне-специальное (СПС) – 91 человек, высшего (В) – 97 человек. Средний возраст испытуемых в первой группе составил 16 ± 1 лет, во

второй 17±1 лет. Количество юношей среди учеников СРС: юношей 67%, девушек - 33%, В: юношей - 42%, девушек - 68%.

Оценка распространенности психических расстройств определялась с использованием «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» авторы: К.К. Яхин, Д.М. Менделевич. Для оценки уровня никотиновой зависимости был использован тест Фагерстрема. Для оценки уровня Интернет-зависимости была использована методика К. Янга. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью MicrosoftExcel. Достоверность различий определялась с определением критерия Стьюдента.

Результаты: В настоящее время проживают отдельно от родителей: СРС – 52%, В – 76%. Невротические расстройства были диагностированы примерно в одинаковых количествах случаев: СРС – 29%, В – 33%. Однако, структура невротических расстройств качественно отличалась в зависимости от вида учебного заведения. Болезненные изменения по шкале тревоги у учащихся В встречается в 32 % случаев, от всех невротических расстройств данной группы, а у учащихся СРС этот показатель – 11 %. По шкале невротической депрессии: В – 27%; СРС – 8%. По шкале астении: В – 19%; СРС – 39%. По шкале истерического типа реагирования: В – 5%; СРС – 19%. По шкале обсессивно-фобических нарушений: В – 9%; СРС – 21%. По шкале вегетативных нарушений: В – 8%; СРС – 2%.

Интернет зависимость была выявлена у 24% учащихся в высших учебных заведениях и 38% учащихся в средне-специальных учебных заведениях, что можно объяснить большей заинтересованностью в учебе и большей загруженностью материалом студентов высших учебных заведений.

Никотиновая зависимость была выявлена у 52% учащихся в высших учебных заведениях и 73% - в средне-специальных учебных заведениях. При этом наблюдается следующая картина в зависимости от степени выраженности: в ВУЗах очень слабая зависимость – 10%, слабая – 15%, средняя – 10%, высокая – 50%, очень высокая – 15%. В СРС – 7%; 14%; 22%; 50%; 7% соответственно.

Выводы: Исходя из данных, полученных нами, следует, что в высших учебных заведениях преобладают невротические расстройства с тревожной и депрессивной симптоматикой, а в средне-специальных учебных заведениях – с астенической симптоматикой, что можно объяснить различной мотивацией к учебе. Никотиновая и интернет-зависимость преобладают в средне-специальных учебных заведениях, что можно объяснить меньшей заинтересованностью в учебе и меньшей загруженностью материалом студентов СРС. Следовательно, необходимо учитывать уровень психического здоровья, напряженность учебного процесса, снижение двигательной активности, развитие различного рода зависимостей в организации среды для обучения и самого учебного процесса студентов различных видов учебных заведений.

Назаренко А.А.
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВ НА СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

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

Актуальность: повышенная информационная нагрузка, стрессовые ситуаций, малоразвитая психологическая культура страны – все эти составляющие способствуют развитию социальных страхов, которые в свою очередь становятся одной из причин невротического развития современных молодых людей в нашем мире. Подобные условия современной жизнедеятельности ведут к психологическим расстройствам, нервным срывам, а затем и к возникновению социальных страхов, которые имеют приобретенный характер в силу стремительного развития конкурентности на рынке труда, снижении уровня жизни и повышении требований для успешной реализации, особенно в медицинских кругах и среди студентов медицинских ВУЗов. Согласно трудам Зигмунда Фрейда, страх разделяется на реальный и невротический. Реальный – это реакция на восприятие внешней угрозы. Данный страх считается оптимальным и исполняет сигнальную функцию: «угроза близко, готовься к уклонению от нее». А вот невротический страх имеет несколько форм. Первая – это свободный страх, готовый привязаться к любому немного подходящему представлению. Это беспредметный либо безобъектный страх. Иногда, его называют «страхом надежды», «робким ожиданием» и др. Люди, знающие страдания, этим страхом готовятся к худшему; живут в ожидании несчастья. Фрейд называет это состояние «неврозом страха». Вторая форма страха, психически наиболее связана и объединена с явными объектами либо обстановками. Это страх в форме очень разнообразных и нередко совсем странных «фобий». Некие из объектов и обстановок, внушающих страх у невротиков, и для обычных людей, считаются страшным и имеют известие к опасности, и потому данные фобии кажутся нам ясными, хотя и преувеличенными. Сегодняшняя система трудоустройства в Украине, к которой привязаны учащиеся медицинских ВУЗов, в силу своей дезадаптации к современным требованиям мира, предполагает обязательное наличие страхов у данной категории молодого развивающегося общества, в силу развития главных «фобий» современных индивидуумов – страх бедности, неудачи, одиночества. Данные исследования важны для студентов, которые наиболее подвержены возникновению невротических страхов, о чем свидетельствует неуверенность в себе, эмоциональная напряженность, состояние тревоги, а также отсутствие адекватной психологической защиты, что естественным образом влияет на их обучение и дальнейшую профпригодность и конкурентоспособность.

Актуальность данной проблемы также определяется потребностью исследования средств и методик психологической коррекции эмоционального состояния студентов. Гипотеза исследования состоит в том,

что чем больше страхов и больше степень тревожности, тем хуже окончательный итог обучения (в облике желаемого рабочего места), и напротив, чем меньше степень тревожности, тем лучше результат итога.

Цель. Исходя из актуальности проблемы, была определена цель работы – обнаружение страхов и изучение их роли в учебной деятельности учащихся медицинских ВУЗов.

Объект исследования: эмоциональная сфера студентов Харьковского национального медицинского университета.

Предмет исследования: влияние социальных страхов и тревожности на студентов, как движущей силы общества.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 87 студентов ХНМУ в возрасте от 17-25 лет.

Исследование проводилось с использованием следующих методик:

- «Шкала самооценки тревоги Цунга» (Zung W. K. How Normalis Anxiety? (Current Concepts). Upjohn Company; 1980).
- «Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности» (Ю. Щербатых и Е. Ивлева), который позволяет определить интенсивность своих страхов, а также наличие (или отсутствие) фобий.
- Методика «Мои страхи» (Банайтис Н.Г.), целью которой является выявление наиболее актуальных страхов личности, анализ причин возникновения этих страхов, а также поиск способов устранения этих страхов.
- Опросник Спилбергера-Ханина «Шкала реактивной и личностной тревожности», который помогает измерять тревожность, дифференцируя ее на ситуативную и личностную.

Результаты. Данные полученные в ходе исследования показали, что у студентов преобладают социальные страхи, причем страхи за будущее «место под солнцем» являются доминирующими у старшекурсников. У студентов 1-2-х курсов преобладающими страхами являются новый круг общения и познание учебной деятельности. Результаты, полученные в ходе исследований уровней тревожности, показали, что у студентов старших курсов уровень тревожности выше нежели у первокурсников. Предположительно, повышенные уровни (личностная тревожность – 49%, ситуативная тревожность – 40%) наблюдается из-за страхов не найти себя в жизни, не получить желаемую работу, обеспечить семью и пр. Было установлено, что личностная тревожность у студентов преобладает над ситуативной. Итого, высокий уровень тревожности у студентов выпускного курса, а у студентов 1 и 2 курса – умеренный уровень тревожности, что еще раз указывает на повышенное влияние социальных тревог и страхов на эмоциональную сферу человека, который находится на пути к достижению соционеобходимых целей.

Вывод: согласно полученным результатам стоит уделить внимание влиянию общепринятых социальных проблем на продуктивность работы студентов и реализации их профессионального потенциала и возникновению у молодых людей, вслед за социальными страхами – социофобий. По данным

исследования студентов ХНМУ мы можем предполагать, что данные страхи являются результатом низкого качества жизни в стране и неуверенности в будущем, что ведет к ряду психологических расстройств.

Полученные результаты исследования и сделанные выводы позволили сформировать и предложить рекомендации по психокоррекционной работе со студентами университета.

Нгуен Т.Л.
РЕАКТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У
СТУДЕНТОВ ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О.А.

Синдром вегето-сосудистой дистонии (СВД) - один из самых распространенных нарушений молодых людей, которая приводит к развитию заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной в будущем и характеризуется снижением адаптационной возможности организма.

Целью нашей работы является исследование реактивности ВНС у студентов.

Материал и методы. Нами было обследовано 30 студентов 3 курса ХНМУ возрастом 19-20 лет. Для исследования ВНС использовали анкету «Исследование вегетативного тонуса», Чернова Ю.Н. д.мед.наук, руководитель кафедры клинической фармакологии ВГМА им. Н.Н. Бурденко (автореферат дисс. “Способ комплексной оценки преобладающего тонуса вегетативной нервной системы”, 2005г). Анкета, которую заполняли студенты самостоятельно, состояла из 24 пунктов, характеризующих вегетативную реактивность. Подсчёт результатов происходил в балах, по сумме которых судили о преобладании тонуса симпатической ВНС (симпатикотонии), парасимпатической ВНС (ваготонии) или смешанного тонуса. Объективное оценивание вегетативной реактивности было проведено с помощью глазосердечного рефлекса, ортостатического рефлекса, ртутной термометрии, исследования дермографизма, пробы на «гусиной кожи» после холодового раздражения, пробы на гидрофильность кожи – время рассасывания пузырька, образовавшего после подкожного введения 0,2 мл 0,9% NaCl и исследования вегетативных болевых точек Маркелова-Бирбраира.

Результаты. Результаты анкетирования показали, что у 24 (80%) студентов преобладает симпатикотония ВНС. Её основные характеристики: сухость кожи выявили у 4(17%) студентов, уменьшение потоотделение у 10(42%), похолодание кистей у 9(38%), плохая переносимость тепла у 5(20%), высокая температурная реакция при инфекционных заболеваниях у 21(88%), склонность к похуданию у 13(54%), повышенная потребность в приеме жидкости у 18(75%), повышенный аппетит у 20(83%), уменьшение слюноотделение у 17(70%), быстрое насыщение у 4(17%), атонические

запоры у 10(42%), повышенная работоспособность у 14(58%), снижение внимания у 8(33%), короткий беспокойный сон у 7(29%). Преобладание смешанного тонуса ВНС выявили у 4(13%) студентов, парасимпатикотонию – у 2(7%). Исследования глазосердечного рефлекса показали, что ЧСС снижается на 6-12 уд/мин у 20(67%) студентов. Это свидетельствует о смешанном тонусе ВНС. Снижение менее, чем на 6 уд/мин отмечали у 10(33%) студентов, что говорит о симпатикотонии ВНС. У 11(37%) студентов выявили белый дермографизм, указывающий на симпатикотонию, у 19(63%) – красный, что свидетельствует о смешанном тонусе ВНС. У 18(60%) студентов проба на гидрофильность кожи составляла 30-50 мин, что говорит о смешанном тонусе ВНС. У 12(40%)- больше 50 мин, что указывает на симпатикотонию. У всех студентов результаты следующих проб не выходили за рамки нормальных: ортоклиностатической пробы показали увеличение ЧСС на 10-12 уд/мин, термометрия подмышечной области выявила симметричные результаты, проба на «гусиную кожу» была положительная, болезненность вегетативных точек отрицательная. Таким образом, по данным объективного исследования симпатикотонию ВНС выявили у 10(33%) студентов, у 20(67%) выявили смешанный тонус ВНС.

Заключение. Результаты самооценки ВНС совпали с их объективным статусом только у 14(47%) студентов. Из них у 10(71%) преобладала симпатикотония, у 4(29%) преобладал смешанный тонус. У остальных студентов результаты субъективного и объективного обследования не совпали. Таким образом, количество студентов, имеющих объективно тенденцию к нарушению адаптационных возможностей ВНС составляет менее половины студентов 3 курса ХНМУ.

Некрасова Н.О., Доспехова М.А., Богданец О.В.
ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ У ПАЦІЄНТІВ
МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ СПОНДИЛОГЕННОЮ ВЕРТЕБРАЛЬНО-
БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра неврології №2, м. Харків, Україна
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Григорова І.А.

Адаптаційні можливості організму в значній мірі визначаються його здатністю забезпечувати адекватне постачання тканин киснем. Відомо, що вплив гіпоксії викликає реакцію, яка підвищує транспорт кисню кров'ю, а саме - підвищення концентрації 2,3-дифосфогліцерату (2,3-ДФГ) в еритроцитах.

Метою роботи було визначення зв'язку між рівнем біогенних амінів і концентрацією 2,3-ДФГ еритроцитів у пацієнтів молодого віку зі спондилогенною вертебрально-базиллярною недостатністю (СВБН).

Матеріали та методи. Нами було обстежено 240 пацієнтів молодого віку зі СВБН. У дослідження були включені хворі від 18 до 40 років (середній вік $28,5 \pm 3,8$ років). Вміст біогенних амінів крові визначали методом тонкошарової хроматографії, концентрацію 2,3-ДФГ еритроцитів

визначали спектрофотометричним методом. Контрольну групу склали 20 здорових донорів, порівнянних за статтю та віком. В результаті проведених досліджень, встановлено, що коефіцієнт адреналін / норадреналін у хворих зі СБН достовірно вище, ніж у контрольній групі ($0,20 \pm 0,01$ проти $0,072 \pm 0,002$), що свідчить про переважання гормонального ланки регуляції і дефіциті медіаторної ланки.

Було виявлено, що концентрація 2,3-ДФГ в еритроцитах при СБН підвищена ($7,72 \pm 1,49$ мкмоль / л проти $4,82 \pm 0,29$ в контрольній групі), ($p < 0,05$). Встановлено високий кореляційний зв'язок між рівнем норадреналіну крові та 2,3-ДФГ ($r = -0,75 \pm 0,03$; $p < 0,05$), а також між вмістом серотоніну крові та 2,3-ДФГ ($r = -0,83 \pm 0,02$; $p < 0,05$). З огляду на те, що підвищення концентрації 2,3-ДФГ в еритроцитах людини при гіпоксії є одним з адаптивних механізмів, що поліпшує доставку кисню до тканин, отже отримані результати дозволяють зробити висновок про значну роль дисбалансу катехоламінергічної системи в розвитку гіпоксії у хворих молодого віку зі СБН.

Ольхова А.О.

ХОРЕЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Хореический гиперкинез характеризуется быстрыми неконтролируемыми телодвижениями с различной интенсивностью и амплитудой. Это заболевание может быть, как первичным, так и вторичным, симптоматическим – как проявление других заболеваний. Иногда хорея встречается, как осложнение системной красной волчанки (СКВ). Чаще всего хореические гиперкинезы проявляются при СКВ, с преимущественным поражением ЦНС. Симптоматические формы хореи (гемихореи) возникают вследствие поражения полосатого тела. Нарушения ЦНС при этом вызваны поражением сосудов головного мозга, образованием антител к нейронам, глиальным клеткам, илимфоцитам. Таким образом, возникновение симптоматических форм хореи при данном заболевании вызваны продукцией антифосфолипидных антител, которые приводят к нарушению тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза и множественным артериальным и венозным тромбозам. Нарушения же нервной системы вызваны диффузным поражением коллагена стенок сосудов.

На кафедру неврологии №1 обратилась больная М. 26 лет, которая болеет СКВ на протяжении 6 лет. Данная пациентка проходила лечение в ревматологическом отделении и получала гормонотерапию. Была направлена к невропатологу в связи с гиперкинезами, которые проявлялись на протяжении семи дней и возрастали по интенсивности и амплитуде. Больной был назначен клоназепам $0,5$ мг/сут. (ежедневно доза увеличивалась на $0,5$ мг до 6 мг/сут.), а также эглонил в дозировке $2,0$ в/м 1 раз в сут. После чего, уже

на 3-й день состояние улучшилось, симптоматика постепенно регрессировала.

Исходя из данного клинического примера, мы можем сделать вывод, что в случае с системной красной волчанкой с осложненным течением, в виде хореических гиперкинезов, эффективным является лечение препаратами бензодизепинового ряда в сочетании с нейролептиками.

Осокин А.Э.

СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО - АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Ескин А.Р.

Актуальность. Проблема церебрального ишемического инсульта является одной из центральных в клинической неврологии. Углубление представления о патогенезе ишемического поражения способствует возникновению новых взглядов в отношении стратегии патогенетического лечения ишемического инсульта.

Цель. Изучение состояния оксидантной и антиоксидантной системы у больных в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 117 больных (32 - 88 лет). В сыворотке крови больных определялся уровень диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (из использованных стандартных методик), SH-групп, глутатиона (по методу амперометрического титрования), активность каталазы и пероксидазы (по методу Баха и Зубковой). Исходя из состояния больных, они были распределены на 4 клинические группы: 1 группа - больные в удовлетворительном состоянии (18 человек), 2 группа - больные в состоянии средней тяжести (59 человек), 3 группа - больные в тяжелом состоянии (31 человек), 4 группа - больные в крайне тяжелом состоянии (умершие) - 9 человек. Нами было получено устойчивое Нарушение компенсаторных механизмов оксидантно - антиоксидантной системы и дисбаланс окислительного гомеостаза. Уровень ДК был повышенный у больных 2-4 групп (на 13,5%, 25% соответственно выше контроля на 1 и 7 сутки), концентрация SH-групп была низкой у больных всех групп (на 8,2%, 9%) , на протяжении всего периода наблюдения отмечалось повышение содержания глутатиона (на 89%, 70,8%), активность каталазы во всех группах больных не отличалась от контрольных групп, а активность пероксидазы была незначительно увеличена.

Выводы. В результате проведенных исследований мы выявили повышение интенсивности свободнорадикального окисления липидов и снижение активности антиоксидантной системы вследствие накопление продуктов перекисного окисления липидов, что приводит к токсическому поражению клеточных мембран.

Павлічук Е.А, Паніч Р.В.
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра неврології №1, м. Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Тесленко О.О.

Тривожність – індивідуальна психологічна особливість, яка характеризується схильністю людини часто переживати сильну тривогу з відносно невеликих приводів. Кожна людина має свій оптимальний рівень тривожності - це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану в цьому відношенні є для неї істотним компонентом самовиховання і самоконтролю. Підвищення рівня тривожності, а також поява депресивних розладів часто відбувається в молодому віці. За даними ряду досліджень на сьогоднішній день у всьому світі 30% дівчат і 15% юнаків у віці від 18 до 30 років страждають від депресії. Метою нашого дослідження стало визначення рівня тривожності і виявлення депресивних розладів у студентів медичного ВНЗ.

Дослідження включало: клінічний неврологічний огляд і психодіагностичні тести: Спілбергера-Ханіна для визначення особистісної та ситуативної тривожності, шкала Бека для оцінки депресії. Бланки для визначення ситуативної і особистісної тривожності включають в себе по 20 тверджень, що оцінюються від 1 до 4 балів. Рівень тривожності вважався низьким, якщо набрано до 30 балів, помірним - від 31 до 44, високим, якщо отримано 45 балів і більше. Опитувальник Бека складається з 21 групи тверджень. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту привласнені значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Результати тесту інтерпретуються наступним чином: 0-9 – відсутність депресивних симптомів, 10-15 - легка депресія (субдепресія), 16-19 – помірна депресія, 20-29 – виражена депресія (середньої тяжкості), 30-63 – важка депресія. З використанням тесту Спілберга-Ханіна та шкали депресивних симптомів Бека нами було протестовано 45 студентів, яких ми розділили на три групи. В першу групу увійшло 15 студентів першого курсу, в другу - 15 студентів четвертого курсу і в третю - 15 студентів шостого курсу.

Результати. У ході дослідження нами були отримані наступні результати. У студентів 1 групи особистісна тривожність склала $46 \pm 0,25$ балів (висока), ситуативна $47 \pm 0,25$ балів (висока). У студентів 2 групи особистісна тривожність склала $29 \pm 0,25$ балів (низька), ситуативна $33 \pm 0,25$ (помірна); у студентів 3 групи особистісна - $46 \pm 0,25$ (висока), ситуативна - $46 \pm 0,25$ (висока). В 1 групі тривожність вище серед дівчат, у 2 групі однакова, в 3 групі вище серед дівчат. У першій групі загальна тривожність склала 46,5 балів, у другій - 31 бал, у третій - 46 балів. 80% студентів першої групи хвилюють можливі невдачі, 67% студентів другої групи надто переймаються через дрібниці, 73% студентів третьої групи охоплює занепокоєння, коли вони думають про свої турботи.

Результати опитування за шкалою депресії Бека наступні: середній показнику студентів 1 групи склав $8,4 \pm 0,16$, у студентів 2 групи $7,4 \pm 0,16$, у студентів 3 групи $8,26 \pm 0,16$. Були присутні депресивні симптоми в 1 групі - 47% опитаних, у 2 групі - 33%, в 3 групі - 40%. У разі присутності депресивних симптомів у першій групі найбільш часто (71%) зустрічалися твердження «я втомлююся швидше, ніж раніше», «я намагаюся відстрочити ухвалення рішень», у другій групі (100%) «я відчуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, щороблять мене непривабливими», «я втомлююся швидше, ніж раніше», в третій групі (83%) «мені потрібно робити додаткові зусилля, щоб щось зробити».

Результати дослідження підтверджують той факт, що під час навчання студенти знаходяться в стані хронічного стресу, який проявляється підвищеною тривожністю (як реактивною, так і особистісною) і станом легкої депресії, з подальшим порушенням концентрації уваги і зниженням пам'яті. Нераціональний режим праці і відпочинку, підвищені навантаження, недосипання відображаються на навчанні студентів. Ми рекомендуємо студентам навчитися розбивати великі завдання на більш дрібні, знаходити час для повноцінного відпочинку і сну.

Петелько О.С.

ОЦІНКА ТОКСИЧНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ МІТОКСАНТРОНОМ У СПІВВІДНОШЕННІ КОРИСТЬ/РИЗИК

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

Науковий керівник: к.мед. н., доц. Різниченко О.К.

Одним з перспективних напрямків у лікуванні вторинно-прогресуючого розсіяного склерозу (ВПРС) є застосування препаратів-похідних антрацендіону. Оригінальним препаратом антрацендіону, зареєстрованим в Україні, є Мітоксантрон виробництва фармацевтичної компанії «Евебе». При ВПРС препарат призначається як монотерапія або у комбінації з іншими засобами у початковій дозі 12 мг/м^2 , але значна кількість побічних ефектів, передусім, з боку кровотворних органів, вимагає від лікуючого лікаря дуже ретельного підбору дози.

Метою нашого дослідження було проаналізувати найбільш часті побічні ефекти даного препарату при лікуванні хворих ВПРС та спробувати визначити найбільш оптимальне дозування, керуючись принципом користь / ризик.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовані історії хвороб (ф.003/о) 24 хворих із ВПРС, які протягом 3 міс. отримували курс лікування Мітоксантроном. При цьому 8 хворих (І група) отримували препарат у дозі 12 мг/м^2 , 9 хворих – у дозі 9 мг/м^2 (ІІ група), 7 пацієнтів – у дозі 6 мг/м^2 (ІІІ група).

Результати та їх обговорення. У 6 хворих І клінічної групи спостерігався високий відсоток токсичних ефектів, таких як лейкопенія

(75%) та/ або тромбоцитопенія, стійка ремісія ВПРС – у 5 пацієнтів (62,5%). У II клінічній групі пригнічення кроветворіння спостерігалось у 4 осіб (44%), стійка ремісія – у 6 осіб (66,7%). Хворі III групи показали меншу кількість побічних ефектів: порушення лейкопоезу та тромбоцитопенія відзначені у 2 осіб (28,5%), але клінічний ефект у вигляді стійкої ремісії також був невисоким – у 3 осіб (42,8%).

Висновки. Отримані у дослідженні дані дозволяють зробити висновок про пряму дозозалежність побічних ефектів мітоксантрону. Зменшення дозообмежуючого фактору мітоксантрону при оцінці співвідношення користь / ризик можна досягти при призначенні препарату у дозі 9 мг/м², що дозволяє домогтися оптимального клінічного ефекту при мінімальному відсотку тяжких побічних дій.

Петренко Т.А.

РОЛЬ СТРЕССА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЭТИОЛОГИИ МИОПИИ

Донецкий национальный медицинский университет,

**Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской
психологии, г. Краматорск, Украина**

Научный руководитель ассистент Нестеренко Т.В.

Актуальность. По данным ВОЗ примерно 50% зарегистрированных случаев нетрудоспособности в мире относятся к категории психических и поведенческих расстройств. На сегодняшний день каждый седьмой житель планеты имеет психические проблемы, связанные со стрессом. Особенно повысился рост посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в зоне АТО на юго-востоке Украины. ПТСР может сочетаться с соматическими заболеваниями, в том числе с миопией. По прогнозам психиатров у 20% военнослужащих в Украине в последующие годы будет иметь место ПТСР, что уже названо «синдром АТО»

Цель работы. Изучить взаимосвязь ПТСР с миопией у взрослого населения зоны АТО и обозначить лечебную тактику миопии у данного контингента лиц.

Материалы и методы. Проведено офтальмологическое обследование 30 больных с ПТСР (основная группа), находящихся на лечении в КЛПУ «Городская психиатрическая больница г. Краматорска». Группу сравнения составили 30 больных с невротическими состояниями, связанными со стрессом в других регионах Украины. Также проанализированы материалы ВОЗ, касающиеся проблемы ПТСР.

Результаты. Установлено, что у 45% пациентов с ПТСР имела место миопия, а в группе сравнения миопия отмечалась у 10% пациентов, различия статистически значимы ($p < 0.05$). Это даёт основание предположить, что наличие посттравматического синдрома является фактором развития миопии. Базовой рекомендацией по лечению и профилактики миопии у лиц с ПТСР является эффективное лечение основного заболевания.

Петрушанко Я.Н.
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Ежегодная смертность от инсульта более 40 тысяч украинцев. В Украине данный показатель в 2 раза выше, чем в Западной Европе; 18,5 тысяч украинцев ежегодно получают ту или иную степень инвалидности в результате инсульта; тем не менее 35% украинцев, у которых регистрируется инсульт, являются работоспособными. Важнейшее значение для восстановления моторных функций при ишемическом инсульте (ИИ) имеет ранняя реабилитация пациентов, систематичность и длительность восстановительных мероприятий. Основным этапом реабилитации является нейропластичность – это свойство мозга изменять свою функциональную и структурную реорганизацию, способность различных его структур вовлекаться в разные формы деятельности.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 12 пациентов в остром периоде ишемического инсульта, из 7 человек перенесли ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА) и 5 человек - в бассейне правой СМА, со спастическими правосторонними и левосторонними гемипарезами соответственно.

Основными задачами реабилитации этих больных были: ранняя активизация больных; предупреждение развития патологических состояний и осложнений; восстановление активных движений. С первых часов мы проводили реабилитационные мероприятия, которые включали в себя лечение положением (антиспастические укладки конечностей), различные пассивные упражнения и избирательный массаж. Параллельно с активизацией больного мы переводили его в вертикальное положение, применяли активную лечебную гимнастику для восстановления движений в парализованных конечностях, а также электростимуляцию нервно-мышечного аппарата. Наряду с восстановлением движений, обучали ходьбе и элементам самообслуживания.

После острого периода инсульта (через 21 день) наступает ранний восстановительный период, а именно первые 6 месяцев с момента инсульта, в котором всем больным проводилась кинезотерапия, направленную на активизацию движений в паретичных конечностях. Реабилитация проводилась параллельно адекватной медикаментозной терапии. С больными с речевыми нарушениями проводились занятия по восстановлению чтения, письма и речи с логопедами-афазиологами или нейропсихологами.

На основании проведенной нами реабилитационной работы с пациентами, перенесшими ИИ была подтверждена безусловная необходимость этих мероприятий для эффективного восстановления двигательной активности паретичных конечностей и речевой функции, а также для улучшения мотивации больных к полноценной, активной жизни.

Печененко А.Р., Овчинка Р.А
ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.

Ишемический инсульт чрезвычайно распространенное заболевание в Украине и мире. Смертность при этой патологии около 20% в течении 30-40 дней и около 70% людей страдают нарушениями когнитивных функций после перенесенного ишемического инсульта.

В 3-м тысячелетии найден препарат, который способен улучшить мозговые функции пациентов – это церебролизин. На базе кафедры неврологии №1 и клинической базе кафедры - неврологическом отделении Харьковской обласной клинической больницы были проведены исследования по его влиянию на улучшение мозговых функций пациента. Были выделены две группы больных (по 11 человек в каждой возраст от 52 до 65 лет однородных по клинической симптоматике и данным МРТ), перенесших ишемический инсульт. В первой группе в составе комплексной терапии (антиагреганты, вазоактивные препараты, статины, низкомолекулярные гепарины) также применяли в качестве нейропротектора церебролизин, который вводили по 10 мл в/в путем медленной инфузии в течении 15 дней. Вторая группа была контрольной, в которой препарат не применялся. После этого были собраны данные о течении заболевания у больных данных групп. Выявили, что у пациентов 1 группы были улучшены когнитивные функции по MoCA (по сравнению со второй группой): память (на 50%), внимание (на 60%), речь (на 63%), счет (на 45,5%), ориентация (36%), исчезла головная боль у 91%.

Данные исследования свидетельствуют об эффективности лечения больных перенесших ишемический инсульт, со снижением когнитивных функций, дало значительное улучшение состояния на фоне применения церебролизина.

Плехова О.А.

ДИНАМИКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И
ТРЕВОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ МЕСТА ОБУЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

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

Актуальность: Интерес к проблеме стресса и стрессустойчивости обусловлен происходящим расширением сферы деятельности человека, часто протекающей в экстремальных и сверхэкстремальных условиях. Вместе с тем профессиональная деятельность современного студента сопровождается постоянным снижением доли физического труда и увеличением умственных

и психических нагрузок. "Ничто так не истощает и не разрушает организм человека, как продолжительное физическое бездействие", - писал древнегреческий философ Аристотель.

Цель: Определить уровень психического здоровья студентов, оценить уровень тревожности и дезадаптации студентов, сравнить уровень дезадаптации студентов Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) и Харьковского национального автомобильно-дорожного университете (ХНАДУ), Национального юридического университета им. Ярослава Мудрого, провести рациональную психотерапию с контрольной группой студентов.

Материалы и методы: В ходе работы было проведено анкетирование 300 студентов (ХНМУ, ХНАДУ, НЮУ). Студентам была предложена анкета, которая состояла из 3 опросников: общие вопросы, опросник «Оценка профессиональной дезадаптации» и больничная шкала тревоги и депрессии. По нашим данным при работе со студентами целесообразно следующая этапность проведения рациональной психотерапии: объяснение и разъяснение, включая толкование сути конфликта, причин его возникновения; убеждение - коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к стрессу, что способствует переходу к модификации личностных установок; переориентация – достижение более стабильных изменений в установках студента, прежде всего в его отношении к стрессу, связано с изменениями в системе его ценностных ориентаций; психагогика – переориентация более широкого плана, создает положительные перспективы для студента.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что на момент поступления в ВУЗ никто из студентов психологическую и неврологическую патологию не отмечал. Среди обследованных студентов в среднем только 10 % человек практически здоровы, остальные имеют хроническую патологию (хронический гастрит, миопию, дискинезию желчных путей и т.д.). На момент поступления только 8% студентов имели хроническую патологию. Уровень тревожности во всех группах в течение семестра в основном умеренный, что отражает воздействие на организм различных стрессфакторов.

Выводы: По результатам исследования можно сделать следующие выводы: 1. Уровень профессиональной дезадаптации у студентов 1 курса ХНМУ, 3 курса ХНМУ и 1 курса ХНАДУ достаточно умеренный, что требует оказания помощи специалистов по проведению реадaptации; 2. Уровень дезадаптации у студентов 4 курса ХНМУ и 3 курса ХНАДУ низкий, полезно проведение консультативной работы специалистов. 3. Уровень тревожности у студентов ХНМУ на 30%-40% выше, чем у студентов ХНАДУ, что свидетельствует и тяжести и напряженности учебного процесса в ХНМУ. После проведенной реабилитации со студентами контрольной группы и повторного проведения анкетирования было отмечено, что более 60% студентов начали чувствовать себя лучше.

Они переосмыслили ценность здоровья физического и психического для себя, что в свою очередь положительно сказалось и на учебе данных студентов.

Поликарова Д.В.

**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРБАМАЗЕПИНА И
ГАБАПЕНТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ
ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лещенко К.А.

Актуальность: Невралгия тройничного нерва (болевого тик Труссо, болезнь Фозергиля) – это довольно распространенное полиэтиологическое заболевание периферической нервной системы, характерной чертой которого является возникновение приступов чрезвычайно интенсивной боли, локализующейся в области иннервации одной или нескольких тригеминальных ветвей. Лечение данного заболевания несмотря на многообразие терапевтических подходов, является трудной и, несомненно, актуальной проблемой.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе неврологического отделения ОКБ – ЦЭМП и МК г. Харьков. Участие в исследовании принимала группа больных из 15 человек в возрасте от 21 до 52 лет, 4 мужчин и 11 женщин, страдающих невралгией преимущественно второй и третьей ветвей тройничного нерва. Диагноз был подтвержден комплексом клинико-инструментальных и лабораторных исследований.

Цель исследования: Сравнить эффективность применения в комплексной терапии невралгии тройничного нерва Карбамазепина и Габапентина.

В ходе исследования все больные были разделены на две однородные по возрасту и полу клинические группы. Первую группу (2 мужчин и 5 женщин) – составили пациенты, которые наряду с нестероидными противовоспалительными, антигистаминными препаратами, витаминами группы «В», получали Карбамазепин по 200мг 2 раза в день. Больным второй группы (2 мужчин и 6 женщин) в дополнении к аналогичной «базовой» терапии был назначен Габапентин в дозе 300мг 2 раза в день, хорошо зарекомендовавший себя в лечении нейропатических болевых синдромов.

У пациентов обеих клинических групп применялись также физиотерапевтические методы лечения в виде точечного диадинамического воздействия на точки выхода ветвей тройничного нерва.

Результаты: Сравнительный анализ эффективности проводимой терапии показал значительное снижение частоты и интенсивности болевых приступов у 80% больных второй группы исследуемых, главным образом у пациентов с вторичной тригеминальной невралгией. В первой клинической группе терапевтический эффект по всем параметрам был менее

показательным и отмечался только у 65% больных. Кроме того, пациенты, получавшие Карбамазепин, отмечали побочные эффекты от приёма препарата в виде сонливости, снижения уровня внимания, лёгкого головокружения.

Выводы: Проведенное исследование подтвердило высокую терапевтическую эффективность применения Габапентина в комплексном лечении невралгии тройничного нерва и позволяет рекомендовать его для более широкого внедрения в клиническую практику.

Рассолова А.С., Гольник Я.В.
ВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА
ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О.А.

Актуальность. Вегетативные расстройства являются одной из актуальных проблем современной медицины и наблюдаются у 80% молодого населения, причем треть из этих случаев требует терапевтической и неврологической помощи.

Цель: оценить состояние вегетативной деятельности у студентов 4 курса ХНМУ с использованием опросников.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 120 студентов 4 курса ХНМУ в возрасте от 19 до 25 лет. Для выявления вегетативных нарушений был использован опросник А.М. Вейна (1998 г.), состоящий из двух частей. Первая часть — «Опросник для выявления признаков вегетативных изменений», заполнял обследуемый. Вторая часть — «Схема исследования для выявления признаков вегетативных изменений», которую заполнял исследователь. Критерием наличия синдрома вегетативной дистонии (СВД) служила сумма баллов по первому опроснику 15 баллов и более, по второму — 25 баллов и более. Данные опросники позволяют диагностировать вегетативную дистонию не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих жалоб, также помогают выявить наличие факторов риска развития вегетативной патологии, что может быть использовано при профилактических осмотрах.

Результаты. По итогам тестирования первой части анкеты 77 студентов (64%) набрали 15 баллов и более, что говорит о наличии у них СВД. Менее 15 баллов набрали 43 студента (36%), что говорит об отсутствии у них вегетативной патологии. С учетом этого были сформированы 2 группы по 30 студентов в каждой, набравших максимальное количество баллов: I группа из студентов, набравших менее 15 баллов, и II группа, состоящая из студентов с СВД по субъективным данным. При анализе субъективных данных обеих групп большинство студентов предъявляли жалобы на снижение работоспособности (70%), нарушение сна (66,6%), онемение конечностей (56,6%), приступообразные головные боли (56,6%). При анализе

объективных данных обеих групп к наиболее частым жалобам можно отнести следующие: выраженная локальная потливость (76,6%), ухудшение самочувствия при смене погоды (73,3%), плохая переносимость жары, духоты, холода (70%), повышенная тревожность (60%). I группа состояла из 16 юношей и 14 девушек. Средний балл в данной группе составил 10,9 балла. При проведении второй части, т.е. объективного обследования студентов данной группы, клинических признаков нарушения вегетативной деятельности выявлено не было. Во II группу студентов включены 7 юношей и 23 девушки. Средний балл в данной группе по результатам первой части составил 33,8 балла. При объективном обследовании студентов данной группы клинические признаки СВД были выявлены у 33,3% (10 человек), у 66,7% клинически проявлений СВД выявлено не было. Объективно признаки СВД проявлялись в лабильности артериального давления и ритма сердца, больше в тахикардию, наличии стойкого белого дермографизма более 10 минут и изменении температуры тела (субфебрилитет).

Выводы. Свое состояние как вегетативно-лабильное оценили 77 студентов (64%), причем девушки в 3 раза чаще подвержены развитию СВД в силу своей большей конституциональной и реактивной эмоциональности. При объективном обследовании наличие вегетативной дистонии подтвердилось у 33,3% человек. Из этого следует, что 66,7% студентов переоценивают изменения своего функционального состояния, что можно объяснить нерациональным психоэмоциональным режимом. Для улучшения самочувствия студентам рекомендуется соблюдать режим труда и отдыха, придерживаться принципов рационального питания, спать не менее 8 часов в сутки, ежедневно гулять на свежем воздухе не менее 20 минут, отказаться от вредных привычек и заниматься спортом.

Савченко А.Д.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БОЛЕЗНИ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Синдром Туретта (СТ) – это заболевание психоневрологического генеза, которое проявляется тиками. Тик - спонтанные движения, звуки или словесные высказывания, которые происходят против воли человека. По данным исследований Синдром Туретта встречается у 3-5 человек на 10 000 населения.

Целью исследования явилось изучение клинико-терапевтических аспектов СТ на основе анализа и сравнения данных научно-методической литературы.

Тики, диагностируемые по современным критериям, встречаются у 5-24% детей (мальчики болеют в 2-3 раза чаще девочек). Первые симптомы могут встречаться в 2-5 лет, дошкольный, и школьный возраст, однако более

всего проявляются в 7-12 лет на фоне увеличения количества стрессовых факторов в жизни ребенка. Причины: генетическое наследование и педиатрические аутоиммунные нейropsychиатрические расстройства, связанные со стрептококковой инфекцией.

Симптомы Синдрома Туретта:

1. Двигательные тики - это могут быть подергивания, повторяющиеся движения, гримасы, подмигивание, хлопки, подпрыгивания, частое моргание и даже удары по лицу и телу.

2. Вокальные тики – у детей это гласные звуки, эхолалия, позже копролалия.

В ходе исследования у 100% пациентов, разных возрастных групп, не было выявлено каких-либо когнитивных расстройств и снижения интеллектуального развития. В силу того, что СТ не полностью изученная патология, к пациенту применимы только симптоматический и экспериментальный виды лечения. Применяемые препараты делятся на: 1) первой очереди выбора - пимозид и клонидин; 2) второй очереди - галоперидол и фенотиазины; 3) третьей очереди - комбинация галоперидола и клонидина.

К экспериментальному виду лечения относится глубокая стимуляция мозга (DBS). Суть операции состоит в раздражении базальных ганглиев головного мозга высокочастотным целенаправленным электрическим импульсом, с помощью особого электрода, который соединен с мини стимулятором. Всю процедуру можно разделить на два этапа. Первый этап – в ходе которого доктор последовательно вводит, по заранее намеченному пути, два электрода, проводится под местным обезболиванием и под контролем передовой визуализирующей аппаратуры. Второй этап проводится под наркозом и заключается в подкожной установке электростимулятора в районе грудной клетки, к которому подводятся эти электроды. Хирургические вмешательства такого рода требуют высочайшей точности выполнения манипуляций (допустимая погрешность менее одного миллиметра). Послеоперационный период в среднем 3-4 дня. Данный метод не используется на детях, т.к. еще не до конца изучен.

На основании проведенного изучения клинко-терапевтических аспектов СТ можно сделать вывод, что на современном этапе развития медицины вопрос рационального лечения остается до конца нерешенным и требует дальнейшего глубокого научно-практического поиска.

Самойленко С.Е., Андриенко В.И.

ГАБАПЕНТИН И ПРЕГАБАЛИН В ТЕРАПИИ ВЕГЕТАЛГИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.

Актуальность темы. На сегодняшний день вследствие ухудшения экологической ситуации и увеличения количества бытовых и профессиональных вредностей, действующих на население, повышается

частота возникновения неврологической патологии. Особенно часто отмечаются случаи полинейропатий различного генеза среди трудоспособного населения. Больше всего качество жизни больных снижают невропатические боли (вегеталгии), которые мало поддаются терапии. В данном исследовании был изучен эффект противоэпилептических средств (габапентина, прегабалина) в терапии вегеталгий при демиелинизирующей полинейропатии нижних конечностей.

Ход исследования. Под нашим наблюдением находился больной М., 41 год. Диагноз – демиелинизирующая полинейропатия с вегеталгиями. Предъявлял жалобы на слабость и неприятные ощущения в нижних конечностях, сильные приступообразные боли в дистальных отделах. Объективно определяется снижение кожной чувствительности и мышечной силы в дистальных отделах нижних конечностей (до 3-3,5 баллов), легкий интенционный тремор при проведении пальценосовой и пяточно-коленной проб. Температура и эластичность кожи нижних конечностей снижена. Рефлексы на нижних конечностях снижены, патологических рефлексов нет. Мышечный тонус на нижних конечностях снижен. Больной страдает в течении 1,5 года, когда начал отмечать периодические приступообразные боли в области стоп и голеней. Из анамнеза жизни известно, что в течении 17 лет работает на элеваторе, находится в контакте с химическими веществами для обработки зерна. Семейный анамнез не отягощен, сопутствующей патологии не выявлено.

Обратился за медицинской помощью в районную больницу г. Золочева 14 месяцев назад, был направлен в Харьковскую областную клиническую больницу. Госпитализирован в неврологическое отделение. Больному был проведен курс плазмафереза (5 процедур), пульс-терапия метилпреднизолоном, физиотерапевтическое лечение и массаж. Также получал в/в иммуноглобулины в дозе 28 г/сут в течении четырех дней. На фоне проводимого лечения больной отмечал некоторое уменьшение болевых приступов без снижения интенсивности боли. Для уменьшения болевого синдрома был назначен габапентин («Габантин» капс. 300 мг) в дозировке 2400 мг/сутки. Больной предъявил жалобы на тошноту в ответ на терапию, был переведен на прегабалин («Лирика» капс. 150 мг) в дозе 450 мг/сут. В ответ на терапию прегабалином больной отмечал значительное снижение интенсивности болевого синдрома, урежение приступов вегеталгии, побочные эффекты не отмечались.

Выводы. Согласно проведенному исследованию была установлена эффективность препаратов габапентина и прегабалина в терапии невропатической боли. Прегабалин обладает более выраженным анальгезирующим эффектом и не дает побочных эффектов у конкретного больного.

Светличная Е.В.
ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПОСТАЛКОГОЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.

Алкоголизм – это биопсихосоциальное заболевание, в основе которого лежит зависимость человека от алкоголя. Тема, касающаяся алкоголизма, чрезвычайно актуальна в нашей стране, так как по данным ВОЗ в Украине от хронического алкоголизма страдает около 900 тыс. человек. К сожалению, с каждым годом этот показатель увеличивается на 50-55 тыс. больных.

Действие этанола на фронтальную область коры больших полушарий было исследовано в эксперименте на животных, в результате чего было выявлено угнетение когнитивных функций. Исследуемые животные перестали выполнять заранее выученные действия. После перерыва в 10 дней, выявленные ранее дефекты исчезли. Результаты исследования стали подтверждением того, что нарушения когнитивных функций кратковременные и возникают в момент абстиненции. На сегодняшний день, учеными доказана универсальность и общность механизмов повреждения клеток при различных видах патологических процессов, в том числе и воздействие этанола. Конечным звеном является нарушение окислительно-восстановительных процессов, нарушение метаболизма и энергетического обеспечения клеток. В связи с этим, одним из широко используемых сегодня нейропротекторов является цитиколин.

Мы исследовали эффекты цитиколина у 10 пациентов с алкогольной энцефалопатией. Все пациенты имели когнитивные нарушения – 4 из них умеренные, а 6 – легкие по шкале MMSE. После 2 месяцев приема препарата отмечалось улучшение концентрации внимания, памяти, мышления, а также ориентации во времени и пространстве. На фоне терапии цитиколином удалось не только улучшить когнитивные функции, а и уменьшить дозу заместительной терапии. В данной ситуации у пациентов уменьшилась тяга к алкоголю.

Исходя из данных о влиянии этанола на нервную систему, нейропротективная терапия цитиколином может стать альтернативной в лечении посталкогольных изменений центральной нервной системы, таких как энцефалопатии с различной степенью когнитивных нарушениями.

Соколова Ю.А.

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И
ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ-
ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПТСР В ДЕТСКИХ ЛАГЕРЯХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Черкасова А.О.

Актуальность проблемы. В последнее время в Украине разгорелся серьезный вооруженный конфликт, который напрямую затронул десятки тысяч человек и косвенно — сотни тысяч. Вооруженный конфликт наносит не только физические травмы, но и психические, зачастую даже более опасные. Вследствие этого на первый план выдвигается задача нормализации психического состояния детей и их родителей. Как правило, психологические последствия социальных действий в чрезвычайных ситуациях оказываются иногда более значимыми по своим социально-психологическим последствиям, чем сами события. К сожалению, часто объектом реабилитации становятся дети, а не семья целиком.

Цель исследования: выявить степень проявления ПТСР у детей-переселенцев, а также просмотреть влияние медико-психологической коррекции на проявление клинической картины ПТСР у детей-переселенцев, которые находятся в детских лагерях. Сравнить степень проявления ПТСР у разных возрастных групп.

Говоря о ПТСР, мы будем рассматривать такие показатели, как тревожность, агрессивность и враждебность. Для рассмотрения проявления ПТСР у детей - переселенцев проведено психологическое исследование, в котором взяли участие 60 детей: Каждая группа разделена на две возрастные категории: 1. младшая группа 7 – 9 лет (30 чел.); 2. старшая группа 10 – 14 лет (30 чел.). Тестирование проводилось два раза: в начале заезда в лагерь и в конце лагерной смены (через 14 дней). На протяжении лагерной смены дети проходили санаторно-курортное лечение (подобрано индивидуально каждому), принимали активное участие в медико-психологической коррекции. Основные материалы исследования. теоретические: анализ, систематизация, обобщение теоретических и экспериментальных данных проблемы; эмпирические: наблюдение, беседа, анкетирование, психодиагностические методики: «Фрайбургская анкета агрессивности»; методика оценки тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина; тест тревожности Р. Теммла, М. Дорки, В. Амен. методика «Выбери нужное лицо». Проективная диагностика детей; рисуночный тест «Несуществующее животное», методы статистической обработки количественных данных.

Результаты. В ходе исследования младшей группы до начала лагерной смены, выявилось что, в общей выборке детей-переселенцев преобладает средний уровень тревожности – в 93,75% случаев. У 75% детей – переселенцев из всей младшей группы выявилось наличие страха и защитной агрессии, а у 50% - замкнутость. По окончании лагерной смены результаты

были таковы: уровень тревожности находится на среднем уровне, но с тенденцией к снижению (в 80% случаев). Уровень страха, защитной агрессии и замкнутости снизился (в 46,6%, 53,3% и 40% случаев соответственно).

При исследовании старшей группы уровень агрессивности (по «Фрайбургской анкете агрессивности») выявился на низком уровне (100%). В конце смены показатель не изменился. До заезда в лагерь у детей наблюдался высокий уровень ситуативной и личностной тревожности - у 60% из всей группы, а спустя две недели снизился у 50 % и 60% соответственно. При проведении рисуночного теста, мы так же выявили в большей степени защитную агрессию, страх и замкнутость. У 50% переселенцев из всей группы выявилась замкнутость и защитная агрессия, а страх у 60%. После отдыха в лагере: страх и замкнутость снизились у 30%, а защитная агрессия - у 40% детей данной группы. При сравнении двух возрастных категорий по полученным данным, при проведении рисуночного теста, мы наблюдаем что, такие показатели как страх, защитная агрессия и замкнутость в большей степени наблюдаются у детей – переселенцев из младшей группы. Мы предполагаем, что это связано с тем что дети 7 – 9 лет более уязвимы, чем старшая группа. Но после пребывания в детском лагере данные показатели у младшей группы более значительно снизились по сравнению со старшей группой. Данный феномен связан с тем, что у детей младшего возраста более высокие адаптивные способности.

Выводы. Сопоставив данные психодиагностического исследования, мы наблюдаем положительную динамику в психологическом состоянии детей, в результате проведенной медико-психологической коррекции комплексно-санаторно-курортного лечения, что свидетельствует о хорошей реадaptационных возможностях детей. У отдельных лиц, улучшение не наступило, что связано с более выраженной клинической картиной, для улучшения которой нужны сроки свыше 14 дней. Так же при сравнении двух возрастных групп выяснилось, что дети 7 – 9 лет адаптируются лучше и быстрее, чем старшая группа. На основании вышеизложенного, мы рекомендуем активно внедрять медико-психологическую коррекцию в структуру санаторно-курортного лечения для психологической реабилитации детей из зоны АТО.

Сушецкая Д.А., Затолока Д.В.
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

За последние 3 года в Украине отмечается резкое ухудшение уровня психического здоровья населения, что связано с психотравмирующей политической ситуацией и активным военным конфликтом на юго-востоке страны. Длительный стресс с большим количеством экстремальных

ситуаций, страх смерти и потери близких, проявление агрессии и насилия – все это является провоцирующими факторами развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР возникает через 1 – 6 месяцев после травматического события. За это время пострадавший возвращается к привычной жизни и не может к ней адаптироваться. Основным клиническим проявлением является ненормальная реакция в нормальных повседневных ситуациях. Отмечаются симптомы вторжения: повторные тревожные воспоминания, сопровождающиеся вегетативными дисфункциями; нарушения сна, ночные кошмары; «флэшбэки». Характерно избегание похожих ситуаций и мест, разговоров о произошедшем событии, эмоциональное оцепенение, отстраненность, раздражительность, настороженность. Возможно появление диссоциативных симптомов: дереализация, деперсонализация, диссоциативная амнезия, отчуждение, эмоциональная глухость.

Следовательно, при наличии травматического события в анамнезе и определенных симптомов у пациентов целесообразно проводить скрининг ПТСР, для чего применяют стандартизированный вопросник. Положительный ответ на 4 и более вопроса указывает на вероятность этого диагноза. Так же используются: анкета (опросник) пациента о состоянии здоровья PHQ-9 и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Психообразование занимает основное место в социальной адаптации пациентов с ПТСР. Предпочтительной является трехэтапная структура, включающая изучение информационных потребностей пациентов и их родственников, сбор доказательных данных и создание информационного модуля, апробацию и оценку эффективности.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациент В., 31 год, военнослужащий, находился на лечении в Клинике психиатрии и наркологии Военно-Медицинского центра Северного региона с 03.12.15 по 18.12.15. Поступил с жалобами на головную боль, свист в ушах, бессонницу, боязнь громких звуков и «шума приближающегося автомобиля», ощущение опасности, снижение памяти, ухудшение слуха и зрения. Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован верно, доступный вербальному контакту. Мимика невыразительная и напряженная, движения скованные, с моторными тиками. Периодически во время разговора закрывает руками уши и замолкает, объясняя это «сильным свистом в ушах». На вопросы отвечает лаконично, эмоции скрывает. Настроение ближе к ровному. Эмоционально скован, невыразительный. Мышление последовательное, темп понижен. Галлюцинаций, бредовых идей нет. Внимание ослаблено. Критика снижена.

Пациентом были выполнены тесты: гражданский вариант Миссисипской шкалы посттравматического стрессового события, DSM-V, SCL-90-R, результат – 116 баллов, что свидетельствует о высоком уровне влияния травматического события и подтверждает диагноз ПТСР. Шкала DSM-V позволяет оценить частоту и интенсивность выявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность пациента. По результатам у больного присутствуют

симптомы вторжения - 4/5, симптомы избегания - 1/2, когнитивные нарушения - 4/7, гиперактивации - 3/6, у пациента отмечается выраженный дистресс: нарушение в социальном функционировании и профессиональной деятельности. По шкале SCL-90-R доминирующими симптомами являются - соматизация, депрессия и навязчивость.

Тимощук М. В.
СОЦИАЛЬНЫЙ СТОКГОЛЬМСКИЙ СИНДРОМ ЖЕНЩИН
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

Актуальность. Согласно официальной статистике МВД Украины за последние пять лет отмечается рост количества фактов домашнего насилия - со 110 тысяч случаев до 165 тысяч. Однако, согласно данным The Equal Opportunities and Women's Rights in Ukraine Programme 75 % женщин, подвергшихся домашнему насилию, не обращаются за помощью и продолжают отношения, нередко пытаясь всячески оправдать обидчика.

Целью исследования стало изучение причин такого поведения.

Результаты. Было проведено анонимное интернет-анкетирование у 52 женщин, подвергшихся насилию со стороны мужей или половых партнеров, 37 из которых многократно переживали акты физического, психологического или сексуального насилия, долгое время не обращаясь за помощью. Было выяснено, что эти женщины были склонны к преувеличению позитивных черт характера насильника, отрицанию собственных негативных эмоций, принятию на себя вины за насилие, перениманию взглядов насильника на окружающий мир и на себя саму, самоуничтожению, а также уверенны в своих сильных чувствах к агрессору и неспособности жить без него. Такое поведение позволяет говорить о травматической привязанности - социальном стокгольмском синдроме.

Под классическим стокгольмским синдромом понимается присутствие положительных чувств у заложников в отношении своих похитителей, которые развиваются в процессе удерживания в плену. Бытовой стокгольмский синдром выражается в протекционной связи жертвы со своим агрессором, возникающей в травмирующей среде и в условиях ограниченного доступа внешних стимулов. Социальный стокгольмский синдром возникает как попытка жертвы защитить собственную психическую целостность и восстановить физиологический и поведенческий гомеостаз. В попытке избежать и/или уменьшить эффект насилия жертва идентифицируется с агрессором и оправдывает перед собой и другими все его действия.

Выводы. В случае гендерного насилия женщина использует механизмы выживания день за днём на протяжении долгого времени и постепенно они трансформируют её личность и становятся способом её существования. Поэтому речь идет не столько об адаптации к личности

агрессора, сколько о потере жертвой собственной идентичности. А это означает не адаптативный механизм, а настоящий процесс разрушения.

Ткачева А.И.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ КАК ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

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

Актуальность. Депрессия – это часто встречаемое психическое расстройство, для которого характерны сниженный фон настроения, снижение или утрата интереса или радости, низкая самооценка, чувство вины, расстройства сна или аппетита, апатия и низкая концентрация внимания. Такого рода нарушения могут стать хроническими или часто повторяющимися и оказывать значительное воздействие на способность человека выполнять повседневные обязанности. В самой тяжелой форме депрессия может стать причиной суицидальных действий.

В виду высокой суицидальной активности вопросы изучения депрессивных расстройств являются крайне актуальными в наше время. По данным ВОЗ в 2020 году депрессии займут первое место по заболеваемости, а также по причинам инвалидности и смертности населения во всем мире. 10 октября 2016 г. ВОЗ объявила о проведении годовой кампании: «Депрессия: давай поговорим». Цель этой кампании - сделать так, чтобы как можно больше людей, страдающих депрессией, во всех странах.

Целью нашего исследования было изучение комплексной системы лечения больных депрессией с использованием психообразовательных программ, как одной из необходимых частей психосоциальной реабилитации.

Материалы: было обследовано 18 больных обоего пола в возрасте 18-42 года с установленным диагнозом депрессия по критериям МКБ-10, в комплексной терапии которых с использованием фармакотерапии и психотерапии применялись психообразовательные занятия в группах по 6-7 человек. Цикл состоял из 10-12 занятий по 1,5-2 часа 1-2 раза в неделю.

Методы: клинико-психопатологический: изучение жалоб, психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов; психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967), статистический.

Результаты: на фоне проводимой терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, расширение контактов с окружающими, возобновление привычного режима. К четвертой неделе

проводимой терапии показатели по шкале тревоги и депрессии Гамильтона с 26 баллов снизились до 10,5 баллов.

Выводы: комплексный подход к терапии депрессии включающий в себя психофармакотерапию с использованием антидепрессантов в сочетании с психотерапией и психообразовательными программами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных.

Трегубенко А.Р.

ЭКЗАЛЬТИРОВАННОСТЬ КАК ДОМИНИРУЮЩИЙ ТИП АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ.

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

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

Актуальность. Акцентуация характера является пограничным состоянием между нормальным и патологическим поведением человека, которое непосредственно влияет на его деятельность и поведение в обществе. При неблагоприятных обстоятельствах наличие акцентуации может привести к возникновению патологических изменений поведения вплоть до развития психопатий. В связи с этим определение наличия и типа акцентуации необходимо для более тщательной адаптации личности в социуме и профилактики возникновения психопатий.

Цель данного исследования - изучение формирования типа акцентуации у студентов медицинского университета под влиянием факторов внешней среды.

Задачами данного исследования являются определение преобладающего типа акцентуации характера у студентов медицинского университета и поиск его взаимосвязи с внешними факторами.

Материалы и методы. Для определения доминирующего типа акцентуации было проведено анкетирование с использованием личностного опросника Г. Шмишека. В опросе приняли участие 10 девушек в возрасте от 19 до 22 лет и 17 юношей в возрасте от 19 до 24 лет – студенты 3 курса лечебного факультета ХНМУ.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что доминирующим типом акцентуации является экзальтированность. Она проявляется в ярко выраженной способности восторгаться по незначительному поводу, искренне радоваться чужим неудачам, бурно переживать неудачи и горестные события, впадать в отчаяние даже по незначительному поводу. Экзальтированность характерна для 51,85% обследованных, причем 21,42% из них являются представителями чистого типа, а 78,57% - представителями смешанного типа. При дальнейшем анализе данных было выявлено, что 57,14% девушек и 83,33% парней, акцентуированных по данному типу, проживают в общежитии, из них 14,28% девушек и 16,66% парней снимают

квартиру или комнату. При этом 66,66% из них до поступления в университет проживали в небольших городах, а 22,22% - в поселках или деревнях. Данное обстоятельство позволяет предположить, что наличие экзальтированности у большинства студентов обусловлено стрессом в связи с переездом из небольших населенных пунктов в мегаполис, новым образом жизни и новыми условиями проживания (общежитие, съемная квартира).

Выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что доминирующим типом акцентуации среди студентов медицинского университета является экзальтированность, обусловленная новыми условиями проживания. В дальнейшем эти данные позволят ускорить процесс адаптации таких студентов к условиям учебы в университете.

Фельдман Д.А. Михайлов В.Б.¹

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології¹,
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та
алергології², м. Харків, Україна**

Наукові керівники: проф., д.мед.н. Кожина Г.М., проф., д.мед.н.

Актуальність. Інфаркт міокарда (ІМ) є однією з найпоширеніших причин смертності та інвалідизації населення. Поширеність ІМ становить близько 500 випадків на 100 тис. чоловіків та 100 випадків на 100 тис. жінок. Госпітальна летальність хворих з гострим ІМ (ГІМ) становить 7-11% при неускладненому перебігу ГІМ. Зв'язок депресії та тривоги з перебігом і прогнозом ІМ доведений сучасними дослідженнями. Психічні порушення можуть передувати ІМ, а можуть розвиватися як ускладнення ІМ [Frasure - Smith і Lesperance, 2005; Freedland et al., 2003].

Мета дослідження: вивчити частоту виникнення психічних розладів при ГІМ та їх наслідки на перебіг захворювання.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 45 хворих з ГІМ. Обстеження проводилося на базі Харківської міської клінічної лікарні №27 та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Використовувалися клініко-психопатологічні (клінічні, лабораторні, інструментальні методи та обстеження психологічного статусу), психодіагностичні (шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала якості життя) та статистичні методи дослідження. Хворі були розподілені на 2 групи за формами ГІМ. Q-позитивний (великовогнищевий) ГІМ (Q-ГІМ) зустрічався у 71,1% випадків (32 людини), Q-негативний (дрібновогнищевий) ГІМ (не Q-ГІМ) - 28,9% випадків (13 осіб). Найбільш часто діагностували ГІМ передньобічної стінки - у 68,9% випадків (31 пацієнт).

Результати дослідження. Найбільш частими скаргами на етапах обстеження у осіб, які перенесли ІМ, були різні больові прояви, частіше -

кардіалгії (86,6%), коливання артеріального тиску (86,6%), почуття нестачі повітря і задишка (76,6%), порушення серцевого ритму (73,3%).

Клініко-психологічне обстеження через 10-15 днів від розвитку ГІМ показало, що у 27 хворих (60%), окрім кардіологічних скарг, спостерігалася тривожно-депресивна симптоматика. В рамках виділеного нами тривожно - депресивного синдрому в якості основної скарги хворими відзначався знижений фон настрою, який не доходив, однак, до ступеня туги. Песимістичне ставлення хворого до навколишнього обмежувалося в основному зоною власного соматичного захворювання і актуальною психотравмуючою ситуацією. Висловлювалася невіра в можливість одужання, звільнення від страхів, думки про нібито неминуче наставало при ГІМ, «фізична неспроможність», в деяких випадках мав місце *raptus melancholicus* («вибух туги»). На перший план виступали побоювання, що належать до сфери соматичного здоров'я. У даних осіб в порівнянні з пацієнтами, які не мали психічних порушень, при дослідженні варіабельності серцевого ритму виявлявся більш виражений вегетативний дисбаланс, що полягав у підвищенні симпатичної та зниженні вагусної активності.

Частота розвитку гострих психозів (ГП) у хворих становила 8,5% (3 особи). У пацієнтів з Q-ГІМ ГП зустрічався у 3-х хворих (9,4%), з не Q-ГІМ у 1-ого хворого (7,7%). Ці відмінності статистично достовірні ($p \leq 0,05$).

При аналізі рівнів летальності людей з ГІМ було виявлено, що летальність при розвитку ГП була значно вище (26%), ніж без ОП (9,8%).

Висновки. Таким чином, результати дослідження свідчать про важливість даної проблеми для сучасної кардіології, бо у 60% обстежуваних хворих на ГІМ мала місце тривожно-депресивна симптоматика. Тому, окрім стандартної терапії ГІМ, такі пацієнти повинні проходити консультацію психологів та психіатрів для подальшої фармакологічної та психотерапевтичної (особистісно – орієнтована та раціональна психотерапія, аутотренінги) корекції.

Филатова Н.Д.

КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ В НЕВРОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О.А.

К клиническим проявлениям вертеброгенных заболеваний традиционно относят комплекс неврологических, ортопедических и рентгенологических феноменов. К разделу раритетной неврологии относят краниоверттебральные аномалии. Они представляют собой дефекты развития структур краниоверттебральной области, которые обычно сопровождающиеся сдавлением продолговатого мозга, мозжечка и цервикального отдела спинного мозга. Одной из таких онтогенетических аномалий является синдром Клиппеля-Фейля. Эта наследственная особенность передается по аутосомно-доминантному типу. Основными ее проявлениями являются неврологические нарушения, характер и степень выраженности которых

зависят от влияния изменений позвоночника на спинной мозг и его корешки. Возникшие неврологические нарушения в виде болевых, чувствительных (по типу псевдосирингомиелии), сосудистых, висцеральных, дистрофических симптомов возникают вследствие поражения вегетативных структур, которые способны по механизму ирритации формировать патологические реакции на расстоянии. Эти особенности важны в диагностическом отношении.

Под нашим наблюдением в течение 5-ти лет находятся 3 пациента, которые имеют неврологические расстройства на фоне краниовертебральной аномалии Клиппеля-Фейля. При клиническом неврологическом осмотре у обследованных выявлена наиболее типичная триада симптомов: укорочение шеи, низкая линия роста волос на шее и ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, особенно головы в боковых направлениях; также наблюдали двигательные ограничения в подвижности нижней челюсти. В неврологическом статусе нами выявлены характерные клинические изменения в виде: выраженных и стойких мозжечково-атактических расстройств, синдром сирингобульбии и сирингомиелии, также у больных мы наблюдали гидроокклюзионные атаки, сенсорные джексоновские пароксизмы, легкие центральные геми-, трипарезы, нарушение когнитивных функций. Нами отмечено, что комплекс выявленных неврологических нарушений в виде корешковых, проводниковых, спинальных (миелопатических), сосудистых или корешково-сосудистых нарушений постепенно нарастал. Это было следствием сочетания и прогрессирования компрессионных и рефлекторных изменений.

В диагностическом плане этой аномалии используют рентгенографию или компьютерную томографию. Однако, из-за суммации и суперпозиции теней лицевого черепа и позвоночника было трудно получить у больных хорошие прямые рентгенограммы, и лишь томограммы показали необходимые детали для полного подтверждения диагноза.

Лечение краниовертебральной аномалии - синдрома Клиппеля-Фейля симптоматическое. При этом мы учитывали степень выраженности ведущего неврологического синдрома. В связи с неблагоприятным прогноза этой патологии в функциональном отношении, при прогрессировании деформации в дальнейшем больным будет показано ношение корригирующего воротника, а при необходимости следует будет думать о нейрохирургическом лечении.

Хаустов Д.С.

ВЛИЯНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тесленко О.А.

Травматическое повреждение черепа и головного мозга составляет 30-40 % всех травм и занимает первое место по летальности и инвалидизации

среди лиц трудоспособного возраста. В структуре смертности в Харьковской области в 2015-м году травмы занимают третье место (5,6%) уступая лишь показателям смертности от заболеваний системы кровообращения и новообразований. Более, чем у 60 % пациентов перенёсших закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ) легкой и средней степени тяжести, возникают различные варианты патологии нервной системы, а также различные варианты патологии сердечно-сосудистой системы. Течение отдалённого периода ЗЧМТ, зависит от индивидуальных особенностей организма, провоцирующих факторов, сопутствующих болезней и др. Поэтому, отдалённый период ЗЧМТ представляет собой, либо как этап клинического выздоровления, либо максимального восстановления нарушенных функций, или как период возникновения «запущенных после травм» патологических процессов.

Нами было обследовано 25 пациентов возрасте от 22 до 42 лет, которые находились на диспансерном наблюдении в поликлинике №19 г. Харькова. Все больные принесли лёгкую ЗЧМТ, и ЗЧМТ средней тяжести. У 16 больных была диагностирована ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. У 9 человек ЗЧМТ с ушибом головного мозга. Период ЗЧМТ у всех больных был отдалённый: от 4 лет до 1 года. Все больные не имели соматической патологии до получения травмы.

Основные неврологическими жалобами у пациентов были: быстрая утомляемость и снижение работоспособности (68%), головная боль (40%), нарушение сна (40%), иппохондрия и раздражительность (30%), шум в ушах и головокружение (10%). В неврологическом статусе диагностировали астенический синдром 90 %, ликворно-гипертензивный синдром 83 %, синдром вегетативных нарушений 82 %, цефалгический синдром 38 %, мозжечково-вестибулярные нарушения 30%. Было проведено лечение согласно Наказ №191 от 05.05.2003, «Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». Несмотря на это у 10 больных возникло соматическое осложнение в виде артериальной гипертензии (АГ) причем, у 6 больных - АГ I степени, у 4 - АГ II степени. I степень АГ характеризуется давлением –140-159/90-99 мм рт.ст. II степень АГ характеризуется давлением –160-179/90-94 мм рт.ст.. Больные соматических жалоб не предъявляли, и АГ была обнаружена только при диспансерном осмотре, то есть протекала бессимптомно, АГ в среднем развивалась через 7,5 месяцев после ЗЧМТ. Однако АГ в сочетании с ЗЧМТ может приводить к формированию более грубой соматической патологии сердечно-сосудистой системы, что будет усугублять клиническое течение отдалённых последствий ЗЧМТ.

Препаратами выбора для лечения АГ I степени были препараты эналаприла (Эналаприл, Лизиноприл) в монотерапии которая давала положительный эффект коррекции артериального давления. АГ II степени слабо поддавалась коррекции монопрепаратами, но давала хороший

терапевтический ответ на применение двухкомпонентных препаратов (Би-престариум, Триплексам).

Рекомендации: больным с ЗЧМТ легкой и средней степени тяжести, у которых в отдаленном периоде формируется синдром артериальной гипертензии необходима егомедикаментозная коррекция. На фоне ее коррекции, таким больным необходимо проводить дополнительную коррекцию вегетативных и астенических нарушений, которые играют весомую роль формировании артериальной гипертензии. Для этого мы рекомендуем такие препараты как Олатропил, Энтроп и группу диуретических препаратов.

Хмаин С.

**АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РИСУНОЧНАЯ ТЕХНИКА
«ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ» В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Коростий В.И.

Актуальность темы обусловлена трудностями понимания собственной болезни, собственных симптомов больными с депрессивным расстройством, а также предоставление возможности углубленно изучить свою болезнь и ее причинно-следственные связи возникновения для повышения терапевтического эффекта.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Внутренняя картина болезни» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

Материалы и методы. В данном исследовании были применены методы исследования: 1 – клинико-диагностический; 2 – шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 – шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 – шкала оценки качества жизни (модификация по Н.А. Маруте); 5 – шкала определения уровня социального функционирования.

В исследовании принимали участие 40 пациентов – мужчин в возрасте 18 - 30 лет. В качестве арт-терапии была использована рисуночная техника «Внутренняя картина болезни». Сеансы проводились 2 раз в неделю по 2 часа непосредственно после поступления больных в стационарное отделение.

Результаты исследования следующие: у 90% больных снизился уровень ангедонии; у 70% больных снизился уровень тревожности; у 75% больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% больных увеличилась самооценка, у 80% больных отмечалась уверенность в себе; и у 68% - появился позитивный взгляд на будущее.

Выводы. Таким образом, данное исследование указывает на то, что рисуночная техника «Внутренняя картина болезни» является мощным

помощником для стабилизации психического состояния пациентов с РДР при поступлении в стационарное отделение, т.к. позволяет скорректировать ложные и искаженные представления о своей болезни, а также изменению отношения пациента к болезни и проводимому лечению делая его более активным и ответственным участником терапевтического процесса, что улучшает качество лечения.

Чепелев И.С.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУЧАЕМОЙ ТЕРАПИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

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

Актуальность: Распространенность шизофрении составляет от 0,5 до 1%, риск заболевания населения составляет около 1%, женщины и мужчины в одинаковой степени подвержены. Шизофрения психическое заболевание, которое характеризуется существенными и характерными нарушениями мышления и восприятия, а также неадекватными аффектами. Ясное сознание и интеллектуальные способности обычно сохраняются, на фоне проводимой терапии, с течением времени может иметь место некоторое угнетение интеллектуально - мнестических функций. Важнейшая психопатологическая симптоматика шизофрении включает следующие симптомы: шперрунг, ментизм, ощущение отражения мыслей (эхо), вкладывания чужой или похищения собственной мысли, передачи мысли на расстояние; бредовое восприятие и бред контроля извне; инертность; слуховые галлюцинации, комментирующие или обсуждающие больного в третьем лице; симптомы негативизма. Точные данные относительно процента пациентов с нарушениями когнитивной функции отсутствуют, но, по-видимому, та или иная степень нейрокогнитивного дефицита присуща всем больным шизофренией

Цель исследования: изучить значение лечения антипсихотиками для нейрокогнитивного дефицита и прогноз социального функционирования.

Материалы и методы: в ходе исследования было осмотрено 50 больных (30 женщин, 20 мужчин) в возрасте от 26 до 54 лет с диагнозом Шизофрения, параноидная форма, различный тип течения, в анамнезе - от 1 до 6 госпитализаций в ХОКПБ № 3.У большинства пациентов на момент исследования - негативная симптоматика. Использованная Краткая шкала оценки когнитивной функции при шизофрении (BACS), включающая тесты на скорость умственной работоспособности, рабочую и слухоречевую память и проблемно-решающее поведение.

Результаты. Данное исследование проводилось на этапе госпитализации больных с шизофренией специализированной психиатрической бригадой скорой помощи в г. Харькове в период с сентября

2015 года по ноябрь 2016. Предварительно был уточнен анамнез заболевания, характер и уровень образования испытуемых, их возможности социального функционирования на момент исследования, доступность контакту с исследователем. Рабочая память (предъявление списка из 15 слов в течение 5 раз)-снижение на 77,5 % от предполагаемой нормы у 85% (26) женщин и 90% (18) мужчин. Планирование (тест «Башня Лондона») – расположение колец на стержнях на одном рисунке с соответствием с другим) – снижение на 30,5 % от предполагаемой нормы у 95 % (29) женщин и 90% (18) мужчин.

Скорость умственной работоспособности (сопоставление символов и цифр по образцу в течение 90 секунд) – снижение на 99% от предполагаемой нормы у всех испытуемых. Речевая беглость (спонтанное воспроизведение общих по смыслу слов и слов на одну букву с ограничением по времени) – снижение на 63,5 % от предполагаемой нормы у всех испытуемых. Моторика (двигательный тест с фишками-помещение в контейнера фишек разных цветов за ограниченное время) – снижение на 72 % от предполагаемой нормы у 90% (27) женщин и 95% (19) мужчин. Вербальная память (тест «Числовой ряд» – расположение чисел в возрастающем порядке) – снижение на 86% от предполагаемой нормы у 90% (27) женщин и 95% (19) мужчин.

В зависимости от сохранности когнитивных функций положительная динамика отмечалась у пациентов, которые принимали атипичные антипсихотики. Оптимальным препаратом является кветиапин, прием которого обеспечил сохранность функций речевой беглости и рабочей памяти у 80 % пациентов, а также планирования и моторики у 87 % испытуемых. Лечение другими атипичными антипсихотиками оказало меньший эффект, а наименее удачным препаратом для поддержания нейрокогнитивной функции можно назвать галоперидол, являющийся типичным антипсихотиком. Больные, принимавшие данное лечение, справлялись с заданиями на речевую беглость лишь в 63% случаев, рабочая память – 55%, планирование – 43%, моторика – 48%. Впрочем, необходимо учитывать достаточно высокий процент синдрома лекарственного паркинсонизма у таких больных, вызывающего мышечную скованность и общую заторможенность, препятствующих выполнению многих заданий.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что следует отдавать предпочтение атипичным антипсихотикам для лечения пациентов с шизофренией. В таком случае пациенты демонстрируют более высокие показатели памяти, моторики и работоспособности. Вышеизложенное позволит пациентам лучше справляться со своими обязанностями дома и на работе, быстрее и качественнее социально ресоциализироваться после выписки из стационара.

Чернышова И.И.
ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: КЛИНИКА И
ПРОФИЛАКТИКА

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Черкасова А.А.

Актуальность темы. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью данного расстройства: по данным разных исследований послеродовая депрессия встречается у 10-15% родивших. Актуальность определяется также тем, что изменение эмоционального состояния женщины в кризисный период жизни семьи оказывает сильное влияние на всех членов семьи и, прежде всего, на младенца. Влияние же послеродовой депрессии оказывается особенно неблагоприятным. Депрессия становится преградой между матерью и ребенком, нарушает контакт и взаимопонимание. Депрессивное состояние матери, продолжающееся длительное время, нарушает нормальное развитие ребенка и способствует формированию у него психических расстройств разной степени тяжести.

Цель: Изучить клиническую картину и профилактику послеродовой депрессией.

Методы и материалы: Нами было осмотрено 10 пациенток с послеродовой депрессией. В процессе работы использовались методы 1) выкладывание новорожденного на живот матери сразу после родов, метод «Кенгуру» через сутки после родов.

Результаты исследования: Среди осмотренных рожениц у 2 состояние депрессии оставалось без динамики, что свидетельствовало о глубоком депрессии. У 7 рожениц через 2е суток активного применения двух методов чередую появилась положительная динамика и интерес к ребенку. У 1 пациентки мы наблюдали положительную динамику после первого применения метода «Кенгуру». Следует помнить, что очень важной является профилактика послеродовых депрессий. Она так же заключается в таких современных методиках, как выкладывание ребенка на грудь матери или партнеру, в случае если женщина подверглась неестественному родоразрешению; метод «Кенгуру», в случае если ребенок появился на свет раньше срока и находится в отделении интенсивной терапии.

Выводы: Анализируя данный вопрос, следует отметить, что проблема послеродовых депрессий очень актуальна в современном мире, неотъемлемой частью профилактики является слаженная работа мед персонала в роддоме и родственников дома, которые должны помнить и понимать что контакт матери и ребенка должен быть как можно чаще при любых обстоятельствах. Установлено, что программы по взаимодействию матери и новорожденного приводят к уменьшению времени депрессии в случае если она уже развилась.

Шепилова Е.О.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц., Куфтерина Н.С.

Черепно-мозговая травма является одним из наиболее частых и тяжелых видов травм, а также регистрируется преимущественно у людей молодого и среднего возраста, то есть наиболее социально активной и трудоспособной части населения. Черепно-мозговая травма сопровождается многообразием неврологических симптомов, что в свою очередь может приводить к инвалидизации и потере трудоспособности. Когнитивные нарушения как следствие черепно-мозговой травмы существенно влияют на качество жизни пациентов, в том числе и на социальную адаптацию.

Цель: изучить влияние черепно-мозговых травм на когнитивные функции в отдаленном периоде болезни, а также влияние их последствий на качество жизни пациентов, их социальную адаптацию.

Материалы и методы: для исследования был проведен сбор анамнестических данных, а также проведена оценка когнитивных функций по шкале MMSE у больных, перенесших черепно-мозговую травму.

В эксперименте принимало участие 40 добровольцев, которые были разделены на 4 группы в соответствии с периодами течения черепно-мозговой травмы.

1-ая группа – пациенты в остром периоде (у которых с момента травмы прошло от 2 до 8 недель); 2-ая группа – пациенты в промежуточном периоде (с момента травмы прошло от 3 до 6 месяцев); 3-ая группа – пациенты в отдалённом периоде (с момента травмы прошло от 6 месяцев до двух лет); 4-ая группа – контрольная (люди, не имеющие черепно-мозговых травм в анамнезе).

Результаты: Пациенты в остром периоде по результатам сбора анамнеза имели множество жалоб, такие как головная боль, внезапные головокружения, тошнота, рвота, подергивания глаз, тахикардия, нарушения памяти, внимания, речи, по шкале оценки состояния когнитивных функций MMSE набрали 14-19 баллов. Пациенты в промежуточном периоде по шкале MMSE получили 21-23 баллов, а также имели жалобы на периодическую головную боль и внезапные головокружения. Пациенты в отдалённом периоде в основном имели жалобы астенического характера (снижение работоспособности, быстрая утомляемость, трудности концентрации, снижение внимания), а также периодические головные боли. Шкала MMSE показала у этих больных 24-26 баллов. Сбор анамнеза у контрольной группы показал жалобы на небольшой дефицит внимания и снижение концентрации лишь у некоторых людей, других жалоб не отмечалось. По шкале MMSE в среднем группой было набрано 28-30 баллов, что свидетельствует об отсутствии когнитивных нарушений.

Вывод: как мы можем видеть из полученных результатов, со временем происходит уменьшение клинических проявлений последствий черепно-мозговой травмы, но излечение не является полным даже в отдалённом периоде, что на долгое время, а в некоторых случаях и до конца жизни, значительно снижает качество жизни таких больных, оказывает существенное влияние на их социальную адаптацию и трудоспособность.

**Шурховецкая М.А., Дорошенко М.С.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С МИОКЛОНУС-ЭПИЛЕПСИЕЙ
ПРЕПАРАТОМ ЛЕВИЦИТАМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра неврологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.**

На стационарном лечении в неврологическом отделении Харьковской областной клинической больницы находился больной Р. 19 лет, житель Изюмского р-на с диагнозом миоклонус-эпилепсия. Больной поступил с жалобами на генерализованные судорожные припадки с нарушением сознания с частотой 2 раза в месяц, периодические неконтролируемые миоклонические подергивания рук и ног, появляющиеся после физической нагрузки, стресса и часто в утренние часы, затруднение выполнения движений при письме, приеме пищи, ходьбе, эмоциональную лабильность, плаксивость, ухудшение памяти и внимания.

Больному Р. была проведена электроэнцефалография: во время исследования было обнаружено отсутствие альфа-ритма и короткие пароксизмы электрических колебаний высокой амплитуды.

На протяжении 1,5 месяцев мы следили за состоянием больного, который находился на монотерапии лекарственным препаратом Левицитам. Действующим веществом Левицитама является леветирацетам, который влияет на внутринейрональные уровни Ca^{2+} путем частичного угнетения тока через Ca^{2+} -каналы N-типа и снижение высвобождения Ca^{2+} из интранейрональных депо. Он также частично нивелирует угнетение ГАМК- и глицин-регулируемого тока, вызванное действием цинка и β -карболинами.

Больной принимал Левицитам по 250мг 2 раза в сутки в течение 45 дней. В итоге терапии общее состояние пациента значительно улучшилось, снизилось число судорожных припадков эпилептического характера до 1 раза в 1,5 месяца, исчезли миоклонические подергивания рук и ног, больной может сам одеваться, чистить зубы, писать, принимать пищу, ходить небыстрым шагом и ухаживать за собой, исчезла плаксивость, эмоциональная нестабильность.

Щебетенко В.О.
НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР
МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛЬГІЇ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра неврології №1, Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Різниченко О.К.

Актуальність теми: мігрень є доволі соціально значимим та поширеним захворюванням. У 2000 році вона була включена до списку хвороб, що мають глобальне значення. Дане захворювання зустрічається частіше, ніж цукровий діабет і бронхіальна астма. Приблизно у 12 % населення планети діагностовано мігрень. Як виявилось, дана хвороба належить до так званих «благогородних захворювань». Часто мігрень вражає людей з доволі високим інтелектом та тих які займаються активною розумовою працею. Тому ми вирішили виявити відсоток студентів, що мають ознаки мігренозної цефалгії та визначити основні тригери, що провокують напади головного болю і звісно приділити увагу заходам профілактики мігрені.

Матеріали дослідження: Для виявлення ознак мігренозної цефалгії серед студентів було проведено анкетне опитування 87 студентів 4 курсу ХНМУ за допомогою спеціально розроблених анкет та додаткове опитування обраної групи для визначення основних тригерів мігрені. Потім статистично було визначене відсоткове відношення отриманих даних.

Результати дослідження свідчать про наявність у 28 опитаних суб'єктивних ознак мігрені. Після додаткового анкетування данної групи, встановлено, що біль провокує зазвичай декілька факторів, серед яких один є основним. Усі опитані зазначили обов'язковим фактором стресове напруження (біль частіше виникає в період релаксації). 50% зазначили цей фактор основним. На друге місце 30% опитаних визначили невчасне харчування. Ще одним тригером є різні порушення сну (наприклад, недосипання, сон більше 8 годин), на нього припадає 20%. У зв'язку з отриманими даними ми розробили спеціальну систему заходів профілактики навчального стресу для студентів.

Висновки: Мігрень призводить до значного зниження якості життя пацієнтів і великих економічних втрат. Результати дослідження підтверджують, що мігренозна цефалгія є поширеною серед студентів ХНМУ, також ми визначили основні тригери, такі як: стресова напруга, несвоєчасне харчування, порушення сну. Важливим є попередження виникнення нападів головного болю. Саме тому нами була розроблена система заходів для попередження навчального стресу. Для профілактики мігрені важливе значення має вчасна підготовка матеріалу, уникнення конфліктів та стресів, пов'язаних з навчанням, правильне харчування 5-6 разів на день і не слід забувати про здоровий сон 7-8 годин.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Bilera N. V., Chehovska I. M., Fetisova M. O., Mosina N. G.
ON DIAGNOSTICS OF BURNOUT SYNDROME IN MILITARY
PERSONNEL OF A LOGISTICS UNIT OF NATIONAL GUARD OF
UKRAINE

Kharkiv National Medical University
Department of Hygiene and Ecology N2, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Prof. I.V. Zavgorodnii

Every day, each of us faces with those or other stressful situations at work. Prolonged exposure to stressful situations can lead to burnout syndrome.

Burnout syndrome - is a syndrome that develops as a result of prolonged exposure to occupational stress and manifests as an emotional, mental exhaustion, physical fatigue.

Despite the fact that burnout syndrome as a separate nosological unit is included in the International Classification of Diseases (ICD - 10) Z73 - "Stress related to the difficulties of maintaining a normal way of life" (according to other sources, "Overfatigue"), its timely diagnostics is difficult.

At present, the prevention of burnout syndrome in military personnel of logistic units of the National Guard of Ukraine is one of the urgent problems requiring attention.

Within the framework of the mandatory periodic medical examinations, soldiers pass a psychiatric examination. Throughout the entire period of work, regular psychologists work with them. The focus is primarily on the prevention of suicide.

However, specific validated tests-questionnaires aimed at the diagnosis of burnout syndrome are currently not included into the psychological research program.

The introduction of these tests would facilitate the timely detection of burnout syndrome, high-quality work with risk groups, working out preventive measures, taking into account a specific character of professional activities and, as a consequence, preservation of highly qualified personnel, which is very important for such structure as the National Guard of Ukraine.

Lazarenko K. P., Chehovska I. M., Palagno O. S.
DIAGNOSTICS OF ADAPTATION IN CHILDREN WITH SPECIAL
NEEDS

Kharkiv National Medical University
Department of Hygiene and Ecology N2, Kharkiv, Ukraine
Supervisor: Prof. I.V. Zavgorodnii

Ensuring the needs of each child and creating all conditions for his valuable life is an urgent issue today. At that, children with defects of psychophysical development, that is, disabled children, require special care. Recently, the society

refuses increasingly to use the term "disabled" in everyday life, replacing it with terms "a disabled child" or "a child with special needs."

But in Ukraine, such situation established historically, in which children with special needs remained unnoticed by society over a long period, and even were isolated from it to some extent, learning and brought up in boarding schools. These children often found themselves unprepared for life in an open environment that did not meet their special needs. That is why, the problem of education of children with limited abilities in conditions of public schools raises more acutely today. One of the best direction in solving this problem is integrated education and inclusive teaching, that is co-education of children with health limitations and those that do not have these limitations by creating additional conditions.

In view of the above circumstances, the urgent issue of medicine, psychohygiene and psychology is to provide psychological help in the correction of psycho-emotional sphere and, consequently, behavioral reactions in children who have certain psychological and physical defects. Under such conditions, diagnostics of school adaptation in children with special needs acquires urgency.

In the course of carrying-out a thesis for obtaining the degree of Candidate of Medical Science in specialty "Hygiene and Occupational Pathology", code 14.02.01 on "Psycho-hygienic assessment of adaptation of children with disorders of the musculoskeletal system to the conditions of education in a specialized school", a study of adaptation in pupils of 5th and 9th forms of Municipal Establishment "Kharkiv Sanatorium Educational Complex No.13» of Kharkiv Regional Council was carried out.

The results of the testing of pupils towards subjects (Levchenko method) revealed the following data: among fifth-grade pupils, the greatest interest is shown to the world literature (85.7%), music (80.9%), mathematics (80.9%), physical education (71.9%), natural science (66.7%); indifference is caused by Russian language, labor training and ethics (42.8% respectively), the most negative attitude is caused by the basics of health (28.5%).

Among pupils in the ninth form, the following data were obtained: the greatest interest is caused by history (90.5%), biology (79.1%), chemistry and geography (75% respectively) and information science (70.8%); there was indifference to law (70.8%), remedial gymnastics (66.6%) and algebra (58.3%); negative attitude is revealed to the world literature (33.3% of pupils).

Thus, taken into account the steady increase in the number of children with defects of psycho-physical development, it is urgent to work out studies on the elucidation of the causes, regularities of this phenomenon and issues of diagnostics of adaptation, working out prophylaxis of school desadaptation, complete socialization of children with special needs in public life.

Veretelnyk Olena, Isaac Adaora
ECONOMIC ASPECT AND MEDICAL EFFECTIVENESS OF
PUBLIC HEALTH IN NIGERIA AND IN UKRAINE
Kharkiv National Medical University, Department of Social Medicine,
Organization and Economic of Public Health
Supervisor: Chumak Lubov

The main task of the healthcare system and government in particular is development and implement of a preventive measures set with the main aims: reducing exposure of the risk factors and promotion of the positive factors that determine health, including the socio-economic, socio-biological, ecological and health organization. Otherwise it should be noted that medical and organizational factors have a direct relationship with the economic development of the country, which explains the relevance of the chosen topic.

Nigeria's healthcare system is still a labor-intensive handicraft industry. Rapidly growing demand on medical services and more complicated health care provision than in the past.

Objective. Comparative analysis of main indexes of public health in Nigeria, Ukraine and average world indexes and their relations with economic aspects.

The results: Analysis of the World Bank's public health data is one more evidence that shows us how horrible current state of public health in Nigeria. In 2015 Nigeria was 4th in top-5 countries with the highest maternal mortality (814 cases per 100 000 live births). For compare in Ukraine this rate was 24 cases and average world rate – 216 cases. Also Nigeria was in top-10 countries with the highest infant mortality rate with 69 cases per 1 000 live births and under-five mortality rate with 109 cases per 1 000 live births (in Ukraine infant/under-five mortality rate is 8 / 9 cases and average world rate – 32 / 43 cases;). The second largest number of people newly infected with HIV/AIDS in the world (250 000 people in 2015 vs. 160 000 people in 1990) and situation become worse: in 1990 every 71st citizen was infected with HIV and in 2015 this indicator already – every 32nd citizen and 24th position in the incidence of tuberculosis list in the world (322 per 100 000 population). Prevalence of TB in Ukraine is 91 cases, average world indicator – 142 cases.

Analysis of the main problems of Nigeria's healthcare system showed that all the problems related with improvement of healthcare system can be divided into organizational (lack of consumer awareness, or participation or pervasive corruption, or absence of integrated system for disease prevention, surveillance and treatment) and economic problems related with scarcity of labor, financial and material resources (among them poor human resources, management, remuneration and motivation; lack of basic infrastructure and equipment; lack of fair and sustainable health care financing, very low governments spending on health and high out-of-pocket expenditure on health at the low living standard).

Results of up-to-date information analysis (2014) about healthcare expenditures shows that it is only 119\$ per capita in Nigeria, whereas 203\$ in Ukraine and 1061\$ as world average. Additionally, in Nigeria only 25.1% of total expenditures is covered by government, 71.7% by private sector (95.7% of them is

out-of-pocket health expenditure). In the same time this is only 0.9% of GDP and it is well-known fact that for normal functioning of healthcare system specific weight of healthcare expenditures should be not less than 10% of GDP.

For Ukraine total expenditures (private (out-of-pocket)/public(GDP)) ratio is next: 46.2%(93.9%) /50.8%(3.6%). Also Nigeria's healthcare is supported by external sources of financing. In 2014 the share of these resources was 6.7% of total expenditures while 0.6% in Ukraine and 0.2% as an average in the world.

Thus very low governments spending on health and lack of government regulation from one side and high out-of-pocket expenditure on health at the low living standard from another are the main economic reasons of demonstrated earlier medical ineffectiveness.

In other words, one of the key factors of sustainable development of Nigeria's health system should be development and economic growth and, as a consequence, the availability of resources for investment into the health system.

Адамський М.А., Помогайбо К.Г.

ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СЕРЕД УКРАЇНСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони
здоров'я, м. Харків, Україна**

Науковий керівник: проф. Огнєв В.А.

Актуальність теми. Останнім часом розповсюдженість серцево-судинних захворювань (ССЗ) та цукрового діабету II типу (ЦД II) зросла до рівня епідемії. Науковцями було встановлено, що розвитку цих захворювань сприяє комплекс таких станів як абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, порушення толерантності до глюкози та артеріальна гіпертензія. Комбінація цих симптомів була названа терміном «метаболічний синдром» (МС). Проте на сьогодні точної інформації щодо розповсюдження цього синдрому в Україні та світі немає. Міжнародна федерація діабету припускає, що приблизно одна чверть дорослої світової популяції має цей синдром. Наша країна є однією з європейських країн з високим рівнем захворюваності на серцево-судинні захворювання та цукровий діабет II типу. Тому з метою своєчасного прогнозування та попередження цих станів у нашій країні, є необхідність провести дослідження населення на компоненти метаболічного синдрому.

Мета роботи. За даними літератури визначити розповсюдженість окремих компонентів метаболічного синдрому серед українського населення.

Результати. Нами досліджена розповсюдженість таких компонентів метаболічного синдрому як гіпертензія, ожиріння, дисліпідемія та інсулінорезистентність. В Україні нараховується майже 12 мільйонів людей з гіпертензією, що складає приблизно 30% дорослої популяції. За даними дослідженої літератури частота гіпертонічної хвороби складає 30-32 тис. випадків на 100 тис. населення та має тенденцію до росту. Так у період з 2008 по 2012 розповсюдженість гіпертонічної хвороби серед українців виросла на

6.3%. Майже кожен п'ятий дорослий в Україні має ожиріння і більше половини дорослої популяції має ожиріння та надмірну вагу. Серед чоловіків, майже 36,1% має надмірну вагу та 13,5% має ожиріння, серед українських жінок 28,7% та 25,0% відповідно. Проте у літературі не уточненим є тип ожиріння, а компонентом метаболічного синдрому вважається саме абдомінальний тип. Дослідження, проведене у одній з Харківських лікарень, яке охопило 1059 пацієнтів старше 45 років показало, що абдомінальне ожиріння, яке визначається шляхом вимірювання окружності талії, було у 83% пацієнтів лікарні. Дисліпідемія характеризується порушенням співвідношення ліпідів в крові пацієнта, а саме тригліцеридів та холестерину. Гіперхолестеринемія дуже розповсюджена серед українців, а саме серед осіб працездатного віку вона зустрічається у 40-50%, а за даними інших авторів – у 35% населення. Однак дослідники висловлюють думку щодо занижених показників по дисліпідемії, що відбувається через певну неузгодженість класифікацій та інші фактори. Метаболізм жирів пов'язаний з інсулінорезистентністю, що є станом зниження чутливості клітин організму до дії інсуліну. За даними різних дослідників інсулінорезистентність мають 10% людей без порушень обміну речовин і більш половини пацієнтів з серцево-судинною патологією. Частота інсулінорезистентності зростає з підвищенням ступеню ожиріння та віку досліджуваних.

Висновки: Усі компоненти метаболічного синдрому є дуже поширеними серед українського населення. Тому, враховуючи цей факт, а також велику поширеність серцево-судинних захворювань та цукрового діабету II типу, ми можемо припустити високу розповсюдженість і самого метаболічного синдрому. Враховуючи тенденції минулих років та загальне погіршення стану здоров'я населення України, ми можемо припустити, що у майбутньому проблема метаболічного синдрому буде здобувати все більшу актуальність. Тому є необхідність у проведенні комплексного дослідження населення з урахуванням усіх факторів метаболічного синдрому. Отримані у результаті дані будуть використані при розробці дизайну спеціального дослідження, робота над яким вже нами розпочата, по ранньому виявленню метаболічного синдрому серед молоді та працездатного населення харківського регіону.

Богачова О.С., Нагорний І.А., Книгін М.В.
ПСИХОГІГІЄНІЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ
ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ
Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №1, м. Харків, Україна
Науковий керівник: асистент Богачова О.С.

Підлітковий вік - дуже важливий і один з найважчих етапів в житті будь-якої людини, який характеризується тим, що багато прийомів самоврядування особистістю ще не цілком сформовані, а в ранньому підлітковому віці не закріплена система цінностей і світогляд. Ці особливості

в сукупності роблять підлітка схильним до дії різних чинників, які слід з'ясувати для вироблення адекватної стратегії подолання девіації та її профілактики.

Девіантна поведінка - це поведінка, що відхиляється від загальноприйнятих і усталених норм та стандартів і в більшості випадків має руйнівний характер.

Часто відхилення в поведінці пов'язані з травмами, захворюваннями, мозковий патологією. У медичній практиці девіантна поведінка проявляється в надмірній агресії, формуванні пристрасті до алкоголю, наркотиків, комп'ютерних та азартних ігор, екстремальних видів діяльності.

До факторів, що викликають девіантну поведінку, можна віднести перинатальну патологію і затримку психічного розвитку, патології ендокринної системи, органічні ураження головного мозку (травми, арахноїдити, менінгіти).

В даний час профілактика девіантної поведінки підлітків є однією з актуальних, що обумовлено рядом причин. Наприклад, падіння рівня життя багатьох людей, порушення або ослаблення впливу соціальних інститутів, покликаніх займатися вихованням дітей і підлітків, насамперед інституту сім'ї, привели, до значного збільшення числа сімей так званої «групи ризику», кількості соціальних сиріт і підлітків девіантної поведінки.

Профілактика, будучи важливим засобом запобігання розвитку будь-яких негативних процесів на ранніх стадіях, дозволяє з меншими функціональними витратами зняти гостроту проблеми і повернути процес в інше, більш сприятливе русло. До числа найважливіших видів профілактики, що використовуються в соціальній роботі, можна віднести профілактику: девіантної та делінквентної поведінки, бездоглядності та безпритульності; суїцидальної поведінки; алкоголізму і наркоманії та ін.

Ми вважаємо, що ризик формування відхилень в поведінці виявляється реальним практично для будь-якого підлітка, тому програми профілактики девіантної поведінки підлітків орієнтовані на всі групи підлітків незалежно від приналежності до певної соціальної групи.

Первинна, вторинна і третинна форми профілактики девіантної поведінки підлітків реалізуються за рахунок спеціально розроблених програм та методик, які передбачають вирішення наступних завдань: 1) розвиток у підлітків соціальної й особистісної компетенції (навчання вмінням ефективного спілкування, критичного мислення, вироблення адекватної самооцінки); 2) формування умінь і навичок самозахисту (стійкості до негативного впливу соціального середовища, в тому числі і групового тиску); 3) попередження виникнення проблем при взаємодії з оточуючими людьми (розвиток умінь і навичок самоконтролю).

Богачова О.С., Остапенко Д.М., Халімов Є.Г.
ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ
ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ
ЛІЦЕЯХ

Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №1, м. Харків, Україна
Науковий керівник: асистент Богачова О.С.

Розумова працездатність - обсяг розумової (мозкової, психічної, нервової) роботи, пов'язаної з обробкою інформації, який повинен бути виконаний без зниження заданого (або встановленого на максимальному, оптимальному для даного індивідуума рівні) функціонування організму.

Учні - це особлива соціальна група, яка відчуває підвищений психоемоційний вплив, пов'язаний зі зміною умов життя, навчання, високим сумарним навчальним навантаженням, новизною і складністю матеріалу, особливостями психологічних станів і адаптації до нових умов життя. Все це створює труднощі адаптаційної системи організму, які можуть привести до розвитку функціональних і органічних захворювань, а також істотно вплинути на показники розумової працездатності підлітків.

Розумова працездатність учнів визначається також рівнем адаптації. Основними показниками розумової працездатності є: швидкість виконання завдання; концентрація, переключення; продуктивність і стійкість уваги.

Розумова працездатність залежить від напруженості функціонування сенсорних систем, що сприймають інформацію, від стану пам'яті, мислення, вираженості емоцій.

Вивчення динаміки розумової працездатності, стійкості уваги, коефіцієнту точності здійснювалось коректурним методом із використанням таблиць О.Г. Іванова-Смоленського, та з наступним розрахунком показників за формулами П.Г. Уіпла.

Метою дослідження було розширення уявлень про хід психологічної адаптації підлітків 15-18 років, які опановують найпоширеніші сільськогосподарські спеціальності: «сюсар з ремонту сільськогосподарських машин та обладнання» (1курс), «тракторист - машиніст сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва» (2 курс) , «водій автотранспортних засобів» (3 курс) на базі Одноробівського професійного аграрного ліцею до умов навчання та проведення оцінки функціонального стану їхнього організму за допомогою коректурної проби.

У динаміці періоду спостереження розумова працездатність підлітків характеризувалася різнонаправленістю змін окремих показників. Якщо коефіцієнт точності не змінювався у підлітків 1 курсу і був 0,95 у.о. як на початку, так і наприкінці навчання, то у ліцейстів за спеціальністю «тракторист - машиніст сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва» (2 курс) цей показник дещо виріс на початку навчання до 0,97 у.о., але наприкінці року знов знизився до 0,95 у.о. та залишався таким самим у підлітків 3 курсу протягом всього навчання.

Коефіцієнт розумової працездатності на початку навчання 1 курсу був

686,35 у.о. , наприкінці року його значення збільшилось до 749,83 у.о. У ліцеїстів за спеціальністю «тракторист - машиніст сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва» (2 курс) він зазнав суттєвого зниження, а саме: на початку року він склав 703,50 у.о., а наприкінці становив вже 676,73 у.о. На початку 3 курсу у підлітків за спеціальністю «водій автотранспортних засобів» (3 курс) цей коефіцієнт дещо збільшився на початку навчання, але наприкінці спостерігалось його суттєве зниження до 669,04 у.о.

Найбільш характерну «хвилеподібну» форму мала динаміка провідного показника розумової працездатності - коефіцієнта стійкості уваги. Його значення на початку 1 курсу було 37,89 у.о., а потім підвищилось до 41,90 у.о. На 2 курсі початок навчання характеризувався збільшенням цього показника до величини 45,38 у.о., а наприкінці спостерігалось різке його зниження до 24,20 у.о. Початок 3 курсу спеціальності «водій автотранспортних засобів» відзначився покращенням цього показника до 53,29 у.о., а кінець року-навіпаки, значним зниженням до величини 35,12 у.о.

Подібна динаміка говорить про складності процесів адаптації підлітків до умов навчання в ліцеї.

Бурховецька Е.О., Тарасов М.І.
ВПЛИВ ВЕГЕТАРІАНСТВА НА ОРГАНІЗМ ДІТЕЙ ТА
ПІДЛІТКІВ

Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №1, м.Харків, Україна
Науковий керівник: к.мед.н., ст. викл. Кателевська Н.М.

Кожного дня вегетаріанство та його різновиди набувають поширення як серед дорослих, так і серед дітей та підлітків. Зараз у світі близько 15% вегетаріанців, а 4,5% з них – діти та підлітки, що не набули повноліття. Проте постає питання того, як впливає вегетаріанство на здоров'я дітей та підлітків.

Мета - дослідити вплив вегетаріанського раціону харчування на процеси життєдіяльності в організмі дітей та підлітків.

Методи дослідження: аналітичний огляд літературних джерел щодо стандартної вегетаріанської дієти та фізіологічних потреб дітей та підлітків у корисних поживних речовинах.

Результати: Розбір вегетаріанської дієти показав, що вона містить велику кількість свіжих овочів та фруктів, що забезпечує достатній вміст у раціоні прихильників такої дієти більшості вітамінів. Але спостерігається гіповітаміноз вітаміну В₁₂, який не міститься у рослинних продуктах, хоча лакто-ово-вегетаріанці можуть отримувати його достатню кількість. Як зазначають науковці більшість випадків мають бути кориговані за допомогою лікарських вітамінних засобів, інакше є великий ризик розвитку мегалобластної анемії. Іншим вітаміном, у якому мають потребу підлітки-вегетаріанці, є вітамін D, що недостатньо міститься у рослинному харчуванні та потребує корекції, особливо у зимові місяці. Здебільше ця проблема стосується немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні від матерій-вегетаріанців. Можлива недостатня кількість вітаміну А, тому що

його попередник, бета-каротин, який міститься у овочах та фруктах, має нижчу біодоступність у порівнянні з ретинолом.

Також з'ясовано, що велика кількість фітатів, волокон клітковини, зв'язують цинк, залізо та кальцій, що є причиною їх поганої засвоюваності. Це може призвести до таких станів, як залізодефіцитна анемія, чоловіче безпліддя, дерматит, лейкоз та інших. Проте, помітний вплив надає така дієта на жировий обмін, зокрема, оптимізує склад ліпідів крові.

Як висновок, можна зазначити, що вегетаріанська дієта не є достатньою, щоб забезпечити потребу дітей та підлітків в корисних поживних речовинах. Якщо неможливо відмовитися від неї, то потрібно добре її спланувати у відповідності до вимог раціонального харчування з урахування фізіологічних потреб, найбільш доцільними у такому випадку є поєднані дієти, наприклад, лактовегетаріанство.

**Верковська М.Г. Скороход В.В., Саркіс-Іванова В.В.
ПСИХОГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ «ЛІКАР-
ПАЦІЄНТ»**

**Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №1, г. Харків, Україна
Науковий керівник: Саркіс-Іванова В.В.**

У наш час практично кожна людина стикається з роботою лікаря. Це може бути як звичайний огляд, лікування, призначення препаратів і хірургічне втручання. І в кожному випадку лікар безпосередньо спілкується із пацієнтом. При кожній такій взаємодії пригнічується психоемоційне здоров'я людини. Хвора людина, на яке б захворювання вона не страждала, стає більш чутливою, вона сприйнятливіша до всього, що бачить і чує, а тому і більше схильна до шкідливих психічних дій.

Медицина в наш час, безумовно знаходиться на високому рівні, але не надає єдиної системи лікування для всіх, а лише пропонує вибрати лікувальну тактику індивідуально для кожного. Виникає завжди невелика тривога, неспокій, безліч переживань щодо кінцевого результату. В цей момент важлива взаємодовіра, яка ґрунтується на впевненості в правильності дій, як іншої особи, так і своїх. Якщо між лікарем та пацієнтом із самого початку складаються довірчі відносини, то можливо впевнено спрогнозувати високий відсоток позитивного результату лікування. Основним психогігієнічним аспектом взаємин «лікар-пацієнт» є контакт з хворим, сприятлива атмосфера. Наша мова – один із найважливіших аспектів представленої теми. Тому із хворим треба говорити чітко, розбірливо, дотримуватися правил культурної мовлення, діалог повинен відбуватися природно, пацієнт не повинен відчувати нервозність; необхідно висловлюватися максимально доступно, щоб наш співрозмовник міг добре зрозуміти сказане йому, слідувати за нашою думкою. Розмова з хворим повинна мати індивідуальну емоційну забарвленість, ми повинні бути ввічливі, попереджувальні, повинні на ділі відчувати повагу до свого співрозмовника, не забувати і про вікові особливості і культурний рівень людини, з якою

ведемо діалог. Велике значення має тон мовлення лікаря, стиль його роботи з хворими: вони теж можуть викликати шкідливі психічні впливи. Контакт з хворим багато в чому залежить від поведінки лікаря і його особистості, від реакцій на різні заяви з боку хворого, на його поведінку. Дуже важливо і те, яку роль у поведінці лікаря грають його почуття, настрої. Хворий, для якого лікар означає нерідко останню надію на порятунок, не може залежати від настроїв останнього. Невротичні риси особистості лікаря заважають формуванню його контактів з хворими, вони можуть надавати і шкідливі ятрогенного впливу на психіку хворого.

Психологічно обґрунтована робота одночасно охороняє здоров'я і лікаря, і хворого. Тому важливим психогігієнічним аспектом взаємин «лікар-пацієнт» є охорона і зміцнення психічного здоров'я людини.

Дворнік Н.О., Занг Т.Л.

«FAST FOOD» ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Харківський національний медичний університет,

кафедра гігієни та екології №1, м.Харків, Україна

Науковий керівник: к.б.н., доц. Герасименко О.І.

Актуальність: нині третина молоді споживає страви, що можна віднести до категорії «fast food», майже щодобово. Ресторани «швидкої їжі» відвідують близько 400 тисяч українців кожного дня. За місяць цей показник становить 12 мільйонів. Понад 30 відсотків з цієї кількості становлять діти та підлітки. У той час, коли кількість фаст-фудів у нашій країні невпинно зростає, за кордоном вже забороняють відкривати такі заклади. У деяких країнах світу навіть діють обмеження на рекламу відповідної категорії їжі. Відповідне становище свідчить про недостатню увагу спільноти до питання впливу «швидкої їжі» на здоров'я населення, зокрема, підлітків.

Сучасний «fast food» розпочав свою історію у 1921 році. Саме тоді з'явилася перша фірмова страва «fast food» - гамбургер від компанії «White Castle». Асортимент сучасної продукції швидкого харчування складається з десятків висококалорійних страв, склад яких багатий жирами, цукром і мало корисними речовинами. При цьому будь-яка страва «fast food» містить десятки різноманітних барвників, ароматизаторів, підсилювачів смаку. Ці речовини викликають звикання, стають причиною розвитку алергічних реакцій та бронхіальної астми, затримують виведення рідини з організму, порушують нормальну роботу нирок та можуть стати причиною розвитку гіпертонії і порушень в роботі серця.

Не менш шкідливими є напої з «fast food», які містять багато цукру або шкідливі для здоров'я цукрозамінники, що призводить до розвитку ожиріння і порушень з боку роботи серцево-судинної системи, алергії. Газовані напої руйнують зубну емаль, згубно впливають на шлунок, провокуючи появу гастриту. Солодкі газовані напої нерідко додатково збагачують вітаміном С, який при надмірному надходженні в організм має токсичний вплив на підшлункову залозу. Він виснажує і знищує клітини які виробляють інсулін, що в подальшому призводить до розвитку сахарного діабету.

Постійне вживання фастфуду призводить до ожиріння, яке супроводжується утворенням холестеринових бляшок, гіпертонією та іншими супутніми хворобами.

Таким чином, можна зробити висновок про значну небезпеку «швидкого харчування» для здоров'я підлітків, що пов'язано, як з особливостями кулінарного процесу, так і з рецептурною формулою цих страв.

Івантеева Ю.І., Курчанова Ю.В.
ВПЛИВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ СПОРТУ НА
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ
Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №1, м.Харків, Україна
Науковий керівник: ст. викл. Кателевська Н.М.

Актуальність: з 90-х років ХХ століття серед підлітків у світі стрімко набирають популярність екстремальні види спорту, такі як: скейтбординг, сноубординг, тріал, маунтінбайк, паркур та інші. У зв'язку з цим, важливим питанням є вивчення впливу подібних захоплень на фізичне та психоемоційне здоров'я підлітків, які обирають відповідні види спорту.

Мета: аналітичний огляд досліджень впливу занять екстремальними видами спорту на психоемоційний стан підлітків.

Методи дослідження: аналітичний огляд літературних джерел.

Результати. Основною характеристикою екстремальних видів спорту є значні перевантаження та виражене напруження основних адаптаційних можливостей організму людини, яка займається тим чи іншим видом екстриму. При цьому основним питанням є спроможність недостатньо сформованого організму підлітка компенсувати та чинити опір тим вимогам, які висувують перед ним екстремальні види спорту. Основними факторами зазначених видів спорту є висока ступінь небезпеки або можливості травмування, складність та значна кількість акробатичних трюків, що потребує певних вмінь, перевантаження функціональних систем організму. В той же час заняття екстремальними видами спорту сприяє формуванню специфічного психоемоційного стану підлітків, якій обумовлений високим рівнем психоемоційного напруження, впливом психічного стресу як під час виконання вправ, так і в порозумінні з оточенням. В першу чергу із членами родини. У цьому питанні виникає складне питання обрання менш небезпечного заняття з метою відповідності побажанням родини або незмінної власної позиції на користь екстремального захоплення, як прояву чоловічої інтерактивної ідентичності, що є особливо важливим для підлітків чоловічої статі. Як зазначають науковці основними особливостями психоемоційної сфери підлітків-екстремалів є досить висока емоційна стійкість, імпульсивність, збудливість, схильність до домінування, а також значною мірою виражена самостверджуюча позиція. При цьому висока готовність до участі в ризикованих діях зазвичай супроводжується низькою

мотивацією до уникнення невдач, і прямо пропорційна числу допущених помилок.

Иншина Е.А., Акимов М.Ю.

ИСТОРИЯ ОСНОВАНИЯ ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В Г.ХАРЬКОВЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
социальной медицины, организации и экономики здравоохранения, г.
Харьков, Украина.**

Научный руководитель: доц. Мякина А.В.

В 1905 году женщины Российской империи получили разрешение посещать университеты и в 1908 году госпожа Невландт организовала Высшие женские курсы с медицинским отделением в Харькове. Учившиеся на них женщины не получали врачебного диплома и поэтому они обратились к Харьковскому медицинскому обществу (ХМО), председателем которого был Е.П. Браунштейн, с просьбой взять на себя дело женского высшего медицинского образования.

На общем собрании Харьковского медицинского общества 8 мая 1910 года было принято учредить Высшие женские медицинские курсы. Задача этих курсов была подготовить очень хороших врачей, с длительностью обучения 5 лет. В августе 1910 года был основан Женский медицинский институт Харьковского медицинского общества, а с 1 ноября 1910 года в нем начались учебные занятия одновременно на первых трех курсах, где числилось 977 слушательниц. Женщины, начавшие обучение на курсах Невландт, продолжили свое образование, не теряя года.

Учебный план в институте обширнее, чем в университете: здесь введены обязательная кафедра бактериологии, патолого-анатомических вскрытий, эмбриологии, врачебной гимнастики. В 1911г. для практических занятий были созданы собственные клиники (акушерская – 20 коек, хирургическая – около 30 коек). Здесь же обустроили две аудитории для занятий, а в Александровской больнице организовано терапевтическое отделение на 30 коек.

В 1912г. была открыта клиника детских болезней для незаразных больных. При клинике была размещена амбулатория с приемом по внутренним болезням, болезням уха, горла и носа, а также по глазной патологии.

Кафедры возглавляли прогрессивные ученые, которые из-за своих передовых убеждений не утверждались Министерством просвещения в должности заведующих кафедрами в Харьковском университете.

В феврале 1914 г. состоялся первый выпуск женщин-врачей из Женского медицинского института Харьковского медицинского общества. Результаты экзаменов стали триумфом института. Из допущенных к экзаменам выпускниц более половины слушательниц окончило институт с отличием.

В налаженную академическую жизнь института внесла коррективы грянувшая Первая мировая война. Осенью 1914 года был произведен ускоренный выпуск. Институт окончили 268 слушательниц, большая часть из которых немедленно отправилась в земские госпитали и лазареты, открытые для раненных и больных воинов.

В условиях военного времени и большого числа нуждающихся студенток резко снизилась их успеваемость. Также в условиях военного времени и стремительно растущей дороговизны обнаружилась невозможность для Харьковского медицинского общества содержать женский медицинский институт. Тяжелое положение еще более усугубилось во время гражданской войны.

В связи с этим 15.04.1919 г. Женский медицинский институт, учрежденный Харьковским медицинским обществом, был закрыт и все слушательницы были переведены на медицинский факультет Харьковского университета. Весь преподавательский состав и служебный персонал, все движимое и недвижимое имущество перешло в распоряжение медицинского факультета. А в марте 1920 г. медицинский факультет был реорганизован в Харьковскую медицинскую академию. В ней окончательно соединились Женский медицинский институт и медицинский факультет университета.

Следует по достоинству отметить значительный вклад Харьковского женского медицинского института в подготовку медицинских кадров. За годы своего существования он дал стране почти 2000 женщин-врачей.

Колотилов А.В., Саркис-Иванова В.В.
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ,
НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра гигиены и экологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: Саркис-Иванова В.В.

Нозокомиальные инфекции (НИ) – любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, либо в течение 30 дней после выписки из больницы, а также больничным персоналом в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

Для успешной борьбы с НИ в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) следует осуществлять основные санитарно-гигиенические мероприятия, соблюдение медицинским персоналом правил личной гигиены, обработке рук и дезинфекционного режима. ЛПУ должны быть оснащены современным оборудованием, практиковать последние научные достижения и строго соблюдать санитарно-гигиенический режим на всех этапах предоставления медицинской помощи в целях исключения заноса инфекции.

Основні методи профілактики виникнення НІ ґрунтуються на дотриманні санітарно-гігієнічних і протиепідемічних вимог. В основі їх лежить суворе дотримання правил асептики і антисептики. Особливу увагу слід приділити режиму дезінфекції приміщень і предметів догляду (застосовувати для цього слід сучасні антисептики). Після предстерилізаційної обробки і стерилізації інструментарію обов'язково проводиться контроль якості останніх.

При проведенні інвазивних процедур співробітники ЛПУ повинні працювати в одноразових резинових рукавичках, масці і захисних окулярах. З медичним інструментарієм слід обходитися з особливою обережністю.

Важливу роль в профілактиці виникнення НІ серед співробітників ЛПУ займає регулярний плановий огляд і вакцинація. Огляд направлений на виявлення гнійно-септичних захворювань, кишечних і гемоконтактних інфекцій, носійства всіх можливих патогенів. Вакцинація проводиться проти столбняку, дифтерії, грипу, кашлюку, гепатиту В і інших інфекцій.

Зменшення термінів госпіталізації пацієнтів, раціональна антибіотикотерапія, обґрунтованість проведення інвазивних діагностичних і лікувальних процедур, епідеміологічний контроль в ЛПУ і регулярна санітарно-просвітительська робота дозволять запобігти виникненню і поширенню НІ.

Літовченко О. Л., Лисак М. С.

СТАН ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ І АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ДІЇ ПЕРЕРИВЧАСТОГО ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 2, м. Харків, Україна
Науковий керівник – проф. Завгородній І. В.**

Система перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – багаторівневий ланцюговий механізм, який контролюється антиоксидантною захисною системою. Вплив різноманітних екстремальних агентів на живу систему призводить до зриву такого контролю та посилення процесів ПОЛ. Електромагнітне випромінювання впливає на біологічні об'єкти навіть при дуже низькій інтенсивності й різному діапазоні частот; дослідження з цієї проблематики показують, що ЕМВ є потужним фізичним подразником [1].

Метою дослідження було вивчити інтенсивність процесів ПОЛ і стан антиоксидантної системи (АОС) при впливі переривчастого електромагнітного випромінювання (ПЕМВ) промислової частоти в експерименті на тваринах.

Експеримент проводився протягом місяця на 20 статевозрілих білих щурах-самцях. Тварини були розподілені на дві групи: I група тварин піддавалася впливу ПЕМВ (частота 70 кГц, напруга 600 В / м, випромінювання з періодом 20 с - час дії 10 с); II група була контрольною.

Інтенсивність процесів ПОЛ оцінювали за критеріями вмісту дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА), стан компонентів АОС визначали за вмістом SH-груп, активністю каталази, супероксиддисмутази, церулоплазміну. Біоматеріалом служила сироватка крові. Забір проводився на етапі 5, 15, 30 днів у динаміці експерименту. Статистичну обробку результатів проводили за критерієм Ст'юдента (t) з використанням програмного комплексу «Microsoft Excel». Результати вважали достовірними при $p < 0,05$.

За результатами досліджень показників ПОЛ було виявлено вірогідне підвищення МДА з $5,02 \pm 0,03$ мкмоль/л (15-а доба дослідження) до $5,52 \pm 0,49$ мкмоль/л (30-а доба дослідження) відносно групи контролю ($p < 0,05$). Водночас вміст ДК вірогідно підвищувався до рівня $19,24 \pm 1,15$ ммоль/л (5-а доба дослідження), до $19,72 \pm 0,90$ ммоль/л (15-а доба дослідження) та до $28,33 \pm 2,58$ ммоль/л (30-а доба дослідження) у порівнянні з групою контролю.

Стан антиоксидантної системи характеризувався вірогідним зниженням рівня SH-груп протягом експерименту з $4,25 \pm 0,51$ мкмоль/л на 15-у добу до $4,24 \pm 0,31$ мкмоль/л на 30-у добу відносно групи контролю ($p < 0,05$); зниженням активності каталази з $3,17 \pm 0,33$ кат/л на 5-у добу до $2,49 \pm 0,09$ кат/л на 30 добу ($p < 0,05$). Активність супероксиддисмутази мала лише тенденцію до зниження протягом всього експерименту. Концентрація церулоплазміну підвищилася на 30 добу до рівня $281,90 \pm 21,98$ мг/л ($p < 0,05$).

Зміни показників ПОЛ свідчать про те, що вплив ПЕМВ проявлявся достовірним підвищенням рівня ДК й МДА як на початкових, так і на кінцевих етапах спостережень, що може бути однією з основних причин порушення бар'єрної та матричної функцій ліпідного шару біологічних мембран. При цьому за показниками рівня SH-груп у сироватці, активності каталази та супероксиддисмутази, антиоксидантна стійкість організму все більш знижувалась. Підвищення концентрації церулоплазміну на 30-у добу може свідчити про неспецифічний антиоксидантний захист організму в екстремальних умовах. Таким чином, за несприятливої дії ПЕМВ порушується рівновага біохімічних механізмів у системі вільнорадикальних процесів й антиоксидантної активності.

Мітельова Т.Ю., Філатов М.І., Тимбота М.О.

ПРО ОСОБЛИВОСТІ УМОВ ПРАЦІ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Харківський національний медичний університет,

кафедра гігієни та екології №2, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м.Харків, Україна

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Сидоренко М.О.

Робота лікаря-стоматолога проходить в умовах дії різнобічних фізичних, хімічних, біологічних, психоемоційних чинників. Усі вони впливають на тривалість життя стоматолога, яке в середньому, за літературними даними, становить усього 51 рік, на стан його здоров'я і працездатність.

Метою нашої роботи було дослідити фактори трудового процесу, які діють на лікаря-стоматолога на протязі робочого дня, на прикладі Харківської стоматологічної поліклініки № 6, шляхом проведення атестації робочих місць.

Як показали результати атестації робочих місць, лікарі-стоматологи поліклініки зазнавали дію 9-ти шкідливих факторів, з яких 3 фактори були першого ступеню, 5 – другого і 1 фактор третього ступеню шкідливості.

Найбільш небезпечними факторами були хімічний і біологічний. Стоматологи застосовують у процесі лікування, видалення, протезування зубів медикаменти і матеріали, дезінфектанти з токсичними властивостями, особливо такі, які містять ртуть і арсен. Дія біологічного чинника зумовлена ризиком бути інфікованим від пацієнтів, особливо в сезонні підйоми респіраторних захворювань, а також виникнення гіперчутливості до антибіотиків, акрилатів, анестетиків через безпосередній контакт з ними в процесі лікування, видалення і протезування зубів. Понад 80 % трудових операцій лікарі-стоматологи виконують в умовах підвищеного напруження зору і високого кольорового сприйняття, що призводить до перевантаження зорового аналізатора з подальшим стомленням очей та порушенням зору.

Специфічним фактором в роботі лікаря-стоматолога є часті стереотипні рухи дрібних м'язів робочої руки – до 6000 рухів за день. Нами встановлено, що щоденно лікар за зміну приймає від 20 до 23 хворих, серед яких зустрічаються пацієнти з неадекватною поведінкою, що є причиною нервово-емоційного напруження. Характерною робочою позою лікаря-стоматолога є поза стоячи, часто з нахилами і навантаженням на одну ногу. Все це призводить до швидкого стомлення, появи болю в м'язах спини, попереку, шиї, плечей. Дані літератури свідчать, що лікарі-стоматологи за рівнем професійної захворюваності займають третє місце після фтизіатрів і патологоанатомів. За нашими даними професійні захворювання у лікарів-стоматологів в останні роки були відсутні, але наявність 9 шкідливих факторів дозволяє прогнозувати їх можливе виникнення.

Все це потребує своєчасного застосування адекватних профілактичних заходів, які будуть включати покращення технологічних і технічних умов праці лікарів-стоматологів з обов'язковим використанням засобів індивідуального захисту.

Панченко Д.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра гигиены и экологии № 1, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: ст. викл. Карасев Валерий Иванович

Актуальность: за последние годы сильно увеличилось количество людей страдающих от компьютерного зрительного синдрома, и в связи с тем,

что данная проблема мало освещена, а значение ее велико, это лишний раз подчеркивает ее важность и значимость в современном мире.

Цель: изучить причины возникновения, становления и влияния компьютерного зрительного синдрома на здоровье и работоспособность человека, исследовать профилактические мероприятия.

Материалы и методы: изучены причины повсеместного распространения компьютерного зрительного синдрома в различных слоях социума в условиях современного общества. Исследованы и подразделены на группы симптомы и расстройства CVS (Computer Vision Syndrome). Определены меры для профилактики данного и сопутствующих заболеваний.

Результаты: как было показано в ходе исследования доступных материалов, причинами компьютерного зрительного синдрома, вопреки распространенному мнению, не являются такие излучения, как: мягкое рентгеновское, ультрафиолетовое, видимое, инфракрасное и низкочастотное электромагнитное, вследствие того, что на расстоянии 10 см от экрана вышеуказанные излучения не превышают нормы. В то время такие факторы как, малоконтрастность, мерцание и нарушения условий светочувствительности, являются первопричинами приводящими к расстройству бинокулярного зрения, нарушению аккомодации и конвергации, повышенной утомляемости глаз, что в свою очередь приводят к головной боли, затуманиванию зрения, двоению, что и является главными проявлениями CVS при работе на компьютере.

Выводы: статистические данные (заболеванию подвержены от 40% людей работающих на компьютере) дают право утверждать, что компьютерный зрительный синдром является одной из наиболее распространенных причин зрительных расстройств и появления сопутствующих заболеваний, вследствие не соблюдения правил гигиены труда.

Пасечник С.И., Пищик А.А.

ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра гигиены и экологии №1, г. Харьков, Украина

Руководитель Саркис-Иванова В.В.

В жизни человека выделяют возрастные периоды, которые характеризуют изменения функционального строения сознания, его перестройка на каждой стадии онтогенеза. Ответственными в этом отношении периодами следует признать подростковый и юношеский периоды.

Именно в подростковом возрасте интенсивно формируются самосознание, способность к анализу окружающих явлений. Вместе с тем в психической сфере нередко выявляются признаки эмоциональной неустойчивости; повышается интерес к своей внешности. Именно в этом

возрасте пробуждается сексуальное влечение, что нередко влечет за собой сложные конфликтные переживания.

Активная профилактика, а так же раннее выявление пограничных психических расстройств и отклонений в психическом развитии детей и подростков школьного возраста, своевременное оказание им комплексной специализированной помощи, повышение доступности психиатрической помощи, развитие междисциплинарного взаимодействия с государственными и негосударственными учреждениями образования, социального развития и другими немедицинскими структурами. Существует острая необходимость интеграции детской психиатрической помощи в учреждениях системы образования для комплексного решения различных медико-психолого-социальных вопросов.

Сасіна О.С., Колюбаєва О.Ю., Сидорова А.О.

ОСНОВНІ ПСИХОГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ УМОВ НАВЧАННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНУ ЗОРУ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології № 1, м. Харків, Україна
Науковий керівник: ас. Сасіна О.С.**

Спеціалізовані навчальні заклади для дітей з патологією органу зору є складовою частиною єдиної державної системи освіти, які функціонують на основі принципів, притаманних цієї системи навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами. Навчальні заклади для дітей з вадами органу зору повинні виконувати наступні функції: навчально-виховну, лікувально-відновлювальну, санітарно-гігієнічну, соціально-адаптаційну, реабілітаційну та профорієнтаційну. Усі ці функції забезпечують нормалізацію розвитку дітей з дефектами органу зору, а також сприяють відновленню порушених зв'язків з навколишнім їх середовищем. Навчання і виховання в спеціалізованих навчальних закладах для дітей з патологією органу зору мають ряд власних психогігієнічних аспектів умов навчання, спрямованих на відновлення, корекцію та компенсацію, а саме:

По-перше, це заклад, де працюють педагоги, які мають освіту і кваліфікацію тифлопедагогів, знають психологію дітей з вадами органу зору, спеціальні методики навчання, володіють шрифтом Брайля, що дає можливість кваліфіковано навчати техніці читання і письма.

По-друге, установа, спеціально призначена для навчання дітей з патологією органу зору, а значить, забезпечена особливими посібниками, приладами, пристосуваннями, книгами, які допомагають сліпим дітям і дітям з вадами органу зору оволодіти знаннями за програмою, а також багатьма вміннями і навичками.

По-третє, навчання проводиться за звичайною шкільною програмою, але різниця в тому, що дітям з патологією органу зору трохи складніше засвоювати нові знання, тому термін навчання збільшений до 12 років.

По-четверте, навчальний заклад, в якому працюють не тільки педагоги, а й лікарі таких спеціальностей, як: офтальмологи, педіатри, логопеди, реабілітологи, психологи, які визнані допомогти дитині зберегти, зміцнити здоров'я, а в багатьох випадках подолати деякі наслідки дефекту зору, а також знайти своє місце у сучасному світі та пристосуватися до нього.

По-п'яте, спеціальні школи-інтернати не такі великі, як масові школи. У класах по 12-15 учнів. Це, безумовно, дає педагогу можливість приділити більше уваги кожному учню.

У зв'язку з цим необхідно згадати слова відомого американського педагога, сліпого священика Томаса Керрола: «Особливим відносно сліпих дітей може бути тільки навчання. Виховання повинне нічим не відрізнятися від виховання зрячих дітей».

Семенова Н.В., Рейнт Г.О.

ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології № 2, м. Харків, Україна**

Науковий керівник – д.мед.н., професор Завгородній І.В.

Кількість недоношених дітей щороку збільшується, разом з цим динамічно розвиваються й медичні технології для їх виходжування. У зв'язку з цим варто зазначити, що медичний персонал для довготривалого догляду за недоношеними дітьми в неонатальних відділеннях вимушений застосовувати складну технологію, яка вимагає великих витрат. Так, у результаті нашого дослідження було розраховано математичну модель, що дозволяє не тільки запропонувати найбільш ефективні заходи з організації лікувального процесу недоношених дітей, але й оцінити їх економічну ефективність. Вказане вдалося виконати шляхом використання показника прогнозованого терміну виписки передчасно народженої дитини при спостережуваних, скоригованих умовах і величини середньої вартості перебування недоношеної дитини в лікувальному закладі протягом доби. Так, зменшення терміну виписки недоношених дітей з неонатальних відділень було досягнуто при зменшенні рівнів шуму реанімаційних систем, зменшенні кількості апаратів на одну дитину, обмеженні використання матраців, що генерують підвищені рівні ЕМВ, підвищенні рівнів природного освітлення, й більш частому використанні інкубаторів. Було доведено економічну ефективність запропонованих заходів, у результаті використання яких (зі зміною кожного з параметрів на 10%) економічний ефект може досягти 11182 грн. на одну дитину, що відповідає річному економічному ефекту при незмінній (існуючій) завантаженості установи, а також 203279 грн. на одну дитину при максимальній завантаженості установи.

Отже, у результаті нашого дослідження було отримано медичну, соціальну й економічну ефективність виходжування недоношених дітей у неонатальних відділеннях.

Чернякова О.Є., Логвінов Д.І.
«ПРО ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЗАХИСТ ЛЮДИНИ ВІД
ЗАХВОРЮВАНЬ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ»
Кафедра гігієни та екології №2, Харківський Національний
Медичний Університет, Харків, Україна
Науковий керівник: доц. Філатова Н.М.

Важливою групою хвороб, що впливають на якість життя є порушення психічного здоров'я, які реєструються в країнах Європи і варіюють від 1% до 6%. В більшості країн цей показник складає 1-3%. В Україні він сягає 4,6%.

Вважається, що головними чинниками у погіршенні психічного здоров'я є негативна інформація, яка розповсюджується засобами масової інформації (СМІ), комп'ютерною мережею. Постійні стресові ситуації призвели не тільки до збільшення кількості нервово-психічних розладів (неврастенія, неврозоподібні розлади, психопатія, невротичні депресії), але і тяжких психічних захворювань, таких як шизофренія, маніакально-депресивний психоз, хвороба Альцгеймера та ін.

Різнобічна за якістю і за механізмом дії інформація та інші фактори навколишнього середовища підвищують ризик розвитку психічних захворювань і психоемоційних станів зумовили наші дослідження на прикладі Харківської області. З проаналізованих нами даних за останні 15 років (2001-2015) можна зробити висновок, про постійне зростання захворюваності на розлади психіки та поведінки до 2014 року в області, м. Харкові і в районах області.

Неадекватні показники захворюваності були зареєстровані в 2014 і 2015 роках, як в області (відповідно 291,85 і 299,35), м. Харкові (282,63 і 299,44) так і в районах області (245,11 і 247,06). Така невідповідність падіння захворюваності на фоні зростання інформаційної та соціальної напруги можна пояснити лише двома причинами: різким зниження доступності населення до медичних послуг та недореєстрації захворюваності.

Про недоліки в реєстрації захворювань на розлади психіки і поведінки можуть свідчити відсутність статистичних даних про поширеність в області посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який коливається серед учасників або свідків військового конфлікту, природної або техногенної катастрофи від 10 до 95%.

Психічні розлади можуть бути причиною інвалідності та смертності. Розлади психіки і поведінки займають 6-е місце в Україні за показниками інвалідності серед усіх класів хвороб. В той же час показник смертності від розладів психіки та поведінки в області зріс від 0,05 у 2010 р., до 0,06 у 2012-2014 роках. Важливою проблемою для багатьох країн світу є самогубства, які займають 13 місце у світі і 7 у Європі. Україна відноситься до країн із найбільш високим рівнем самогубств, показник на 100 тис. населення – 21,2. Серед чоловіків цей показник становив 20,6, а серед жінок – 7,3. Дані літератури свідчать, що понад 90% осіб, які здійснюють самогубства, страждають від депресії або іншого психічного розладу. Прогнозується, що у 2020 році депресія займатиме 2-е місце в структурі головних причин

інвалідності та смертності у світі, поступаючись лише ішемічній хворобі серця а психічні розлади увійдуть до п'ятірки хвороб світових лідерів.

Висновки: 1. В глобальному масштабі відбувається зростання захворюваності, інвалідності, смертності населення, формування нового світогляду, психоментальності людей, зомбування людства, суттєве зниження, якості життя. 2. З метою усунення негативного впливу СМІ на розлади психіки та поведінки, з метою забезпечення вимог ВОЗ про покращення «стану загального психічного, фізичного і соціального благополуччя людини» необхідно терміново ввести зміни в закон України «Про інформацію», які б дозволили забезпечити інформаційний захист населення.

Чухлеб М.О., Мунгиева К.А
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
КОРРЕКЦИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО
ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гигиены и экологии №1, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: Саркис-Иванова В. В.

Предотвращение психических нарушений у лиц подросткового и юношеского возраста - актуальный вопрос психогигиены в настоящее время. Большое количество детей в возрасте 15-17 лет обращаются с жалобами на нервные расстройства. Психическое здоровье играет важную роль в благополучии нормального существования человека. С детства начинается формирование психики ребенка, которая в дальнейшем проходит разные изменения и находится под влиянием множества факторов окружающей среды. Этот период больше зависит от правильного воспитания ребенка и наличия определенных наследственных или приобретенных заболеваний.

По последним данным наиболее частыми психопатологическими проявлениями психосоматических расстройств являются варианты депрессии с тревожным компонентом. Необходимо отметить, что благодаря правильному воспитанию, защите родителями своего ребенка еще с детства можно сократить количество нервных срывов, которые могут проявиться в старшем возрасте. В целях ранней профилактики с детства необходимо укреплять психику ребенка, тем самым предотвращая конфликты в семье, правильный уход за ребенком поможет приучить его к правильному сну и питанию, распорядку дня. Если человека приучить к здоровому образу жизни, то это поможет на несколько значительно снизить риск приобретений пограничной психической патологии. Прежде всего необходим тщательный учет факторов, порождающих состояния психической дезадаптации у каждого отдельного индивидуума, в социальной группе, в регионе, в стране в целом. Ведь необходимо выявить все факторы, которые будут влиять на организм, и направить профилактические меры именно на них. Профилактическая подсистема рассчитана на практически здоровых людей,

имеющих биологические, социальные и психологические факторы повышенного риска возникновения пограничных психических расстройств. Такими факторами являются детско-подростковый, инволюционный и пенсионный возраст, перенесенные тяжелые заболевания, заболевания с хроническим течением, наследственная отягощенность; острые и хронические психотравмирующие ситуации бытового и производственного характера; эмоциональное перенапряжение; различные вредные производственные факторы и др. Мероприятия, проводимые в подразделениях профилактической подсистемы, могут включать консультации врачей-психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов. В этих случаях необходимо также проведение общеоздоровительных и психогигиенических мероприятий, психологического тренинга, лечение соматических расстройств.

Так же стоит учитывать, что в профилактике играет важную роль общество, в котором находится человек. Создание гармонии в семье, на работе - залог хорошего эмоционального состояния.

СТОМАТОЛОГІЯ

Guryeva A., Demydova P.

EFFECTIVENESS OF DESENSITIZING BIOREPAIR DESENSITIZING ENAMEL REPAIR TREATMENT AND GC MI TOOTH MOUSSE IN PATIENTS WITH GENERALIZED HYPERESTHESIA

Department of Therapeutic Dentistry

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific advisers – professor Ryabokon E., ass. prof. Andreeva E.

Increased sensitivity refers to one of the most common dental problems. Hyperesthesia often occurs as a symptom of teeth neck exposure as a result of periodontal disease, with caries, non-carious lesions. Also, the increased sensitivity of the teeth is often the result of whitening or applying the ultrasonic scaler. There are various treatments for hypersensitivity. The choice of treatment depends on several factors.

The aim was to study the effectiveness of the gel Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment and cream Tooth Mousse in patients with generalized hyperesthesia 1 degree (without comorbidities) that arose after professional tooth cleaning using an ultrasonic scaler. The structure of Biorepair gel contains hydroxyapatite (the main structural enamel element provides remineralization and strengthening), particles microrepair (in structure and properties are identical to natural and can be incorporated into the tooth tissue, restoring enamel and improving its appearance), silica (component for gentle cleaning and polishing of the teeth), sorbitol (a natural component, giving a pleasant taste pasta). Tooth Mousse - it is water-based cream containing Recaldent™ (CPP-ACP, casein phosphopeptide - amorphous calcium phosphate). In the mouth CPP-ACP molecule binds to biofilm, plaque, tooth enamel hydroxyapatite crystals and settle on the soft tissue localizing bio-available calcium and phosphate. Also, gel stimulates salivation.

It was examined and treated on 21 patients of both sex aged 19 to 28 years with generalized hyperesthesia 1 degree, emerged after professional tooth cleaning using an ultrasonic scaler. All patients were divided into 2 groups (1st group - 10 people, 2nd group - 11 people). Patients of group 1 was professionally treated with hypersensitivity gel Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment, as for group 2 - with Tooth Mousse throughout the week using reusable aligners.

Stages of treatment: 1 - antiseptic oral 0.06% chlorhexidine bigluconate, removal of soft plaque, polishing the surfaces of the teeth with abrasive paste «Clinic» and circular brush; 2 - introducing remineralization drug into the oral cavity in aligners (20 min exposure); 3 - after removing the aligners with therapeutic agent the degree of hypersensitivity scale is determined in points (0 - no complaints, 1 - hypersensitivity to temperature stimuli (heat, cold), 2 - hypersensitivity to temperature and chemical stimuli (sweet, sour, salty), 3 - hypersensitivity to all kinds of stimuli, including tactile). After a course of

treatment (7 days daily) patients of both groups had positive dynamics. So, in group 1 – 7 out of 10 patients got rid of hypersensitivity, the other 3 patients defined a small sensitivity to the cold, as for group 2 - 10 of 11 patients got rid of hypersensitivity completely, one patient had sensitivity to cold stimuli. Thus, remineralizing gel Biorepair Desensitizing Enamel Repairer Treatment and water-soluble cream applicator Professional Tooth Mousse could be the drugs of choice in the treatment of patients with generalized hyperesthesia, emerged after professional tooth cleaning using an ultrasonic scaler.

Tkachenko I.G.¹, Shevchuk D.V.¹, Vicente Maurelio²
THE MICROFLORA OF THE ORAL CAVITY WITH GINGIVITIS
IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

**¹Pediatric Dentistry, Pediatric Maxillofacial Surgery and Implantology
Department;**

**²Microbiology, Virology and Immunology Department
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

Scientific advisers: prof. Nazaryan R.S.¹, Tkachenko M.V.¹, Kovalenko N.I.²

Multiorgan disturbances in the body in cystic fibrosis cause in children development of chronic generalized catarrhal gingivitis in the pathogenesis of which both general and local etiological factors, such as oral microflora play a role.

The purpose of the study. Defining the state of the oral health of children with cystic fibrosis, and examination of the microbiocenosis of plaque as etiological factor of chronic generalized catarrhal gingivitis.

Materials and Methods. Twenty children with mixed cystic fibrosis in age from 8 months to 17 years were examined. To determine the state of oral health hygiene index OHI-S was used in its component of the plaque (J.C. Green, J.R. Wermillion, 1964). Evaluation of periodontal status was conducted through a comprehensive periodontal index (P.A. Leus, 1988). Microbiological study included the selection of bacteria from plaque, identifying morphological, cultural and biochemical properties of isolated strains according to the Order of the Ministry of Health Care № 535 from 22.04.1985.

Results and discussion. It was established that OHI-S index in 3 children ($17.6 \pm 9.5\%$) with cystic fibrosis was assessed as "satisfactory" hygiene, in 14 children ($82.4 \pm 9.5\%$) as "poor" hygiene.

Analysis of individual values CPI index showed that 7 children ($41.2 \pm 12.3\%$) had mild periodontal tissue destruction, 6 persons ($35.3 \pm 11.9\%$) had a risk of periodontal disease, an average degree was identified in 4 people ($23.5 \pm 10.6\%$). In studying the structure of representatives of plaque microbiocenosis of children with cystic fibrosis 46 strains of opportunistic microorganisms were isolated. Essential place among the isolated microorganisms was occupied by α -hemolytic streptococci (37.2%). Fungi *Candida albicans* was isolated in 17.4%, *Staphylococcus aureus* in 13.0% of cases, Gram-negative bacilli *Enterobacter aerogenes* and *Escherichia coli* in 8.7% and 4.3% of cases, respectively.

Isolated bacteria from plaque were presented just in associations. In 75% cases ternary associations were detected in patients with severe or moderate degree of process.

The role of *S. aureus* and *C. albicans* in infectious processes of oral cavity increases with age of children. Number of isolated strains of *S. aureus* in 7-17 years old patients was accounted for 33.3%, while in 0-6 years old children staphylococcus was isolated only in 16.7% of cases. The share of fungi in children under 3 years was accounted for only 12.5%, in 15-17 years old patients *Candida* was isolated in 37.5% of cases. Instead, the share of non-pathogenic *Neisseria* in 15-17 years old patients decreased to 12.5%, and streptococci - to 16.7%, which was lower than in the younger age groups.

Conclusion. Soplaque microbiocenosis of children with cystic fibrosis is characterized by active colonization of tooth surfaces by α -haemolytic streptococci, which are released in associations with both Gram-positive or Gram-negative bacteria and fungi *C. albicans*. The role of *S. aureus* and *C. albicans* in oral infectious processes increases with age of children by reducing the role of representatives of the normal microflora of the mouth such as α -hemolytic streptococci and nonpathogenic *Neisseria*. The severity of diseases of the oral cavity is defined by extension of range of pathogens in the affected area, namely by the identification of ternary associations of bacteria and fungi *C. albicans*.

Zaveruha Y., Tishchenko A., Slavich A.

**APPLICATION OF COMBINED PHYTOPREPARATION FOR
TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS**

Department of Therapeutic Dentistry

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Research supervisor: prof. Ryabokon E.N., as. Steblianko L.V.

Chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS) – is one of the most common diseases of the oral mucosa (OM). The group of CRAS local treatment includes a large number of complex preparations of plant origin, which influence the basic pathogenetic links of its development.

The goal of research: to evaluate the clinical efficacy of combined herbal preparation «Mirodont-Gel» (Miradent, Germany) in combination therapy of CRAS.

«Mirodont-Gel» has analgesic, antiseptic, anti-inflammatory, immunomodulatory, keratoplastic effects due to the content of herbal extracts in its composition (cloves, water avens, rosa gallica, black currants, grape vine, garden angelica, tree primrose), minerals (magnesium lactate, copper, zinc lactate), vitamins (A, E, C, B2, B5, PP).

Objects and methods of research. The study included 12 patients aged 35-42 years with a diagnosis of CRAS. From anamnesis we found that the aggravation of the disease occurred up to 2 times a year among 50% of patients, every 3-4 months – 33%, every 2 months – 17% of patients. Healing of aphtha occurred on the average within 10-12 days.

Patients were divided into two groups: group 1 – the main (7 persons), group 2 – the comparison (5 people). All patients underwent a professional oral hygiene. They received assets and hygiene methods. The traumatic oral factors were eliminated. The patients were trained in rational individual oral hygiene.

The preparation «Mirodont-Gel» was used among the patients from group 1 in the form of applications to the disease site of mucosa for 4-5 min. At home, patients performed the preparation application to zone of aphtha 3-4 times a day.

Patients from group 2 were treated by traditional way, using anesthetic applications and jelly of solcoseryl 3-4 times a day after meals.

The results of treatment were evaluated as "good" and "satisfactory". The criterion of "good result": already on the first day there was marked decrease in morbidity, aphthae cleaned, signs of epithelialization observed. Results for "satisfactory": pain is reduced, signs of epithelialization appear in 2-3 days after the start of treatment.

Research results. 5 individuals (71%) from group 1 obtained "good results" and 2 persons (29%) – "satisfactory results". We observed significant therapeutic effect among all patients already at 4-5th day of «Mirodont-Gel» application. This was expressed in a significant pain reduction, active epithelialization of defeat elements. By the 8-9th day there was almost complete epithelialization of the aphtae – clinical recovery of patients. In the comparison group, 2 patients (40%) obtained "good results" and 3 patients (60%) – "satisfactory result", the aphtae healing occurred to the 11-13th days.

Over the next 12 months one patient from group 1 had relapse with less severe disease than before the application of «Mirodont-Gel» preparation. 2 people from comparison group got relapses in 6 and 7 months after the end of treatment.

Thus, the use of «Mirodont-Gel» preparation optimizes treatment of CRAS among patients and reduces the number of relapses, compared with the traditional treatment. This makes it possible to recommend «Mirodont-Gel» as the preparation of choice for local application in complex treatment of CRAS.

Богаты С.І.

ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI (HP) У ШЛУНКУ ТА В ПОРОЖНИНІ РОТА

**Одеський національний медичний університет,
кафедра загальної стоматології, м.Одеса, Україна
Науковий керівник – проф. Шнайдер С.А.**

Вважали, що єдиним природнім місцем існування HP, є слизова оболонка шлунку. Численними дослідженнями зарубіжних вчених доведено наявність HP в різних біотопах порожнини рота: слині, зубному нальоті, пародонтальних карманах, гнійних виділеннях та на поверхні ортопедичних конструкцій (Shimoyama T., Horie N., Kato T. et al., 2000; Momtaz H. et al., 2012; Shahnwaz K., Tabassum H., 2015). Було встановлено, що після курсу антибактеріальної терапії мікроорганізми зникали зі шлунку, але виявлялись в зубному нальоті (Афанасенкова Т.Е., 2014). В зв'язку з цим ротову порожнину розглядають як перманентний резервуар бактерії HP та джерело

самозараження та реінфекції у хворих після успішної ерадикації НР у шлунку (Цимбалистов А.В., Робакидзе Н.С., 2000; Базилян Э.А. и др., 2008; Gonzalez-Salazour F. et al., 2014, Adler I. et al., 2014). В останні роки обсіменіння порожнини рота *H. pylori* стали враховувати як фактор, що впливає на розвиток та перебіг стоматологічних захворювань (Сойхер М.Г., 1998; Борисенко А.В., Линовицкая О.В., 2000; Робакидзе Н.С., 2000). Тому проблема виявлення НР у ротовій порожнині є актуальною.

Мета: порівняти різні методи діагностики хелікобактерної інфекції у шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК) та порожнині рота у хворих із хронічним гастритом.

Матеріали і методи. Для діагностики НР у шлунку та ДПК використовують інвазивні та неінвазивні методи. Інвазивні методи діагностики передбачають проведення фіброгастроудоденоскопії (ФГДС) із взяттям біопсійного матеріалу і проведенням швидкого уреазного тесту (ШУТ), гістоморфологічного і/або бактеріологічного досліджень, тоді як до неінвазивних відносяться імунологічні, молекулярно-генетичні методи, 13С-дихальний тест. Кожен з методів має свої переваги та недоліки, а також показання (первинна діагностика, контроль після ерадикації).

Нами для підтвердження діагнозу хронічного гастриту типу В у хворих із відповідними клінічними проявами використовувалося три метода: ШУТ, метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та гістоморфологічний. Для діагностики НР в порожнині рота використовували ШУТ та ПЛР.

Було обстежено 41 пацієнта, віком від 18 до 60 років, із діагнозом хронічний гастрит. Всім була проведена ФГДС та взята біопсія для діагностики перерахованими вище методами. В ротовій порожнині матеріалом була ясенева рідина та зубний наліт, що збирали зранку натщесерце, частину якого досліджували одразу за допомогою уреазного тесту, а частину – збирали у пробірку із поживним середовищем для дослідження методом ПЛР.

Результати досліджень. За допомогою ПЛР генетичні маркери НР були виявлені у 29 пацієнтів (70,7%) у шлунку та лише у 13 пацієнтів (31,7%) у порожнині рота, тоді як ШУТ був позитивним у всіх пацієнтів та вказував різну ступінь обсіменіння шлунку НР (низька, середня, висока). У пацієнтів із низьким ступенем обсіменіння результат ПЛР був позитивний у 71,4% випадків, із середнім ступенем обсіменіння – у 78,6%, із високим ступенем обсіменіння – у 61,5% випадків. У порожнині рота ШУТ був негативним у 9 пацієнтів (22%), тоді як у 10 пацієнтів вказував на низьку ступінь обсіменіння слизової рота, у 15 – на середню, і у 7 – на високу ступінь обсіменіння слизової оболонки порожнини рота НР.

Висновки. Для діагностики хелікобактерної інфекції необхідно застосовувати декілька методів (не менше трьох), бо жоден з них не є універсальним, не має 100% специфічності та чутливості, але більш точним є метод полімеразної ланцюгової реакції. Діагностику інфекції НР у порожнині рота у хворих на хронічний гастрит типу В проводити необхідно з метою

попередження реінфекції хворих та призначення у разі необхідності адекватної місцевої ерадикаційної терапії.

Василенко С.Н., Мирошніченко Н.А.

УРОВЕНЬ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ (ИЛ-1В, ИЛ-4) ЦИТОКИНОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТОВ.

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра терапевтической стоматологии, Харьков, Украина
Научный руководитель- доц. Доля Э.И., доц. Андреева Е.Н.**

Целью исследования явилось определение эффективности лечения больных с хроническими формами периодонтитов по результатам исследования уровня про- и противовоспалительных (ил-1β, ил-4) цитокинов десневой жидкости.

Было проведено лечение и последующее наблюдение за 62 больными с диагнозом хронический периодонтит, 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 $244,77 \pm 28,19$ пг/мл, что в 2,8 раза достоверно превышало данные показателя нормы ($p < 0,05$). Показатель ИЛ-4 составил $126,79 \pm 12,11$ пг/мл. Уровень ИЛ-1β через 6 месяцев в основных подгруппах снизился до показателей $126,79 \pm 12,11$ пг/мл ($p < 0,05$), в контрольных подгруппах – до $137,00 \pm 10,35$ пг/мл ($p < 0,05$). Через 12 месяцев после лечения показатели в основных подгруппах наблюдения составил $91,00 \pm 12,77$ пг/мл, достоверно не отличаясь от данных контрольных подгрупп ($p > 0,05$). Показатель противовоспалительного цитокина ИЛ-4 через 6 месяцев в основных подгруппах составил $239,02 \pm 17,75$ пг/мл, а контрольных - $196,30 \pm 27,66$ пг/мл. На 12 месяц наблюдения уровень составил $262,56 \pm 23,39$ пг/мл в основных подгруппах, и $249,5 \pm 31,67$ 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.

Вишнинецькая А., Доценко Д., Черкашін Є.
ДІАГНОСТИКА ПУХИРЧАТКИ У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ.
Харківський національний медичний університет

¹Кафедра терапевтичної стоматології

²Кафедра дерматології венерології і медичної косметології

Науковий керівник- доц. Каміна Т.В.¹, Колганова Н.Л.²

Рання діагностика загального захворювання та призначення адекватного лікування може істотно полегшити перебіг захворювання, а іноді і врятувати життя пацієнтові. Первинні прояви деяких дерматозів відмічаються у ротовій порожнині, тому саме детальна діагностика общесоматичної патології в порожнині рота є надзвичайно актуальною.

Вульгарна пухирчатка є важким аутоімунним патологічним станом, за даними статистики, кратність захворюваності в світі складає 0,1-0,5 на 100000 населення. Найбільш часто хворіють люди у віці 30-60 років. Близько 2/3 випадків захворювання починається з появи елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) і тільки через деякий час до процесу залучається шкіра. Ранні клінічні прояви істинної пухирчатки: млявий міхур, який надзвичайно швидко розкривається, перетворюючись в яскраво-рожеву ерозію, яка тривалий час не загоюється. При цьому ерозія не має стандартного розміру і місця локалізації та виникає на незапаленій слизовій оболонці ротової порожнини. Елементи можуть бути поодинокі або множинні, можуть виникати в результаті травми або спровоковані травмою та без видимих причин. Клінічні прояви пухирчатки на ранній стадії не вписуються в чітку діагностичну картину, тому рання діагностика вимагає особливо уважного, не рутинного підходу до пацієнта.

На консультативному прийомі пацієнт А, 28 років пред'являв скарги на хворобливі ерозії по всьому кожному покрыву, вимушену обмеженість положення тіла і рухів за рахунок масивного ураження шкірних покривів, виражену слабкість. СОПР блідо-рожевого кольору помірно зволожена, є поодинокі слабо болючі ерозії, деякі з них в стадії епітелізації діаметр 0,5-0,7 мм. Ерозії локалізуються в області лінії змикання зубів на правій щоглі, слизовій оболонці нижньої губи та бічній поверхні язика зліва.

З анамнезу відомо, що пацієнту 4 роки тому був поставлений діагноз аканталітична пухирчатка. Пацієнт отримує постійну гормональну терапію і кілька разів на рік проходить курс стаціонарного лікування в періоди загострення. На момент огляду загальний стан пацієнта оцінювався, як середньої тяжкості. Пацієнт також зазначив, що на протязі близько 2 років до поставленого діагнозу випадкова травма слизової оболонки порожнини рота супроводжувалася суб'єктивними відчуттями «як удар по струнах гітари» і утворенням ерозії на слизовій оболонці, з тривалою регресією (епітелізацією) без спеціального лікування. Перший час пацієнт не звертався за медичною допомогою, потім під час санації пред'являв скарги стоматолога, але отримував загальні рекомендації по догляду за порожниною рота. Жодного разу не було проведено додаткових заходів з діагностики або залучення лікарі іншого профілю до діагностики незвичайного стану пацієнта. Діагноз

вульгарної пухирчатки був поставлений лікарями-дерматологами вже на етапі залучення в патологічний процес шкірних покривів та різкого погіршення загально соматичного стану пацієнта.

Висновок. Не рутинний підхід до діагностики патологічних проявів на слизовій оболонці порожнини рота може значно полегшити ранню діагностику загальної патології. Виявлення перших ознак общесоматичної патології на стоматологічному прийомі дає більше шансів на подальше життя хворого зі збереженням функціональної активності організму і соціальної адаптації.

Волкова О.С.¹, Доля Е.І.¹, Токар А.А.¹, Чижик Я.І.²
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У
ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ГІПЕРЕСТЕЗІЄЙ

¹**Кафедра терапевтичної стоматології,
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**
²**КЗОЗ «Харківська стоматологічна поліклініка № 7», Харків,
Україна**

Науковий керівник – професор Рябоконь Є.М.

Серед усього розмаїття стоматологічних захворювань некаріозні ураження зубів займають особливе місце. Гіперестезія твердих тканин, або підвищена чутливість зубів до впливу температурних, механічних або хімічних подразників, вельми часто зустрічається в клінічній практиці і спостерігається в 44% випадках (Білоклицька Г.Ф., 2002-2016 року; Несін А.Ф. з співавт. 2003; Копчак О.В., 2006).

В основі розвитку гіперчутливості можна відзначити безліч факторів, але особливе місце, займають місцеві (екзогенні) чинники. До них відносять постійне використання жорсткої щітки при чищенні зубів, регулярне використання відбілюючих паст в домашніх умовах, відбілювання зубів у стоматологічних клініках.

Мета дослідження: визначення показників гігієни порожнини рота у осіб молодого віку з гіперестезією твердих тканин.

Матеріали і методи дослідження. З кожного, хто звернувся за стоматологічною допомогою в УСЦ ХНМУ, нами було відібрано і обстежено 30 осіб з гіперестезією твердих тканин зубів, у віці 20-30 років, з них 17 дівчат і 13 юнаків, в анамнезі яких було регулярне використання відбілюючих паст в домашніх умовах. Всі пацієнти були обстежені за єдиною схемою клінічних та індексних досліджень, рекомендованих ВООЗ. Стан індивідуальної гігієни порожнини рота визначали клінічно і за індексом гігієни Гріна-Вермільйона (ОHI-S). Для об'єктивної оцінки ступеня вираженості гіперестезії твердих тканин зубів проводили дослідження реакції тканин зуба на механічні подразники, температурні подразники і вплив повітряного потоку. При дослідженні реакції зуба на механічне подразнення застосовували дотик стоматологічним зондом до чутливої поверхні зуба протягом декількох секунд. Якщо цей роздратування викликало больову реакцію у пацієнта, то реєстрували наявність гіперестезії.

Реакцію твердих тканин зуба на температурні подразники оцінювали, використовуючи зрошення зубів зі шприца, водою $t = 30^{\circ} \text{C}$. Застосування води заданої температури пояснюється тим, що при функціональній недостатності емалі І ступеня біль в зубі виникає під впливом холодого подразника, температура якого нижче 37°C (Лукомський І.Г., 1955).

З метою вивчення реакції зуба на повітряний потік застосовували струмінь повітря з повітряного пістолета стоматологічної установки на відстані 0,5-1 см і під кутом до досліджуваної поверхні зуба протягом 2-3 секунд. В результаті проведеного дослідження встановлено що, хороший рівень гігієни порожнини рота відзначений у 13 чоловік (43,3%). Задовільний рівень догляду за порожниною рота мали 14 осіб (46,7%). Кількість людей, що мають незадовільний рівень гігієни 3 людини (10%). Причому, слід зауважити, що чим вище ступінь гіперестезії, тим нижче рівень гігієни.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність вдосконалення системи гігієнічного навчання населення, а саме, під час обстеження пацієнтів звертати увагу на початкові ознаки захворювань, що призводять до підвищеної чутливості зубів, проводити роз'яснювальну роботу про шкоду застосування жорстких зубних щіток, відбілюючих паст та прийому підкислених продуктів і газованих напоїв для цієї групи населення.

Волошан А.А.

АТИПИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ И ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ НА ФОНЕ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии, Харьков, Украина.**

Научный руководитель: Демяник Д.С.

Затрудненное прорезывание зубов мудрости зачастую определяет развитие воспалительных процессов в ретромоларной области и их распространение в соседние анатомические пространства. С другой стороны, ретенированные зубы являются причиной возникновения различных зубочелюстных деформаций и неопластических процессов челюстей. Нестандартной клинической ситуацией может оказаться наличие в анамнезе пациента болезни зубов некариозного происхождения. Таким процессом может являться системная гипоплазия эмали. Наличие гипоплазии и атипичного топографо-анатомического расположения ретенированного зуба может оказаться весьма трудной задачей для хирурга-стоматолога.

Целью данной работы является предупреждения возможных осложнений при хирургическом лечении пациентов по поводу дистопии и ретенции третьих моляров нижней челюсти с наличием системной гипоплазии эмали.

Задачи. Проведение адекватной диагностики и уточнения методики хирургического вмешательства по поводу удаления ретенированных и

дистопированных третьих моляров нижней челюсти с наличием системного поражения эмали.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение 2 клинических случаев больных с ретенированными и дистопированными третьими молярами нижней челюсти и наличием системной гипоплазии эмали, находившихся на лечении в стоматологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» за период 2016 года. Все пациенты были обследованы клинически, лабораторно, рентгенологически, в т.ч. при помощи метода трёхмерной компьютерной томографии. В анамнезе жизни данных пациентов отмечалось нарушение обменных процессов в детском возрасте, после чего ими выявлено изменение цвета эмали постоянных зубов. В клинику челюстно-лицевой хирургии пациенты обращались с жалобами в связи с атипичным расположением третьего моляра нижней челюсти. . Анатомо-топографически на рентгенограммах преимущественно визуализировалась полная ретенция зубов. Интраоперационно при атипичной методике удалении зубов мудрости нами было обнаружено: чрезвычайно хрупкая эмаль, гиперцементоз корня без выраженной демаркационной зоны, что обуславливало достаточно высокий уровень сложности оперативного вмешательства

Результаты исследования и их обсуждения. Анализ нашего опыта хирургического лечения больных с ретенированными и дистопированными третьими молярами нижней челюсти показал, что удаление таких зубов значительно усложняется на фоне сопутствующего несовершенного амелогенеза, такого как системная гипоплазия эмали. Это обстоятельство требует тщательной подготовки и пристального внимания к планированию и проведению подобных вмешательств с точки зрения профилактики возникновения различных осложнений.

Діасамідзе М. Е.

АНАЛИЗ ВИНИКНЕННЯ АЛЬВЕОЛІТУ ЯКПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОГО УСКЛАДНЕННЯ

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії,
Харківський національний медичний університет Харків, Україна
Науковий керівник: доцент Рекова Л. П.**

Лункові кровотечі й альвеоліти є найбільш поширеними ускладненнями після операції видалення зуба. Частота виникнення альвеоліту становить від 3,4 до 42,8% від усіх післяекстракційних ускладнень. В етіології розвитку альвеоліту виділяють інфекційні та травматичні фактори. Розвитку альвеоліту також сприяє висока фібринолітична активність тканин лунки, слини, імунологічні порушення, супутні захворювання.

Найчастіші основні скарги пацієнтів із альвеолітом: біль тривалого характеру, що іррадіює по ходу трійчастого нерву, неприємний запах з рота, труднощі при жуванні, обмежене відкривання рота, погіршення загального стану організму, порушення сну.

Розвиток післяопераційних ускладнень обумовлений багатьма причинами, в тому числі особливостями анатомічної будови гілок

трійчастого нерву, порушенням їх трофіки за рахунок перетину судин, щоживлять нерви в результаті травматичної операції видалення зуба, недотримання хворими правил гігієни порожнини рота. Провідна роль серед причин, що викликають альвеоліт, належить патогенній інфекції, що виявляється при несвоєчасному утворенні згустку або при його передчасному руйнуванні в лунці видаленого зуба.

Нами було проведено аналіз амбулаторних карт і журналу планових оперативних втручань в хірургічних відділеннях стоматологічних поліклінік міста Харкова за останні 3 роки (2014-2016 рр.). Серед 9457 пацієнтів, які звернулися за досліджений період на амбулаторний хірургічний стоматологічний прийом, жінок було 5456 (57,7%), чоловіків - 4001 (42,3%).

Проведений аналіз показав, що переважна більшість хірургічних амбулаторних втручань в порожнині рота відносилася до операції видалення зуба, що була проведена у 6714 хворих, це склало 71% від загальної кількості осіб, які звернулися на амбулаторний хірургічний прийом (9457 хворих). Переважали особи старше 40 років, які склали 6714 пацієнтів (73% від числа всіх, хто звернувся). Всього за аналізований період відзначено, що після 6714 операцій видалення зубів альвеоліт виник в 792 випадках, що становить 11,8% від усіх екстракцій. У 7688 хворих (81,3% всіх екстракцій) мало місце типове видалення, а у 1769 хворих (18,7% всіх екстракцій) - складне (атипове) видалення зуба. Певний інтерес представляють дані про форми альвеолітів, зареєстрованих в картах амбулаторних хворих за досліджуваний період: гнійний - 357 випадків або 45,1%, гнійно-некротичний - 322 випадків або 40,7%, серозний - 113 випадків або 14,2%. Найчастіше альвеоліт виникав після видалення зубів з приводу хронічного та загострення хронічного періодонтиту в 515 випадках або 65,3%, при видаленні ретинованих і дістопованих зубів у 191 випадку або 24,1%, після одномоментного видалення трьох і більше зубів у 86 випадках або 10,6%.

Висновки. Частота виникнення і тяжкість клінічного перебігу альвеоліту після операції видалення зуба залежить від: наявності запалення періодонту до видалення зубу, гігієнічного стану порожнини рота пацієнта, віку пацієнта, характеру оперативного втручання та ступеня операційної травми навколишніх тканин.

Елисеева О.В.

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ
ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра стоматологии,

Науковий керівник – проф. Соколова І.І.

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 (ОHI-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); пародонтальный индекс (PI); проба Шиллера-Писарева; индекс кровоточивости десневых сосочков по Muhlemann-Saxer (РBI).

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» (Германия) и ополаскивания полости рта зубным эликсиром «Лизомукоид» (НПА «Одеская биотехнология», Украина) 3-5 раз в день. В лечебную схему были включены антисептические таблетки для рассасывания в полости рта, «Лисобакт» (Босналек д.д., Босния и Герцеговина), содержащие лизоцима хлорид 20 мг. Коррекцию общесоматического статуса по показаниям проводили профильные специалисты.

Результаты исследований и их обсуждение. Определено, что значение медианы индекса ОHI-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 PI 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 PI 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.

**ЗМІНИ МІКРОСТРУКТУРИ ДЕНТИНУ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ
ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ФОТОАКТИВОВАНОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ
МЕТОДОМ РАСТРОВОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра терапевтичної стоматології, м. Харків, Україна
Науковий керівник- професор Рябоконт Є.М.**

Актуальність теми. На сьогоднішній час використовується метод бактеріотоксичної терапії – фотоактивованої дезінфекції. Цей метод активно застосовується для лікування захворювань пародонту, карієсу та хронічного періодонтиту. У літературі є дані про можливість застосування повідон-йоду у якості хроматофору при фотоактивованій дезінфекції. Можливість застосування повідон-йоду в ендодонтії, зокрема у якості фотосенсибілізатору при фотоактивованій дезінфекції, є недостатньо вивченою.

Мета дослідження – дослідити структурні зміни у дентину кореневих каналів зубів методом растрової електронної мікроскопії під впливом фотоактивованої дезінфекції.

Об'єкт і методи дослідження. Мікроструктура зразків досліджувалася методами растрової електронної мікроскопії (РЕМ) з використанням сфокусованого іонного пучка у скануючому мікроскопі J-840 (Jeol, Японія) з прискорючою напругою 20 кВ.

Було досліджено 10 зубів (7 молярів, 3 премоляри), екстрагованих через загострення хронічного апікального періодонтиту. Кореневі канали були оброблені за стандартною ендодонтичною методикою, після чого за допомогою ендодонтичного шприцу та канюлі вводився фотосенсибілізуючий розчин повідон-йод, який залишався *in situ* протягом 60 секунд, потім у канал вводиться випромінювач ВРИП1 із довжиною хвилі 810 нм і проводилась активація протягом 120 секунд. Мікрорельєф дентину кореневих каналів вивчався в режимі вторинної растрової емісії при напрузі 10-30 кВ і збільшенні в 15-1500 разів.

Результати дослідження. При дослідженні зразків шліфів зубів після інструментальної обробки кореневих каналів ручними та машинними нікель-титановими інструментами було виявлено, що вся внутрішня поверхня кореневого дентину була вкрита однорідним змазаним шаром, який складається із частинок різної форми та розмірів (останки пульпи зубів, одонтобластів, мікроорганізмів, колагенових волокон дентину, кристалів

гідроксиапатиту). При вивченні мікроскопічних знімків, отриманих при збільшенні у 1000 разів, на внутрішній поверхні кореневого дентину були візуалізовані пори розміром від ≈ 2 до ≈ 5 мкм, які є входами у дентинні каналці.

При вивченні у електронному растровому мікроскопі зразків зубів, у кореневі канали яких був введений розчину повідон-йоду, були простежені наступні зміни. На внутрішній поверхні дентину сформувалась плівка із розчину повідон-йоду, яка мала гладку поверхню.

Після опромінення розчину повідон-йоду інфрачервоним світлом у корневих каналах була відкрита поверхня кореневого дентину. При збільшенні цієї ділянки у 500 та 1000 разів на поверхні можна було виявити входи до дентинних каналців, які мали приблизно однаковий розмір, а їхній діаметр складав $\approx 2,5$ мкм та зменшувався від пришийкової ділянки до апікальної. Змазаний шар на поверхні корневих каналів був майже відсутній за виключенням одиничних кристалів. При детальному вивченні поверхні кореневого дентину було встановлено, що ознаки пошкодження структури, небажані термічні ефекти у вигляді оплавлення неорганічних дентинних структур, тріщини, пухирці рекристалізації дентину були відсутні. Це говорить про коректно обраний режим фотоактивованої дезінфекції корневих каналів.

Висновки. Дослідження шліфів зубів методом растрової електронної мікроскопії показали, що фотоактивована дезінфекція із застосуванням 10% розчину повідон-йоду, активованого інфрачервоним опроміненням, усуває змазаний шар на внутрішній поверхні дентину корневих каналів, не створюючи пошкодження структури дентинних каналців, що сприяє підвищенню якості постійної obturaції.

Заверуха Я. И., Маринко З.С., Калиниченко М.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА НА ОСНОВЕ ПРОПОЛИСА И ФИТОКОМПОНЕНТОВ ПРИ ГИНГИВИТЕ.

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра терапевтической стоматологии, г.Харьков, Украина

Научный руководитель- доц. Баглык Т.В., Стеблянка Л.В.

Заболевания тканей пародонта являются одной из актуальных проблем современной стоматологии. Высокая распространенность воспалительных болезней пародонта среди населения обуславливает необходимость поиска различных средств и методов их лечения для профилактики деструктивных поражений.

Целью работы явилось изучение эффективности применения бальзама-ополаскивателя для полости рта «Прополис» в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы исследования. Бальзам — ополаскиватель для полости рта «Прополис» содержит в своем составе экстракты аира, коры дуба, ромашки, фенхеля, прополиса, эфирные масла мяты перцовой, чайного дерева, шалфея.

Под нашим наблюдением находились 28 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 32 лет с диагнозом хронический катаральный гингивит (ХКГ). Пациенты разделены на две равнозначные по возрастно-половому признаку группы по 15 и 13 человек (I и II группы соответственно) с ХКГ.

Постановку диагноза осуществляли на основании жалоб больных, данных анамнеза, клинического статуса, гингивальных индексов, анализа ортопантограмм в соответствии с систематикой болезней пародонта Н.Ф.Данилевского (1994). С целью объективизации состояния тканей пародонта определяли ГИ по Федорову – Володкиной (1970) и OHI-S Green-Vermillion (1964), проводили пробу Писарева –Шиллера, определяли индекс РМА Parma (Parma С.,1960), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) по Miihleman и Son до и после применения бальзама.

До начала исследования все пациенты отмечали кровоточивость десен при чистке зубов и приеме твердой пищи, а также неприятный запах изо рта, выявлена неудовлетворительная гигиена полости рта (ИГ по Грину-Вермильону в среднем составил $2,2 \pm 0,35$).

Больным обеих групп проведены подбор средств и методов, а также обучение индивидуальной гигиене полости рта; а в качестве повседневной зубной пасты рекомендована Colgate Total «Прополис». Пациенты обеих групп получали базовое лечение согласно «Протоколов оказания стоматологической помощи». Больным I группы в качестве дополнительного средства гигиены назначали полоскания бальзамом - ополаскивателем для полости рта «Прополис» в течение курса лечения дважды в день по 1 минуте, предварительно концентрат разводили теплой водой в соотношении 1:10.

Результаты исследования. Проведенные клинические исследования показали высокую эффективность лечения ХКГ с использованием бальзама – ополаскивателя для полости рта «Прополис». Об этом свидетельствует позитивная динамика изменения изучаемых индексов после курса лечения. При ХКГ в I группе курс лечения составил 4-5 процедур, во II группе – 5-6 процедур. Положительная динамика в состоянии тканей пародонта у пациентов обеих групп наблюдалась уже после 2-3 сеансов лечения: нормализовался цвет десны, больные отмечали отсутствие неприятного запаха изо рта, исчезла кровоточивость. Индекс РМА Parma снизился с $2,48 \pm 0,15\%$ до $1,04 \pm 0,12\%$ в I группе, а во II группе с $2,42 \pm 0,3\%$ до $1,49 \pm 0,08\%$, что можно объяснить дополнительным положительным влиянием апифитокомплекса ополаскивателя. За время наблюдения за пациентами I группы не было зарегистрировано ни одного случая раздражающего действия или побочного эффекта, что позволяет говорить о хорошей переносимости препарата.

Таким образом, полученные нами результаты указывают на высокую эффективность бальзама – ополаскивателя для полости рта «Прополис» при комплексном лечении ХКГ, что позволяет рекомендовать его для применения в практической стоматологии.

Майбородіна Д. Д.
ЕРИТРОЦИТАРНІ АНТИГЕНИ ЯК ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ
КАРІОЗНОЇ ХВОРОБИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра стоматології, Київ, Україна
Науковий керівник- проф. Антоненко М.Ю.

На сьогоднішній день карієс залишається однією з найпоширеніших хвороб людини, а також часто являється ключовим фактором запуску автоімунних механізмів багатьох хронічних захворювань. Важливим питанням є взаємозв'язок антигенних систем крові та інтенсивністю каріозного процесу та можливість використання цих даних для прогнозування особливостей перебігу каріозної хвороби.

Мета дослідження. Дослідити взаємозв'язок між приналежністю до системи АВО(Н) та основними характеристиками карієсу зубів.

Задачі. 1. Вивчити поширеність і особливості проявів карієсу в осіб молодого віку. 2. Визначити роль та місце еритроцитарних антигенів крові системи АВО(Н) як можливих факторів генетичної детермінованості ризику каріозної хвороби.

Матеріали і методи. Визначення генетичних маркерів крові проводилося в реакції гемаглютинації. Для участі в дослідженні було залучено 643 соматично здорових студентів стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, у яких було діагностовано карієс зубів різного ступеню поширення та інтенсивності. Усі обстежені були розділені на групи згідно з типом еритроцитарних антигенів системи АВО(Н).

Для вирішення поставлених задач були використані клінічні, рентгенологічні, імуногенетичні методи.

Результати дослідження. В результаті дослідження, нами було встановлено, що серед осіб – носіїв групоспецифічного фактору А частота одиничного карієсу, рівно як і його гострий перебіг виявлено рідше, ніж у носіїв антигену О(Н). Разом з тим, як множинний карієс зубів при Ab(II) групі крові дорівнював 32,7% проти 29,4% - при 0ab(I) групі.

Встановлено, що ускладнені форми карієсу зубів діагностуються у 2 рази частіше серед носіїв антигену 0 порівняно з носіями групоспецифічного фактору А.

Переважно гострий перебіг патологічного процесу в твердих тканин зубів, розвиток ускладнених форм карієсу зубів діагностовано нами при B(III) групі 2-4 рази рідше, порівняно з особами-носіями антигенів А та 0.

Ще більш значний вплив чинила присутність антигену В на множинність ураження твердих тканин зубів. Так, якщо у осіб з 0(I) групою множинний карієс діагностовано у 29,4% обстежених, а в другій групі його виявлено у 32,7%, то у осіб носіїв антигену В таке ураження зустрічалося в 6 разів рідше.

Таким чином, не дивлячись на високий ступінь відносного ризику для осіб носіїв групоспецифічного фактору В, відмічено сприятливий вплив його на основні показники карієсу зубів.

Встановлено, що у носіїв антигену АВ не тільки малий ризик виникнення карієсу зубів, але і достовірно рідше порівняно з іншими групами крові системи АВО зустрічаються множинні ураження зубів.

Так, якщо при 0(I) та А(II) групах крові переважно гострий перебіг діагностовано у 27,1+24,4% випадків, то у носіїв групоспецифічного фактору АВ він виявлений лише у 2,7+1,2% обстежених.

Ускладнений карієс зубів при АВ(IV) групі діагностовано у 0,4%, в той час як у людей з 0(I) та А(II) групами – у 4,14 та 8,75%.

Висновки. 1. В результаті нашого дослідження встановлена висока частота карієсу зубів, яка досягає 88,7+0,89% у соматично здорових людей. 2. Встановлено, що найбільш сприятливий тип для розвитку каріозної хвороби був в В (III) групі. 3. Група АВ(IV) характеризувалася найменшою поширеністю осіб з переважно гострим перебігом каріозного процесу, які мали несприятливий наслідок його, а також множинне ураження твердих тканин зуба. 4. Групи 0(I) та А(II) були несприятливими та супроводжувались розвитком множинних уражень з гострим перебігом патологічного процесу в твердих тканинах зуба з наслідком у вигляді розвитку різних форм пульпітів та періодонтитів.

Вважаємо, що важливе значення в різному перебігу та наслідку каріозного процесу у осіб з різними групоспецифічними факторами крові системи АВО мають загальні специфічності у мікроорганізмів та факторів крові людини.

Майстренко А.А.

**ПРЯМОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОАНАТОМИЧЕСКИХ
СТРУКТУР ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕРВЫХ
ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра терапевтической стоматологии, г.Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Рябоконь Е.Н., асс.**

Черепинская Ю.А.

Актуальность: Первые моляры несут на себе максимальную жевательную эффективность и являются одним из основных ключей окклюзии, так называемый «окклюзионный компас», который влияет на окклюзионные движения и взаимоотношения челюстей во время акта жевания, речи и т.д.. Микро- и макроанатомия первых постоянных моляров является самой сложной по сравнению с другими группами зубов. Раннее прорезывание первых постоянных моляров определяет высокую распространённость фиссурного кариеса (I класс по Блеку). Эти данные направляют внимание стоматологов на поиск тех технологий которые позволят более детально восстановить окклюзионный микроанатомический

рельеф зуба, двигаясь по пути создания естественной, функциональной и полной схемы окклюзии.

Цель: Изучить эффективность применения окклюзионного штампа в ходе восстановления микроанатомического рельефа первых постоянных моляров в ходе лечения фиссурного кариеса.

Материалы и методы: Нами было обследовано 20 студентов 5 курса стоматологического факультета ХНМУ с диагнозом первичный фиссурный кариес. В рандомизированном порядке пациенты были разделены на 2 равные группы. Лечение первой группы включало: профессиональную гигиену, изоляцию системой раббердам, препарирование, тотальное протравливание, адгезивная подготовка, традиционное послойное восстановление окклюзионной поверхности при помощи композиционного материала светового отверждения. При лечении второй группы, дополнительно, перед препарированием, было произведено снятие шаблона с окклюзионной поверхности при помощи жидкотекучего композита и использование его перед полимеризацией последнего слоя, посредством прижатия через политетрафторэтиленовую ленту. Качество краевого прилегания и окклюзионный микрорельеф оценивали под увеличением в 3,5 раза непосредственно после лечения и через месяц по 5 бальной шкале (1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо, 5 – отлично). Так же по 5 бальной шкале оценивали комфорт пациента и дополнительно учитывали временные затраты врача.

Результаты: В первой группе пациентов средний показатель визуального определения качества краевого прилегания и восстановление естественного окклюзионного микрорельефа непосредственно после лечения составил 3,88 балла, а во второй 4,93 балла. Через месяц после лечения в первой группе пациентов этот показатель составил 3,67 балла, а во второй 4,85 балла. Средний показатель затраченного времени на реставрацию в первой группе составил 45 минут, а во второй 30 минут. Средний показатель комфорта пациентов в первой группе составил 4,4 балла, а во второй 5 баллов.

Выводы: На основании полученных стоматоскопических исследований, можно утверждать, что использование окклюзионного штампа с целью восстановления микрорельефа первого постоянного моляра, имеет заметное преимущество перед другими видами прямого восстановления зубов пораженных фиссурным кариесом. Данная методика позволяет не только сэкономить время при реставрации зуба, но и значительно повышает качество её выполнения, которая заключается в отсутствии этапа моделирования и коррекции окклюзионной поверхности прямым способом и связанных с этим ошибок.

Никонова Ю.В.
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УДЕЛЬНОЙ
ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ РАЗЛИЧНОЙ
КОНЦЕНТРАЦИИ ПРИ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОЙ БИОПСИИ
ЭМАЛИ ЗУБОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра стоматологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор И.И. Соколова

Поиск, разработка и научное обоснование новых методов и способов диагностики, прогнозирования и повышения резистентности эмали зубов к кариесу продолжают оставаться актуальными проблемами стоматологии.

В настоящее время наиболее распространенными методами оценки состояния резистентности эмали зубов к воздействию кислот, и соответственно к возможности возникновения кариозного поражения, являются ТЭР-тест и CRT-тест. Оба метода диагностики основаны на оценке характера цветной реакции индикаторов при воздействии на эмаль зуба раствором соляной кислоты достаточно высокой (1Н – 0,1Н раствор) концентрации. К основным недостаткам указанных методов диагностики следует отнести существенное химическое повреждение эмали зуба концентрированной кислотой и субъективность оценки цветной реакции.

В настоящее время широкое распространение в биологии и медицине получили кондуктометрические методы исследования, отличающиеся высокой точностью, малой инвазивностью и возможностью интерпретировать результаты исследования с применением цифровых технологий.

Целью настоящего исследования явилось повышение точности исследования резистентности эмали зубов к воздействию соляной кислоты методом кондуктометрического анализа с использованием растворов низкой концентраций.

Объектом исследования служили удаленные по ортодонтическим показаниям зубы у лиц с различными показателями индекса КПУ. Исследования проводили с использованием мультиметра КСЛ-111, специально разработанным коаксиальным кондуктометрическим датчиком открытого типа, объем которого составлял 2,81 мм³. При проведении исследования использовали растворы соляной кислоты 1Н, 0,1Н, 0,01Н и 0,005Н концентрации. В процессе кондуктометрического исследования получали графическую запись процесса взаимодействия соляной кислоты с эмалью зуба, оценку которой проводили методами математического и статистического анализа. Полученные результаты кондуктометрических измерений сравнивали с результатами CRT-теста на смежных участках эмали тех же зубов. Всего проведено исследование 47 зубов, проведено 157 измерений удельной электропроводности и 52 исследования методом CRT-теста.

Результаты проведенных исследований показали, что снижение концентрации раствора соляной кислоты при использовании метода CRT-

теста приводил к значительной погрешности результатов, а при использовании раствора 0,005N концентрации его проведение становилось практически невозможным. В то же время, использование метода кондуктометрического анализа показало, что динамика изменения удельной электропроводности, как при визуальном исследовании, так и при математико-статистической обработке графической записи, отличались высокой стабильностью и достоверностью полученных результатов, в том числе и при использовании 0,005N концентрации соляной кислоты. При анализе графической записи, в частности показателя отношения изменения удельной электропроводности во времени ($\Delta\chi/\Delta t$), наиболее выраженные изменения наблюдались в первые 20 секунд исследования при использовании растворов любой концентрации. Степень корреляции с показателями CRT-теста составила ($\pm 0,67$).

Проведенные исследования показали высокую точность и достоверность метода кондуктометрической биопсии эмали зубов для диагностики резистентности зубов к кариесу, который позволяет повысить точность, достоверность исследования, значительно сократить его время, снизить вредное воздействие на эмаль зуба и, таким образом, может в будущем прийти на смену ТЭР-тесту и CRT-тесту.

Никонова Ю.В.

**ПОКАЗАТЕЛИ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТИ
РАСТВОРОВ СОЛЯНОЙ И УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ
КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ**

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра стоматологии, г. Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор И.И. Соколова

Наиболее актуальными проблемами стоматологии остаются вопросы поиска, разработки и научного обоснования новых методов диагностики кариеса, прогнозирования его развития у различных групп населения, способов повышения резистентности эмали зубов к кариесу.

По данным литературы, наиболее распространенными методами оценки состояния резистентности эмали зубов к воздействию кислот, и соответственно к возможности возникновения кариозного поражения, являются ТЭР-тест и CRT-тест. Эти методы диагностики основаны на оценке характера цветной реакции индикаторов при воздействии на эмаль зуба раствором соляной кислоты достаточно высокой (1N – 0,1N раствор) концентрации. Наиболее существенным недостатком указанных методов диагностики является использование, в качестве реактива, раствора соляной кислоты, которая не является компонентом и не входит в состав пищевых продуктов питания человека. Большинство продуктов питания человека содержат уксусную, лимонную, яблочную и ряд других органических кислот. В этой связи, наиболее целесообразным представляется исследование взаимодействия указанных кислот с эмалью зуба и возможность использования их в качестве реактива для диагностики резистентности эмали

зубов к кариесу. По данным литературы органические кислоты являются слабыми кислотами, и использование их в качестве реактива для диагностики представляет определенные сложности. Вместе с тем, широко используемый в биологии и медицине кондуктометрический метод анализа, за счет высокой чувствительности и точности, может быть применен для исследований таких химических реакций.

Целью настоящего исследования явилось изучение методом кондуктометрического анализа характера взаимодействия соляной и уксусной кислоты с эмалью зуба. Объектом исследования являлись удаленные по ортодонтическим и другим показаниям зубы у пациентов с различной активностью кариозного процесса.

Исследование проводили с использованием мультиметра КСЛ-111 специально разработанным коаксиальным кондуктометрическим датчиком открытого типа с объемом ячейки 2,81 мм³. В качестве реактивов использовали 0,01Н раствор соляной кислоты и 9% раствор уксусной кислоты. В процессе исследования получали графическую запись динамики изменения удельной электропроводности, которую обрабатывали методами математического и статистического анализа.

Проведенные исследования показали, что динамика изменения удельной электропроводности при использовании соляной кислоты имеет прямо противоположное значение в случае использования уксусной кислоты. При использовании соляной кислоты удельная электропроводность снижалась в течение времени исследования и имела вид экспоненциальной кривой, а при использовании уксусной кислоты, наоборот, повышалась и имела более линейный характер изменения. Вместе с тем, математический и статистический анализ полученных данных свидетельствует о том, что показатель изменения удельной электропроводности во времени ($\Delta\chi/\Delta t$) является стабильной величиной в обоих случаях.

Полученные данные позволяют сделать выводы, что для диагностики степени резистентности эмали зубов с использованием метода кондуктометрического анализа, может быть использована, в качестве реактива, уксусная кислота 9% концентрации, как наиболее характерный пищевой продукт, а различия в динамике изменения удельной электропроводности требуют дальнейшего, более глубокого изучения с позиций химизма реакций.

Парій А.М.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНІЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

**Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Інститут післядипломної освіти, кафедра стоматології, м.Київ,
Україна**

Науковий керівник- професор Антоненко М.Ю.

Червоний плоский лишай (ЧПЛ)-хронічне запальне захворювання шкіри та видимих слизових оболонок,насамперед слизової оболонки

порожнини рота (СОПР), яке складає чималу питому вагу у структурі стоматологічної захворюваності. За даними науковців частота ЧПЛ серед захворювань СОПР варіює від 10 до 35%, включаючи агресивні форми захворювання з високим рівнем малігнізації, особливо ерозивну, виразкову та пемфігоїдну форми з яскраво вираженим больовим синдромом. Проблема раціональної терапії ускладнюється незадовільним результатом лікування, коротким періодом ремісії та можливістю малігнізації.

Мета роботи: провести оцінку показників ротової рідини, імунологічної реактивності та місцевого імунітету у хворих з різними формами червоного плоского лишая.

Матеріали і методи: дослідження проводилось 59 пацієнтам із ЧПЛ у віці від 29 до 58-и років, серед них жінок – 48 (81,36%), чоловіків – 11 (18,64%). У всіх пацієнтів визначали вміст сироваткових імуноглобулінів IgA, IgM, IgG, рівень секреторних IgA, концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), та рівень лізоциму в ротовій рідині.

Результати: проаналізувавши результати дослідження нами було виявлено, у пацієнтів з ерозивною формою ЧПЛ СОПР, де до патологічного процесу залучена червона облямівка губ, достовірні ($P < 0,03$) зміни показників IgA, IgM, IgG у ротовій рідині, які прямо корелюються (коефіцієнт кореляції рангу Спірмена 0,64) зі зменшенням концентрації в ній SigA та лізоциму. Тому лікування потребує не тільки корекцію місцевого імунітету, а й впливу на підвищення загальної імунологічної реактивності. Встановлено, що всі форми ЧПЛ характеризувались достовірним ($P < 0,03$) зниженням рівня ЦІК у ротовій рідині. Це потребує включення в базисну терапію засобів, які сприяють елімінації комплексу антиген-антитіло-комплемента, як патогенетично-спрямованої на оптимізацію лікування із пролонгацією періоду ремісії.

Ревич В.О.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГРУПИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ КАРІЕСУ ЗУБІВ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

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

Науковий керівник: професор Антоненко М.Ю.

Актуальність: відомо, що одним з негативних моментів після лікування брекет-системами є високий ризик виникнення каріозної хвороби. Аналіз ситуації дозволяє припустити, що однією з причин цього є відсутність індивідуального персоніфікованого підходу щодо первинної профілактики каріозної хвороби на етапі ортодонтичного лікування незнімною ортодонтичною апаратурою, що робить актуальним проведення поглиблених наукових досліджень такого плану.

Мета: вивчення чинників генетичної схильності до карієсу зубів та використання отриманих даних для формування груп підвищеного ризику серед дітей та підлітків на етапі їхнього ортодонтичного лікування.

Об'єкти та методи: використані клінічні, імунологічні та електронно-мікроскопічні методи дослідження. Роль групоспецифічних факторів крові, як вірогідних генетичних маркерів карієсу зубів досліджена у 93 осіб віком 12-14 років. Репрезентативність матеріалу встановлено за порівняльної оцінки частоти виявлення груп крові у 3227 донорів крові – жителів України. Визначення генетичних маркерів крові та слини проводилося в реакції гемаглютинації.

Результати: генетичні та морфологічні дослідження дозволили визначити групи ризику щодо карієсу зубів у залежності від приналежності пацієнтів до систем ABO(H), P1, MN, Lewis. Встановлено різну структуру емалі залежно від групової приналежності до системи ABO: більш щільною будовою відрізнялася емаль зубів осіб, які мають В α (III) и АВ α (IV) групи крові, зразки емалі зубів людей, які мають O α b(I) и Ab(II) групи характеризувалися більш рихлою структурою. Висловлено припущення, що несприятливі екзогенні фактори у вигляді вживання надмірної кількості вуглеводів, порушення гігієнічних норм і ряд інших чинників можуть слугувати більш сильним агентом, що сприяють розвитку карієсу зубів у осіб з O α b(I) и Ab(II) групами крові у порівнянні з іншими – з В α (III) и АВ α (IV).

Висновки: виявлені «критичні» генно-фенотипні комбінації дозволяють розробити диференційований підхід для персоніфікованої первинної профілактики карієсу зубів на етапах ортодонтчного лікування із застосуванням незнімної ортодонтчної апаратури у дітей та підлітків.

Романов Г. А.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЛИЦ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

**Одесский национальный медицинский университет, кафедра
терапевтической стоматологии, г. Одесса, Украина**

Научный руководитель: профессор Романова Ю. Г.

Сезонные острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) достаточно широко распространены, это большая группа заболеваний, для которых характерен воздушно-капельный путь передачи и поражение верхних дыхательных путей. Чаще всего возбудителем являются вирусы парагриппа и аденовирусы. Инкубационный период этих заболеваний составляет 1-6 дней и 1-14 дней соответственно. При этом больной становится заразен через 24 часа после инфицирования. Распространенность ОРВИ среди студентов ОНМедУ достигает 66 %. В этой связи, очень важно выявить симптомы заболевания в полости рта, которые или предшествуют заболеванию, или выявляются в первые сутки, для своевременного назначения терапии.

Цель исследования определить состояние слизистой оболочки полости рта и пародонта у студентов ОНМедУ в период распространения ОРВИ.

Методы исследования. Было обследовано 85 студентов 1-5 курсов стоматологического факультета ОНМедУ в возрасте 17-23 лет.

При оцінці стоматологічного статусу використовували гігієнічний індекс Approximal-Plaque-Index (API, Lange et al., 1978), індекс кровоточивості десневої борозди Mühlemann - Cowell (Sulcus Bleeding Index, SBI, 1975). Для визначення ступеня реактивності організму використовували пробу Кавецького Р.Е. (1944) в модифікації Базарнової С.М. (1956).

Результати дослідження. Проведені дослідження студентів стоматологічного факультета дозволили розділити їх на 2 групи: 1-я студенти, які в осінньо-зимній період не захворіли ОРВИ (29 студентів) і 2-я група - перенесені захворювання різної ступеня тяжкості (56 осіб, що становило 65,88 %). В першій групі стан органів порожнини рота були в межах вікових характеристик.

Во другій групі клінічний огляд дозволив виявити зміни в стані слизової порожнини рота, вони характеризувалися гіперемією, посиленням судинного малюнка, набуттям, явищами десквамації епітелію спинки язика, сухістю червоної кайми губ. При цьому значення індексу гігієни API ($62,25 \pm 4,96$ %) хоча і відповідавало задовільному значенню, але наближалося до верхньої межі даного інтервалу. Індекс SBI був рівний $0,53 \pm 0,24$ балів, що говорило про легкий запальний процес у тканинах пародонта. Проба Кавецького – Базарнової свідчувала про зниження реактивності організму студентів 2 групи: значення досліджуваного коефіцієнта було менше 5 мм ($2,5 \pm 1$).

Якщо аналізувати дані досліджуваних показників в індивідуальному аспекті, то спостерігалася картина погіршення значень індексів з посиленням клінічної симптоматики ОРВИ.

Таким чином, при погіршенні гігієни порожнини рота, виникненні кровоточивості десен на фоні традиційного використання предметів і засобів гігієни в період сезонного поширення ОРВИ, слід проводити профілактичні заходи проти вірусної направленості, які застосовуються безпосередньо в порожнині рота.

Сироїшко М.В.

**РІВЕНЬ ТА МІСЦЕ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ УПОВІЛЬНЕНОГО
ТИПУ ДО МІКРОБНИХ ТА ТКАНИННОГО АНТИГЕНІВ У
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ДО ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Інститут післядипломної освіти

Кафедра стоматології, м.Київ, Україна

Науковий керівник: професор Антоненко М.Ю.

Незважаючи на велику кількість наукових досліджень з питань етіології, патогенезу, терапевтичного, хірургічного лікування захворювання тканин пародонту займає важливе місце в структурі стоматологічних захворювань. Недостатньо представлених робіт про алгоритм

передопераційної підготовки хворих на генералізований пародонтит (ГП) до клаптевих операцій. До кінця не вивченим залишається місце та роль мікробної і тканинної сенсibilізації на етапі передопераційної підготовки ГП I-II ступеня.

В зв'язку з цим цілю даного дослідження являється вивчення доцільності ГУТ як до мікробних так і до тканинних антигенів у хворих з ГП I-II ступеня хронічного перебігу на етапі передопераційної підготовки до клаптевих операцій.

Мета роботи: вивчити частоту мікробної сенсibilізації до антигенів St і Sf у хворих ГП I-II ступеня хронічного перебігу на етапі передопераційної підготовки до клаптевих операцій. Дослідити частоту ГУТ до кісткового антигену у хворих ГП I-II ступеня хронічного перебігу на етапі передопераційної підготовки до клаптевих операцій. Запропонувати шляхи корекції ГУТ до мікробних і тканинних антигенів у хворих ГП I-II ступеня хронічного перебігу на етапі передопераційної підготовки до клаптевих операцій.

У дослідженнях взяли участь 120 хворих на ГП I –II ступеня з хронічним перебігом: основна група (120 пацієнтів) –хворі на ГП з ГУТ, контрольна група (54 пацієнтів) –практично здорових без клінічних ознак патології пародонта. Були використані клінічні, рентгенологічні, імунологічні методи дослідження. Імунологічні методи включали: реакцію гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ) та шкірно реактивний тест (ШРТ).

Було встановлено, що за даними РГМЛ у хворих на ГП I-II ступеня хронічного перебігу (основна група) до стрептококу склала $70,8 \pm 1,81\%$, $P < 0,01$, в контрольній групі – $25,9 \pm 0,75\%$. ГУТ до стафілококу у хворих з основної групи за даними РГМЛ становила $60,0 \pm 5,41\%$ $P < 0,01$, в контрольній 0. При визначенні ГУТ за даними ШРТ: в основній групі до антигену стрептококу становило – $32,3 \pm 4,12\%$ $P < 0,01$, в контрольній – $10,0 \pm 5,53\%$. До антигену стафілококу ГУТ відмічена у $49,2 \pm 4,2\%$ $P < 0,01$, в контрольній дорівнює 0. Поєднання ГУТ до стрептококу та стафілококу за даними ШРТ в основній групі – $50,0 \pm 4,22\%$ $P < 0,01$, в контрольній групі не було встановлено. В результаті досліджень в осіб основної групи виявлено ГУТ до кісткового антигену з частотою $61,0 \pm 5,7\%$, результати в контрольній групі негативні.

Таким чином було встановлено: високий рівень ГУТ до антигенів St і Sf ($St 70,8 \pm 1,81\%$, $P < 0,01$; $Sf 60,0 \pm 5,41\%$ $P < 0,01$). Виявлено високий рівень ГУТ до кісткового антигену ($61,0 \pm 5,7\%$). Запропонована гіпотеза про включення специфічної мікробної сенсibilізації із послідуною імунізацією для оптимізації передопераційної підготовки хворих на ГП I-II ступеню до клаптевих операцій.

Слінько Ю.А.

**СТАН АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ
ШКОЛЯРІВ, МАТЕРІ ЯКИХ МАЛИ РІЗНИЙ РІВЕНЬ РУХОВОЇ
АКТИВНОСТІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої
хірургії та імплантології, Харків, Україна**

Науковий керівник: професор Р.С.Назарян

Малорухливий спосіб життя є досить частим станом сучасних жінок в період вагітності. Тому експериментальні, епідемічні і клінічні аспекти перебігу вагітності й розвитку потомства при гіпокінезії почали привертати увагу дослідників. Вже відомо, що гіпокінезія майбутньої матері впливає на розвиток плода, поєднується зі збільшенням частоти акушерської та перинатальної патології, погіршує адаптацію новонародженого до позаутробного існування (Чернышова О.Н. , 2010; Губина-Вакулик Г.И. 2013). Інформації ж про вплив гіпокінезії матері на стан органів і тканин порожнини рота в доступній науковій літературі недостатньо.

Метою роботи є вивчення стану антиоксидантної системи ротової порожнини дітей, народжених від матерів з різним рівнем рухової активності під час вагітності.

Об'єкти і методи. До дослідження було залучено 30 дітей (основна група), матері яких перебували в стані гіпокінезії під час вагітності (за даними анамнезу). До групи порівняння увійшло також 30 школярів, народжених жінками-прихильницями активного способу життя. Відібраний контингент школярів було що раз розподілено на три підгрупи у кожній з вказаних груп в залежності від віку: 5-6, 11-12 і 15-16 років. Такий важливий показник функціонування антиоксидантної системи ротової рідини як активність каталази було оцінено за методикою А.П.Левицького (2010).

Результати дослідження. Активність каталази, яка є одним з основних ферментів антиоксидантного захисту, не зазнавала істотних змін у дітей, матері яких під час вагітності мали активний спосіб життя, й різниця між показниками в віковому аспекті не мала статистичної значущості ($P > 0,05$). На противагу цьому, у дітей малорухомих матерів каталаза проявляла неухильне зниження своєї активності з віком. Так, у 6-7-річних середній показник активності каталази становив $0,224 \pm 0,013$ мк-кат/л, до 11-12-річного віку він знизився до $0,179 \pm 0,010$ мк-кат/л, що було в 1,3 раза менше попереднього показника ($P < 0,05$) і, нарешті, до 15-16-річного віку зниження відбулося в 1,2 раза й досягло середнього значення в $0,152 \pm 0,009$ мк-кат/л ($P < 0,05$). Однак, слід зауважити, що незважаючи на наявність достовірної вікової динаміки, статистичної значущості в зіставленні з показниками групи порівняння це зниження набуло лише в 15-16 віці ($P < 0,001$).

Висновки. При аналізі стану антиоксидантної системи порожнини рота було встановлено помірне зниження рівня антиоксидантного захисту слини в дітей основної групи на відміну від дітей групи порівняння. Встановлені біохімічні особливості слини дітей, які є потомством матерів з малорухливим

способом життя під час вагітності, можуть з'явитися метаболічним фоном виникнення і розвитку у них захворювань тканин пародонта.

Стеблянюк А.А., Худик А.К.,
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ
СКУЛООРБИТАЛЬНОГО, СКУЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

В настоящее время отмечается неуклонный рост транспортного и бытового травматизма челюстно-лицевой области, который занимает ведущее место в количества ургентных больных соответствующего профиля, госпитализируемых в отделение челюстно-лицевой хирургии. Немалый процент среди травматических повреждений ЧЛО (от 6 до 24%) составляют переломы скулоальвеолярного и скулоорбитального комплексов.

Цели и задачи. Провести анализ результатов лечения больных с переломами скулоальвеолярного и скулоорбитального комплексов, находившихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии ХНМУ за 2010-2015 года.

Материалы и методы. Проведен анализ характера повреждений и результатов лечения больных с переломами скулоорбитального, скулоальвеолярного комплексов, находившихся на лечении в клинике.

Результаты. За этот период в клинике проведено лечение 238 пациентов с переломами скулоорбитального, скулоальвеолярного комплекса. Из них – 89% мужчин и 11% женщин. По характеру преобладала бытовая травма - 70,5%, на втором месте – дорожно-транспортные происшествия – 8,8%, на третьем – спортивная травма 2,5%. По локализации травмы преобладали изолированные переломы скуловой кости; переломы скуловой кости сочетанные с переломами скуловой дуги и изолированные переломы скуловой дуги не превышали 10%. Часто отмечалось сочетание повреждения средней зоны лица с закрытой черепно-мозговой травмой. В общей структуре переломов необходимо отметить преобладание лиц мужского пола в возрасте до 30 лет.

Для постановки диагноза и планирования проводимого лечения всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование. С 2012 года в нашу практику введен метод 3Д мультиспиральной компьютерной томографии (с диаметром среза до 0.2 мм), что сделало лучевую диагностику травм ЧЛО более информативной. Компьютерная томография, в сравнении с рентгенографией, позволяет более точно определить характер и локализацию травмы, величину смещения, а также позволяет оценить мягкотканые изменения (отек, подкожную эмфизему, гематомы, кровоизлияние, гематосинус).

В клинике кафедры прооперировано 84% больных, остальные 16% отказались от оперативного вмешательства.

Больным были проведены следующие виды оперативного лечения: кровавая репозиция с гайморотомией - 71%, репозиция с остеосинтезом - 22%, репозиция скуловой дуги с помощью крючка Лимберга – 7%.

При изучении результатов лечения, установлено что количество послеоперационных осложнений в виде нагноения гематомы возникло у 2 больных.

Сухіна І.С.¹, Сплюхина О.В.²

**ВПЛИВ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДІВ НА СТАН ОРГАНІВ
ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ
ПРОВЕДЕННІ VI ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ**

¹Кафедра стоматології,

**Харківський Національний медичний університет, м. Харків,
Україна**

²ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'ва»

НАМН України, м. Харків, Україна

Науковий керівник – проф. Соколова І.І.

Антибластомна терапія супроводжується розвитком побічних реакцій з боку різних органів і тканин організму, в тому числі порожнини рота.

Метою дослідження стало вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі вивчення стану слизової оболонки та органів ротової порожнини пацієнток під час проведення VI циклу поліхіміотерапії.

Матеріали та методи. Для даного дослідження взято однорідну групу пацієнток – 89 жінок із злоякісним захворюванням молочної залози T1N0M0 – T2N1M0 стадій, які отримали на 1 етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та V циклів ад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ) за однаковою схемою – CAF, відповідно міжнародним стандартам.

Хворі розділені на дві групи. Пацієнтки 1 групи тільки чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами; ополіскувачей для порожнини рота не використовували. Пацієнтки 2 групи під час проведення всього циклу ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів.

Результати досліджень. Розвиток мукозиту I-II ступеня тяжкості спостерігався у $11,1 \pm 4,0$ % (7 з 63 пацієнток) проти $34,6 \pm 9,5$ % (9 з 26 пацієнток) у пацієнток групи I, гіпосалівації – у $41,3 \pm 6,3$ % (26 з 63 пацієнток) проти $26,9 \pm 8,9$ % (7 з 26 пацієнток), захворювань тканин пародонту – у $6,3 \pm 3,1$ % (4 з 63 пацієнток) проти $7,7 \pm 5,3$ % (2 з 26 пацієнток) і в жодної з 63 пацієнток не спостерігалось проявів хейліту проти $34,6 \pm 9,5$ % (9 з 26 пацієнток).

Висновок. При порівняльному аналізі побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнток виявлено, що у групі 2 застосування комплексу профілактичних гігієнічно-заходів сприяє вірогідному зниженню частоти мукозиту в 3,1 рази, та повній відсутності проявів хейліту у всіх 63 пацієнток.

Сухіна І.С., Шенцов М.В.
РОЛЬ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ
ТОМОГРАФІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет,
Кафедра стоматології, м. Харків, Україна
Науковий керівник – проф. Соколова І.І.

Невід'ємною частиною обстеження пацієнта стоматологічного профілю на сьогоднішній день є рентгенологічне дослідження. Найбільш широко в цих цілях використовуються методи внутрішньоротової і панорамної рентгенографії, проте притаманна їм двовимірна проекція (2D) супроводжується не завжди правильним просторовим поданням окремих анатомічних структур – тривимірних об'єктів.

Можливості тривимірної візуалізації забезпечують КТ, зокрема конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ), яка активно розвивається в стоматології. Це порівняно нова методика обстеження, тому показання до її використання та ефективність при вирішенні різних діагностичних завдань знаходяться в процесі науково-клінічного вивчення.

Ефективність використання КПКТ підтверджена при плануванні імплантації, коли необхідно провести вимірювання розмірів кісткової тканини в різних її ділянках. Раніше таку можливість надавала тільки звичайна КТ, однак, з огляду на високе променеве навантаження даного методу обстеження, застосування КПКТ стало більш обґрунтованим. У щелепно-лицевій хірургії КПКТ застосовується при різних реконструктивних операціях на кістках лицевого черепа, при травмах, пухлинах, аномаліях і деформаціях щелепно-лицьової області. Дана методика обстеження може бути показана при ретенції зубів, особливо третіх молярів нижньої щелепи, що дозволяє оцінити їх просторове розташування в щелепі і взаємовідношення з нижньощелепним каналом. У деяких випадках КПКТ дає важливу інформацію, яку не можна отримати, застосовуючи стандартні методики рентгенологічного обстеження, особливо у випадках ущелин губи і піднебіння, резорбції коренів, нижньої щелепи при застосуванні бісфосфонатів в онкології, планування ортогнатичної хірургії. У той же час використання КПКТ як стандартної методики обстеження дітей при плануванні ортодонтичного лікування є невиправданим через високе променеве навантаження, особливо при великій зоні сканування.

Недостатньо чітко визначені показання використання КПКТ при діагностиці захворювань пародонту, карієсу і періодонтиту. На даний момент для цих цілей найбільш ефективним є застосування стандартних методів рентгенологічного обстеження, які дають точну інформацію при невисокому променевому навантаженні. Однак слід зазначити, що об'ємна картина, яка отримується при КПКТ, має певні переваги і дозволяє діагностувати періодонтальні кишені з вестибулярної і оральної поверхонь, резорбцію кісткової тканини в області фуркації коренів, зовнішню і внутрішню резорбцію коренів, атипове розташування кореневих каналів, перфорації

коренів і деякі інші особливості, які можна не побачити на звичайних Rön-
знімках.

Томіліна А.В.

**ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ КЕРАМІЧНИХ
ВКЛАДОК, ЗАСТОСОВАНИХ ПІД ЧАС ОРТОПЕДИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ**

Харківський національний медичний університет,

Кафедра стоматології, м. Харків, Україна

Науковий керівник – проф. Соколова І.І.

Вкладки – це мікропротези, призначення яких відновлювання анатомічної форми зуба, шляхом заповнення собою дефекту в його природній коронці. Подеколи вкладки використовують в якості опорних елементів мостоподібних протезів під час ортопедичного лікування малих за розміром включених дефектів зубних рядів.

Наукова новизна роботи: експериментальне визначення клінічної переваги різних полірувальних систем під час фінішного полірування цементу.

Мета дослідження – підвищення якості ортопедичного лікування хворих із дефектами твердих тканин зубів за рахунок клінічної оцінки якості керамічних вкладок, застосованих під час ортопедичного лікування пацієнтів з дефектами твердих тканин зубів, із застосуванням різних полірувальних систем.

Об'єкт і методи дослідження. З метою вивчення стану твердих тканин зубів було проведено комплексне обстеження 33 пацієнтів дорослого населення (16 чоловіків і 17 жінок), що відносяться до групи «робочого віку» (від 19 до 54 років) з дефектами пломбування каріозних порожнин, а також із дефектами твердих тканин зубів. Був проведений розподіл пацієнтів на дві групи: до першої групи віднесли 16 пацієнтів, яким для фінішного полірування фіксуючого цементу на межі «вкладка – тверді тканини зуба» використовували систему «Enhance®» (DENTSPLY, USA). Другу групу склали 17 пацієнтів, яким для фінішної поліровки фіксуючого цементу застосовували полірувальні бори (SHOFU INC, TF Hybrid™ Points Kit) і полірувальні щітки з пастою Profylaxpasta CCS (CCS, Tunavagen Borlange, Sweden), RD = 40.

Пацієнтів відбирали виключно з локалізацією дефектів на оклюзійній поверхні жувальних зубів (премолярів та молярів, відповідно до першого класу за Блекум). На всіх етапах обстеження, стоматологічних маніпуляцій при підготовці порожнин і наступних досліджень застосовувався дентальний мікроскоп Kaps SOM 62 Cold Light. Підготовка порожнин проводилася відповідно до клінічних вимог.

Результати досліджень та їх обговорення. Оцінювання якості непрямих реставрацій, стану прилеглих до них твердих тканин зубів проводили через 6, 12 і 24 місяці. Аналіз співвідношення рівня вкладки до рівня цементу через 6 місяців був оцінений як «якісний» у 13 пацієнтів першої групи (81,25%) при

використанні системи "Enhance®" і у 16 пацієнтів другої групи (94%) при використанні полірувальних борів «SHOFU». При цьому співвідношення рівня цементу до рівня зуба показав, що у 3 пацієнтів (18,75%) з реставраціями, які були відполіровані системою "Enhance®" і у 4 пацієнтів (23,5%) з реставраціями, які були відполіровані системою полірувальних борів «SHOFU», фіксуючий цемент знаходився нижче за рівень твердих тканин зубів. Співвідношення рівня вкладки до рівня цементу та рівня цементу до рівня твердих тканин зубів через 24 місяці змінилося несуттєво, та було відзначено у 4 пацієнтів першої групи (25%) і 4 пацієнтів другої групи (23,5%) відповідно.

Висновки. Застосування для фінішного полірування цементу різними системами виявило клінічну перевагу «SHOFU» проти "Enhance®".

Томіліна А.В.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИХОВАНИХ КАРІОЗНИХ ДЕФЕКТІВ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра стоматології, м. Харків, Україна

Науковий керівник – проф. Соколова І.І.

Діагностика прихованих каріозних дефектів досі представляє певні труднощі. Карієс на апроксимальних поверхнях зуба діагностується частіше за допомогою рентгенографії, ніж при клінічному обстеженні [White et al., 1994]. Враховуючи масове ураження зубів карієсом, очевидна недооцінка рентгенологічного дослідження за допомогою ортопантограм при цій патології.

Мета дослідження. Провести аналіз відповідності клінічних і рентгенологічних діагнозів при прихованих каріозних дефектах.

Матеріали і методи. Впродовж 2 років проводилося зіставлення даних клінічного вивчення зубних рядів з рентгенологічними показниками. З цією метою аналізували різні види рентгенограм: внутрішньоротові ізометричні знімки, ортопантограмми та сегменти КЛКТ, які робилися з різних причин пацієнтам направленим лікарями усіх стоматологічних спеціальностей. Усього зіставлення зроблені у 210 хворих.

Визначали такі показники, як локалізацію, розмір і глибину каріозних дефектів, виявлених на рентгенограмах, а також значення виду рентгенограм для виявлення каріозних дефектів.

Результати дослідження. Встановлена невідповідність каріозних дефектів виявлених клінічно і по рентгенограмах. Рентгенологічно було встановлено 292 каріозних дефектів у 210 хворих. Дані клінічного огляду і рентгенограм повністю співпали у 83 хворих. Рентгенологічно виразно виявлялися каріозні порожнини в області фіссур і на апроксимальних поверхнях. Відносно рідко виявлялися каріозні дефекти пришийкової локалізації зубів і жувальних горбиків молярів і премоларів.

Найгірше визначалися каріозні дефекти на верхніх премоларах через анатомічну форму зубів і частоти нашарування їх тіней один на одного.

Неправдива картина каріозних уражень іноді була обумовлена наявністю пломб з нерентгенконтрастних матеріалів. Однаково часто виявлялися ураження зубів верхніх і нижніх щелеп. Вид рентгендослідження практично не мав значення за умови якісного виконання знімків. Проте, зіставлення рентгенологічних даних і результатів клінічного огляду показало, що досить часто мало місце спотворення розмірів каріозних дефектів. Величина спотворень була найменшою при проведенні 3D-рентгенологічної діагностики.

Висновки. Необхідно розширити показання до рентгенологічного дослідження при карієсі зубів. Перевагу віддавати ортопантомографії, враховуючи цілком достатні діагностичні можливості цього методу. Ортопантомограми повинні здійснюватися в положенні центральної оклюзії, щоб уникнути нашарування тканин зубів один на одного. У складних випадках проводити 3D-рентгенологічну діагностику, яка дозволяє отримати більш точне зображення не тільки в сагітальній (як ортопантомограма), але й в трансверзальній та аксіальній проекціях. Використання КЛКТ не може бути виправданим для діагностики карієсу. Останнє може бути, однак, випадковою знахідкою на КЛКТ зображенні.

Яковлева Д. Ю.

ХИРУРГИЯ СЛЮННЫХ СВИЩЕЙ, СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии**

Научный руководитель: к.м.н. Рак А. В.

Проблема хирургического лечения слюнных свищей продолжает оставаться актуальным вопросом современной челюстно-лицевой хирургии. Трудность ведения таких больных доказывается необычайным обилием предложенных способов. Уже в 1925г. К. Сапожников насчитывал их более 50. Этому вопросу были посвящены многочисленные работы (П. Л. Герцен, 1926г.; В. Л. Оппель, 1925г.; Э. Р. Гессе, 1926г.; П. Н. Карташов, 1924г.; К. П. Сапожников, 1926г.; Н. П. Тринклер, 1925г.; Б. Е. Франкенберг, 1946г. и др.). Однако поиск оптимального устранения остается открытым.

Цель работы. Провести анализ существующих на данный момент методов хирургического устранения слюнных свищей, оптимизировать наиболее распространенный метод «противоестественной пластики выводного протока».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 4-х историй болезней с 2011 по 2014гг., пациентов с диагнозом «слюнной свищ», 1-й стационарной карты больного с диагнозом «травматическая киста околоушной железы», пролеченных в КЗОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК». За период, 2015-2016гг. нами в клинике челюстно-лицевой хирургии ХНМУ было пролечено 2 больных с диагнозом «посттравматический слюнной свищ

околоушной области, и 1 больной с полным травматическим разрывом Стенозового протока.

Результаты и обсуждение. У 4-х пациентов со слюнными свищами и у 1-го пациента с травматической кистой применялся способ формирования противоестественного протока, соединяющий паренхиму или полость кисты с полостью рта (модификация пластики выводного протока околоушной железы по Васильеву). Для этой цели нами применялся отрезок поливиниловой трубки, от системы для внутривенной инфузии, который через разрез ниже устья выводного протока, длиной 1см., вводился в «тоннель», сформированный в мягких тканях щеки. В послеоперационном периоде больным назначался курс 0,1% атропина сульфата по схеме, швы снимались на 10-е сутки, поливиниловая трубка удалялась через две недели.

Дальнейшее лечение таких больных позволило нам модифицировать данный метод, который позволил бы минимизировать травму окружающих тканей при формировании раневого канала, уменьшить реакцию окружающих тканей. Для решения этих целей мы применили, вместо трубки из системы для внутривенной инфузии, подключичный катетер, который устанавливали с помощью подключичной иглы КВ-3. Методика проведения заключается в проколе слизистой оболочки щеки ниже устья Стенозового протока, выведения кончика иглы в рану, образовавшуюся после иссечения свищевого хода, по каналу иглы вводится проводник, по которому продвигается подключичный катетер с дополнительными перфорационными отверстиями на кончике, проводник убирается. Ближе к месту скопления слюны катетер фиксируется кетгутовой нитью, в полости рта катетер обрезается нужной длины и фиксируется к слизистой оболочке полиамидной или шелковой нитью. Затем проводится пластика свищевого хода методом, наиболее подходящем в конкретном клиническом случае.

Выводы. Предложенная нами методика модификации наложения противоестественного протока околоушной слюнной железы позволяет оптимизировать тактику лечения больных с такими достаточно сложными заболеваниями слюнных желез как слюнные свищи, травматические кисты, травмы выводного протока, благодаря простоте использования метода, как по временным, так и по техническим характеристикам.

СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПЕДАГОГІКА

Kharbouch Salma

PALLIATIVE CARE OR EUTHANASIA

Kharkiv National Medical University, philosophy department, Morocco

Scientific advisor: Martynenko Nataliya, Ph.D. (in History), Associate Professor

The problem is mostly philosophical. We will not discuss the religious aspects of this point. Christian, Moslem and Jewish believers negatively estimate euthanasia. But we will analyze it taking into account practical and psychological reasons.

More than 100 admissions are made every day in each hospital around the world. But even with the huge evolution seen in the medical field many of those patients do not get to leave the hospital alive. They are intensive care units or oncological departments' patients. One should always be ready to handle the failing of treatment and choose what step is the next: palliative care or euthanasia?

While many people see euthanasia as *a compassionate murder* that releases the patients from their pain and suffering, and helps them die with dignity without having to live under the control of machines. Others see it as *an assisted suicide* more accurately as a homicide.

A doctor killing a patient is seen as an abuse of medical power that makes the hospital less secure. It does not only affect the patient's family and surrounding, it also affects the medical care and the other patients with the same illness. It is as if we push vulnerable people to put an end to their lives. In other words, we encourage suicide.

Some see it as a filthy way to save the cost of the treatment. One injection can save the hospital about 1,200 \$ per patient.

On the other hand, one can never deny the role of palliative care in improving the quality of hospitalization it can be used in any stage of illness, but mostly in the last stage. It is used to reduce pain and control the symptoms of an illness it does not accelerate or postpone death. It is the way of giving the chance for patients to live comfortably even if they cannot be cured.

Anyway, the choice has to make an individual (exactly, if he/she is in a sound mind and memory).

The most of the medical staff choose this option based on the Hippocratic Oath: "I will not give a lethal drug to anyone if I am asked, nor will I advise such a plan". The duty of doctor is to support the patient's life up to the natural death.

But the question remains. How do we know we made the right choice: euthanasia or palliative care?

Блохина В.А.
СТРАХ ЧЕЛОВЕКА ПЕРЕД ЛИЦОМ СМЕРТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.А

Человек рождается для того, чтобы радоваться и наслаждаться всеми красками жизни. Вместе с тем, человек как субъект, ответственный за свою жизнь перед обществом, не имеет права жить безоглядно, без страха перед смертью. Именно врожденный страх смерти оберегает человека от необдуманных поступков, которые могут угрожать его жизни.

Я считаю, что мысль о смерти заставляет человека максимально прожить свою жизнь не зря, искать цели и преодолевать препятствия. Размышления о возможной смерти могут дать стимул к реализации себя в жизни. С оптимистической точки зрения, страх человека перед лицом смерти потенцирует все внутренние резервы человека и может помочь максимально реализовать себя как личность во всех жизненных аспектах. Пессимисты же рассуждают иначе: смерть неизбежна, непредсказуема и настигнет каждого из нас. По их мнению, рождение – это страдание, болезнь – страдание, смерть – страдание, и человек не в силах повлиять на эту обреченную цепь событий. Жизнь – это калейдоскоп событий, наполненных разнообразными эмоциями. Страх смерти – разрушающая эмоция, которая отдаляет человека от гармонии с самим собой и с окружающим миром. Человечеству всегда было присуще желание проникнуть в неизведанное и таинственное, но все же самым непостижимым для человека явлением была и остается смерть, которая пугает неопределенностью и, одновременно, точностью знания о ее неизбежности. Важным моментом в гармоничном существовании человека является принятие им того факта, что жизнь и смерть – это единое целое.

О проблеме смерти в современном мире говорить не принято. Этот сравнительно недавно появившийся стереотип общественного сознания и поведения подробно описан Ф. Арьесом в фундаментальном исследовании «Человек перед лицом смерти». Внутренняя неуверенность перед лицом жизни и особенно смерти появилась относительно недавно. По мнению Ф. Арьеса, происходит «открытие индивида, осознание в час смерти или в мысли о смерти своей собственной идентичности, личной истории, как в этом мире, так и в мире ином». Следующим этапом многовековой эволюции человека является все более пренебрежительное отношение к своей жизни. С ослаблением религиозной веры в загробные кары меняется отношение к смерти. В связи с этим страх смерти отдаляется от человека. Наконец, в XX веке развивается страх перед смертью и самим её упоминанием. В связи с этим, люди все чаще возвращаются в лоно религиозной культуры. И все же, осознание конечности собственного бытия или бытия близких людей – одна из самых драматичных мыслей, над которыми задумывается каждый человек.

Таким образом, обратимость рождений и смертей взаимосвязаны. Страх смерти – это боязнь потерять и так короткий срок, отведенный для каждого человека. Страх потерять время, данное каждому из нас, боязнь

прожить свою жизнь зря, заставляет нас ставить цели и достигать их, преодолевая препятствия, обретать смысл жизни и наслаждаться каждым прожитым днем. Латинское выражение *Memento mori*» (Помни о смерти) постоянно напоминает человеку о том, чтобы его жизнь имела смысл.

Бурлачко Н. С., Коновалова К. Д.
ФИЛОСОФИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: ГРАНИ ВЗАИМОСВЯЗИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
Научный руководитель: профессор Алексеенко А.П.

На современном этапе развития психологическая наука является многоотраслевой областью знаний, которая тесно переплетается с другими социально-гуманитарными науками. Но, прежде всего, эта связь прослеживается с философией, т. к. долгое время психология являлась её составной частью, и только в середине XIX века стала самостоятельной наукой. Каждый философ в определенной степени является и психологом.

Психология издревле составляла органическую часть философии. Первое систематическое изложение психологии принадлежит Аристотелю (трактаты «О душе», «Об ощущениях и ощущаемом», «О сне и бодрствовании», «О сновидениях», «О предчувствии во сне», и др.) Свое название психология получила лишь в XVI в.: тогда она была разделом философии – учением о душе. Развитие собственного научно-категориального аппарата способствовало отделению психологии от философии и физиологии. С тех пор психология и философия начинают существовать и развиваться как бы независимо, но сохраняя тайную и явную глубинную связь.

Почти все психологические понятия (психика, сознание, личность, рефлекс) пришли из философии. Когда психологию называют младшей сестрой философии, с этим согласны далеко не все психологи, хотя формально это конечно так. В течение тысячелетий именно философская мысль ставила и решала психологические проблемы, давала свои ответы на вопросы о сущности человека, о его мышлении, чувствах. Однако эти ответы были чисто теоретическими.

С психологической и философской точки зрения рассматриваются такие проблемы, как мировоззрение, смысл жизни, сознание, моральные ценности, влияние общества на личность и личности на общество, познание окружающего мира и т. д. Поэтому именно в философии психолог может почерпнуть знания о человеке как о личности, ибо философия обосновывает общие подходы к пониманию человека.

Философия и психология – две науки, знание которых важно как в профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни. Обе науки, изучая человека, общество, различные социальные явления, помогают раскрыть их сущность с разных сторон. Объясняя и представляя различные точки зрения на окружающую действительность, они помогают человеку найти свое место в мире.

Психологія розглядає людину з біологічної та психічної точок зору, але без філософії розуміння людини як особистості виявляються досить бідними, незначущими. Філософія та психологія доповнюють одна одну, створюючи найбільш точну картину оточуючого світу загалом, та досліджуваного явища в окремості.

Багато проблем психології сучасної людини, такі, як *особистісний сенс* та ціль життя, світогляд, політичні пристрасті та моральні цінності, виступають як загальні та для психології (соціальної), та для філософії. В самій психології до сих пор є багато питань, до розв'язання яких неможливо підійти лабораторно-експериментальним шляхом, але які, тим не менше, потрібно розв'язувати.

При зіткненні з такими проблемами психологи змушені звертатися до філософії, виробляти самі або користуватися тими висновками, які їм пропонують представники суміжної науки, в даному випадку філософії.

Верещагін Д. С.

СТРАХ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГАМИ БУДЕ В МИНУЛОМУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови і основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

Страх – це негативна емоція людини, що сигналізує про стан небезпеки. У психології під страхом розуміють внутрішній стан людини. Страх болю виступає не тільки корисним, а й шкідливим. Людина, наприклад, може тривалий час не відвідувати стоматолога. Зовсім скоро сотні мільйонів людей у всьому світі можуть забути страх, який вони відчувають перед походом до стоматолога. Вчені досягли певних успіхів у лікуванні карієсу за допомогою стовбурових клітин. Зі стоматологічних кабінетів може зникнути головне джерело страхів – бормашина. Кілька досліджень останнім часом продемонстрували, правда, поки тільки на тваринах, що процедури зі стовбуровими клітинами дозволяють вирощувати нову зубну тканину – пульпу.

Застосування стовбурових клітин у медицині з метою вирощування тих чи інших тканин широко поширене. Регенеративна медицина є однією з найбільш швидко розвиваючих зараз галузей медичної науки. Намагаються знайти застосування стовбурових клітин і дантисти.

У США половина дітей до 15 років має як мінімум одну порожнину в зубах, а чверть американців старше 65 років втратила через карієс усі зуби. У 2010 році лікування зубів обійшлося мешканцям США нехай і не в круглу, але дуже значну суму – 108 млрд. доларів.

Зуби починають гнити, коли бактерії або інфекції стають сильнішими процесу їх природного відновлення. Інфекція із часом може зруйнувати м'яку тканину всередині зуба, пульпу. Вчені з багатьох країн намагаються змусити стовбурові клітини перетворюватися в пульпу. Дослідження поки ще

знаходяться на початковій стадії, але в разі успіху вони можуть дозволити значно скоротити або зовсім відмовитися від процесу свердління та пломб.

Складність лікування карієсу в тому, що видалення ураженої тканини, дезінфекція та установка пломби далеко не завжди стає непереборною перешкодою на шляху нової інфекції. Визначити поширення інфекції в мертвому зубі непросто. Вона ж тим часом може поширюватися й на сусідні зуби. Одні вчені зараз намагаються виростити за допомогою стовбурових клітин повністю нові зуби, які можуть перетворюватися як в тверду, так і в м'яку зубну тканину. Однак метою більшості досліджень є відновлення за їх допомогою ураженої пульпи. Одним з найбільш обіцяних способів, над яким зараз працюють учені американських університетів Бейлора і Райса, є відновлення пульпи за допомогою білкового гідрогелю. Ця желеподібна речовина вводиться в зуб, і на ньому, як на основі, нарастають клітини пульпи, кровоносні судини та нерви. У найближчі місяці розпочнуться випробування методу на собаках.

Учені сподіваються, що через 2-3 роки можна буде проводити випробування на людях. Якщо вони пройдуть успішно, то років через п'ять цей метод лікування буде застосовуватися повсюдно.

Інший напрямок – видалити пульпу із зуба та відокремити стовбурові клітини, після чого пересадити їх разом з молекулами, що сприяють їх росту, назад у зуб. Ще один важливий напрямок у дослідженнях – зрозуміти, як стовбурові клітини отримують сигнал від зубів і як слід відновлювати пульпу. Коли бактерії руйнують дентин, мінералізовану оболонку зуба, то виділяють молекули, що стимулюють вироблення зубних клітин. В університеті Бірмінгема вже встановили кілька хімічних речовин, які передають такі сигнали. Зараз англійські вчені працюють над практичним застосуванням цих речовин для «ремонт» зубів.

Отже, зовсім скоро люди в усьому світі позбавляться страху, який вони відчувають у кабінеті стоматолога.

Гелих А. А.
СЕРДЦЕ КАК ГЛАВНЫЙ ОРГАН ДУХОВНОСТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра философии, Харьков. Украина
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.А.

Сердце – орган неоднозначный, требующий рассмотрения с позиций материальности и духовности. Это центральный орган человеческой жизни – физической и духовной.

Материальное, биомедицинское понимание сердца раскрывает нам то удивительное его творение, которое не может не вызывать восхищения. Однако же, человек относительно легко познает сердце как материальное творение природы. Что же касается восприятия сердца как религиозно-философского понятия, означающего нематериальные начала, то здесь нет такого легкого доступа к сущностям души и духа, какой есть, например, у хирургов к сердцу как объекту телесному, материальному.

Сердце – центральная, срединная часть души, именно в нем концентрируется духовно-нравственная жизнь человека. Важным является понимание процесса взаимодействия ума и сердца. Ум обеспечивает рациональный подход к оценке явлений жизни, а сердце способно воспринимать этот мир эмоционально. Ум и сердце должны трудиться всегда в единстве. Высшие тайны ума всегда черпаются из глубины сердца. Когда же единства нет, то сердца бывают безрассудны, а умы – бессердечны. Человеку, слушающему сердце, оно подскажет, что нужно искать в жизни, а разум подскажет путь. Уникальность сердца заключается в возможности общения с Богом. Физическое и духовное благополучие человека зависит от правильного функционирования сердца, поэтому между научными данными о физическом сердце и писаниями отцов Церкви о сердце духовном прослеживается единство. Так, известный ученый И. П. Павлов считал, что цивилизованный человек путем работы над собой приучается скрывать свои мышечные рефлексy, и только изменения сердечной деятельности все еще могут указать нам на его переживания. Однако в силу ряда причин в современном мире люди сдерживают себя в выражении своих чувств и эмоций, и ограничивают себя в пользовании этим необыкновенным органом. Вероятно, что людям просто не хватает любви и взаимопонимания, поэтому их сердца проявляют равнодушие к страданиям близких и чужой беде. Царь Соломон завещал: «Больше всего хранимого храни сердце свое». То есть, сердце как объект познания следует воспринимать в единстве – и как материальное, и как духовное.

Таким образом, только в восприятии в единстве материального и духовного возможна польза для духовного и телесного здоровья человека, в том числе и для его сердца. А это значит, что при значительной атеизации современного общества, все-таки медицинской науке не следует исключать религиозно-философского восприятия понятия «сердца» как главного органа духовности.

Гончаренко А. А.

**ФОРМИРОВАНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.А

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – образ жизни, направленный на укрепление здоровья, продление активной старости и долголетия, снижение риска возникновения заболеваний, а также на сохранение полного физического, психического и социального благополучия.

На сегодняшний день проблема ЗОЖ занимает лидирующие позиции среди украинской молодежи. Однако по данным рейтинга британской компании «International Wine & Spirit Research» в 2015 году Украина заняла

пятое место в мире по потреблению алкоголя на человека, что составляет 7,7 литра алкоголя в год.

Киевский международный институт социологии свидетельствует что «распространенность ежедневного курения среди жителей Украины старше 18 лет составляет 24%, каждый четвертый подросток выкуривает первую сигарету в возрасте 10 лет, Украина является второй страной в мире (после Чили), где в возрасте 13-15 лет курят более 30% подростков, в среднем количество выкуриваемых за день сигарет: 17 – у мужчин, 11-12 – у женщин».

Мной было проведено исследование по изучению отношения студентов ХНМУ к ЗОЖ. Электронную анкету разместили в сети интернет, Вконтакте. В течение 7 дней, в анкетировании приняли участие 464 человека. Из них: мужчины – 105 человек (18-21лет – 83, 22-25лет – 13, более 25лет – 9), женщины – 359 человек (18-21лет – 249, 22-25лет – 70, более 25 лет – 40).

Из 464 опрошенных ЗОЖ придерживаются (без вредных привычек, занимаются спортом) 78 человек (мужчины – 22, женщины – 56).

Студентов, которые не придерживаются ЗОЖ, но стараются следовать, насчитывается 314 человек (мужчины – 61, женщины – 253). Тех, кто не придерживается ЗОЖ – 72 человека (мужчины – 22, женщины – 50).

Из 386 человек, частично придерживающихся ЗОЖ, – курит 125 человек, не курит – 261 человек. 386 человек выразили свое отношение к алкоголю: не употребляют 67 человек (мужчины – 16, женщины – 52), употребляют по праздникам – 229 человек (мужчины – 36, женщины – 193), употребляют алкогольные напитки регулярно – 90 человек (мужчины – 27, женщины – 62).

На основе полученных данных можно проследить следующие тенденции состояния здоровья и развития ЗОЖ среди студентов ХНМУ:

- Раннее пристрастие к курению и употреблению спиртных напитков (причина – активная реклама табачных изделий и алкоголя, доступность приобретения, безответственность родителей);

- Пагубное влияние вредных привычек на развивающийся организм;
- Развитие патологий при беременности;
- Нарушение питания, основной причиной которого является Fast food;
- Негативное влияние гаджетов на состояние здоровья (развитие номофобии);

- Пагубное влияние моды на состояние здоровья.

В связи с установленными тенденциями можно определить основные направления формирования ЗОЖ:

- Соблюдение возрастных норм продажи алкоголя и табака, а также ужесточение законодательства сбыта данной продукции;

- Исключение рекламы данной продукции на телевидении и в Интернете;

- Активная пропаганда ЗОЖ во всех возрастных категориях;

- Введение предмета ЗОЖ во всех учебных заведениях, начиная с дошкольных.

Таким образом, проведенные на базе ХНМУ исследования позволяют проследить тенденции развития ЗОЖ среди студентов и сформировать принципы отношения молодежи к собственному здоровью.

Губко М. В., Кременецкая Р. Д.
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ
ХНМУ, Кафедра общественных наук, г. Харьков, Украина
Научный руководитель – к. и. н. Альков В. А.

Быстрое развитие медицинских технологий осложнило отношения между медициной и этикой. Встал вопрос о том, приемлемым ли является изъятие органов донора, и стоит ли осознанно травмировать и сокращать длительность жизни одного человека для того, чтобы продлить жизнь другого.

Трансплантология – это особый способ лечения, состоящий в трансплантации реципиенту органа или ткани, изъятых у человека либо у животного. Трансплантация органов и тканей стала одной из глобальных проблемных сфер для общества, поскольку имеет несколько биоэтических аспектов, требующих досконального изучения.

3 апреля 1933 года была выполнена первая в мире пересадка трупной почки украинским хирургом доктором медицинских наук Ю. Ю. Вороным в Херсоне. Первые операции по пересадке органов вызвали изумление и восхищение в мировом сообществе своей сложностью, уникальностью и невероятным уровнем профессионализма, а также показали безграничность научных и технических возможностей. В связи с этим они получили однозначную поддержку и одобрение, и, как следствие, стали основой возникновения своеобразной трансплантационной эйфории. Однако, после первых попыток пересадок сердца от мертвого донора (3 декабря 1967 года К. Бернард выполнил первую удачную трансплантацию сердца в госпитале в Кейптауне), произошло значительное обострение ряда биоэтических проблем.

Наиболее остро стояла проблема определения критериев смерти человека, так как для пересадки нужно было использовать «сердце, которое бьется», что касается других органов, то успешность трансплантации реципиенту зависит от времени, которое прошло с момента смерти донора. До середины XX века критерием смерти считалась биологическая смерть, объединяющая 3 следующих признака: исчезновение сердечной деятельности, остановка дыхания, исчезновение всех функций ЦНС. Данный критерий не подходил для трансплантологии, так как большинство органов в состоянии биологической смерти теряли жизнеспособность, а некоторые становились и вовсе непригодны для пересадки.

В 1959 году П. Молларом и М. Гулоном была описана запредельная кома, что стало базой концепции «смерти мозга», как основного признака смерти. В 1966 году в Гарварде были четко определены критерии «смерти мозга», как абсолютной и необратимой потери всех его функций, а в 1968 году произошло юридическое оформление данной концепции.

Другой проблемой трансплантологии является недостаток донорских органов и тканей, когда реципиентов вносят в лист ожидания. То, что одни получают место выше, а другие ниже, неблагоприятно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов. Проблемой, возникающей на базе дефицита органов, является черная трансплантология. И это в значительной степени влияет на восприятие трансплантологии в обществе.

Итак, можно сказать, что даже в XXI веке трансплантация весьма спорно воспринимается обществом. Невозможно отрицать, что данный метод является эффективным в клинических ситуациях, когда другие способы лечения исчерпали себя, значительно продлевая жизнь и повышая ее качество. С другой стороны, нельзя оставить без внимания биоэтические проблемы и вопросы, а именно критерии констатации смерти во избежание обострения данной проблемы должны быть четко закреплены в законодательстве; проблема дефицита донорских органов стоит очень остро, что является одной из причин возникновения «черной трансплантологии». Частичным решением данной проблемы может быть создание новых и использование уже имеющихся искусственных органов или стимуляторов работы пораженных органов (аппарат гемодиализа, искусственные клапаны сердца, суставы, кардиостимуляторы). Современные технологии в обозримом будущем позволят массово изготавливать органы с помощью трёхмерной печати. Это решает проблему этичности трансплантологии и её неоднозначного имиджа.

Гучуа Луна
БІОЕТИКА ЯК СТРАТЕГІЯ ВИЖИВАННЯ ЛЮДСТВА
Харківський національний медичний університет,
кафедра філософії, Харків, Україна
науковий керівник: к. філос. н., доцент Кучера Т. М.

У XXI ст. суспільство зіштовхується з катастрофічними наслідками глобальної екологічної кризи. Цей принципово новий феномен порушує питання фізичного перебування людини (сутності, місця у світі, взаємин з іншими), продовження людського роду і розвитку всієї цивілізації.

Філософська актуалізація нової етики визначена “етикою життя”, основним базисом якої є нові ціннісні орієнтації особистості, які б відповідали правам людини, а також фундаментальним цінностям людства. Відтак, біоетика в широкому розумінні стала своєрідною відповіддю на негативні наслідки впровадження новітніх медико-біологічних технологій і проявів глобальної екологічної кризи в умовах ідеологічної неспроможності суспільства. Слід відмітити, народження біоетики, як науки, пов'язане з виходом у світ книги Ван Ренселера Поттера “Біоетика міст у майбутнє”. Поттеру належить авторство терміну “біоетика”, але сучасне трактування терміну в науковому контексті є дискурсивним. Зазначимо, що біоетика сьогодні функціонує у різних проявах людської діяльності (галузь наукового знання, академічна дисципліна, соціальний інститут), що підкреслює її

основне призначення – захист прав пацієнтів при здійсненні складних у медичному, етичному і правовому аспектах втручань.

Видатний філософ Джон Дьюї наголошував: “Коли наукова свідомість повністю дозріє до усвідомлення гуманітарних цінностей, буде порушений найбільший дуалізм, який нині обтяжує людство: між матеріальним, механічним і науковим, з одного боку, і моральним та ідеальним, з іншого”. Таким чином, складність і багатоманітність соціокультурного буття, прагнення цілісності/гармонії підкреслює неабияку значущість і важливість завдання – подолання конфлікту між натуралізмом і гуманізмом.

Вважаємо, що в умовах стрімкого розвитку науки і технологій, науковий прогрес можливий лише за умови узгодження аксіологічних і духовних детермінант людського буття, відчуття співпричетності до буття людства/природи, утвердження гуманізму, високої моралі в суспільстві.

Слід підкреслити, наявність побічних ефектів нових фармацевтичних препаратів, штучне запліднення, аборти, можливість клонування людини, проблема лікування раку, зокрема спадкоємних захворювань і безсмертя – всі ці проблеми уможливили аргументацію зведення біоетичної парадигми до однієї формули – “захист людини від впливу медико-біологічних технологій”. Однак, перераховані проблеми нівелюються, і їхнє місце займає примара більш страшної загрози: зникнення самої людини як біологічного виду. Можливо, що з моменту виходу книги В. Поттера історія людства вже розділилася на дві епохи: “добіоетичну” і епоху верховенства біоетичних цінностей. Відтак, можна стверджувати про те, що вся діяльність людини в реаліях сьогодення огорнута проблематикою біоетики і контекстуальністю проблем майбутнього людства: глобальне виживання і збереження природи людини. Під глобальним виживанням ми розуміємо виживання біосфери Землі. У більш вузькому понятійному контексті, мова йде про виживання людини/цивілізації. В ході нашого аналізу, доцільно виділити основні причини, що зумовили інтенсивний розвиток біоетики на сучасному етапі:

- новий рівень розвитку медицини, зокрема небезпека і непередбачуваність наслідків впровадження у практику недостатньо перевірених досягнень біомедичних технологій ;

- гуманітаризація медичної освіти; проведення міжнародних конгресів/симпозіумів у центрі уваги яких проблеми впровадження нових медичних технологій, зокрема захист прав людини/пацієнта;

- зростання ролі і значення громадянських організацій в ухваленні суспільно значимих/правових рішень щодо розвитку тих або інших напрямів медицини;

- дослідження норм медичної етики і деонтології при поясненні і пошуках розв'язань проблемних питань медицини на сучасному етапі розвитку.

Демочко Г., Чаплик О.
У ПОШУКАХ СКАРБІВ ПОЛУБОТКА
Харківський національний медичний університет, кафедра
суспільних наук, Харків, Україна

Українська історія славетна багатьма цікавинками, проте найбільшою інтригою останніх десятиліть стало золото гетьмана Полуботка. Величезний скарб, наче міцно захований старим гетьманом та перевезений через океан до Англії, багато років бентежив як можновладців, так і наукову спільноту. Мабуть, у пересічний українець не відмовився б від гетьманського червінчика!

Історія про золото Полуботка стала відомою у 1907 році, коли в журналі «Новий час» Олександр Рубець, в минулому професор Петербурзької консерваторії, надрукував об'яву № 11384, у якій закликав усіх нащадків гетьмана об'єднатися у пошуках скарбу Полуботка. Нижче містився перелік прізвищ, члени родин яких можуть вважати себе нащадками українського гетьмана. Серед таких «дітей лейтенанта Шмідта» було й прізвище Рубця.

Як з'ясував один з можливих нащадків – адвокат Кулябка-Корецький, золото зберігається в «Bank of England», який увібрав у себе капітал Ост-Індської компанії 1858 року. Перші обнадійливі результати пошуку документів на скарб начебто замарили на горизонті перед Першою світовою війною, проте відомі усім події надалі завадили проведенню розслідування.

У черговий раз скарбами Полуботка зацікавилися вже у радянській Україні, коли з'явився бразильський нащадок гетьмана – Остап Полуботок. У Відні він зустрічався з Юрієм Коцюбинським – послом УРСР у цій справі. Як відомо, він мав копію оригінального заповіту і запропонував стати отримувачем скарбу за невеличкий 1% від суми. На перемовинах з представником банку стало зрозуміло, що грошей українська сторона не отримає з двох причин – негайна виплата підірве економіку Великобританії, і по-друге – одна з умов заповіту («коли Україна стане незалежною») не була виконана. У 1934 році Юрія Коцюбинського – єдиного перемовника, який знав про існування скарбів, відсторонили від усіх посад, а 1937 року розстріляли за сфабрикованою справою як зрадника.

1935 року золото намагався отримати черговий нащадок – Павло Тичина, відомий український поет. Він, лояльний до більшовицької влади та співець комуністичного режиму, був без підозр відпущений до Великобританії, проте й цей візит не був успішним.

Наступна інтрига зав'язалася через два роки, коли золотом Полуботка зацікавився партійний функціонер, більшовик Борис Шеболдаєв. За згадками його родичів він мав контакт із працівниками банку щодо виплат скарбу, проте радянська влада розстріляла Б. Шеболдаєва як зрадника, який хотів утекти до Великобританії. У протоколах допиту Шеболдаєв визнав це і назвав себе членом троцькістського угруповання...

Як зазначають дослідники, ймовіріше за все справа полуботківського золота була вирішена 1947 року, коли Англія та СРСР підписали

взаємовигідний договір, за яким Союз відмовлявся від золота, а Великобританія виторгувала для себе інші умови.

Проте, золото не давало спокою владі ще у 1958, коли знову звернулися до Великобританії з проханням пошукати активи гетьмана. А у 1964 році навіть комісія з П. Троньком зайнялася пошуком скарбів. За підрахунками членів комісії сума вийшла космічна – більше одного трильйону фунтів. Після «тихого перевороту», в результаті якого зняли М. Хрущова, комісія була розпущена і пошуки припинилися. Проте 1968 року біла створена нова комісія і результат її роботи був той самий. Остання крапка поставлена 1986 року, коли Союз відмовився від усіх матеріальних претензій до Великобританії, які існували до початку Другої світової війни.

Таким чином, українці вже за радянської доби втратили можливість отримати гетьманський спадок, а радянська держава в черговий раз розміняла інтереси української держави на власні інтриги.

Земляницына Л., Мирзоева Б.
СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМА БЕСПЛАТНОЙ
МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
научный руководитель: к. с. н., доц. Седая Ю. С.

На пороге XXI века украинский социум переживает существенные трансформации в социально-политической, экономической, духовно-культурной сфере, что вызывает не только огромный социальный стресс, но и является главной причиной всех заболеваний.

Существенное падения уровня социального обеспечения, бедность населения, некачественные продукты, всплеск инфекционных заболеваний связанных с падением нравов являются главной детерминантой сложившейся ситуации [1]. Следует подчеркнуть, жизнеспособность нации снижается также в связи с ростом общественного неравенства и социальной незащищенности, нескончаемого потока негативной информации, роста стрессогенных факторов окружающей среды. Как отмечают отечественные ученые [1; 3; 4], за годы независимости Украины «число проблем, с которыми сталкивается поколение подростков растет с пугающей скоростью. ...Значительно возросло количество случаев заражения ВИЧ, большинство новых случаев приходится на молодежь, причем особенно уязвимыми оказались девушки. Туберкулез, недоедание, гибель от несчастных случаев, заболевания, связанные с ухудшением состояния окружающей среды, хронические респираторные заболевания и множество инфекционных заболеваний особенно угрожают детям, причем, в первую очередь тем, кто живет в нищете» [2, с. 87].

Что же необходимо для оздоровления общества? Стратегия государства в преодолении медико-демографического кризиса должна предусматривать как социальные, так и медицинские реформы, которые направлены на адекватное улучшение социальных благ, охрану здоровья населения, следует

особое внимание уделить переносу акцентов на профилактику. Таким образом, следует подчеркнуть, что государство должно обеспечить провести адекватную индексацию заработной платы, что является мерой социальной защиты и позволит обеспечить гражданам лечение в государственной больнице за свой счет. Исходя из показателей заработная плата на декабрь месяц 2016 года, составляет 1600 (тысяча шестьсот) гривен а прожиточный минимум одного человека - 1544 (тысяча пятьсот сорок четыре). Статистика говорит о том, что 80% процентов населения ответили, что они ЗА то, что бы в стране была доступна бесплатная медицина [4].

Анализируя проблему социального здоровья в Украине, следует отметить, что необходимость внедрения медицинского страхования и создания бюджетно-страховой системы здравоохранения диктуется целым рядом объективных факторов: ухудшением показателей общественного здоровья, экономическими трудностями в здравоохранении и охране здоровья населения в целом, необходимостью повышения качества медицинской помощи, привлечения населения к управлению здравоохранением, назревшей необходимостью адаптации системы здравоохранения к рыночным условиям.

Із-Зіг Ю. А.
ТИПИ ТЕМПЕРАМЕНТУ
ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Нестеренко А. К.

Кожна людина на нашій планеті має індивідуальні особливості поведінки. Від нашого темпераменту безпосередньо залежать наші дії в повсякденних ситуаціях: відкритий вияв емоцій чи повна закритість стосовно інших, рухливість та активність чи повільність і незворушність.

Своїм виникненням поняття «темперамент» зобов'язане Гіппократу, який увійшов в історію як «батько медицини». У своїх роботах Гіппократ висунув припущення, що темперамент – це перевага в організмі людини одного з «життєвих соків»: лімфи, жовтої жовчі, крові, чорної жовчі (від латинського *temperamentum* – стійка суміш компонентів).

Темперамент у житті людини відіграє формувальну роль, оскільки від нього безпосередньо залежать вчинки особи в конкретних ситуаціях. Темперамент пов'язаний із спілкуванням людини з її оточенням, характеризує поведінку особистості в тій чи тій ситуації.

Можна виділити такі основні типи темпераменту: холеричний, сангвінічний, флегматичний і меланхолічний. Люди із сангвінічним типом темпераменту характеризуються енергійністю, високою працездатністю, психічною активністю, комунікабельністю, різноманітною мімікою. Спалахи емоцій, різкі зміни настрою, яскраві жести та міміка, схильність до нервових зрывів, агресії, висока здатність до зміни роду занять притаманні холерикам.

На відміну від них, флегматики помірковані, повільні, урівноважені, часом ліниві, спокійні, мають слабе емоційне тло, динамічно врівноважені, стримані. Меланхоліки слабкі, мають неврівноважену нервову систему, іноді загальмовані, пасивні, у них переважають процеси гальмування.

Щоб досягти взаєморозуміння під час спілкування, ми маємо розуміти темперамент співбесідника та розмовляти з ним, виходячи зі знання його слабких і сильних сторін. Унаслідок непорозуміння в людей часто виникають конфлікти, оскільки ми не завжди враховуємо такі особливості один одного, як запальність, різка зміна настроїв, уразливість, імпульсивність.

Деякі недоліки свого темпераменту можна виправити повсякденною роботою над собою.

Можемо сказати, що під темпераментом розуміють такі природжені індивідуальні властивості психіки, які визначають динаміку психічної діяльності людини, однаково виявляються в різноманітній діяльності незалежно від її змісту, мети, мотивів і залишаються незмінними в зрілому віці. Необхідно знати риси темпераментів, щоб корегувати свій поведінковий алгоритм залежно від повсякденних ситуацій.

Отже, темперамент визначає поведінку особистості, але не змінює її мотивів і вчинків.

Из-Зиг Ю. А.

ХАРЬКОВСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АТО

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра общественных наук ХНМУ

Научный руководитель: к. и. н., Альков В. А.

Проблема здравоохранения воинов АТО в нашем регионе очень актуальна, так как по сообщению центра Минобороны, за все время проведения Антитеррористической операции, из зоны боевых действий в харьковские больницы прибыло около 3500 военных, не считая работников милиции (полиции) и пограничников.

Важнейшая задача работников медицинских учреждений – оказать самую лучшую медицинскую помощь воинам АТО, тем самым способствуя их скорейшему выздоровлению. С солдатами кроме квалифицированных врачей работают также юристы, военные психологи и специалисты социальной реабилитации.

Однако социальная и медицинская помощь на этом не заканчиваются. Ежегодно проводятся профилактические медицинские осмотры участников антитеррористической операции. Во время медицинского осмотра участников консультируют как врачи, так и специалисты по физической реабилитации. Всё это стало возможным благодаря помощи волонтерских организаций.

Большую роль так же играют медики-добровольцы. Около 60 % харьковских военных врачей решили отправиться в зону боевых действий. Пребывая в Донецкой и Луганской областях, харьковские врачи ежедневно

спасают сотни жизней. Большая часть демобилизованных врачей подали заявки на повторную службу в зоне АТО.

Несмотря на то, что в нашем регионе есть все необходимые условия для физической и моральной реабилитации участников АТО, существуют некоторые причины, препятствующие этому. Злоупотребление алкоголем и наркотики является одной из главных проблем снижения результата лечения и реабилитации. Что же способствует этому?

Война – это очень мощный психологический фактор, который откладывает отпечаток на всю жизнь человека. На человека, участвующего в боевых действиях, оказывается давление, от которого ищут защиты с помощью алкоголя или употребления наркотиков. Часто бойцы в состоянии алкогольного опьянения становятся инициаторами неправомерных актов. Наложение штрафов на участников пьяных выходок и борьба с «аватарами» в зоне АТО не улучшают ситуацию.

Также одним из факторов риска является рост уровня заболеваемости венерическими болезнями. Нередко солдат демобилизуют с такими болезнями как гепатит С, ВИЧ и другие заболевания, передающиеся половым путём. Всеми виной незащищенные половые акты и инъекции наркотиков. После службы в зоне АТО количество больных венерическими заболеваниями воинов увеличивается практически вдвое. А это – прямая опасность возникновения эпидемий в Харьковской области.

Однако в настоящее время с этими проблемами можно и нужно бороться. Различные волонтерские движения организуют военные учения, а так же другие мероприятия, чтобы солдаты проводили время с пользой, не имея времени на поиски алкоголя. Также они обеспечивают раненых и больных предметами быта и нормальной пищей, что на них, по сути, переложило государство.

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что, несмотря на все имеющиеся проблемы, руководство совместно с волонтерами предпринимает попытки изменения ситуации в лучшую сторону. Вместе с тем, как в Харькове, так и в Харьковской области уровень медицинской помощи раненым остаётся высоким, что способствует их скорейшему выздоровлению как физически, так и морально.

Ільїн В. Г.

ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ ЗА РАДЯНСЬКИХ ЧАСІВ

Харківський національний медичний університет

Кафедра суспільних наук

Впровадження нової техніки та методів лікування в медичну практику в СРСР було результатом планової державної політики, яка організовувала співпрацю між НДІ, медиками та промисловими підприємствами. МОЗ УРСР розробляло річні плани впровадження в практику охорони здоров'я наукових досягнень й залучало до участі в них якомога більшу кількість НДІ.

У 80-ті рр. МОЗ СРСР доручило завідувачам обласних відділів охорони здоров'я використовувати допомогу місцевих промислових підприємств та НДІ для виробництва нестандартного медичного обладнання на місці. Наказ МОЗ, зокрема, виконував харківський завод ім. Т.Г. Шевченко, виробляючи апаратуру для своєї ж медико-санітарної частини, наприклад, кріоультразвуковий апарат «Мороз-01».

У Харкові керована партійними органами рада сприяння науково-технічному прогресу ініціювала шефство над медичними закладами з боку НДІ. У результаті колективи Інституту радіофізики та електроніки АН УРСР, ХАІ та ХПІ підготували та передали 20-й студентській лікарні низку автоматизованих комплексів, ХПІ допоміг розв'язати проблему з деталями для ортопедів, завдяки діяльності науково-дослідних інститутів були розроблені біоелектричні протези кінцівок, методи зупинки гемофілічних кровотеч і спосіб консервування кісткового мозку за допомогою глибокого холоду.

Але, попри вказані успіхи, на кінець 80-х рр. рівень задоволення потреб охорони здоров'я в медичній техніці не перевищував 70 %, СРСР утримав відставав від США в обсягах виробництва медтехніки, лише 39 % якої відповідало світовим зразкам.

Директивне планування наукової діяльності з боку МОЗ, яке робило акцент на кількісних показниках, надало науковій активності рис формалізму. Характерною була реакція справжніх вчених на гонитву за паперовими успіхами. Так, МОЗ УРСР критикувало директора НДІ загальної та невідкладної хірургії О.О. Шалімова за «незадовільне ставлення до впровадження досліджень в практику охорони здоров'я». При цьому саме О.О. Шалімов створив перші в Україні відділення судинної хірургії та реанімаційні палати для надання допомоги постраждалим при політравмі, перші у Харкові анестезіологічне та опікове відділення, спроектував апарат штучного кровообігу, виготовлений на тому ж заводі ім. Т.Г. Шевченка.

По мірі урізноманітнення структури виробництва планувати випуск усієї номенклатури товарів ставало дедалі важче й потребувало нарощення бюрократичного апарату. Тільки виробництвом медтехніки в СРСР займалося 7 міністерств. Неузгодженість в роботі численних відомств та промислових підприємств гальмувала виробництво новітньої апаратури.

Радянська промисловість не встигала вчасно перейти до виробництва нової техніки внаслідок того, що в СРСР виробник був залежний не від попиту споживача, а від держзамовлень. Тому виробник був незацікавлений в налагодженні виробництва нових моделей, будь то автомобілі чи медапаратура. За таких обставин без адміністративного імпульсу згори виробництво застарілої техніки могло зберігатись роками.

Наведемо приклади типових причин дефіциту нової апаратури в СРСР.

Протягом 80-х рр. у Києві випускався вітчизняний аналог іноземних апаратів для моментального визначення вмісту цукру в крові – глюкофот. Але витратні матеріали для його роботи були імпортними й коштували дорожче, ніж сам апарат. У відповідь на замовлення апаратів у «Медтехніці»

харківський ендокринологічний диспансер отримав відмову з поясненням, що потрібні апарати відсутні у постачальному переліку цієї організації.

У 1986 р. харківський лікар Геннадій Гришанин запропонував прилад, що знімав болі під час лікування зубів – «Аналгедента». Винахід визнали таким, що немає аналогів у світі й запатентували в Великобританії, США та Японії. Винахідники розробили чотири покоління приладу, жодне з яких не надійшло до стоматологічних поліклінік. У результаті першу пробну партію випустила приватна харківська фірма.

1991 року Харків відвідала делегація турецьких підприємців, бажаючи ознайомитися з виробництвом сапфірових імплантатів, які виробляла лабораторія НВО «Монокристалреактив», а операції з вживлення здійснював Республіканський центр стоматологічної імплантації. Турки були готові придбати унікальні інструменти для операцій, але угода зірвалася через відсутність відповідного промислового виробництва. Колектив центру самостійно займався виготовленням інструментів у Полтаві «в порядку особистих контактів»...

Таким чином, причинами, які затримували впровадження результатів наукових досліджень в медичну практику, були: система планових показників в сфері наукових розробок, яка в більшості випадків призводила до імітації наукової активності; нездатність суцільного планування організувати виробництво зростаючої номенклатури товарів; повільність у налагодженні промислового виробництва нових наукових розробок.

Ільїн В. Г., Пізняк Г. О.

КАРАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ В РАДЯНСЬКІЙ УКРАЇНІ

**Харківський національний медичний університет, кафедра
суспільних наук**

Науковий керівник: Ільїн В. Г.

Не меншу владу над особистістю, ніж політики, мають лікарі, а уособленням владного механізму може слугувати лікарня, де вже сам факт переодягання та ізоляції пацієнта від навколишнього світу підкреслює його залежність від установи. Сказане перестає бути аналогією, якщо йдеться про психіатричну лікарню, де внаслідок специфіки контингенту хворих, влада над особистістю з боку медичних працівників стає необмеженою й запобіганням до зловживань нею може бути лише любов до людини. Найяскравіше насильство лікарні як «системи» над особистістю показано в романі американського письменника Кена Кізі «Пролітаючи над гніздом зозулі», де «систему» уособлює старша медсестра психлікарні Мілдред Ретчед, якій протистоїть норавливий злочинець-хитрун Патрік Макмерфі.

Ганебною сторінкою в історії вітчизняної психіатрії, сповненої прикладів високого професіоналізму та людяності, є каральна психіатрія часів «застою», яка слугувала політичним цілям й використовувалась з метою ізоляції інакомислячих.

За підсумками реабілітації жертв сталінських репресій, ініціатор лібералізації М.С. Хрущов публічно заявив, що в СРСР більше нема

політв'язнів, що відповідало дійсності. Після такої заяви керівництву СРСР важко було знов повернутися до сталінських методів приборкання інакодумців. Тому, коли після усунення М. Хрущова нове керівництво СРСР поновило репресії, був знайдений «м'який» варіант вирішення проблеми.

Широке застосування психіатрії в каральних цілях почалось після того, як голова КДБ СРСР Юрій Андропов 29 квітня 1969 р. направив до ЦК КПРС проект плану розширення мережі психіатричних лікарень і пропозиції щодо удосконалення використання психлікарень для захисту інтересів радянської держави та суспільного ладу. Протягом 60–80-х рр. кількість спеціальних психіатричних лікарень-тюрем в СРСР зростає з 2-х до 30-ти. Крім того, для боротьби з інакодумцями були задіяні всі обласні психіатричні лікарні. «Лікування» в таких закладах, яке мало на меті зламати людину, тривало від 5 до 25 років.

Відомими українськими дисидентами-в'язнями психлікарень були: Микола Плахотнюк, Леонід Плющ, Василь Рубан. Серед жертв каральної психіатрії були не тільки дисиденти, а й просто митці-нонконформісти, зокрема, російський художник Михайло Шемякін і рок-музикант Єгор Летов.

Історія каральної психіатрії містить й приклади гідної поведінки лікаря в умовах тоталітаризму. Можливо, найвідомішим українським багаторічним в'язнем радянських психлікарень, є генерал Петро Григоренко. Ім'я генерала набуло поширення завдяки декомунізації – зокрема, на його честь у Харкові перейменовано просп. Маршала Жукова. А от сміливцем, який не злякався спростувати сфабрикований діагноз й сам одержав сім років таборів й три роки заслання, був молодий лікар-психіатр С. Глузман. У 1971 р. він написав акт заочної експертизи психічного стану П. Григоренка, в якому визнав генерала здоровим і надіслав його відомому лідеру правозахисного руху в СРСР, академіку зі світовим ім'ям А.Д. Сахарову. Завдяки публікації акту за кордоном, справа Григоренка набула широкого розголосу, в результаті чого генерала випустили з 5-ї Московської психіатричної лікарні.

Але зміна репресивної тактики радянської влади знайшла адекватну відповідь в особі українського правозахисного руху, що сформувався після підписання Радянським Союзом у 1975 р. Гельсінських угод, в яких СРСР зобов'язувався поважати права людини.

Поінформованість про застосування каральної психіатрії на Заході призвела до того, що 1983 р. Всесоюзне наукове товариство невропатологів і психіатрів добровільно вийшло з Всесвітньої психіатричної асоціації, коли стало ясно, що виключення СРСР з організації є неминучим.

Систему каральної психіатрії в СРСР скасували лише в 1988 році. 16 психіатричних лікарень спеціального типу МВС СРСР передали до Міністерства охорони здоров'я СРСР, а 5 лікарень ліквідували. З психіатричного обліку зняли 776 тисяч пацієнтів.

Отже, основною причиною легкості, з якою радянська влада використовувала психіатрію для політичних репресій, була відсутність в СРСР незалежної судової влади, тоталітарний характер держави. Але парадокс історії полягав у тому, що сама поява каральної психіатрії свідчила

про кризу тоталітаризму, в арсеналі якого залишалося все менше засобів переслідування особистості. Посилення співпраці СРСР із Заходом у сфері гуманітарних питань ще більше демаскувало механізм переслідування дисидентів й робило радянську систему вразливішою до ударів з боку мирної опозиції.

Колеснікова Ю. Ю., Овсяннікова К. С., Цигічко А. І.

САМОРОЗВИТОК І ПСИХОЛОГІЯ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна**

Науковий керівник – канд. філол. наук Нестеренко А. К.

З появою сучасних пристроїв люди все рідше приділяють увагу саморозвитку й різнобічності, нехтуючи такою важливою проблемою, як розвиток пам'яті.

Людині необхідно правильно сприймати світ, аналізувати й систематизувати отримані знання, запам'ятовувати важливі моменти та висловлювати думку з того чи того питання. Із цього випливає, що діяльність людини неминуче супроводжують психічні процеси: пам'ять, відчуття, сприйняття, мислення, увага, уява, мова.

Психічні процеси – це різні форми єдиного, цілісного відображення людиною навколишнього середовища й себе в ній. Від того, на якому рівні у вас перебувають ті чи ті психічні процеси, можна судити про ваш загальний розвиток і про те, наскільки легко ви досягаєте своєї мети.

Пам'ять як один із найважливіших психічних процесів необхідно постійно підтримувати, тренувати. Це можна зробити в різний спосіб, зокрема за допомогою лікарських препаратів. Існує стереотип, що таблетки для пам'яті призначені тільки для людей похилого віку. Але пам'ять для молоді не менш важлива, ніж для людей зрілих. Уживаючи лікарські засоби, важливо не перестаратися: для звичайної корекції буде достатньо кількох крапель настоянки женьшеню перед сніданком.

Більш доречним та не менш дієвим для корекції пам'яті видається дотримання таких правил:

1. Приділяйте кілька хвилин на день вивченню напам'ять невеликого тексту (вірша, анекдоту, афоризму). До речі, вважається, що більш ефективними для пам'яті є прозаїчні твори.

2. Вивчайте іноземні мови: це сприяє покращенню пам'яті.

3. Намагайтеся запам'ятовувати номери телефонів, дні народження всіх ваших близьких.

Оскільки всі процеси в організмі людини взаємопов'язані, щоб розвинути одну психічну функцію, необхідно приділяти увагу декільком.

Дуже важливою психічною функцією є мислення. Проблеми з мисленням трапляються в будь-якому віці. Як і для будь-якої діяльності людини, для мислення першочергову роль відіграє режим харчування. Поліпшенню мислення посприяють риба, картопля, житній хліб, волоські

горіхи, м'ясні продукти. Напої, які містять кофеїн, здатні активізувати діяльність мозку. Але це лише тимчасова реакція. Тому краще замінити їх трав'яним або імбирним чаєм. Це не тільки допоможе поліпшити мислення, а й підвищить імунітет.

Для притоку крові в ділянку мозку необхідна також фізична активність. Ранкова зарядка зміцнює не тільки м'язи тіла, а й м'язи мозку.

Корисно, крім того, приділяти певний час розгадуванню загадок, головоломок, грі в шахи та шашки. Ігри, як і арифметичні підрахунки в розумі, відмінно розвивають логіку.

Отже, для покращення психічних процесів нашого організму як основних компонентів існування людини необхідно більше уваги приділяти здоровому способу життя, правильному харчуванню, а також урізноманітнювати своє дозвілля різними іграми та вправами для всебічного розвитку пам'яті та мислення.

Комаров Д.А.

КЛЯТВА ГИППОКРАТА – ДАНЬ ТРАДИЦИИ ИЛИ ВОСТРЕБОВАННАЯ АКТУАЛЬНОСТЬ?

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
философии,
Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.соц.н., доц. О.А. Марущенко

Клятва Гиппократов – кодекс морально-етических норм, в некоторой мере овеянный легендами. Считается, что это – свод всех принципов, которыми должен руководствоваться врач на практике. Несмотря на то, что далеко не все видели текст легендарной клятвы, является допустимым в случае конфликта с врачом упомянуть о том, что человек в белом халате давал клятву, а сейчас зверски нарушает её. Но можно ли считать кодекс норм, записанный Гиппократом в III веке до н.э., актуальным в контексте современных взаимоотношений врача и пациента и правил оказания медицинской помощи?

Проанализируем текст клятвы на предмет ее соответствия сегодняшним реалиям. Отмечу, что до нас она дошла с некоторыми правками (например, исключены пункты о недопустимости оказания медицинской помощи рабу без согласия хозяина), что, впрочем, несущественно исказило ее исконный смысл.

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигиеей и Панахеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство...» Если для Гиппократов было нормальным присягать пантеону божественных покровителей медицины, то, согласитесь, аналогичный поступок в наше время как минимум будет казаться чужаковатым.

«...Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности

помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора...» Сегодня это звучит странно, ведь ни один из врачей не станет обучать детей и внуков своих преподавателей, да и требовать этого от него никто не будет.

«...Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...» Относительно данного пункта в медицине все осталось непоколебимым: здоровье и жизнь больного являются наивысшей ценностью, лечение проводится по принципу «не навреди», а при тяжелых состояниях следует стремиться как минимум облегчить протекание заболевания.

«...Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла...» Этот пункт является предметом спора врачей, правоведов, духовенства. К тому же, в Нидерландах, Швейцарии (в кантоне Цюрих), Бельгии, Люксембурге, Канаде, в некоторых штатах США эвтаназия законодательно разрешена, что идет вразрез с идеей Гиппократ.

«...Точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария...» И этот пункт будет еще долго являться предметом споров, ведь невозможно одновременно учесть права того, кто еще только может родиться, и право женщины свободно распоряжаться своим телом.

Описывается в клятве и принцип неразглашения врачебной тайны. «...Чтобы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...» Данный пункт, в целом, является ключевым и сегодня, хотя в ряде случаев (опасные инфекции, интерес следствия и др.) – наоборот – разглашение врачебной тайны становится необходимостью, и аргумент о том, что врач давал обещание о ее неразглашении, не может быть использован в полной мере.

Таким образом, можно сделать вывод: клятва Гиппократ не потеряла своей актуальности и через три тысячелетия – почти все принципы, пусть и не применимы сегодня в полной мере, все же имеют право на жизнь, хотя бы по причине дискуссионности разного рода вопросов. А это значит, что выпускники все еще могут присягать на верность медицине словами, которые завещал им отец медицины Гиппократ.

Кочкарова М.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук. Кулікова І.І.

Кожна епоха вносить свої корективи в колись розмірене життя людей, їх, здавалося, консервативний устрій. Проте кожне століття залишається в

історичній пам'яті людей з певними напрацюваннями, здобутками, історичними подіями та світовими досягненнями. Двадцять перше століття не є винятком. Воно не лише внесло свої надбання, але й поставило перед нами вибір: залишатися з ідеями минулого чи стрімголов рухатися вперед. Зараз складно уявити життя без сучасних гаджетів, що стали невід'ємним атрибутом. Інтернету, різних засобів зв'язку, соціальних мереж.

На нашу думку, кожен з них має подвійний стандарт, тобто не можна їх однозначно оцінити. З одного боку, телефони дають можливість постійно бути на зв'язку зі своїми рідними, особливо, якщо вони знаходяться дуже далеко. Але з іншого боку, люди починають лише слухати, намагаючись увесь час розмовляти з кимось, без аналізу отриманої інформації. З нашої точки зору, заслуговують на ретельну увагу соціальні мережі та їх роль у житті молодшої людини. Соціальні мережі повністю заповнили наше життя. Вони дають змогу передавати чи відшукувати важливу інформацію, знаходити колишніх однокласників та заводити нових друзів у чатах. Але мимоволі виникає питання: «А чи завжди групи в соціальних мережах містять у собі лише позитив?». На превеликий жаль, не всі вони несуть у собі лише нові знання та створюють приємний настрій. Ми є свідками того, що інколи молоді люди починають змінювати своє оточення, свої уподобання під впливом чужих ідей, поглядів у гірший бік, починаючи нехтувати такими речами, як: любов близьких, дружба та звичайна людська доброта. Це пояснюється тим, що молодій людині інколи складно влитися в новий колектив, особливо якщо мова йдеться про студента-першокурсника, це може бути обумовлене різними чинниками: виховання, тип темпераменту, риси характеру, здібності тощо.

Таким чином, щоб молода людина не потрапила в соціальну пастку, їй варто більш серйозніше підходити до вибору соціальних груп, віртуальних друзів тощо.

Кулик С. А., Мищенко Я. А.

ТВОРЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В МЕДИЦИНЕ: АРТ-ТЕРАПИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра философии, Харьков, Украина

научный руководитель: к. филос. н., доцент Кучера Т. Н.

В современном мире ведущие специалисты из области медицины уделяют особое внимание психосоматическим заболеваниям. Известно, творчество способно улучшить общее душевное состояние, снизить пагубное воздействие стресса. Поэтому, арт-терапия сегодня представляет особый интерес как возможность выявления внутренних подавляемых состояний именно через творческий акт [1;2]. В контексте философского анализа, следует подчеркнуть, что через атмосферу арт-творчества происходит также коррекция негативных состояний психики индивида (депрессия, тревожность, агрессия и т. д.) [2].

На сегодняшний день термин “психосоматика” позиционируют как особое направление в современной медицине, включающее в себя ряд

аспектов. Существуют целые классификации психосоматических болезней и, непосредственно, психосоматических нарушений. Все это подтверждает необходимость глубокого изучения данного вопроса. Итак, для того чтобы предполагать вероятные методы борьбы с болезнями рассматриваемой категории, следует углубиться в специфику возникновения заболеваний. Среди возможных причин – неспособность человека, посредством сублимации, адекватно “усваивать” стрессовое воздействие раздражителя, – возбуждение долгое время циркулирует в нервных центрах. Следовательно, для того чтобы помочь пациенту “справиться” с психосоматическим заболеванием, необходимо непосредственно воздействовать на психоэмоциональный фон больного. Данная задача является приоритетной в использовании творческих терапий в медицине, которые, посредством влияний на эмоциональный фон человека, способствуют процессу выздоровления. Одной из таких методик является арт-терапия. Арт-терапия имеет три формы – активную, пассивную и смешанную. В последние годы во многих странах мира активизировались усилия использования арт-терапии у больных с соматическими и психосоматическими заболеваниями на различных стадиях их лечения и реабилитации.

Изотерапия – терапия изобразительным искусством. Рисование развивает эмоциональную и моторную координацию, так как требует взаимодействия многочисленных психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании взаимоотношений полушарий, так как в ходе рисования активируется конкретно-образное мышление, связанное с работой правого полушария, и абстрактно-логическое, связанное с левым полушарием.

Музыкотерапия – это тип арт-терапии, использование музыки с целью коррекции или лечения. На сегодняшний день она является психокоррекционным направлением, которое базируется на двух аспектах влияния: психосоматическое (в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма) и психотерапевтическое (повышает жизненный тонус, способствует гармонизации потребностей и интересов человека, улучшает восприятие и память) [1; 2]. Таким образом, можно сказать, что показания к арт-терапии очень обширны. Целенаправленное лечебное применение арт-терапии и дозировка может варьироваться от углубленного анализа скрытых переживаний пациента [1;2]. Многоплановое воздействие искусства позволяет применять его для пациентов разного возраста. Арт-терапию можно использовать как седативное средство при психомоторном возбуждении и агрессивных состояниях. Она может выполнять функции отвлечения и занятости, способствует социальной адаптации. Также арт-терапия способствует улучшению координации и мелкой моторики.

Кулікова І.І.
ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СПРИЙНЯТТЯ ОСВІТНЬОГО
СЕРЕДОВИЩА В МЕДИЧНОМУ ВУЗІ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – к. філол. н., доц. Фоміна Л.В.

У сучасних психолого-педагогічних напрацюваннях завжди було й залишається актуальним питання дослідження специфіки сприйняття взаємодії в контексті «університет-студент», «викладач-студент», «студент-студент».

Значна увага науковців ґрунтується на аналізі сприйняття студентами освітнього середовища, його матеріально-технічного забезпечення, впливу психолого-педагогічних факторів на процес навчання молодшої людини в медичному університеті, сприйняття образу викладача.

Першочерговим завданням є розкриття поняття «сприйняття» саме освітнього середовища. Аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що це поняття має різне тлумачення. Зокрема, у психології ми можемо знайти це визначення, як складний психічний процес, де разом з відчуттям залучається й попередній досвід у вигляді знань, уявлень. Сприймання також пов'язане з мисленням, бо образи, що формуються, конкретизуються та узагальнюються через поняття, мислительні операції, судження та висновки. Сприйняття університету складається з кількох складових. По-перше, історія вузу, можливість знаходити інформацію про нього, по-друге, професорсько-викладацький склад, по-третє, виховні заходи.

З точки зору сприйняття вищого медичного університету, є бажання самого студента тут навчатися, бажання бути лікарем, самостійно обирати певну спеціальність. На нашу думку, лише коли ці фактори присутні у свідомості студента, то відповідно формується позитивне сприйняття, а студент, майбутній лікар повністю відчуває себе комфортно у цьому закладі, розвиває позитивні психоемоційні характеристики. Важливим є психологічний зміст такого сприйняття як вітчизняними, так й іноземними студентами. Як свідчить досвід, психологічне сприйняття українських студентів, російськомовних та англомовних суттєво відрізняється. Причиною цьому служать різні фактори. Серед яких ми можемо визначити найголовніші: різна картина світу, різні соціальні норми, різні педагогічні принципи, різний стиль поведінки у стосунках з жінкою-викладачем та чоловіком-викладачем (що особливо характерно для студентів з арабських країн, де викладачеві-жінці необхідно прикласти більше зусиль на виховні моменти). Для англомовних студентів цей процес ускладнюється ще й через мовний бар'єр. Оскільки, на превеликий жаль, не всі студенти на високому рівні володіють іноземною мовою та можуть добре сприймати чужу мову.

Позитивним фактором сприйняття університету є можливість знаходити інформацію про нього на різних сайтах, де інформація надається кількома мовами та матеріально-технічне забезпечення вузу. Студенти

відзначають, що коли вони мають змогу самостійно працювати з фантомами, відвідувати пацієнтів разом з лікарями-викладачами, то це краще формує практичні навички студентів-лікарів. До позитивного сприйняття варто віднести наявність висококваліфікованого професорсько-викладацького складу, який зацікавлений у своєму предметі, цікавій подачі свого матеріалу. Коли викладач поряд з теоретичним матеріалом подає цікаві факти про історію міста, історію країни, тобто намагається поєднати з навчальним матеріалом і виховні елементи. Позитивним є те, коли викладачі формують мотивацію до навчання, заохочують студентів до участі у різних студентських наукових конференціях та спортивно-масових заходах, виховують не лише професійні якості студента-медика, але й людські якості, такі як: мораль, любов, доброта, чесність, гідність тощо.

Професійна підготовка майбутніх лікарів та виховання в їх високоморальних якостей ставить перед медичною вищою освітою нові вимоги, де поєднуються одночасно попередній досвід та сучасні педагогічні підходи, знання та власні інтереси, прагнення вдосконалити себе та зробити крок у медицину. Проте не варто забувати, щоб виховати такі якості, необхідно прикласти максимум зусиль викладачам, кураторам того чи іншого університету.

Літвінова К.В
ПРИЧИНИ САМОГУБСТВА В ПІДЛІТКОВОМУ ТА
ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук, доцент Калініченко О. В.

Сучасний розвиток суспільства викликає напруження у свідомості як у дорослих, так і в юнаків та підлітків. Усе частіше лікарі-психотерапевти говорять про суїцидні випадки серед молоді .

Зазвичай це відбувається через нерозділене кохання або так само непорозуміння з боку близьких та рідних, 75% підлітків-суїцидентів мають неповні сім'ї, часто до цієї категорії потрапляють діти-сироти.

Психотерапевти стверджують, що ідея самогубства дуже рідко виникає спонтанно. Найчастіше відбувається так, що людина досить тривалий час обмірковує способи зведення рахунків із життям.

У роботі розглянемо проблему причини самогубства серед підлітків. На сьогодні це одна з актуальних тем.

За свідченням лікарів-психіатрів, щорічно близько мільйона людей добровільно зводять рахунки із життям. У середньому кожні 40 секунд відбувається одне самогубство. З'ясовано, що кожен дванадцятий підліток, у віці 11-14 років, та юнак, у віці 15-19 років, намагається накласти на себе руки. Для того, щоб визначити, чому молоді люди намагаються звести рахунки з життям, потрібно визначити причини самогубства.

По-перше, реакція підлітка на критичні ситуації в їхньому житті: проблеми в школі, з однокласниками; проблеми з батьками, нерозділене кохання, насильство.

По-друге, це алкоголь і наркотики. Дослідження показало, що близько 60% підлітків здійснюють спроби самогубства під впливом алкоголю.

Як визначити, що молода людина схильна до суїциду? Науковці виділяють кілька ознак суїцидальної поведінки: замкнутість, незвичайна поведінка, жахливе сновидіння, інтерес до історій про самогубства.

Що впливає на формування суїцидних думок?

Спадковість. Якщо хтось із родичів підлітка закінчував життя з власної волі, це підвищує загальний суїцидальний ризик серед інших членів сім'ї.

Залежність від спиртного, алкоголізм – ще один фактор, що провокує підлітковий суїцид. За даними лікарів-наркологів, споживання алкоголю в юнацькому й підлітковому віці зростає.

Таким чином, усі проблеми підлітків-суїцидників виникають на психологічному рівні, у неможливості пристосуватися до умов сучасного життя.

Лысюк М.А.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
Научный руководитель: Гончаренко Л.А.**

Здоровье – это дар, который дается человеку с момента его рождения, и который нужно беречь в процессе всей жизни. Влияние на здоровье человека складывается из целого спектра различных факторов: экология, качество медицинских услуг, наличие наследственных заболеваний, условия и качество жизни и др. Однако наиболее существенным фактором является тот образ жизни, который человек для себя выбирает. К счастью, эта сфера нам подвластна. Здоровый образ жизни является своеобразным профилактическим средством здоровья человека, а потому пренебрежение к нему влечет за собой негативные последствия, когда даже самый мощный запас потенций человека истощается и он становится заложником своей лени. Одной из главных составляющих здоровья человека является физическая нагрузка, основу которой составляет физическая культура. Вероятно, что среди факторов, влияющих на здоровье человека, она может составлять до 50% .

Физическая культура является естественной потребностью человека наряду ежедневным потреблением пищи, воды, сна. В случае ограничения или отсутствия физической активности это отрицательно сказывается на развитии и функционировании организма человека, что влечет за собой развитие заболеваний, ускоряются процессы старения. Еще древние греки отмечали, физическое бездействие человека разрушает его организм. Исследованиями установлено, что для поддержания высокой физической

формы человеку необходимо хотя бы один час в день уделять занятиям физической культурой. Кроме того, регулярные занятия физической культурой дисциплинируют и способствуют соблюдению распорядка дня, поэтому приучать человека к физической культуре следует с детства. Занятия каким-либо видом спорта дают молодому растущему организму стимул для правильного развития и ограждают детей от вредных привычек. Также во время физических нагрузок в организме человека вырабатываются, так называемые, гормоны счастья – эндорфины, которые улучшают его психологическое состояние и придают ему устойчивость к стрессовым ситуациям.

Очевидно, что здоровье человека не принадлежит ему одному, так как он живет в обществе и включен в различные общественные сферы социума. А потому забота о своем здоровье – обязанность каждого человека. Ведь значение здорового образа жизни в современном динамичном мире перманентно возрастает. Цивилизация открывает перед человеком такой калейдоскоп восхищения жизнью и ставит перед ним столько общественных обязанностей, что хорошая физическая форма просто необходима. Физическая нагрузка определённо играет в этом большую роль, придаёт жизни человека смысл. Часто, именно физическая культура помогает человеку «переключиться», отдохнуть от ежедневных проблем и забот. Лично для меня, впрочем, наверно, и для большинства студентов, – это метод отдыха от занятий в университете. Спорт помогает отдохнуть от учебных нагрузок и интенсивной умственной деятельности, дает силы на новые свершения.

Благодаря физической культуре и спорту, большинство людей достигли своих целей. Именно о таких возможностях проникновенно говорил великий американский боксер Мохаммед Али: «Невозможно – это всего лишь громкое слово, за которым прячутся маленькие люди. Им проще жить в привычном мире, чем найти в себе силы что-то изменить. Невозможное – это не факт. Это только мнение. Невозможное – это не приговор. Это вызов. Невозможное – это шанс проявить себя. Невозможно – это не навсегда. Невозможное возможно». Так что каждому человеку, а студентам – особенно, следует заниматься физической культурой, укреплять свое здоровье и тогда однажды для каждого невозможное станет возможным.

Малеев Д. О.

ДИАЛОГ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: профессор Алексеенко А.П.

Для современного медика крайне важно понять, что существует очень тонкая грань между философией и медициной. Во времена древней Греции и до наших дней философия занимает место у самого фундамента медицины. Единство философского и медицинского знания воплощались в трудах

самых известных философов, медиков, естествоиспытателей на всем протяжении истории культуры.

Медицина совместно с философией постигает сложный мир жизни человека, управляет его здоровьем. При этом она и сама становится объектом специального философского познания. Общие контуры медицины в критериях античной философии обозначил еще великий Гиппократ. Оформление медицины в самостоятельную естественнонаучную и гуманитарную сферу воздействия на человека относится к Новому времени, когда она стала органично связываться с философскими концепциями Ф. Бэкона, И. Канта и других мыслителей. Именно в это время формируется и понятие «человек».

Медицина первой поставила вопрос о несовершенстве человека. Для философии человек статичен. Но и философия констатирует факт несовершенства человека. В свое время Б. Паскаль сравнивал человека с сахарным тростником, указывая на его хрупкость и незащищенность. Позже Ф. Ницше говорил о том, что «человек есть канат, натянутый между зверем и сверхчеловеком, – канат над пропастью».

Несмотря на то, что две эти дисциплины ориентированы на достижение различных целей – философия направлена на поиск истины, а медицина является ключом к здоровью человечества, связующим элементом между ними выступает их безусловная направленность на помощь всему человечеству. В то время как медицина борется с болезнями, эпидемиями и увечьями, философия борется с предубеждениями, неверными суждениями и ошибками познания, которые касаются и самой медицины.

Современный врач обязан уметь коррелировать свои теоретические познания с клинической практикой, что зачастую бывает крайне не просто, а это значит, что ему требуются те навыки, которые были основой деятельности множества философов: критическое мышление, логика, интуиция. Именно навык, позволяющий пропускать любую медицинскую проблему сквозь призму философских взглядов, и будет признаком высокой квалификации врача XXI столетия.

Кроме того, философия является прекрасным ассистентом для врача, в контексте медицинской этики. Ведь именно такие философы как Гиппократ и Кант помогли выработать основной принцип медицинской этики – автономность. В современной медицине отношения врача и пациента должны быть полностью независимы от любых социальных и политических факторов, и регулироваться должны исключительно непосредственными участниками процесса предоставления медицинских услуг.

Крайне сложно делать прогнозы относительно того, как повлияет на медицину философия в будущем, однако смело можно утверждать, что две эти дисциплины будут и дальше служить инструментами улучшения жизни всего человечества.

Марченко О.В., Рудик Н.В.
ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА:
ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЙ АСПЕКТ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
научный руководитель: к. филос. н., доцент Кучера Т. Н.

На сегодняшний день актуальным вопросом является профессиональное общение врача с пациентом. Большинство докторов не придерживаются правил медицинской этики и деонтологии. От врачебных ошибок люди умирают в 33 тысячи раз чаще, чем из-за авиакатастроф. Даже в странах с высоким уровнем медицинского обслуживания каждый пятый пациент - жертва врачебной ошибки, виной тому халатность, небрежность и невежество врачей [1]. Основной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания правильной и доступной медицинской помощи. В обязанности врача входит: оказывать медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений[2].

Сегодня, как и прежде, врачу предъявляются очень высокие требования, среди них можно выделить следующие основные: профессионализм, добросовестность, доброжелательность [3]. Основные принципы врачебной этики остаются неизменными со времен Гиппократов, но на врачебную этику влияют общие положения этических норм общества, в котором работает врач. Следует подчеркнуть, в практику врачебной этики зачастую добавляются моральные нормы и принципы, вытекающие из новых аспектов врачебной деятельности, например связанные с узкой специализацией медицины, пересадкой органов генной инженерией, что накладывает на неё существенный отпечаток.

Взаимоотношения врача и больного строятся прежде всего на взаимопонимании и доверии и формируются уже при первой встрече[5].

Еще в древние времена Гиппократ писал о враче: «...пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым» [4]. Именно поэтому, врач должен воспитать в себе деонтологический характер, стараться глубже осознать особенности выбранной профессии, стремиться каждый день познавать новые аспекты своей деятельности и тогда количество врачебных ошибок существенно уменьшится. Таким образом, ответственное отношение врача к пациенту играет важную роль в сохранении человеческой жизни.

Машура М. С.
АНАЛИЗ ПРОТИВОРЕЧИЙ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВАНИИ
МОРАЛИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина
Научный руководитель: асист. Дейнека В.В.

Христианская мораль основана на универсальном противоречии тварного и вечного начал человеческой природы. Данное противоречие соединяет в единое целое библейский концепт сотворения человека с системой критериев моральной оценки его действий. Появление эволюционной теории привело к смене центрального противоречия от сакрального к организмическому, при котором организм противостоит внешней среде. Подобный переход привел к возникновению прагматического истолкования морали и формированию деонтологии. Последующая корректировка эволюционистских взглядов в сторону антропосоциогенеза вывела, сперва как дополняющую, а позднее как основную форму центрального противоречия – социальную. В ней личность противопоставлена обществу.

В противоположных системах координат личности, построенных в рамках коммунитаризма, с одной стороны, и либерализма – с другой, персональное и коллективное находят противоположные моральные оценки. Для либерализма коллективное является символическим злом, а индивидуальное – добром. В коммунитаризме все наоборот.

Проблема современной моральной системы состоит в сложности установления регламента моральной детерминации деятельности личности. Стремительное развитие информационных технологий вводит в незавершенный моральный дискурс современности новое проблемное поле – противоречие конфиденциальной и открытой информации. Новый вектор центрального противоречия выводит личность из сферы социального в пространство виртуального, в котором личность артикулирована практически исключительно правовыми концепциями, центральной из которых является правовая модель авторства. Добро и зло в данной системе могут верифицироваться лишь в форме противостояния оригинальности и повтора, где неповторимость и аутентичность выступают выражением блага, добра и порядка, а вторичность и плагиат – зла и хаоса. При этом факт оригинальности требует утверждения в публичной сфере информации, а плагиат и компиляция, напротив, предполагают конфиденциальность, приватность, противодействие тиражированию факта.

Анализ центральных противоречий, лежащих в основании моральной концепции различных культурно-исторических периодов европейской цивилизации, демонстрирует явную и прямую связь сфер моральной различности и антропологических аспектов философского осмысления человека.

Моїсєєнко Л. В.
МОВОЗНАВСТВО ТА ПСИХОЛОГІЯ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ
ПОТЕБНІ О. О.

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – Самолисова О. В.

Нерозривний зв'язок мовознавства з психологією свідчить про те, що кожна зі цих наук нарізно вже досягла значного розвитку. Перш ніж мовознавці звернулися до психології, вони висловили думку, що й мова має свою історію та що вивчення її має бути порівнянням сьогодення з минулим. Порівняльне та історичне дослідження вже було протестом проти загальної логічної граматики.

На межі двох напрямів науки наукові розвідки Гумбольдта — геніального провісника нової теорії мови, який не цілком звільнився від пут старої. Штейнталь першим, як виявився, показав у Гумбольдта цю боротьбу теорії й практики. З іншого боку, психологія не могла б вселити ніяких очікувань філологу, якби до цього часу залишалася наукою описового характеру. Самоспостереження дає нам багато психологічних фактів, які узагальнюються вже людьми, і за розумовим розвитком не перевищують рівня мови. Якщо мета будь-якої науки — пояснити явища, що підлягають її дослідженню, то теорія душевних здібностей не має наукового характеру. Між іншим, нас дійсно переслідує необхідність шукати причини душевних явищ. Мова не обмежується позначенням душевних явищ за допомогою порівняння їх із чуттєвими або іншими душевними: назвавши любов вогнем, вона від порівняння переходить до причин і говорить, що від вогню в нас любов. Як предметом практичної граматики є літературна мова, притому не дійсна, а ідеальна, так і предметом дослідної психології є не дійсний, а якийсь мислимий світ душі. Психологія, щоб не суперечити досвіду, повинна припустити, що здібності до своєї дійсної появи існують як можливості, причому між можливістю й дійсністю буде нічим не заповнена прірва. Перетворення чуттєвих вражень можуть бути виведені із сил, які не приховані в цих сприйняттях до часу, а дійсно виникають за відомих умов. Якщо певне уявлення забувається, інше пам'ятається, то це не тому, що ми маємо здатність пам'ятати й забувати, а тому, що одне відчуває більший тиск з боку інших, а інше — менший. Психологія, як і будь-яка наука, змушена користуватися мовою, а мова й нематеріальне позначає словами. Уявлення постають з глибини душі, поєднуються й тягнуться вервечками, складаються в химерні образи або абстрактні поняття. Тому причини почуття взагалі можна шукати не в тому, що взагалі уявляється, а в тому, уявлення діють одне на одне. Візьмімо для прикладу почуття очікування й припустимо, що різні сприйняття за відомих умов асоціюються, з'єднуються між собою так, що одне, яке ми згадували, пробуджує в пам'яті й інші. З очікуванням споріднене інше почуття — бажання. Воно відбувається тоді, коли ми уявляємо предмет, від якого можемо очікувати задоволення, але разом

усвідомлюємо, що для задоволення нашого бажання бракує дійсної присутності цього предмета. Один крок визначає всі подальші, і якими б не були різноманітні зовнішні збудження, ставлення душі до них зумовлені тим, як вона ставилася до першого і з цих збуджень. Почуття й прагнення мають ціну для кожного життя, значення якого в тому, що природа душі в змозі відчувати від будь-якого почуття й прагнення, оскільки воля збуджується почуттям, а почуття — уявленнями. «Душа, — наголошує Лотце, — не частинами проявляється в цих здібностях, не так, що одні з її частин прокинулися, а інші ще сплять, навпаки, у кожній формі своєї діяльності діє вся душа».

Однак вчення, якому психологія багато в чому зобов'язана, визнає множинність тільки в безпосередніх проявах душі на збудження ззовні, тобто тільки в чуттєвих сприйняттях. Таким чином, душа у своєму подальшому житті виявляється лише сценою, яка хоч і супроводжує свідомістю те, що на ній відбувається, але не спричиняє на це ніякого іншого впливу. Нам залишається тільки сказати кілька слів про відношення викладених тут думок щодо нашого предмета. Говорячи про перехід образу предмета в поняття про предмет, у більш виняткову людську форму думки, ми побачимо, що цей перехід може відбутися тільки за допомогою слова. Але при цьому будемо пам'ятати, що саме слово ніяк не створює поняття з образу, що поняття, як і багато іншого в особистому й народному житті, назавжди залишиться для нас величиною довільною.

Мудра Є. А.
АСПЕКТИ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – доц., канд. філол. наук Калініченко О. В.

Важливою складовою людського існування є комунікація. До неї належать не тільки обмін інформацією між людьми, а й канали засобів передачі та одержання інформації, культурні знаки тощо. Комунікація – основний спосіб людського спілкування, найактивніша форма людської життєдіяльності. У наш час кожна людина, яка працює в галузі охорони здоров'я, особливо практичної, зустрічається з представниками різних культур, народів, національностей. Тому вивчення аспектів міжкультурної комунікації є важливою частиною підготовки медичного персоналу.

Залежно від безпосереднього предмета вивчення виокремлюють певні аспекти міжкультурної комунікації.

Одним з головних аспектів міжкультурної комунікації є культурологічний аспект. У міжкультурній комунікації першорядну роль відіграє контактування – «спілкування», діалог або полілог – культур. Американський антрополог і лінгвіст Едвард Холл вважав, що «культура сама по собі є комунікацією, а комунікація культурою». Традиції культури бувають непохитні, тому в процесі застосування певних методів діагностики

та лікування потрібно толерантно сприймати особливості побуту, вірувань, традицій інших народів.

Лінгвістичний аспект вивчає мовні відмінності, які можуть впливати на комунікацію між носіями різних мов. Знання певних понять та жестів різних країн та культур значно полегшує розуміння одне одного під час спілкування.

Етичний аспект спрямований на розуміння відмінностей етичних норм, які притаманні різним країнам і націям. До них належать, зокрема, норми моралі, поведінки, міжособистісного спілкування, мовленнєвого етикету тощо. До елементів етикету належить також жестикуляція, яка в медицині повинна бути зведена до мінімуму, або ж зовсім відсутня. Важливим є зовнішній вигляд медичного працівника. Він має бути стриманим, адже є предметом уваги як для співробітників, так і для пацієнтів.

Соціально – комунікативний аспект полягає в прийнятті суспільством моделі, норми й правила спілкування, налагодження й підтримання контактів загалом. Так, у спілкуванні медичного працівника з пацієнтом важливо враховувати вікову категорію та професійну належність, манеру спілкування співрозмовника. Але не завжди взаємність у стилях комунікативної поведінки є доречною в практиці медичного працівника.

Психологічний аспект передбачає вивчення психологічної реакції людей в умовах спілкування з представниками інших держав та етносів. Важливо знайти індивідуальний підхід до кожного з пацієнтів, вивчити та передбачити його реакцію на поставлений діагноз чи ставлення до певного методу лікування. Психологія спілкування є підґрунтям лікування та досягнення найвищого результату – одужання.

Професійно-прикладний аспект визначає сфери застосування знань з міжкультурної комунікації.

Отже, у медичній практиці ці аспекти взаємопов'язані, накладаються та інтегруються, відображають знання основ етики, деонтології та спілкування в усій повноті.

Нестеренко А. К.
РОЛЬОВА ГРА ЯК МЕТОДИЧНИЙ ПРИЙОМ
У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук, доцент Фоміна Л. В.

Інтеграційні процеси у вищій школі є свідченням успішної політики держави в галузі освіти. Іноземні громадяни все частіше обирають для навчання численні вищі навчальні заклади України. Одним із них є і ХНМУ.

З огляду на збільшення кількості зарубіжних громадян, які здобувають вищу освіту в Україні, зростає необхідність у посиленні мотивації до вивчення української мови, чому може посприяти залучення студентів у

реалії українського життя. Одним із засобів такого залучення є використання на заняттях такого методичного прийому, як рольова гра.

Визначаємо рольову гру як комплексний методичний прийом навчання, у якому маленька група в ігровій формі критично вивчає важливу для неї проблему. Учасники рольової гри виконують ролі різних запропонованих їм людей і мають поводитися так, ніби все відбувається в реальному житті.

Зазвичай рольова гра складається з трьох етапів: підготовчого (вступна бесіда, ознайомлення із ситуацією, пошук інформації до неї тощо); власне, гри та заключного (передбачає виконання визначеного завдання).

Описувана форма роботи, часто вживана в дитячих колективах, де гра є цілком природнім станом учнів, на наше переконання, може бути рекомендована й для використання в колективі іноземних громадян, які перебувають на стадії мовної адаптації. Гра при цьому не лише сприяє створенню невимушеної обстановки й активації співрозмовників, але й допомагає закріпити на практиці лексичний матеріал з певної теми.

Іноземні громадяни, потрапивши в незнайоме середовище з іншим рівнем життя, кліматом, традиціями та культурою, потребують насамперед адаптації на елементарному рівні задоволення власних потреб: придбання їжі та одягу, спілкування в транспорті, пошук необхідної вулиці чи установи, знайомство з людьми тощо. Розмовні теми, наявні в навчально-методичному комплексі дисципліни «Українська мова» для іноземних та англомовних громадян, здатні задовольнити названі потреби лише частково. Тільки разом з обіграванням певної ситуації можна досягти вагомих результатів з набуття студентами навичок спілкування й використання мовного матеріалу. Тому для закріплення навчального матеріалу викладачі кафедри української мови, основ психології та педагогіки часто використовують прийом рольової гри.

Традиційно до компонентів рольової гри відносять ролі, навчально-мовленнєві ситуації та рольові дії, які мають особливості реалізації в іноземному студентському колективі. Так, при доборі ролей найбільше уваги приділяється розвитку комунікативних компетентностей, необхідних для повсякденного спілкування та забезпечення власних потреб. З огляду на це, пропонуємо таку тематику рольових ігор: «Знайомство», «У їдальні», «У магазині одягу», «На вулиці», «На автобусній зупинці», «У бібліотеці» тощо. Ці теми суголосні з реальними обставинами, а стосунки між комунікантами студенти окреслюють власноруч завдяки можливості самостійно обрати собі роль. Під час гри перевага надається використанню іноземної для студента мови (української) і лише коли мовна підготовка студентів недостатня, викладач може вдатися до часткового перекладу. Дії, виконувані під час рольової гри, супроводжуються також невербальними засобами, використанням реквізитів і бутафорії, які відповідають тематиці заняття.

Отже, рольова гра – це методичний прийом, що поєднує ознаки ігрової та навчальної діяльності. Вона широко застосовується викладачами кафедри української мови, основ психології та педагогіки при навчанні іноземних студентів українській мові. Уважаємо рольову гру необхідним компонентом

у розвитку діалогічного мовлення, адаптації студентів в умовах іншої країни, а також у формуванні професійних знань, умінь і навичок майбутніх медиків.

Образцова Н.А.

СОВРЕМЕНЕН ЛИ АВИЦЕННА?

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра философии, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.соц.н., доц. О.А. Марущенко

Как древние доктора могли ставить точные диагнозы и виртуозно лечить больных, не имея наших современных технологий? Знатоки со всего мира обращаются к наследию Авиценны, восхищаются им, задаваясь вопросом: кем он был – великим врачом, философом, человеком, опередившим время? Особенно выделяют его, пожалуй, главный трактат «Канон врачебной науки» [1] – вершину мысли того времени, энциклопедию, переведенную на многие языки мира.

Именно Авиценна первым предположил существование мельчайших невидимых существ, играющих решающую роль в передаче и распространении инфекций (пройдет более 800 лет, прежде чем знаменитый Луи Пастер подтвердит его гипотезу). Он первым описал чуму, желтуху, холеру, изучил причины, симптомы и способы лечения язвы желудка, менингита. Поиску причин заболеваний Авиценна придавал особое значение, высказываясь о роли опыта, эксперимента. *«Познание всякой вещи, – говорится в книге первой «Канона», – если она возникает, достигается и бывает совершенным через познание ее причин».* Только через 200 лет философ Френсис Бэкон призвал к экспериментальному изучению природы, а ведь опыт, приведший к революции в естествознании, берет начало именно от Авиценны! Наряду с клиникой, неocenим вклад Авиценны и в профилактику. Он указывал, что *«самое главное в режиме сохранения здоровья есть занятия физическими упражнениями, а затем режим пищи и режим сна».* Авиценна описал лечебный и восстановительный массаж, дал рекомендации по проведению водных процедур и закаливания, применяемые и сегодня. По мнению Авиценны, физиологические механизмы закаливания заключаются в регуляции кровообращения: *«Купание в холодной воде <...> сразу же осаживает прирожденную теплоту вовнутрь тела, затем она заново приливает к поверхности тела, усиленная в несколько раз».* Здесь можно заметить прообраз современных взглядов на роль флюктуации (попеременного сужения и расширения) кровеносных сосудов для сохранения в теле тепла.

Принцип Великого Лекаря – лечить больного, а не болезнь, учитывать нарушения организма, возникающие во взаимодействии с окружающей средой. Основа искусства сохранения здоровья состоит в соблюдении соразмерности причин, влияющих на здоровье. *«Искусство сохранения здоровья – это уравнивание <...> 7 факторов. Они суть: 1) уравнишенность натуры; 2) выбор пищи; 3) очистка от излишков; 4) сохранение телосложения; 5) улучшение того, что выдыхается через нос; 6)*

приспособление одежды; 7) уравновешенность физического и душевного движения».

Великая заслуга Авиценны состоит и в том, что он подсказал пути развития диагностики и семиотики, основанные на взаимосвязях симптомов болезни и ее течения, на связях между физиологическими и патологическими функциями, на связях расстройств отправления и морфологических проявлений болезненного процесса.

Им также рассматривались принципы медицинской этики и деонтологии:

«...Больной, который только встал с постели, себя напоминает еле-еле...

*Врач, помни, назначая что-нибудь, вдвойне к нему внимательнее будь...
Заботой щедрой окружи его, не говори плохого ничего.*

Входи с улыбкой доброю к нему.

Все назначай с особенным вниманьем, следи за организма состояньем.»

Завершенность и логичность выводов и умозаключений Авиценны — великого мыслителя, ученого, гуманиста — сделали его учителем для всех последующих поколений, в том числе для нашего. Сам он писал об этом так: *«...найдись из тысячи хоть один человек, кто изучит и поймет мои работы, я буду достаточно вознагражден за мои усилия...».*

Пальчинський В. О.

ПСИХОФІЛОСОФІЯ ЧАСУ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ ХНМУ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра філософії, Харків, Україна.**

Науковий керівник: асист. Насонова Л. І.

Не для кого не є таємницею, що у студентів медичного університету проблема вільного часу стоїть найбільш гостро. Під час навчання в медичному університеті кожен хоч раз зіткнувся з браком часу на сон, хобі, спілкування і т.д. В сфері людського життя, за твердженням психологів, є вісім основних компонентів: родина, відносини, здоров'я, фінанси, кар'єра, ріст і розвиток, духовність, відпочинок. Кожний з цих компонентів є необхідним для того, щоб людина могла відчувати себе щасливою і повноцінною, кожен компонент є однаково важливим для життя людини і досягнувши успіху лише в декількох сферах людина відчуватиме себе не повноцінною.

Проблемою молодих медиків є те, що ми не маємо змоги, або не вміємо розпоряджатися своїм часом так, щоб все встигнути. Тож я спробую зрозуміти, чому ж ми бажаючи зробити так багато не робимо нічого. Насправді, в медичному університеті дуже «щільний» розклад. Ми дуже часто чуємо від лекторів фразу: «Я хочу вам стільки дати, але часу дуже мало, тож давайте працювати в темпі». Об'єми інформації, яку ми повинні обробити за короткий проміжок часу іноді стає просто величезним, що в свою чергу призводить до проблем зі запам'ятовуванням. Прикладом може служити ситуація, коли студенту необхідно обробити приблизно 25-30

сторінок, що може зайняти від 1-2 годин до 3-3,5 в залежності від важкості матеріалу. Як відомо, людина за короткий проміжок часу може запам'ятати обмежену кількість інформації, а саме 7+2 за теорією Міллера [2]. За результатами дослідження Міллера, доходимо висновку, що людина може збільшити обсяг короткочасної пам'яті використовуючи прийоми мнемотехніки. Також цікавою виявляється гіпотеза Р. Конрада [1] про те, що короткочасна пам'ять спирається переважно на акустичний (вербальний) код для зберігання інформації та в меншій мірі на зоровий код. Ця гіпотеза певною мірою привертає увагу до значущості лекційного матеріалу в навчанні.

Тепер торкнемося проблеми не вміння розпоряджатися власним часом. Люди, а в особливості студенти, дуже погано контролюють свій час і те куди він уходить. Почуття часу є суб'єктивною одиницею і кожен відчуває його по-різному, одним здається, що час біжить наче скажений, а іншим, що час взагалі не рухається. З проблемою суб'єктивного сприйняття часу більш детально можна ознайомитись в сучасних дослідженнях з нейронаук [3]. Іноді в нас є достатньо часу і простору для того, щоб щось зробити і тоді ми думаємо: «Сьогодні в мене багато часу, я встигну все зробити ще й відпочити». Найчастіше ми ставимо перед собою декілька важливих задач і думаємо, що за день я все точно зроблю, бо в мене для цього є достатньо часу. Тож ми хапаємося за декілька задач і вже навіть починаємо їх робити. Спочатку все іде добре, ми займаємо однією з необхідних задач на протязі деякого часу. Але потім ми робимо не велику перерву і повільно, але впевнено зіткаємося з таким цікавим явищем як прокрастинація [4]. Прокрастинація (англ. *Procrastination*) – психологічний термін, що означає схильність людини відкладати неприємні рішення та справи на майбутнє. Ми починаємо відкладати почату справу на потім і беремось за другу і теж робимо перерву. В решті-решт ми не помічаємо, як час пройшов позв нас і ми так і не зробили нічого, що планували.

Підводячи підсумок, стає зрозумілим, що дефіцит часу в житті студента – медика є комбінацією з великих об'ємів інформації, які повинні бути вивчені, і не умінням робити все вчасно. Я можу порадити людям, як страждають від недостатності часу найбільше, скористатися методом тайм-менеджменту.

Попова Т. В.

ВИЧ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина.**

Научный руководитель: Гончаренко Л. А., к.ф.н., доцент.

За последние двадцать лет количество людей больных ВИЧ резко увеличилось. Согласно статистическим данным, ежедневно в Украине о положительном результате на ВИЧ узнает 51 человек, поэтому проблема этого заболевания в социуме очень актуальна. Люди, страдающие ВИЧ, очень уязвимы не только в физическом, но и в моральном плане. Однако

следует помнить, что ВИЧ – не приговор. Для защиты инфицированных, поддержки и борьбы с ВИЧ и СПИДом были созданы такие всемирные организации как «Врачи без границ», «ICASO», «Красный крест». Благодаря деятельности этих фондов продолжительность жизни болеющих ВИЧ и СПИДом увеличилась. Однако как социальная проблема она продолжает иметь место. Общество, по причине медицинской и профилактической безграмотности, пытается ограничить себя от любых контактов с ВИЧ-инфицированными, что наносит серьезную моральную травму больным. Это приводит к возникновению социального напряжения и конфликтов, которые в некоторых случаях, являются причиной суицида инфицированных. В своем стремлении ограничить себя от любого рода опасностей, эта проблема существует в сознании практически каждого человека. В данном случае, по мнению здоровых людей социальный барьер – это лучший способ решения проблемы. В свою очередь, ВИЧ-инфицированные, пытаются этому противодействовать. Вот почему для разрешения подобного рода конфликтов, создана первая международная социальная сеть для ВИЧ-инфицированных «Мир плюс», где люди знакомятся, свободно общаются и даже строят отношения. Помимо этого, сеть помогает найти работу, развивать хобби, организовывать встречи и мероприятия, а также предоставляет информацию о юридической и социальной защите ВИЧ-положительных граждан. Более того, Украина сотрудничает с Глобальным фондом по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Организация готова финансировать борьбу со СПИДом в Украине, что позволит до 2020 года значительно повысить результативность борьбы со СПИДом.

Таким образом, ВИЧ – это проблема, касающаяся каждого. Нельзя делить людей на ВИЧ-положительных и отрицательных. Все мы являемся одним целым и для инфицированных невозможно создать отдельное общество, исключая нежелательные контакты. Только общими усилиями можно победить дискриминацию больных в социуме.

Рыжова Д.В.

АБОРТ КАК ПРОБЛЕМА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ХАРАКТЕРА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.филос.н., доцент Гончаренко Л.А.

Проблема о праве женщины на аборт изучается давно. Особую актуальность она приобрела в условиях нынешней толерантности и провозглашения равенства полов. Проблема аборта неоднозначна, многогранна, а потому и требует междисциплинарного исследования.

Во-первых, аборт – медицинская проблема, которая решается между врачом и пациентом. В соответствии с действующим законодательством Украины, хирургический аборт проводится в аккредитованных учреждениях здравоохранения при беременности до 12 недель. На сроке беременности от 12 до 22 недель аборт осуществляется только при наличии определенных

показаний [3]. В СССР до 1954 года существовал государственный запрет на проведение абортів, и были распространены незаконные абортів. Часто такие операции приводили к бесплодию женщины или заканчивались смертью. Сегодня ВОЗ признает: «Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является одним из самых безопасных медицинских вмешательств» [1]. Во-вторых, существует социально-демографическая проблема. Неконтролируемый рост количества абортів может привести к снижению рождаемости и упадку нации. В странах, где абортів были под государственным запретом, возрастала материнская смертность и число детоубийств [2]. Современная демографическая ситуация в Украине нестабильна, а введение запретів на абортів, как свидетельствует исторический опыт, вероятнее всего, повлечет за собой еще большее снижение численности населения. В свою очередь, это отразится на «чистоте» украинского общества и приведет к его депопуляции, а также упадку нации. В-третьих, существует морально-этическая проблема, которая состоит в том, что запрет абортів нарушает фундаментальное право женщины распоряжаться своим телом. Кроме того, прежде, чем прийти к врачу, женщине необходимо сделать ответственный моральный выбор между жизнью и смертью будущего человека. В-четвертых, существует законодательная проблема. В любой стране существует законодательная база, регулирующая решение подобных споров. Но, несмотря на это, периодически в обществе возникают мнения о полном запрете абортів.

Вывод. Я считаю, что женщина должна иметь право на аборт. Я не утверждаю, что искусственное прерывание беременности – это хорошо, разумеется, аборт, — в какой-то степени, убийство. Однако часто жизненная ситуация может складываться таким образом, что женщина оказывается перед выбором между своим будущим и будущим своего ребенка. Для кого-то будет лучше решиться на аборт, чем сломать наличием ребёнка себе всю жизнь. Сама проблема аборта всегда будет оставаться открытой. На мой взгляд, многоплановость данной проблемы указывает на ее сложность и неоднозначный характер, так как при любом спектре вариантов решения данной проблемы от запрета до разрешения абортів, всегда найдутся как сторонники, так и противники принятого решения.

Савченко А. А.

ЧИ МАЄ ПРАВО ЛЮДИНА З ВАДАМИ ЗОРУ ТА СЛУХУ НА ЩАСЛИВЕ ЖИТТЯ?

**Харківський національний медичний університет,
кафедра філософії, Харків, Україна**

Науковий керівник: д. філос. н., проф. Карпенко К.І.

Щоб усвідомити важливість цієї теми, достатньо просто закрити очі та вуха і уявити, що в такому стані нам потрібно прожити все життя: не бачачи і не чуючи навколишній світ, людей, що нас оточують. На перший погляд, це

здається неможливим і занадто важким. Саме тому, хочеться підняти цю тему, щоб привернути увагу до проблеми: яке воно життя таких людей в повній тиші і темряві?

Згідно статистики, в Україні проживає понад 50 тисяч людей із вадами зору (з них понад 10 тисяч – діти) , та понад 100 тисяч – з вадами слуху. Життя людини, яка має вади зору або слуху, дуже складне. Ще гірше, якщо ці дві вади поєднались в одній людині [1]. На жаль, існує тенденція розглядати інвалідність як вирок: інвалідам не потрібно створювати умови для розвитку, активної суспільної діяльності, освіти. Їм треба дати пенсію (виходячи з можливостей нашої країни, досить невелику) та медичну допомогу.

Реалії сьогодення доводять: доля цих людей залежить, як від соціуму, так і від них самих. Так, діти, у яких втілили надію, здатні на все щоб довести, що вони можуть бути на рівні з іншими. Вони, в першу чергу, доводять собі, а потім й соціуму, що вони мають право на щасливе життя, вірних друзів та захоплення в житті. Провівши свої дослідження, я переконалася: дуже часто люди з фізичними вадами мають безмежну силу духу і, завдяки цьому, стають відомими вченими, поетами, композиторами, спортсменами. Мене вразили долі кількох людей.

Ольга Скороходова (1911-1982 рр). народилася в Херсонській області. У 8 років захворіла на менінгіт, втратила зір, потім — слух. Харківський професор Соколянський відтворив її мовлення; вона змогла закінчити середню школу у Харкові, згодом здобула вищу освіту. 1961 року стала кандидатом педагогічних наук. Написала три книги: «Як я сприймаю навколишній світ», «Як я уявляю навколишній світ», «Як я розумію навколишній світ».

Схожу біографію має Суворов Олександр Васильович. У 9-річному віці він втратив слух. У 1971 р. Олександр (на той час йому було 18 років) потрапляє до Москви в експериментальну групу лабораторії навчання і вивчення сліпоглухонімих дітей. Маючи надзвичайне прагнення до самовдосконалення та самореалізації, він досяг успіхів, захистив кандидатську дисертацію з психології. Найбільше мене вразила його творча діяльність: людина яка не чує і не бачить, досліджує таємниці навколишнього світу та людської психіки, пише книги.

У спортивній діяльності, незважаючи на повну сліпоту, спортсмени доводять всьому світу, що займатись спортом і отримувати призові місця їм під силу. Ось, деякі з них: М. Веракс (золота і дві бронзові медалі у плаванні), Р.Катишев (бронза в легкій атлетиці) Олександр Машенко (бронзова медаль у плаванні), В. Смирнов (срібла медаль у плаванні), О.Зубковська (золота медаль у легкій атлетиці) та ін. Ці перемоги далися їм зовсім не легко. *Для абсолютно сліпої людини кожен стрибок – це стрибок в нікуди. Він може обернутися серйозними фізичними травмами [2]. Для таких спортсменів надзвичайно важливим є підтримка та пильне спостереження тренерів.* Таким чином, є люди з обмеженими можливостями, проте – з безмежною силою духу. Суспільство в цілому і

кожен з нас, зокрема, повинен допомагати їм долати труднощі. Адже вони так само хочуть вчитися, відчувати радість від спілкування з друзями, милуватися природою.

Самченко К.В.

ФИЛОСОФИЯ И МИРОВОЗЗРЕНИЕ СТУДЕНТА-МЕДИКА

**Харківський національний медичний цнїверситет,
кафедра філософії, Харків, Україна.**

Науковий керівник: асист. Насонова Л. І.

Философия студента – медика отличается от философии студента любого другого ВУЗа. Эта философия формируется под действием внешних факторов и включает несколько составляющих.

Во-первых, отношение преподавателей медицинских учебных заведений, манеры изложения материала и опроса, параметры оценивания знаний, второе – необходимость освоить огромный объем сложного материала в короткие сроки и при этом стремится сохранить стипендию. Все эти составляющие влияют на формирование мировоззрения будущего врача.

Никто не будет спорить что медицинское образование одно из самых сложных, но и одно из самых престижных. Когда ты говоришь что-то учишься в меде, все думают, что ты сошел с ума, но в душе они завидуют и восхищаются. Ведь не каждый возьмет на себя ответственность посвятить жизнь этой тяжелой, но очень интересной науке, не каждый сможет выдержать все те испытания, с которыми сталкиваешься в студенческие годы. Медицина включает аспекты всех профессий. Врач – это настолько разносторонняя личность. Воплощение всех позитивных способностей и черт человека, ведь мы им доверяем наши жизни. В процессе обучения мы досконально учим свое тело, мы учим себя и понимаем насколько это невероятная конструкция, как все точно устроено, ни одна машина не сможет сравниться с системой, которой является человек. Изучая все аспекты, мы по-настоящему начинаем ценить жизнь.

В течении обучения у студентов постоянно возникают два противостояния: тяжесть в обучении, и жажда узнать и понять все тонкости будущей профессии. Не все могут преодолеть все испытания, думают, что просто не подходит профессия. Но те, кто доходит до конца, обладают властью, которой все так стараются достичь. То, что ты можешь контролировать жизнью, помогаешь ей зародиться, следишь за тем как все проходит и сопровождаешь в самый последний день.

Мировоззрение врача формируется в протяжении всего обучения. Нельзя сказать, что потом все закончиться. Врач-это такая специальность, что в протяжении всей карьеры познаешь что-то новое и совершенствуешь себя. Какие-то навыки достаются от коллег, а кое-какие уроки жизни дают сами пациенты.

Саранча Т. А.
ЭТИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л. А.

С развитием новых технологий молекулярных исследований темпы развития молекулярной генетики обрели стремительный характер. В частности, началось активное изучение генетического кода, что привело к разработке в 1990 году международной программы "Геном человека". В реализации грандиозной работы приняли участие 220 ученых из разных стран. Результатом такой работы стала расшифровка структуры генома в 2003 году, однако и сегодня дополнительный анализ участков ещё не закончен. Исследование генома привело не только к прогрессу науки, но и породило много этических и социальных проблем, что вызвало обоснованную тревогу общественности. Поэтому в настоящее время сохраняется насущная потребность в разработке международных этических норм, которые призваны регулировать искусственное вмешательство в геном человека. Принимая во внимание важность проблем исследования генома и возможного использования достижений генетики в негативных целях, следует обратить внимание на ряд факторов, способных нести скрытую угрозу человечеству.

Во-первых, в процессе исследования генома было предложено создать персональный конфиденциальный документ, «генетический паспорт», чтобы предотвратить угрозу утечки информации о пациентах. Сейчас нет достаточной законодательной базы, регулирующей работу банков данных ДНК, ввиду опережающего развития технологий. Я считаю, что люди не могут надеяться на безопасность своей частной жизни из-за незащищенности их ДНК, а потому необходима разработка современных законов.

Во-вторых, есть угроза восприятия людей как продуктов, как организованного набора молекул. Тем самым, действия людей будут расцениваться как генетически определенные, а не порожденные свободной волей. Например, убийца сможет аргументировать совершение преступления не личностными побуждениями, а генетическими особенностями, за которые его нельзя привлекать к ответственности.

В-третьих, данные, полученные в рамках проекта «Геном человека», могут быть использованы для создания стандартного генома человека. Если это произойдет, то какие отклонения от нормы общество будет считать приемлемыми? Кто и как будет устанавливать критерии и нормы? Вероятно, в приоритете здесь должны стоять этические и социальные нормы общества.

В-четвертых, исследования генома могут стать основанием для дискриминации отдельных индивидов с точки зрения их биологического превосходства, что представляет собой нарушение прав человека.

В-пятых, на основе полученных данных о геноме человека может быть создано новое биологическое оружие, которое сможет поражать организмы с

определённым генетическим кодом, включая определенные расы и нации. В этом случае соблюдение этических и социальных норм должно контролироваться международными организациями, например, ООН.

Таким образом, развитие генетики сформировало особую проблемную область биоэтики. Исследование генома все больше затрагивает интересы как отдельного человека, так и общества в целом, а этические и социальные проблемы становятся важным дискуссионным полем научной деятельности.

Сатіянець Д.Д.

СІМ'Я ТА КАР'ЄРА В ЖИТТІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра філософії, Харків, Україна**

Науковий керівник: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.О.

У багатьох людей сьогодні виникають питання: що важливіше – сім'я чи кар'єра, як їх поєднати, і взагалі чи можливо це зробити? Кожна людина постійно замислюється над цією проблемою, але ж думки людей з цього приводу дуже протилежні.

У ХХІ столітті у людства з'являються зовсім інші пріоритети, інші поняття як про сім'ю, так і про кар'єру, ніж було, скажімо, у минулого покоління. У лексиконі почали з'являтися все нові іноземні слова, які перевернули світогляд молодого покоління про кар'єру і сім'ю. Підлітки в школі, відповідаючи на питання вчителів: «Ким ви хочете стати?» відповідають: олігархами, нафтовими магнатами, топ-менеджерами та ін., тобто, обирають професії, які пов'язані з великим прибутком. На перший план виходить кар'єра, а поняття сім'ї відходить на другий план, але потім, не досягнувши бажаного в роботі, людина змінює думку на друге - на сім'ю, а тут її теж може очікувати невдача. Таким чином, можна отримати лише хронічну втому, вічну нервозність і, врешті-решт, розлучення та втрату сім'ї. Тому у всьому повинна бути міра.

Можна досягти ідилії, поєднуючи сім'ю і кар'єру, але це поєднання повинно бути гармонійним як «Інь» та «Янь». Тобто, дружина повинна підтримувати чоловіка, бути його радником і підтримкою, а, в свою чергу, чоловік не повинен забувати про інтереси жінки і надавати можливості для її самореалізації і не боятися можливого успіху або навіть переваги дружини. Адже кар'єра багато в чому залежить від благополуччя сім'ї, а саме – доброзичливої атмосфери між подружжям. Коли в будинку все чудово і у тебе гарний настрій, тоді з'являється ентузіазм та бажання працювати, заробляти гроші, щоб витратити їх на дорогих тобі людей. Одже, сім'я є невід'ємним елементом кар'єри, оскільки дуже складно досягти успіху самотужки, а рідні мають завжди допомагати, підказувати, а іноді – при необхідності, – і підштовхувати.

Таким чином, займаючись кар'єрою, не варто забувати про сім'ю, тому що ці поняття мають бути взаємопов'язані і не перешкоджати один одному. Іноді, побудувавши успішну кар'єру, людина не відчуває щастя, тому що не

має ладу в сім'ї. І найголовніше – потрібно дотримуватися гармонії і у всьому знати міру, як у відносинах в сім'ї, так і на роботі.

Семенець Д.С.

ПСИХОТЕРАПІЯ ЗА МІЛТОНОМ ЕРІКСОНОМ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник — доц. канд. філол. наук Калініченко О.В.

Мілтон Еріксон визнаний у всьому світі як видатний фахівець з гіпнозу і психотерапії. Серед психотерапевтів йому немає рівних, адже його творчий підхід неймовірно різноманітний.

Гіпноз – одна з найбільших загадок суспільства. Він постійно розбурхує людську думку, але не відкриває всі свої секрети повністю.

У методі Мілтона Еріксона була одна дивна особливість: як спосіб терапевтичного прийому він звертався до різних історій. Індивідуальне словесне спілкування з пацієнтом отримувало особливу ефективність завдяки його оповіданням про різні випадки з життя.

Є загальні моменти в роботі всіх психотерапевтів: 1. встановлення причини симптому; 2. досягнення успішного рапорту; 3. здійснення лікувально-терапевтичного плану. Використання історій можливе на будь-якій із цих стадій. Розказана до випадку історія допомагає уважному спостерігачеві встановити діагноз. Історія містить декілька компонентів. І спостережливий психотерапевт відразу помітить, на яку частину історії пацієнт реагує найвиразніше, хоча і мовчки. Усе це слугує інформацією для встановлення причини симптому. Лікар вважав, що найкращий результат досягається тоді, коли в поведінці людини переважає автоматизм, несвідоме, тобто коли свідомість не втручається. Він часто користувався методом непрямої дії на несвідоме. Пацієнт навіть не помічав, що на несвідомому рівні духовний контакт вже встановлений.

Мілтон Еріксон розробив комплексні підходи у використанні гіпнотичного методу для лікування різних розладів. Гіпнотерапія – це не лише лікування за допомогою гіпнозу, це будь-яка форма психотерапії, у рамках якої використовуються стани зміненої свідомості, що називаються гіпнотичним трансом. Під гіпнозом пацієнти часто повідомляють про сновидіння, про які мало що можуть згадати в звичайному стані свідомості.

Степанюк Е.И.

ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА – ДИАГНОЗ МЕГАПОЛИСА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина.

Научный руководитель: Гончаренко Л. А., к.ф.н., доцент.

Одиночество было известно человечеству еще на заре его зарождения, однако угрожающие масштабы оно приобрело с момента появления мегаполисов. Традиционно данную проблему рассматривают с двух точек

зрения. Первая, светская, где одиночество воспринималось как источник вдохновения, свободы, радости. Под светским одиночеством подразумевалось отстранение от людей с целью обретения свободы для творческих раздумий или в поиске музыки. Вторая, религиозная концепция, в соответствии с которой человек, всегда связанный с Богом, оставался, по существу, одиноким.

В эпоху романтизма общество начало проявлять интерес к одиночеству как социально-психологическому феномену, тем самым наращивая восприятие одиночества как междисциплинарного понятия. Парадокс, но в наше время в мегаполисах, в условиях высокой концентрации людей и повышенной коммуникации между ними, человек чувствует себя наиболее одиноким. Единой модели трактовки одиночества на сегодня нет.

Представители социологического подхода констатируют существование трех сил, которые ведут к усилению одиночества в современном мегаполисе: ослабление связей в семье; увеличение семейной мобильности; увеличение социальной мобильности.

Представители интеракционистской модели считают, что одиночество – это продукт совместного влияния фактора личности и фактора ситуации. Установлены два типа одиночества: эмоциональное (результат отсутствия привязанности: любовной или супружеской) и социальное (отсутствие значимых для индивида дружеских отношений или чувства общности).

Представители интимного подхода делают предположение, что индивид стремится к сохранению равновесия между желаемым и достигнутым уровнями социального контакта. Они полагают, что достижению индивидом различных реальных целей способствуют социальные отношения. Одиночество, с их точки зрения, наступает в том случае, если для доверительного общения межличностным отношениям индивида не хватает интимности.

Во всех этих представлениях одиночество вытекает исключительно из нарушения межличностного контакта. Анализ представленных моделей позволяет выделить причины, которые влияют на уровень одиночества в мегаполисах:

Во-первых, это ослабление связей в семье – с каждым годом всё больше людей предпочитают общение в сети обычному общению, что приводит к частому прекращению личностного контакта среди членов семьи.

Во-вторых, увеличение социальной мобильности – человек в большом городе, или группа людей, может легко менять место, занимаемое в социуме, перемещаясь между социальными слоями, или же в одном социальном слое.

В-третьих, доверительному общению в отношениях индивида не хватает интимности. Это связано с высоким уровнем конкуренции в больших городах. Человек не испытывает нормальной тесной привязанности.

Таким образом, данная проблема требует своего решения, так как одиночество является причиной развития различных психических заболеваний. Людям необходимо изменить поведение, отбросить

предубежденное отношение друг к другу, стать более открытыми к новым знакомствам и общению.

Сытник А.

ПОСМЕРТНОЕ ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ. ПРЕЗУМПЦИЯ НЕСОГЛАСИЯ ИЛИ СОГЛАСИЯ? ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО АНАЛИЗА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра философии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: ассист. Дейнека В.В.

Актуальной проблемой современной трансплантологии в Украине является морально-правовая коллизия, существующая в сфере распределения и солидаризации свободы и ответственности между участниками условного комплекса медицинских процедур, связанных с трансплантологией. Структурная модель может быть представлена взаимоотношениями между тремя условными участниками: «Реципиент», «Врач», «Донор». Правовая модель, устанавливающая так называемую презумпцию согласия на посмертное изъятие органов для последующей трансплантации, требует глубокого анализа не только в области формального права, но и в сфере моральной легитимации. Последняя может быть достигнута посредством консенсуса в принятии сторонами ответственности за потенциальные угрозы, а также, выявления форм реализации свободной воли каждого из участников данной социальной коммуникации. При этом, ни одна из сторон не должна быть лишена ни ответственности, ни свободы в своих действиях. Моделью для рассмотрения проблемы соотносительности свободы и ответственности могут служить художественно-философские концепции, представленные в работах Ф. Ницше, («Так говорил Заратустра» [2]) и Ф. Достоевского («Великий Инквизитор» [1]). Модель общественной коммуникации в сфере власти Достоевский описывает следующим образом: «Он хмурит седые густые брови свои, и взгляд его сверкает зловещим огнем. Он простирает перст свой и велит стражам взять его. И вот, такова его сила и до того уже приучен, покорен и трепетно послушен ему народ, что толпа немедленно раздвигается пред стражами, и те, среди гробового молчания, вдруг наступившего, налагают на него руки и уводят его. Толпа моментально, вся как один человек, склоняется головами до земли пред старцем-инквизитором, тот молча благословляет народ и проходит мимо» [1, 328].

Ницше рассматривает в своих работах, проблемы личной ответственности. В своей работе «Так говорил Заратустра» он говорит, что «Бог мертв», что в переносном смысле означает то, что человек должен прекратить полагаться на Бога, как на спасительный костыль, который сам все сделает за человека, накажет виновных и спасет невинных. На что Достоевский своей работой как бы отвечает Ницше, противопоставляет его надеждам суровую реальность, показывая, что никогда человечество не откажется от Бога, и если нужно будет, отдаст божественную власть первому встречному, кто будет готов воспользоваться ею и будет наказывать

виновних. І чем кровожаднее будуть его покарання, тем громче будуть восхвалять і боготворить его діяння люди. А свобода творить і мислити человеку нікогда не була нужна і нужна не буде.

Перенеся проблематику філософських робіт цих авторів на питання презумпції угоди можна зробити висновок, що прийняття якого б то ні було рішення стосовно даної проблеми неможливо без усвідомлення не тільки учасниками процесу, але і всім суспільством колективної відповідальності за той чи інший вибір і готовністю понести тягар відповідальності за его наслідки, а не шукати винних в разі невдачі, і лише коли дане стан суспільства буде досягнуто, лише тоді можлива адекватна реалізація даної норми. В протилежному ж разі, якщо презумпція угоди буде нав'язана ким-либ, то в наслідку суспільство втратить можливість нести відповідальність за реалізацію даної норми, а відповідно і втрачить право робити вибір, адже друге неможливо без першого. А без цих двох складових будь-який чоловік при першій же невдачі, яка досягне его особисто, захоче знайти того, хто несе відповідальність за его горе, і захоче правосуддя над відповідальним, і тоді всі благі починання будуть втрачені.

Тимошенко Д. В.

СТАРІННЯ І ПАМ'ЯТЬ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Нестеренко А. К.

Пам'ять – психологічний процес, основна функція якого полягає в закріпленні, збереженні та відтворенні минулого досвіду. Саме цей феномен турбує людство вже не одне тисячоліття. Адже немає єдиної думки про те, що впливає на це явище.

Передусім хочеться наголосити на тому, що сьогодні немає єдиного висновку про залежність віку людини та її мозкових процесів. З одного боку, старіння несе в собі руйнівні процеси й для пам'яті. Яскравим прикладом є хвороба Альцгеймера. З іншого боку, дослідження з нейробіології доводять, що згасання або порушення мозкової функції викликається інфекційними захворюваннями, вживанням наркотиків, алкоголізмом, мікроінфарктами, які в наш час трапляються і в молоді, та іншими захворюваннями.

Оскільки старіння буває природним та патологічним, то розумніше буде дотримуватися нейтралітету в цій дискусії. Статистично населення планети може дожити до похилого віку без значної втрати розумових здібностей. Саме через це не слід керуватися загальними стереотипами. Природне старіння необов'язково супроводжується когнітивними розладами.

Частина нейронів закладається ще при народженні, проте не слід забувати, що нейрогенез відбувається протягом усього життя. Це особливість нейропластичності організму людини. Отже, у процесі старіння не відбувається втрата значної кількості нейронів.

Слід погодитися з тим, що мозок людини потерпає зміни та дещо корегує розумові здатності. Та все ж вони настільки незначні, що в повсякденному житті не одразу помітні. З біологічної точки зору, вік впливає на провідність синапсів, а це напряду впливає на пам'ять. В'ялість нейронів зменшує їх рівень енергії, необхідний для консолідації або відтворення спогадів.

Зупинимосся на негативних змінах, до яких відносяться:

- зниження здібності переключатися на різні види діяльності;
- забування дат та подій;
- зниження робочої пам'яті (оперативної пам'яті);
- зниження швидкості обробки інформації;
- погіршення концентрації на якій-небудь діяльності;
- погіршення декларативної пам'яті та просторового мислення.

Навпаки, здатність впізнавати побачене раніше та процедурна (автоматична) пам'ять не втрачається. Пам'ять на дії, необхідні для виконання певної задачі, з віком лише покращуються. Отже, досвід може компенсувати певні негативні аспекти.

Що не змінюється з віком:

- сила волі;
- творчі здібності;
- загальна увага (майже не змінюється);
- раціональне мислення, здатність до оцінки, прийняття рішення та аргументації (лише покращується);
- процедурна пам'ять (залишається на місці);
- мовлення (покращується шляхом розширення словникового запасу).

Якщо ми дізнаємося, чому забуваємо, то отримаємо уявлення про слабкі місця людської пам'яті. Метапам'ять – знання про те, як функціонує наша пам'ять. Саме це слід розуміти людині, яка має бажання покращити свою пам'ять та попередити її погіршення.

Отже, забувати – не завжди погано. Було б важко запам'ятовувати всю роками отриману інформацію, а потім розшукувати її в сховищі нашого мозку. Саме тому існують спеціальні механізми, що відповідають за забування. Слід також зазначити, що втрата пам'яті та збої в ній трапляються в людей різних вікових категорій, як, втім, і запам'ятати нове можна в будь-якому віці.

Тодорюк Д.Г.

ЖИЗНЬ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПОНЯТИЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра философии, Харьков, Украина

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.А.

Что такое «жизнь»? Казалось бы – простой, но в то же время один из самых сложных вопросов, будоражащих человеческий разум. На первый взгляд, – ничего сложного в нем нет. Ведь каждый из нас, без затруднений,

сможет ответить на него. Но, задав его десятерым случайным людям, мы гарантировано получим несколько разных ответов. И при этом – они не будут противоречить друг другу, а среди них нельзя будет выделить объективно более правильный. Точность ответа на него будет определяться тем, с позиции какой науки мы его рассматриваем. В этом и заключается сложность трактовки понятия «жизнь». Исследование объективной составляющей понятия «жизнь» осуществляется естественными науками.

Во-первых, с точки зрения физики: жизнь – это высшая форма существования материи, формирующая систему, вектор развития которой противоположен по направлению к остальным, «неживым» объектам вселенной, и направлен на уменьшение собственной энтропии. Физики рассматривают жизнь как динамическую совокупность частиц, которая отличается от неживого мира сложностью и характером взаимодействий, а также способностью «противодействовать возрастанию энтропии, или другими словами – создавать порядок из хаотического теплового движения молекул».

Во-вторых, химия определяет принадлежность материи (молекул) к живому или неживому, согласно их функциям. В частности, французский ученый XVIII века А.Лавуазье определял жизнь как химическую реакцию.

В-третьих, с позиций биологии Ф. Энгельс дал понятию «жизнь» следующее определение: «Жизнь есть способ существования белковых тел, и этот способ существования состоит по своему существу в постоянном самообновлении химических составных частей этих тел». Более точное определение понятию жизнь дал русский ученый XX века М. В. Волькенштейн: «Живые тела, существующие на Земле, представляют собой открытые, саморегулирующиеся и самовоспроизводящиеся системы, построенные из биополимеров — белков и нуклеиновых кислот». Биология говорит о жизни, как о совокупности процессов, происходящих в сложной динамической структуре (клетке), позволяющий осуществлять обмен веществ и её деление. Как «наука о жизни», биология не просто дает определение этому понятию, но и определяет качества, которые отличают живое от неживого, разделяет ее на различные уровни организации и различные формы. Согласно официальному определению NASA, выработанному в 1994 году и применяющемуся в задачах поиска жизни во Вселенной, жизнь — «самоподдерживающаяся химическая система, способная к дарвиновской эволюции».

В-четвертых, философия описывает жизнь с помощью чувств, эмоций, ощущений, исследуя, таким образом, субъективную сторону понятия «жизнь». Философия также интегрирует трактовки этого понятия разными науками, одновременно расширяя его через понятия духа, мышления, сознания и познания. Философское исследование «жизни» осуществляется преимущественно в контексте человека или человечества, является ведущей биоэтической и медицинской проблемой.

Таким образом, сложность в трактовке понятия «жизнь» заключается в его междисциплинарности, или, другими словами, – невозможности

определить его с помощью одной, отдельно взятой дисциплины. Говоря иначе, для получения исчерпывающего ответа на вопрос: «Что такое жизнь?» – мы должны обратиться ко многим наукам. И лишь собрав воедино позиции физиков, химиков, биологов, философов и др., мы сможем получить целостное определение понятия «жизнь». В стремлении объединить научные достижения в познании понятия «жизнь», можно его определить как особую форму существования материи, характеризуемой целостностью и способностью к самоорганизации.

Цыпенко Т.Н.

ФИЛОСОФИЯ ЖЕНСКОГО БУНТА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
философии, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гончаренко Л.А.

Философия женского бунта как отдельная концепция сформировалась ещё в конце XVIII — начале XIX века. Отправной точкой формирования концепции стало широкое распространение мнения о том, что женщина занимает бесправное положение в обществе, в центре которого стоит мужчина. Изначально требования равноправия были выдвинуты женщинами во время войны за независимость в США (1775—1783). Первой американской сторонницей этого движения считают Абигейл Смит Адамс (1744—1818). Она вошла в историю женского бунта благодаря своей знаменитой фразе: «Мы не станем подчиняться законам, в принятии которых мы не участвовали, и власти, которая не представляет наших интересов». Первым международным соглашением, которое провозгласило равенство мужчин и женщин в качестве основополагающего права человека, стал Устав Организации Объединённых Наций (1945). В 1979 ООН приняла Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Эти исторические факты свидетельствуют о том, что женщины тысячелетиями испытывали угнетенное положение в обществе и лишь в XX веке добились равенства с мужчинами.

До 60-х годов XX века феминистское движение развивалось медленно, но, получив широкий резонанс, с каждым годом все больше привлекало интерес не только с позиции взаимодействия женщины и общества в социально-политической, но в морально-психологической сферах.

Философия женского бунта пытается найти способы решения целого ряда важных проблем:

- понять природу неравенства полов, акцентируя внимание на вопросах политики и власти;
- сосредоточить внимание на проблемах деторождения, противодействия домашнему насилию, финансово-экономического неравенства, сексуального преследования и дискриминации;
- изучить женщину как субъекта социума, а также проблемы, с которыми она сталкивается на протяжении своей жизни.

В настоящее время феминистки своей борьбой добились позитивных достижений, что, безусловно, имеет прогрессивное значение для развития общества. До сей поры общество жило по устоявшимся законам и полагало, что так будет всегда. Однако, именно благодаря равнодушному отношению к положению неравенства полов, женщины получили равные с мужчинами семейные права: возможность самостоятельно выбирать супруга (или отказаться от брака), обоюдно решать вопросы сохранения/расторжения брачных отношений, регулировать процесс деторождения, включая выбор противозачаточных средств и необходимость аборт.

Но главное, с моей точки зрения, заключается в том, что приверженцы философии женского бунта сумели оказать значительное влияние на осознание обществом проблем, связанных с признанием за женщинами прав, равных с мужчинами. Таким образом, можно констатировать, что признание равенства полов – это не столько формальный акт, сколько поворот в сознании как женщин, так и мужчин.

Шейко А. О.

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ЙОГО
ХАРАКТЕРНІ ПРОЯВИ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
української мови, основ психології та педагогіки,
м. Харків, Україна**

Науковий керівник – канд. філол. наук, доцент Фоміна Л. В.

Посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) називають тяжкий психічний стан, що виникає в результаті одиначної психотравмуючої ситуації чи низки таких подій. Причиною ПТСР може бути участь у бойових діях, загроза життю, фізична травма, сексуальне насилля, природна катастрофа тощо.

Ми можемо говорити про розвиток ПТСР, якщо після психологічної травми характерні симптоми спостерігаються протягом місяця й довше. Розглянемо, які ж саме симптоми вказують на наявність ПТСР. Необхідно зазначити, що такі симптоми по-різному виявляються залежно від віку людини та характеру психотравмуючих подій.

Так, у дітей наявні такі ознаки, викликані ПТСР:

1. Відмова від реальності.
2. Повторні переживання.
3. Підвищена збудливість.
4. Вікова регресія.
5. Нічні жахи.

Для жінки, що постраждала від насилля, характерними проявами ПТСР є:

1. «Стокгольмський синдром».
2. «Синдром жінки, яку б'ють».
3. Травматичні спогади.
4. Самотність жертви.

Для осіб, що отримали травму внаслідок військового конфлікту, терористичного акту чи інших проявів соціального екстремізму, маркерами ПТСР є:

1. Почуття провини «того, хто вижив».
2. Флешбеки.
3. Невмотивована агресія.
4. Підвищене та загострене почуття справедливості.
5. Стан відчуження та байдужості до родини.
6. Нічні жахи.
7. Постійне почуття страху та безпомічності.

Розглянута нами проблематика є особливо актуальною в світлі тих подій, які відбуваються в нашій країні сьогодні. Ми спостерігаємо ознаки ПТСР у всіх вікових категоріях серед внутрішньо переміщених осіб, виїзд з дому для яких був вимушеним, а також у хлопців, які брали участь у антитерористичній операції на Донбасі.

Головною метою психотерапії ПТСР є побудова нової когнітивної моделі, відновлення почуття самоцінності та власної гідності, навчання людини існувати у світі. Існує декілька напрямів, в контексті яких проводиться терапія:

1. Загальні стратегії.
2. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей.
3. Гештальт-терапія.
4. Когнітивно-поведінкова терапія.
5. Символ-драма.
6. Сімейна психотерапія.
7. Нейролінгвістичне програмування.
8. Тренінг з психофізіологічної та соціальної реабілітації учасників бойових дій.

Таким чином, питання ПТСР є важливим фактором для повноцінного функціонування суспільства в цілому та індивідів. Тому зазначені вище напрями терапії повинні знайти відображення у повсякденному житті.

Шимко В.В.

СОЦІАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ШЛЯХ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – доц., канд. філол. наук Калініченко О.В.

Розглядаючи сутність соціальної компетентності, багато дослідників визначають її як знання, уміння, навички, способи (моделі, шаблони, сценарії) поведінки в різних сферах соціального життя людини.

Соціальна компетентність являє собою сукупність конкретних якостей особистості, здібностей, соціальних знань і умінь, суб'єктивна готовність до самовизначення, що забезпечують інтеграцію людини в суспільстві за

допомогою продуктивного виконання ним різних соціальних ролей. Н. А. Рототаєва соціальну компетентність розглядає як загальне збірне поняття, яке свідчить про рівень соціалізації людини. У дослідженнях І. О. Зимньої зазначається, що всі компетентності соціальні (у широкому сенсі цього слова), «бо вони виробляються, формуються в соціумі, вони соціальні за своїм змістом, вони і з'являються, і функціонують в цьому соціумі».

Як інтегративна характеристика особистості соціальна компетенція має в певній мірі чітку структуру, наголошує Е. Галіна: *когнітивний компонент*, який пов'язаний з уявленнями про способи та правила соціальної взаємодії (зокрема, норми поведінки в суспільстві, норми спілкування); *мотиваційно-ціннісний компонент*, що включає ставлення до себе та іншої людини як вищої цінності; прояву доброти, турботи, милосердя; наявність мотивації досягнення у власній поведінці й у спільній груповій діяльності; *діяльнісний компонент*, що передбачає сформованість навичок самоорганізації, самоконтролю, навичок конструктивної неконфліктної взаємодії, а також вибір адекватних ситуацій і способів спілкування та поведінки.

Завдання формування та визначення рівня сформованості соціальної компетентності призводить до необхідності змін в організації освітнього процесу. Однією з основних організаційно-педагогічних умов формування соціальної компетентності особистості є організація доцільного виховного середовища, спрямованого на формування соціальної компетентності.

Ефективною умовою формування соціальної компетентності виступає освітньо-виховний потенціал змісту навчальних предметів, що є основою формування соціальної компетентності.

У зв'язку із цим виникає об'єктивна потреба аналізу й теоретичного осмислення феномену соціальної компетентності та її складових, вікових особливостей соціальної компетентності особистості, освітньо-виховного потенціалу навчальних матеріалів, спрямованих на формування визначених показників соціальної компетентності на заняттях.

Методика формування соціальної компетентності являє собою сукупність методів, прийомів і форм організації процесу розвитку інтегрованої характеристики особистості, якостей, здібностей, соціальних знань і вмінь, переживань, емоційно-ціннісних орієнтацій і переконань, які вможливають активну взаємодію людини із соціумом, налагоджування контактів з різноманітними групами та індивідами, а також участь у соціально значущих проектах, продуктивне виконання різних соціальних ролей.

Отже, однією з найважливіших складових компетентнісного підходу в освіті повинна стати робота з формування соціальної компетентності як активного прояву процесу соціалізації, з використанням спеціально підібраних форм навчально-виховного процесу та врахуванням соціально-педагогічного потенціалу навчальних предметів.

МОВА. КУЛЬТУРА. СОЦІУМ

A.S. Tchernega

HOW MODERN SCIENCE AMAZES

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Scientific adviser: T.O. Zhdanova

Today the importance of medicine in social life cannot be overestimated. It is by human nature that organism should be sometimes maintained and emerging failures should be corrected immediately. The development of medicine is determined by the development of society in the whole. That is why modern medicine cannot be compared with the one 40-50 years ago or with the 19th century medicine or medicine of the Middle Ages. In the opinion of scientists, mankind is at the highest stage of development in the field of medical discoveries. The things that seemed impossible a few years ago, get the actual embodiment now.

For example, few people know that at the present time there is an active preparation to perform the first successful human head transplantation. The Italian neurosurgeon Sergio Kanavero and his colleague, Chinese surgeon Xiaoping Ren developed a special project for the operation which is called Gemini Heaven.

A Russian programmer Valery Spiridonov agreed to an unprecedented operation lasting 36 hours. The man suffers from Werding-Hoffmann syndrome, severe genetic disorder that gradually immobilizes a person, and will inevitably lead to death. In fact, this operation is the only chance to live his life at the fullest potential.

At a press-conference in Glasgow Sergio Kanavero demonstrated for the first time a special diamond scalpel, that will enable to carry out the first human head transplantation. Professor Farid Amirush (bioengineer at the University of Illinois in Chicago) created the most keen surgical knife in the world. It will enable to separate the spinal cord from the brain thoroughly and with minimal damage to the nerve fibers. Besides, Sergio Kanavero told journalists about a special virtual reality system developed by Inventum Bioengineering Technologies. It is necessary to help patients to go through special psychological training, preparing the person to live in a new body. Moreover, work with the patient by means of virtual reality will be performed both before and after surgery.

The Chinese surgeon carried out experiments with mice, working over the process of saving brain vitality at the same time. As Xiaoping Rensays, after the separation of the head from the body, the head will be cooled down to 29-33 degrees. It should contribute to slowing of metabolism and prolongation of life of neurons. Without oxygen and nutrients supply to the human, brain can survive only seven minutes. It is needed about half an hour to attach the head to the new body. During this time, physicians hope to protect the brain from destruction by cooling it and with the help of special blood substitute. This substance is perftoran. It was developed at the Institute of Theoretical and Experimental Biophysics. Muscles

and blood vessels will be sewn and the end of the spinal cord will be “glued together” with the help of polietilenglicol.

The body of a donor with a fixed brain death and no serious diseases will be used for the transplantation. After surgery the patient will be put into induced coma for four weeks, so that he does not move until the head grows together with the body.

The operation is scheduled for December 2017. Now we are only to monitor the progress of preparation for surgery the successful conduct of which could be a real break through in the field of medicine.

Modern science, technological progress, pharmacological research and nanotechnology-related achievements are just tools that make the human existence feasible. While a lot of things are still to be learnt we can now state that the power of medicine is almost boundless.

Ryzhova D.V.

**PARAVASAL PLEXUS OF THE SUPERFICIAL TEMPORAL
ARTERY AND THE FACIAL ARTERY OF THE HUMAN**

**Kharkov National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkov, Ukraine**

**Supervisor : Candidate of Pedagogical Sciences, associate professor
Kuznetsova I.V.**

Nervous system of vessels has attracted the attention of many clinicians for a long time. At the present time, accurate data on the structural organization of nerve artery adventitial plexus also have a great theoretical value, for better understanding the nerve supply of each organ.

It was a task to clarify the source of the nerve supply of the superficial temporal and facial arteries, and to get morphological information about the structural organization of the nerves, their adventitial plexus. It was found that the main sources of innervation of the superficial temporal and facial arteries are branches of the superior cervical ganglion of the sympathetic trunk and branches of the facial, chin and infraorbital nerves.

The study of macro and microscopic histological preparations of neurovascular complexes of the superficial temporal and facial arteries showed that macro-microscopic and microscopic nerve trunks form their adventitial plexus. In this case, the amount of the myelinated nerve fibers is variable from one individual to another. The adventitial plexus of superficial temporal artery is larger than the facial artery. The difference's found in newborns. On the superficial temporal artery, the proximal part of the adventitial plexus has from 3 to 8 nerves in newborns and from 7 to 15 nerves in adulthood. Adventitial facial artery plexus is respectively as follows: neonatal - from 2 to 5 and in adulthood - from 5 to 12. In adulthood adventitial plexus of both arteries occurs in approximately twice as many nerves than in newborns. In their qualitative composition plexus nerves and arteries are similar.

Both arteries of newborns consist only of thin diameter fibers. In adulthood thin myelinated fibers are present in a significant amount. Myelin fiber average

diameter at this age is 8%, and fat - 5%. By total number of myelinated fibers were also more saturated adventitial plexus nerves of superficial temporal arteries. Newborn's nerves plexus of the superficial temporal artery contains between 6 to 12 myelinated fibers, and in the mature - from 44 to 68 myelinated fibers. The adventitial nerves plexus for facial artery are respectively as follows: neonatal - from 4 to 10, and in adulthood - from 27 to 46 myelinated fibers.

Accordingly, the main sources of the nerve supply of the superficial temporal and facial arteries are superior cervical sympathetic trunk node, facial, trigeminal, glossopharyngeal nerves and vagus nerves. The nerve plexus in the adventitia of superficial temporal and facial arteries are formed as a macro-microscopic and microscopic nerves diameter less than 70 microns. Quantitative and qualitative indicators of myelin structure of adventitial nerve plexus of superficial temporal and facial arteries vary with age and depend on the diameter of the vessels.

D.S.Vereshchahin

FEAR TOWARDS DENTISTS WILL BE IN THE PAST

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Scientific adviser: T.O. Zhdanova

Very soon millions of people all over the world will be able to forget about the fear they have before going to the dentist. Scientists have achieved definite success in caries treatment using stem cells. The dental drill which is the main source of fear can disappear from dentist's offices. Some researches showed, however just on animals, that procedures with stem cells allow to grow new dental tissue which is called pulp. Using stem cells in medicine for the purpose of growing specific tissues is wide-spread. Regenerative medicine is one of the most quickly developing fields of medical science. Dentists also try to find application for stem cells.

In the USA a lot of children by the age of 15 have at least one cavity in teeth and a quarter of Americans of 65 years old has lost teeth because of caries. In 2010 citizens of the USA spent an impressive amount of 108 bln. dollars on treatment of teeth.

Cariou develops on teeth when bacteria and infections turn to be stronger than natural regeneration process and infections destroy soft tissues inside the teeth. Scientists from many countries try to make stem cells to turn into pulp. The researchers are still at the initial stage of the development of this process, but in the case of success it will allow to shorten considerably the time of drilling of teeth or even to refuse from drilling and sealants.

The difficulty in caries treatment is in removal of damaged tissue, disinfection and restoration is not always an irresistible barrier for new infections. It is not easy to define infection distribution in a dead tooth. Meantime it can cover neighboring teeth. Nowadays scientists try to grow new teeth with the help of stem cells which can replace both hard and soft tissues. However the aim of most researches is to restore the damaged pulp with the help of stem cells. One of the

most promising methods that develop American scientists is restoration of the pulp with the help of protein hydrogel. This jelly-like substance is injected into teeth and cells of the pulp, blood vessels and nerves grown on these teeth. This method will soon be tested on dogs. The scientists hope that in 2 or 3 years it will be tested on people. If this method is successful, in five years it will be applied universally.

Another method is to remove the pulp from a tooth and to take stem cells from it. After that it's necessary to transplant stem cells together with molecules facilitating their growth back to the tooth.

Another important direction in researches is to understand how cells get signals that it's necessary to restore the pulp.

When bacteria destroy dentin, mineralized layer of the tooth, it produces molecules stimulating regeneration of new tooth cells. Several chemical substances which transport such signals were uncovered in the University of Birmingham. Nowadays English scientists work on practical application of these substances for teeth reparation.

Kolesnikov I.R.

THE MECHANISM OF KILLING BY ANTHRAX

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Scientific advisor: Zhdanova T.O.

The scientists have created three-dimensional map of anthrax exotoxin that shows toxin's way to the cells and mechanism that makes cells die. This substance works like assembly line and lets toxic ferments flow continuously through cell membranes.

The causative agent of this disease is bacillus that secretes a toxin. "Anthrax toxin" consists of 3 dissoluble proteins. These proteins are LF (lethal factor), EF (edema factor) and PA (protecting antigen). Ferments are linked and they get into the cells of infected organism through the endosomes. Seven or eight PA create a pore in the endosome releasing LF and EF to the cytoplasm. LF and EF have to unfold their structure for better pore penetration.

Scientists used cryo-electron microscopy that lets them see 3-D map of LF and PA before the start of translocation process through the pore.

The results showed that each molecule of LF is not only linked to the PA, but also connected with its neighbor in the clockwise direction.

Scientists believe that interaction between LF is kept by toxins that prevent their premature unfolding. When the first molecule of LF comes to the pore, its neighbor molecule follows it, and the other proteins take place in pores, which leads to a continuous flow of matter through it.

The newest theory suggests that spores spontaneously sprout in the lungs and create anthrax toxin, allowing them to penetrate into tissues and reach the regional lymphatic system. When spores reach the lymph nodes, they start to secrete toxins for killing immune cells (neutrophils and monocytes). This provides a sufficient amount of time for spores to grow massively and invade vascular system. It causes death of an organism via total destruction of vessels and organs.

Bondar J. V., Bogun M. V.
TRANSPLANTOLOGY OF BONE MARROW STEM CELLS
Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine

Nowadays transplantation plays a significant role in the treatment of various pathologies. One of the most progressive types of it is transplantation of bone marrow.

History of bone marrow transplantation originates from the last decade of the 19th century. D. Brown-Sequard, A. d'Arsonval, M. Fraser, E. Billings and E. Hamilton are considered to be the founders of this phenomenon. They used extract of animal bone marrow in order to treat various types of anemia which had positive effect. However, this technique hasn't been actively used or even recognized until 1939. The first transplant surgery was made by U. Thomas in the middle of the last century and it was the first step to the universal recognition and further development of this branch of transplantology.

Bone marrow is a specific substance which produces blood cells of different types. It is located in the sternum, skull bones, pelvis, ribs and spine.

During the transplantation of bone marrow abnormal bone marrow of a patient is destroyed with radiation and instead of it a healthy one is injected into the bloodstream. In case of successful outcome the transplanted bone marrow migrates to the cavities of large bones, settles down and begins to produce normal blood cells. In most cases bone marrow is taken from the pelvic region.

Depending on the acceptor of bone marrow there are allogenic and autologous ones. Allogenic is a person who accepts someone else's hematopoietic stem cells. Autologous is a donor and a recipient concurrently. This is one from whom these hematopoietic stem cells are removed and to whom they are transplanted again but after some period of time. It is possible if remission takes place or when the condition requiring treatment doesn't affect bone marrow.

The result of transplantation depends on age, physical condition and stage of the disease. All this is taken into account when the decision about transplantation is made for a patient.

Transplantation of bone marrow is used to treat rather complex diseases, such as some forms of cancer, for example leukemia, lymphoma, breast or ovarian cancer. Thus in 2007, American citizen Timothy Brown recovered not only from leukemia but also from AIDS due to such surgery. This fact confirms that this branch of medicine has great prospects and in some years may help us to get rid of the most severe diseases on our planet such as cancer, AIDS and HIV.

Korobka A.P., Bogun M.V.
AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION OF THE RETINA
Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine

Eye is one of the most important organs of human perception. With its help we receive more than 70% of information about the world around us. But over time

a person's vision deteriorates. The reason for this is the degradation of the structures of the eye as a result of aging of our body.

One of the causes of vision loss in old age is a disease called age-related macular degeneration. It is a destruction of the photoreceptors of the retina (i.e., cones), the result of degenerative changes in the macula, what means gradual loss of central vision.

There are two forms of this disease: wet (exudative) and dry (not exudative, respectively). The most common form is dry. It affects more than 90% of all patients with macular dystrophy. This form is characterized by the accumulation of waste products of retinal cells between retina and its vascular layer as a result of improper functioning of the system of venous capillaries. The wet form is less common and is much more dangerous for the patient. New vessels having uncharacteristic structure are growing under the retina, in consequence of what their walls are destroyed and the blood comes out. In the wet form of age-related macular degeneration, the patient rapidly loses his eyesight, and if it is not treated immediately, it may end tragically for him.

The development of this disease occurs due to atherosclerotic changes in the vascular layer of the retina. As a result, the macular area of the retina (yellow spot), gets enough nutrients and begins to deteriorate. The level of macular pigmentation is also of great importance in the development of retinal dystrophy. Macular pigment is the only antioxidant in the retina, moreover, it limits blue color which gets on to retina and has a phototoxic effect.

Color and central vision are primarily affected during age-related macular degeneration, in consequence of what the first symptoms are blurred vision and decreased visual acuity. As a result, there are difficulties in writing, working with computer, reading, etc. Nevertheless, the patient still can guide himself and may cope with most everyday tasks, because peripheral vision is not subject to degradation. The patient may get necessary bright light when reading, writing and working.

The main risk group for this disease are people older than 50 years, and with increasing age the risk of this disease increases in direct proportion. Women, as a consequence of unknown reasons, are more likely to get this disease. The ratio of affected women to men is approximately 3:1.

For the prevention and treatment of early-stage age-related macular degeneration it is very important to have healthy diet, reduce consumption of food with high content of cholesterol but consume vitamins C, E, antioxidants.

The treatment of age-related macular degeneration of the retina is very difficult, and patients often visit a doctor at later stages of the disease. However, with timely medical treatment the disease can be fought successfully by pharmacologic and mechanical means.

Ryabukha M.Y., Bogun M.V.
MICROSURGERY AS A NEW STEP IN THE DEVELOPMENT OF
MODERN MEDICINE

Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine

In the course of the evolution the humanity struggled for survival with diseases, relying on sorcery, witchcraft and medicine. The development of medicine has allowed to overcome many human diseases, but there was a number of serious diseases found, which were very difficult to treat. The desire to learn how to treat them efficiently and quickly has led to the emergence of a new branch of surgery that deals with microstructures of the body not visible to the naked eye. This science was called microsurgery.

Microsurgery is a new step in the development of modern medicine. With the help of it you can treat earlier incurable diseases and difficult continued operations are carried out much faster and more efficiently. For example, amputated limbs can be put in place maintaining their functionality, pathological defects in blood vessels and nerves may be eliminated. The practical tasks, which previously baffled doctors around the world are now solved in a short time in the operating room by microsurgeons. Additional convenience of this technique of treatment is that a patient does not spend a single day in the hospital, because the damage during such operation is minimal and a patient comes only to visit his doctor.

For successful application of microsurgical techniques, the doctors need new special tools, which are very small: tiny video camera for microscope, micro-tools, special suture material etc.

Modern microscopes provide a high-quality image of a surgical field and the degree of optical magnification is changed automatically. Many plug-in modules make microscope indispensable for any microsurgical operations and allow you to make high quality video recording.

Surgical instruments may also have a different functionality. It may be different types of scalpels (micro-scalpels, diamond scalpels), microsurgical scissors, tweezers to hold the tissue and tying threads, hooks, retractors, micro stands for needles and blades.

A special suture material for incision stitching is used: a suture of 16 – 25 microns, a special atraumatic needle with the thickness not exceeding 130 micrometers. For stitching of small vessels plating suture is used, the tip of which is covered with the metal forming the needle.

A wide variety of microsurgical instruments allows physicians to perform complex operations to restore blood vessels and nerves.

Of course, the mentioned above application of microsurgery does not show its all potential. Microsurgery works not only with the diseases of vessels, nerves, but with transplantation, plastic surgery, removal of tumors. Microsurgery is widely used in gynecology for the treatment of infertility, scar removal, cysts; in otolaryngology – for prosthesis of ossicles, treatment of otosclerosis, correction of

the external auditory meatus; in ophthalmology – for plastic surgery on the iris and ciliary body; in urology and neurology.

In consideration of the foregoing premises we may conclude that microsurgery takes a stronger position in medicine and extends its influence for almost all its fields. However, in practice microsurgery is not at the end of its resource for development, what makes it one of the most important and promising branches of medicine of the third millennium.

Tsimokh I., Bogun M.V.

COMPLEX GENETIC DISORDERS

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Introduction. The problem of studying of genetic mechanisms of predisposition to diseases, inheritance of which does not fall under the Mendel's rules and depend on the significant number of genes with additive effect (genetic component) and on the environmental factors (environmental component) is one of the least examined.

The actuality of the solution for this problem lies in the fact that on the modern stage multifactor diseases make 94% of all human diseases.

The aim of our research is to determine the influence of the environmental factors and genetic predisposition on diabetes mellitus development.

Material and methods. The research method is data collection from the controlled group of 46 persons, among which were sick and healthy people of different ages. Data collection took several days.

The group under research consisted of mono- and dizygotic twins, 19 persons with genetic predisposition and influence of internal and external factors, 15 – with the influence of the factors but without genetic predisposition, 8 – with predisposition but without any influence of the factors.

Outcomes. The research has shown that the disease was manifested by the influence of various factors on people who had no genetic predisposition. But observing certain rules the group with a genetic predisposition has avoided the disease.

Conclusions. On the basis of the data, collected from this group the following conclusions were made:

- 1) the higher is susceptibility, the higher level of environmental factors is, because relatives have one and the same habitat;
- 2) risk for the relatives of proband depends on the relation degree: disease frequency decreases relatively the decrease of the relation degree;
- 3) internal factors (low-activity mode of life, improper feeding, susceptibility to overeating and obesity, intensity of pancreas function, taking medicines that influence on the carbohydrate metabolism: caffeine, adrenalin etc., previous infectious diseases: smallpox, German measles etc.) significantly intensify activity of genes with the additive effect;

- 4) availability of unfavorable external environmental factors (stresses, constantly changeable environmental conditions, professional load etc.) strongly influence in case of presence of genetic predisposition;
- 5) the disease was revealed in 5.2% of persons without genetic predisposition but with the influence of various factors;
- 6) concordance in monozygotic twins is manifested more than in dizygotic twins;
- 7) the higher the degree of severity in the relatives of proband, the more severe the disease appears;
- 8) under similar external factors the type II diabetes appears more quickly.

Determination of the influence of various factors on the development of multifactor disease is important for modern medicine to provide early and rational disease treatment and prophylaxis.

Yurieva Y., Bogun M.V.
INFLUENCE OF NICKEL INDUSTRY ON ETIOLOGY OF
GASTRIC CANCER

Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine

Gastric cancer is one of the most common and dangerous malignant tumors. It has impressive speed of tumor development and metastasis. Generally, stomach cancer is the fifth leading cause of cancer and the third leading cause of death from cancer diseases making up to 7% of cases and 9% of lethal outcomes. In 2012 950,000 people were made such diagnosis with subsequent 723,000 deaths. This disease may be caused by many factors: infection, smokes, dieting, genetics. But there is one reason which was interesting for us more than others. It is work with harmful materials. As an example we want to show mechanism and statistics of influence of work at factories which deal with nickel. Nickel is the basis of most super alloy heat-resistant materials used in the aerospace industry for power plants components. It is used for chemical and radiation technologies, production of batteries, medicine, music industry and in the coin industry.

Human organism is very sensitive to contact with heavy metals. And nickel is one of the most dangerous ones. In history we can see that even some cashiers had allergic reactions due to the contact with nickel coins. Even injection needles may be the cause of allergy. Nickel which is breathed in or introduced through the digestive tract is evenly and fast deposited in the lungs and digestive tract tissues. After that salts and the highly dispersed metal absorb from digestive tract to blood and develop a specific complex with plasma proteins called nickeloplasmin. It inhibits aminopyridine demethylase, cytochrom-450, tryptophan pyrrolase, benziopiren hydrolase. Nickel decreases synthesis of RNA which may be caused by the suppression of RNA polymerase in the nucleus. Influence of this metal on ferments induction is caused by its carcinogenic effect. From human organism nickel eliminates through the digestive tract and kidneys. The problem is that

nickel particles may accumulate in gastric tissues and cause changes in cells, dystrophy and eventually atypia (malignancy).

Stomach cancer is the second in the statistics of diseases of people who work with nickel. The following people were mostly exposed to gastric cancer: who had work experience of 10-14 years; who worked with pyrometallurgical process in roasting and recreation manufactures, where the concentration of nickel dust was about $10\text{-}10^2$ mg/m. This dust contains 70% of sulfides NiO or Ni. Also the aerosols of NiCl_2 and NiSO_4 are very dangerous. Normal concentration of nickel in blood is 0.5 mg/m^3 . People, who work at the manufactures which deal with nickel, have 1 mg/m^3 , that is its double value. Lethal concentration of nickel in the air is $0.021\text{-}0.028\text{ mg/l}$.

Symptoms of nickel poisoning: weakness, headache, dizziness, dyspnea, coughing, cyanosis, dermatitis. There also may be convulsions, delirium.

For prophylactics the manufactures which deal with nickel should strictly control the level of metal particles in the air, protect their workers by providing them with respiratory masks, protective clothing, equipment and regular medical examinations.

Nevkhoroshev E.O., Bogun M.V.
NIEMANN-PICK DISEASE

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Among the hereditary metabolic diseases lysosomal storage diseases take the specific position. They develop as a result of disturbances of the structure, function, transport of lysosomal enzymes etc. Today we know about 40 lysosomal storage diseases, which are characterized by an early manifestation, rapid development of irreversible damage to organs and organ systems, leading to disability and death. Among lysosomal diseases mucopolysaccharidoses are the most familiar to pediatricians. There are 4 disease types: classic infantile or neurological form (type A), visceral, form without neurological signs (type B), sub-acute or juvenile form (type C) and new Scottish variant (type D).

Etiology of NP disease. The disease is a genetic defect of chromosome 11 (types A and B), particular in the gene of sphingomyelin phosphodiesterase 1 (SMPD1). This gene encodes an acidic sphingomyelinase. It would be useful to mention that the NPD's disease represents an autosomal recessive inheritance pattern, and the specific weight of type A is about 70-80% of all cases. Therefore, in this work, we will focus specifically on this type of disease.

Type A is the most unfavorable form for the life prognosis. Manifestation of the disease appears mainly in the early age of 4 to 6 months. The first thing that attracts attention is baby lethargy, feeding difficulties, unreasonable temperature rise. The stomach increases gradually due to the spleno- and hepatomegaly, ascites and jaundice develop. Extremities look very thin in comparison to the enlarged abdomen. Prominent symptom is a regression of acquired skills, reduction of interest for the outer world, difficulties in holding objects, confined contact with parents. Children stop to hold their heads, sit and turn over themselves. In the

terminal stages of the disease bulbar disturbances are observed, lack of hearing and vision, absence of tendon reflexes, spasticity and so on. On examination of the fundus, about half the cases, the specific symptom of "cherry stone" is determined – a dark red spot on the retina. There may be lenticular opacity of cornea and appearance of brown lens color. Light microscopy reveals a large number of cells with lipid inclusions, particularly a large number of them is in the liver and spleen. Obviously histobiochemical studies ascertain the accumulation of sphingomyelin and unesterified cholesterol. In the analysis of blood moderate anemia and thrombocytopenia are observed. We would like to dwell on the main symptoms which indicate exactly Niemann-Pick disease (as many metabolic diseases may have similar symptoms, such as "Hurler-like syndrome", which is also characteristic for the majority of mucopolysaccharidoses): manifestation of the main symptoms of the disease in the first year of life; progression of the clinical course; rough facial features; stiffness of joints; hepato- and splenomegaly; anemia and thrombocytopenia; cherry-red spot; reduction of sphingomyelinase activity ; frothy liver cells.

Thus, at present there is a possibility of biochemical and molecular genetic diagnosis of NPD disease type A in the postnatal and antenatal periods. Particular attention should be paid to the severity of the disease and its early fatal similarity to other diseases of accumulation, the difficulties of differential diagnosis. As already mentioned, unfortunately, there is no effective treatment. The therapy is aimed at symptom control and relief of the patient's condition. Gene therapy attempts are made only to animals and have positive results. The prognosis is unfavourable.

Ositashvili K. D., Bogun M. V.
METHODS OF EUTHANASIA

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Euthanasia is also known as an assisted suicide or mercy killing. The doctor takes certain measures to alleviate the suffering of the hopelessly ill. As a rule, people resort to euthanasia to alleviate their suffering. This term was introduced by F. Bacon. He believed that "the duty of the physician is not only to save life but to relieve suffering, even when there is no hope".

There are two types of euthanasia. Passive euthanasia is an intentional termination of treatment. Active one means the introduction of drugs or other actions that will provide a patient with quick and painless death.

Early euthanasia was common in most European countries and enjoyed great popularity, however, the Hippocratic oath contains a prohibition on assistance in the departure from life.

In most countries euthanasia is strictly prohibited and punishable by law as a murder. But in some states it is believed that a patient has freedom of will, especially if he is terminally ill. No one wants to spend his last minutes with horrible pain.

In 2002 the Netherlands became the first country where euthanasia became legal. In April 2002 "Law on the termination of life on request and assistance with suicide" was signed. In accordance with the requirements, a patient must be terminally ill, suffer from terrible pain and have no chance to recover.

Euthanasia is legalized in some countries, such as Scotland, Belgium, Canada, Luxembourg, the Netherlands and some US states. In these countries people believe that it is better to go easy than slowly and painfully die.

The problem of euthanasia is one of the biggest problems of bioethics. Legal, religious and moral aspects become stumbling blocks. The main argument "pro" is a departure from suffering. The main argument "contra" is a murder or suicide.

There are many films which highlight the problem of euthanasia. For example, "The Sea Inside" (2004), "You don't know Jack?" (2010), "How to die in Oregon" (2011), "Surprise" (2015), Lobster (2015), "Me before you" (2016).

It is impossible to say euthanasia is good or bad, and whether or not to legalize it. Each person has his own opinion. Each is a master of his fate. We believe that it should allow everyone to make a choice. We have only one life!

Kalashnikov D.I., Bogun M. V.

MEDICINE OF THE NEXT CENTURY

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

In this work I would like to represent our vision of the future of medicine, based on the modern scientific developments and research of progressive physicians. Nowadays many researches fight against cancer and AIDS. The main achievement at the moment is successful treatment of HIV (it is modern anti-retrovirus therapy which allows sick people to live with the disease for many years, but it is only a supportive therapy; there is no medicine which would eradicate the disease once and for all. The reason for that is incredibly fast mutation of the virus which manages to adapt to any drug). But what can we expect in the future? Well, let's strain our imagination, recall science-fiction films of the nineties and try to imagine technologies that someday may become so common as a pen for us.

Bacteria symbiotes and nanorobots. Creation of these entities will be promoted by the development of genetic engineering. Symbiotes will live in a human body and if necessary develop and emit the necessary hormones, anesthetizing drugs, antibiotics and others in the host's blood. Alternative to live bacteria are nanorobots. These tiny devices, having lodged in blood of a man, will destroy cancer cells, clear vessels, heal injuries and in general "repair" our organism.

Cloning and organ transplantation. And this forecast, probably, could already become a reality if not state bans. Nevertheless, futurologists hope that development of cloning technologies after all will allow to grow up "reserve" bodies and lost tissues.

Implantation of a sensor. Another foreign body in a human being may become a telemetry sensor which will constantly control the state of health of the owner and in proper time give signals in case of problems to the nearest hospital.

Life expectancy. According to the modern scientists, average life expectancy of a man will exceed 130 -150 years. It will be promoted by the improvement of food quality, life standards and also medical technologies.

AIDS, Diabetum and Altsgemer's disease medicine. Despite pessimistic forecasts of very many experts considering that the medicine "from AIDS", in fact, does not exist still there are people who trust in the best. In this problem the last hope lies in the development of molecular chemistry which will help to find medicine for these diseases.

Choice of a child sex. Another "sinful" subject is a choice of a sex and even an appearance of a future child. And still doctors believe that development of genetics will allow to such things in the future (if the statutory bars, of course, do not prohibit it). Parents will be able to choose a character of a future child, his talents and abilities. In our opinion, it is, of course, doubtful as the nature of talent is still covered with a heavy-bodied gloom of a secret both for scientists and for gifted people.

In the conclusion we can say that now there is a strong progress in the field of medicine. In future we will definitely see another big set of various inventions and breakthroughs in science. And development of this sphere is on our shoulders, on the shoulders of medical students.

Olkhowska S.V.

USING OF STEM CELLS IN MEDICINE

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Scientific adviser: Timonova G.V.

Nowadays, when innovative technologies develop, the humanity struggles actively against many harmful diseases during the whole period of its existence. Today medicine is in the period of its dynamic development. Modern technologies propose a wide field for the enhancement of opportunities of medicine. A lot of things that recently have been unfeasible now are possible and are actively used in practice for solving problems. For instance, artificial organs and nanorobots have been applied in medicine. A lot of problems are fought with applying modern technologies. Using stem cells is also very perspective sphere for development, many problems may be solved with their help. That is why the topicality of this research work is caused especially by this fact. The aim was to review the directions of the use of stem cells.

Human organism contains billions of different cells. Stem cells are the unique universal type of cells, which can create any other type from themselves. It means that stem cells piece out the lost parts of damaged cells. It is interesting to know that these cells can be extracted from any type of tissue and used in any required zone. Now the method of using stem cells is widely applied in transplantation and oncology; presently scientists work very intensively on other

ways of their usage. For example, they offer to use stem cells in case of myocardial infarction by introducing them into the affected organ (cardiac muscle) in order to replace dead cells. This technique may be used in different inflammatory processes. The most prospective area for the use of stem cells is the treatment of diseases of CNS. Neurons are cells composing the nervous system, if they are damaged, it is very hard to renew them and their complete restoration is impossible, therefore, functions of the whole system are not carried out normally. Scientists have experimentally improved the fact that when stem cells are introduced into the spinal cord, the regeneration of lost functions is observed, for instance, in case of multiple sclerosis, stroke or paralysis. It is even possible to facilitate largely infantile cerebral paralysis (the disease considered to be incurable). It occurs due to the potential of stem cells to make a lot of new healthy cells. However, nowadays the use of stem cells is widely spread in the transplantation, it still be very perspective in future. Scientists work on the growth of separate elements of tissues, organs and even whole organs in an artificial medium or directly in the human organism.

As a result we can say that the use of stem cells is possible in every branch of medicine. The discovery of stem cells has become a major breakthrough in medicine and biology; consequently, people have got a lot of new possibilities. Treatment of incurable diseases has become easier. Therefore, we need to continue working in this direction, because it is the future of world medicine.

Kozka I.K., Kozka V.S.

ORAL MANIFESTATIONS AFTER MEDICAL TREATMENT OF ASTHMA IN CHILDREN

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department
Kharkiv, Ukraine**

Introduction. Bronchial asthma is a chronic relapsing disease mainly affecting the respiratory tract. It is characterized by altered reactivity of the bronchi caused by immunological and / or non-immunological mechanisms. About 7-11% of the child population suffer from asthma. Some medicines which are used to prevent and to stop an asthma attack result in complications in oral cavity.

The aim of the research is to study the drugs for bronchial asthma treatment and find out the side effects of drugs usage.

Materials and Methods. Drugs that are used to prevent an asthma attack are called controllers, the drugs to stop an attack are called relievers. Controllers are medications taken daily constantly during the whole life to remove symptoms of bronchial spasms. They include long acting beta agonists, antihistamines, and leukotriene modifies. Their action clears the airways rapidly, getting more air come in and out of the lungs. As a result, breathing improves. Relievers are rescue medications used in case of emergency, and they act quickly to stop an attack. They comprise short acting beta-agonists, systemic corticosteroids and anticholinergic drugs. They relieve the symptoms of asthma by relaxing the muscles of bronchi. Some of the drugs lead to the complications which are manifested in the oral cavity.

Results. We have studied 25 cases of side effects of bronchial asthma treatment in the child oral cavity. B2-agonists-long acting cause xerostomia, tooth pain, sores or white patches in the mouth, decrease of the saliva flow rate, demineralization of the teeth. They increase the risk of gingivitis. Antihistamines cause xerostomia. B2-agonists-short acting cause oral candidiasis, xerostomia, decrease of the saliva flow rate. Corticosteroids cause oral candidiasis and dental caries.

Conclusions. On the basis of literature studies and our research we have come to the conclusion that these complications are always manifested in the oral cavity, that's why it's very important to refer the patients to the dentists for consultations.

Artyomenko M.E.

THE MEDICAL MYSTERY OF PROGERIA

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Scientific adviser: Hetmanets I.O.

Progeria or Hutchinson-Gilford syndrome is the disease of very rapid aging. Progeria was first described by R. Hutchinson about 100 years ago. The scientist Guildford studied this condition in children in 1897. In Russian medical literature the first case of progeria was described in 1926 by M. S. Margulis. In 1904 an ophthalmologist O. Werner found its new symptoms such as cloudy lenses (cataracts) in both eyes. Guildford-Werner syndrome is a hereditary disease. It occurs between the ages of 20-30 years old, more often in men. Patients are born without visible changes and demonstrate normal development in their childhood. At the age of 13-18 years old the symptoms of aging usually manifest.

Skin findings are often apparent as initial signs of progeria. These are variable in severity and include areas of discoloration, stippled pigmentation, tightened areas that can restrict movement, and areas of the trunk or legs where small (1-2 cm) soft, bulging skin is present. Tightened skin and a paucity of subcutaneous fat around the eyes forces most patients to sleep with eyelids partially open, resulting in corneal dryness and eye tearing. Patients can develop exposure keratopathy and/or corneal ulcers, which can compromise the vision. Aberrant development of bone structure and bone density represents a unique skeletal dysplasia which is not the result of malnutrition. Acro-osteolysis of the distal phalanges, distal clavicular resorption and thin, tapered ribs are early signs of progeria. An ominous symptom of the syndrome is premature generalized arteriosclerosis. Calcification of the walls of the large vessels can be identified radiologically (Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme, Nina Felice Schor, Richard E. Behrman Nelson Textbook of Pediatrics-Elsevier Health Sciences, 2015, v. 1.- p.753-754).

No treatment has proven to be effective. Most treatment focuses on reducing complications (such as cardiovascular disease) with coronary artery bypass surgery or low dose aspirin. Regular medical care and some kinds of treatment can help to reduce symptoms and slow down the progression of the disease. Medical aid for

people with progeria is aimed at minimizing symptoms and maximizing life expectancy and quality of life. Plans for treatment are made individually and may include physiotherapy, occupational therapy to minimize joint stiffness and increase their activity. Premature arteriosclerosis reduces the life of patients; they usually die on the fourth or fifth decades of their lives, rarely live to 60 years or more. The average life expectancy of patients is 47 years.

Piskaryova O.R ., Kulikova O.V.

TYPES OF TEMPERAMENT

**Kharkiv National Medical University, Foreign Languages Department,
Kharkiv, Ukraine**

Temperament is the stable set of individual psychological personality traits associated with the dynamic aspects of the activity. Temperament is the basis of character development. The character can be changed under the influence of external environment, and temperament – cannot change. Temperament is formed by the action of the higher nervous activity. Gallen and Hippocrates describe four types of temperament: 1. Sanguine – movable, with frequent changes of mood, quick response to all stimuli, they accept their failures quite easy. 2. Phlegmatic – unflappable, has a stable mood, rarely shows his or her emotional state or response. 3. Choleric – impulsive, combative, unbalanced, mood changes rarely. 4. Melancholic – vulnerable, prone to depression. Pavlov described the following e four types: 1. Sanguine – strong, balanced, agile. 2. Phlegmatic – strong, balanced, inert. 3. Choleric – strong, unbalanced. 4. Melancholic – weak, inert. Kind of temperament determines human behavior in different situations. The first two types are less prone to the emergence of depression, bad thought, irritability. We have carried out questioning among our group mates. The aim of the given questioning was to establish the connection between the students' temperament and their educational activity. Also it has been established the connection between a temperament and patients behavior during the course of treatment. It has been noted that melancholics are more suspected to the thoughts that life is vanity of the vanities and do not wish to take a serious course of treatment, and very often are predisposed to the negative outcomes of the disease than positive. People with a sanguine type of temperament, in their turn, usually take all possible ways of treatment and physiological aid. People with a choleric type of temperament usually do not take their state of health seriously and very often underestimate their state of health and refuse from the proposed treatment. People with phlegmatic type of temperament also pay much attention to their health.

In conclusion, we want to emphasize that the identification of the type of character is very important for treatment of the patient as it will determine in many ways the type and tactics of the proper treatment.

Азаренкова Н. В.
СУРЖИК ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ
Харківський національний медичний університет, кафедра
української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Нестеренко А. К.

Українська мова часто знаходилася на межі існування. Історія демонструє багато фактів лінгвоциту нашої мови: заборона україномовного перекладу, закриття шкіл, знищення літературних і культурних пам'яток, введення цензури. Прикладами таких дій є Валуєвський циркуляр, Емський указ Олександра II та велика кількість інших законів.

Табу, що були тяжким тягарем для української мови майже до кінця ХХ ст., можуть виявлятися ще й сьогодні. Навіть зараз, незважаючи на статус державної, вона продовжує зазнавати впливу колишньої нищівної політики уряду. Так, сьогодні навіть корінні українці не завжди впевнено володіють українською мовою. Виникають проблеми з орфоепією, тобто правильною вимовою слів, трапляється багато лексичних помилок, пов'язаних із незнанням значень слів і помилковим їх уживанням.

Навіть там, де українська мова активно виконує свої функції, вона зазнає значного впливу російської, часто перетворюючись на суржик, тобто російські слова, вимовлені на український лад, що призводить до збіднення словникового складу нашої мови.

Тривожним видається те, що певна категорія українців, недостатньо або взагалі не володіючи українською літературною мовою, уживають російськомовні слова, вважаючи їх правомірними та доцільними. Інші ж, володіючи літературною мовою на належному або навіть високому рівні, нехтують своїми знаннями й також вдаються до іншомовних (зокрема, російських) відповідників. І як наслідок – маємо російсько-український покруч.

Сьогодні наявна велика кількість слів, що увійшли в нашу мову непроханими гостями. Ми настільки звикли до них, що часто й не звертаємо уваги, як вони непомітно зриваються з уст. Правду кажучи, людина, яка слідкує за культурою та чистотою свого мовлення, уживає русизмів менше, мало хто не вживає зовсім, проте більшість, на жаль, не замислюється над своїм мовленням, не прислухається до себе.

Слід також звернути увагу на те, що під впливом російської мови ігноруються лексичні, граматичні, фонетичні норми. Так, поширеними сьогодні є такі русизми, як ад, бутилка, брезгувати, блеф, карніз, магазин, замітити, бабушка, гардеробниця, телефонна трубка. Часто неправильно утворюються та вживаються форми кличного відмінка: Ваня, Вася, Міша, Света... Спостерігається проросійська вимова значного ряду звуків і звукосполучень.

Можна сказати, що мова в багатьох випадках потребує «лікування». На нашу думку, це найголовніше завдання молодого покоління, яке знає рідну

мову значно краще завдяки заняттям у школах та університетах, а також поступовим змінам національних пріоритетів.

Отже, мовне питання для українців на сьогодні є надзвичайно актуальним. Українська мова, що є однією з головних ознак нашої ідентифікації як етносу потребує підтримки сучасного суспільства, а не подальшого знищення. Приємно розуміти, що попри все сказане багато людей сьогодні розмовляють українською мовою, володіють нею на високому рівні. І саме з них треба брати приклад. Ми переконані, що в нас є всі можливості вивчати мову. Для цього зовсім не обов'язково сидіти за підручниками, можна просто читати улюблені книги, спілкуватися з друзями або дивитися фільми. Не варто, почувши суржик, вважати, що це нормально, варто викорінювати його з мови, починаючи із себе. І головне – пам'ятати, що мова, як інструмент, неперевершено виконуватиме свою функцію тільки в руках справжнього майстра.

Андрєєва В. С.

**ОСОБЛИВОСТІ ВЖИВАННЯ ТА ПЕРЕКЛАДУ
УЗГОДЖЕНОГО ТА НЕУЗГОДЖЕНОГО ОЗНАЧЕННЯ НА
ПРИКЛАДІ ТЕРМІНІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ
АНАЛІЗ ЛАТИНСЬКИХ, УКРАЇНСЬКИХ ТА АНГЛІЙСЬКИХ
ТЕРМІНІВ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
латинської мови та медичної термінології, Харків, Україна**

Науковий керівник: Корманова Д.С.

У всьому світі латинська термінологія активно використовується при вивченні анатомії людини, зокрема травної системи. Саме тому, на сьогоднішній день є важливим встановлення єдності засобів вираження термінів в українській та міжнародних анатомічних номенклатурах.

Метою роботи було встановити особливості вживання та перекладу узгодженого та неузгодженого означення на прикладі термінів травної системи та зробити порівняльний аналіз в латинській, українській та англійських мовах. Більшість медичних термінів в українській мові є дослівним перекладом з латинської, тоді як в англійській більшість термінів є запозиченими. Основна частина термінів травної системи утворено за моделлю “іменник + прикметник”, тобто містять узгоджене означення, проте терміни утворені за моделлю “іменник + іменник” також зустрічаються.

Терміни, які мають будову “іменник + прикметник”, як правило, зберігають структуру при перекладі, наприклад *dens incisivus* – різцевий зуб, *incisor tooth*; *palatum durum* – тверде піднебіння, *hard palatine*. Модель “іменник + іменник” у деяких випадках також зберігається при перекладі українською та англійською, наприклад, *fundus ventriculi* – дно шлунку, *fundus of stomach*; *lobulus hepatic* – часточка печінки, *lobule of liver*.

Проте розбіжності при перекладі деяких латинських термінів українською та англійською мовами все ж таки присутні. Спочатку розглянемо терміни з неузгодженими означеннями. Термін *velum palatinum*

складається з іменника та прикметника та українською перекладається як “піднебінна завіска”, в англійській мові термін скорочується до “velum”. Схоже явище спостерігається у термінах *uvula palatina* – піднебінний язичок, *uvula* та *tela submucosa* – підслизовий прошарок, *submucosa*. Отже, слід зауважити, що латинські терміни з узгодженим означенням в українській та англійській мовах можуть спрощуватись до одного іменника, який є його змістовною частиною (відбувається субстантивація), наприклад, *dens caninus* – ікло, *canine*.

Неузгоджене означення латинського терміну у мовах перекладу часто виражається прикметником, тобто спосіб вираження ознаки змінюється, наприклад, термін *vestibulum oris* українською перекладається як пристінок рота, тобто модель «іменник + іменник» зберігається, тоді як за англійською термін перекладається як «oral vestibule», подібне явище спостерігаємо з терміном *septum linguae* – перегородка язика, *lingual septum*.

Структура деяких латинських термінів може не зберігатися в обох мовах перекладу, наприклад *cavitas oris* дослівно – порожнина рота, українською перекладається як «ротова порожнина», англійською – «oral cavity», на цьому прикладі спостерігаємо заміщення неузгодженого означення узгодженим. Це явище можна пояснити тим, що українська та англійська мова відносяться до ад’єктивного класу мов, тобто ознака в цих мовах частіше виражається прикметником, при цьому зміст терміну зберігається.

Отже, у ході дослідження термінів травної системи на предмет особливостей перекладу узгодженого та неузгодженого означення можна зробити висновки, що більшість латинських термінів з узгодженим означенням перекладаються українською та англійською мовами без змін, наприклад, *glandula sublingualis*, *tonsilla tubaria*, *colon ascendens*. Проте, нами було виявлено, що терміни з неузгодженим означенням не завжди зберігають структуру у мовах перекладу, наприклад, *cavitas oris*, *vestibulum oris*, *rhaphe pharyngis* та інші.

На нашу думку, впорядкування української та міжнародної номенклатур, встановлення єдиних вимог для перекладу латинських анатомічних термінів є необхідним для полегшення використання ними.

Ахуокпеме Амарачукву Еммануела
СИМВОЛИКА ЦВЕТА В РАЗНЫХ ЛИНГВОКУЛЬТУРАХ
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина.

Руководители: преп. Аль-Газо Н.В, доц. Тарлева А.В.

Символика цвета в культурах разных народов отражает не только физические особенности восприятия визуальных изображений, но и особенности когнитивной структуры языковой модели мира.

В качестве примера мы рассмотрим такое простое явление как радуга.

Биологи утверждают, что людям достаточно различать в радуге три цвета: красный, зеленый, синий, хотя в ней отражается полный спектр оттенков, и в этом спектре можно выделить любой из них. Разные народы различают в радуге три, четыре, пять, шесть или семь цветов. В основе такого несовпадения лежат причины лингвистического порядка. Отсутствие слова говорит об отсутствии самого понятия. Есть ли слова для каждого цвета радуги в языке зависит только от культуры, ведь мышление народа всегда выражается в языке.

Русские и украинцы видят в радуге семь цветов, а англичане и японцы только шесть. В английском, французском и других романских языках нет слова «голубой». Японцы, переписывая китайские иероглифы, потеряли иероглиф зеленого цвета. Теперь в Японии зеленый цвет воспринимают как оттенок голубого, как в русском языке алый — оттенок красного.

В исламе четыре цвета радуги соответствуют четырем стихиям (воздух, огонь, земля и вода). Цифра четыре имеет особое значение в арабской культуре.

Помимо количества цветов в радужном спектре, интересна и этимология слова радуга в разных языках. Можно выделить несколько оснований именования. Одно из них связано с формой радуги, напоминающей лук, например, в арабской и древнеиндийской культурах.

В некоторых языках романо-германской группы слово радуга включает латинский корень *arcus* (арка, дуга).

Существует теория, что в русский язык слово пришло из старославянского: слово *radoga* происходит от праславянского корня *gadъ* (радостный, весёлый). В пользу этой теории могут служить названия радуги в других восточнославянских языках: *веселка* по-украински, *вясёлка* по-белорусски.

Для лучшего запоминания последовательности цветов в радуге в разных языках придумывают фразы или стихи. Понимание системы сравнений и ассоциаций, которые возникают в процессе номинации и организации языкового материала, позволяет сформировать представление о лингвокультурной системе картины мира разных народов.

Али Барбуша

МЕНТАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ АРАБСКОГО И ЕВРОПЕЙСКОГО МИРОВ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан,
Харьков, Украина**

Научный руководитель – преп. Шафоростова С. Г.

В отличие от демократического европейского сообщества, где центром является индивид, арабская община построена по родовому признаку и повторяет семейную организацию. Личность подчиняется интересам семьи, рода. Арабская семья, как правило, представляет собой большую группу, объединенную родственными связями. Во главе находятся старший рода и

его жена – родители. Семья включает женатых сыновей, их детей, женатых внуков и правнуков. Часто, особенно в деревне, они вместе живут, работают, совместно решают дела. Традиционная семья основана на власти мужа – главы семейства. Его называют «господином семьи». Взаимоотношения старших и младших братьев похожи на отношения между отцом и сыновьями. Почитание старших – одно из главных достоинств. Сын считается мудрым, если следует советам отца. Помимо почтительного отношения к старшим, среди моральных установок, которых стараются придерживаться арабы во всех ситуациях, встречаем и любовь к детям, гостеприимство, скромность, вежливость, толерантность и признание существенных различий между мужчинами и женщинами.

Семейные отношения и семейные традиции – это тот стержень, который пронизывает все общество. Семья находится на первом месте в числе жизненных ценностей всех арабов — и мусульман, и христиан. Подчиненное положение, сохраняющееся для большинства арабов из поколения в поколение, из века в век, воздействие мусульманской религии, которая регламентирует практически все стороны жизни людей, укрепили в сознании большинства арабов неверие в свои личные преобразовательные возможности, выработали покорность и смирение. «Иншалла» – «Все в руках Аллаха» – дежурная фраза, сопровождающая любое действие араба. «Если бог даст» – надежда на успех. В случае неудачи – «Так было угодно Аллаху».

Арабы отличаются повышенной чувствительностью в вопросах личной чести. Честь является одной из главных составляющих в системе их духовных ценностей. Клятва честью — это самое сильное обещание араба. Проявление сомнения в искренности слов араба, который клянется своей честью, — глубокая обида, запоминающаяся надолго. Постоянная забота о личной чести выработала у арабов определенные стандарты поведения в обществе и коллективе. При выполнении работы для араба более важна ее общественная оценка, чем сам результат.

Для европейского сознания совершенно очевидно, что осью истории является христианство, путь рационального освоения окружающего мира, его преобразование на основе знаний. В то же время для арабов «все в мире подчинено Аллаху и повинуется Ему, ничто не может совершиться без Его воли и Его всеведения. Он – Единственный Творец, создавший все, что существует в мире, в том числе человека и то, чем человек живет». Арабы верят в предопределение, в то, что все в мире обусловлено волей Аллаха.

Несмотря на довольно серьезные политические различия и разный политический строй арабы более однородны в своих воззрениях на жизнь, чем европейцы. Все арабы в основном придерживаются единых точек зрения и оценок, когда речь идет о ценностях жизни, об иерархии ценностей. В проявлении единства подхода им не мешают ни национально-государственные, ни социально-классовые границы, поскольку арабское общество, по своей сути, довольно консервативно и требует от своих членов соответствия во взглядах. Национально-этнический и религиозный факторы для арабов являются доминирующими.

Аль Авадех Хуссейн
КОСМИЧЕСКАЯ ЛЕКСИКА В РУССКОМ И АРАБСКОМ
ЯЗЫКАХ,

ИЛИ ПОЧЕМУ ЗЕМЛЮ НАЗВАЛИ ЗЕМЛЕЙ
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина

Научный руководитель – доц. Ковальчук Е.В.

У всего в жизни должно быть название. Названия есть у городов и сел, у рек и морей, у еды, у мебели и транспорта. Название есть у всех звезд и планет. Наша Земля – тоже планета. Но почему её зовут именно так? Когда и кто дал ей такое название?

Раньше не было деления на звезды и планеты. Все небесные тела называли звездами и давали им соответствующие названия. Вот возьмем, к примеру, Венеру. Это планета? Безусловно. Но с древних времен зовут её Венерой, что в переводе означает «утренняя звезда». Но потом так называемых «звезд» стало очень много, их разделили на десятки разновидностей. Возникла необходимость назвать некоторые группы небесных тел по-новому, чтобы различать. Вот так и появилась группа планет, но названия у них остались прежними.

Оказывается, что Земля как планета в международном обозначении называется совсем по-другому. Её официальное название – Терра. Вспомните выражения вроде «терра инкогнита», отсюда же слово территория, то есть местность.

В русском языке наша планета называется Землей. Почему так? Дело в том, что когда-то люди не знали ничего о планетах и искренне считали, что наша Земля – плоская. Вспомните картинки из книжек по истории, географии, астрономии. Варианты человеческих представлений были разными. Одни считали, что Земля – это диск, который удерживают три слона. Другие – что это плоское тело, расположенное на панцире морской черепахи, стоящей в воде. Или даже что ее переносит по океану с места на место огромный кит, но форма места своего обитания в верованиях разных народов разных времен оставалась неизменной: плоская, тонкая, широкая и низкая. И вот оно, главное слово, от которого и берет начало свое название нашей планеты. Дело в том, что в общеславянской группе языков корень слова Земля означает следующее: «низ», «пол», «внизу», «почва», «земля». То есть, если люди представляли нашу планету как своеобразный огромный «земельный блин», то соответственно, именно так ее и называли, в значении: «земля внизу», «почва под ногами», «плоская низкая тарелка».

В арабском языке для названия земли используется английское слово Earth. Рассмотрим значение слова *erda*, от которого образовалось название. Это именно – «грунт», «почва». И, кстати, именно английское название нашей планеты было самобытным с пятнадцатого века. Остальные же

специалисты пользовались для называния этого небесного тела понятиями Древнего Рима и Греции – Терра.

Существует интересная версия «допотопного» в прямом смысле названия нашей планеты. Некоторые источники указывают, что раньше наша планета носила название «Божественный дар», и в древней Гиперборее это название звучало как «Радага», состоящее из частей «ра» - божество, «да» - дар, дарить, дающая и «га» - существование, бытие. Это слово дошло до нас, и звучит в русском и некоторых славянских языках как «радуга».

Аль-Куадер Ноур
КУЛЬТУРА И ТРАДИЦИИ ИОРДАНИИ
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель – преп. Шафоростова С.Г.

Арабская культура — культура, созданная арабами в течение их исторического развития. Термин «Арабская культура» иногда распространяют и на все те культуры, которые создавались в средние века, как арабскими народами, так и народами Ближнего и Среднего Востока, Северной Африки и Юго-Западной Европы, находившихся тогда под властью или под непосредственным влиянием арабского халифата. Общим внешним признаком всех этих культур был арабский язык. Арабы творчески усвоили культуру древнего мира — греко-эллинскую, римскую, египетскую, арамейскую, иранскую, индийскую и китайскую, переняв её от завоеванных или соседних народов с участием подчиненных им народов — сирийцев, персов, хорезмийцев (ныне — узбеки и туркмены), таджиков, азербайджанцев, берберов, испанцев (андалусцев) и других. Арабы сделали важный шаг в развитии общечеловеческой цивилизации. Арабская наука, как и арабская культура вообще, сосредоточивалась в достаточно широкой в то время сети образовательных учреждений. Школьное образование возникло после арабских завоеваний, когда арабский язык распространился как язык администрации и религии. Начальные школы при мечетях (мектебы или кюттабы) существовали уже с VIII века. С развитием филологических и естественных наук в Багдадском халифате, а затем и в других арабских государствах возникают научно-учебные центры: начиная с VIII века грамматические школы в Басре, Куфе и Багдаде. В 830 году в Багдаде создана академия «Дар аль-улюм» («Дом наук»). В 972 году в Каире основан университет аль-Аз-гар. Высокого развития достигло образование на арабско-пиренейских землях. В X веке в одной только Кордове было 27 медресе, где преподавали медицину, математику, астрономию, философию. Исторической заслугой арабов является то, что они, переняв достижения науки античного времени, развили её дальше и передали народам Запада, став, таким образом, своеобразным мостом между античностью и современной цивилизацией.

Художественную арабскую литературу в первый, доисламский период (V — начало VII века) творили кочевые племена арабов, а позднее и

арабоизированные народы. Сначала возникла проза — легенды, рассказы, позже — поэзия; переходом к стихотворению была рифмованная проза — «садж». Поэтические состязания помогли выработать разнообразные сложные стихотворные формы. Основной жанр поэзии — касыда.

Иордания — ближневосточное арабское государство, около 90% территории которого занимают пустыни и полупустыни. Особой красотой отличаются пляжи и коралловые рифы залива Акаба, где подводный мир можно наблюдать чуть ли не с берега, красоты Мёртвого моря и памятники старины. В Иордании есть одно из семи новых чудес света — Петра — столица древнего Набатейского царства, открытая в 1812 году швейцарским востоковедом Буркхардом. В каменном городе, расположенном на высоте более 900 м над уровнем моря и 660 м над окружающей местностью, прямо в диких скалах высечены мавзолеи, храмы и другие памятники.

Амман — столица и крупнейший город Иордании с населением 1,3 млн. человек. Раскинувшись на семи холмах, на высоте 850 м над уровнем моря, город террасами спускается в глубокие долины. Амман — это город контрастов, где современный центр, ночные клубы, шикарные отели и спортивные сооружения соседствуют с традиционными базарами, пёстрыми лавчонками и убогими домишками. Амман — это главный промышленный центр страны, а вот основные достопримечательности Иордании сосредоточены, скорее, в его окрестностях. Недалеко от столицы, на плато Амман, находится гора Эн-Наба, где, согласно Ветхому Завету, скончался Моисей и откуда открывается прекрасный вид на Святую Землю, Мёртвое море и долину Иордана.

Современность и традиции тесно переплетены в Иордании.

Ахмед Ранда
МИНИ-ЭРМИТАЖ

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина

Научный руководитель – преп. Овчинникова А.С., преп. Помазун О.В.

Еще совсем недавно я ходила по улицам родного города Даммама в далекой Саудовской Аравии. А сегодня я учусь в Харьковском национальном медицинском университете, изучаю медицину, которой решила посвятить всю жизнь, и хожу по другим улицам, засыпанным снегом, по улицам города Харькова.

Сначала все было непривычным: и город, и его дома, и совсем новая для меня культура. Это настоящий европейский город. Все для меня было очень интересным. Преподаватели ХНМУ очень много внимания уделяют знакомству студентов-иностранцев с новой для нас жизнью: они рассказывают нам о городе, о его памятниках, о его людях. Они посещают вместе с нами музеи, которых много в городе. И не только в городе, но и в области. Благодаря тому, что я здесь и немного знаю русский язык, я поняла, как мало мы знаем о мире, о жизни людей. Мне захотелось выучить русский

язык досконально, а через него и культуру народа, который меня окружает. Мне захотелось выучить еще один язык, и в этом мне помогает русский. Мне интересно все, что меня окружает, поэтому почти все выходные дни я провожу за городом, где знакомлюсь с разными архитектурными памятниками, которых много на Харьковщине. Люди с огромным уважением относятся к своей истории, хранят ее.

И вот однажды я села в автобус и поехала в городок Красный Кут. Сосед по автобусу рассказал мне о музее, основанном при школе учителем Афанасием Федоровичем Луневым. Ученики во всем помогали своему учителю. У них были свой директор, экскурсоводы. В 1962 году коллекцию перевезли в поместье графа Подгоричани. В 1765 году деревню подарила графу Екатерина II. Сейчас здесь находится уникальнейшая в области коллекция картин. Меня очень удивило то, что сельский музей называют мини-Эрмитажем. Большую часть экспонатов нашли местные жители, а часть подарена известными музеями. Это и музеи Московского Кремля и даже Эрмитаж. На первом этаже картины, подаренные музеем лично авторами. Здесь, например, две картины известного поэта В. Маяковского. В коллекции Пархомовского музея есть небольшая работа автора известного «Чёрного квадрата» Малевича. Уже в 60-х годах он становится известным далеко за границами Украины. Многолетняя дружба связывает Пархомовский музей с Дрезденской картинной галереей, Берлинским музеем Боде.

В музее особое место занимают произведения живописи, графики, скульптуры, подаренные музеем известными художниками – Константином Юоном, Юрием Пименовым, Мартиросом Сарьяном, Сергеем Коненковым, Евгением Вучетичем.

Есть в музее и произведения зарубежного искусства разных времен и народов: древнеегипетская пластика и небольшой раздел древнего искусства Индии, Японии, Китая.

Особое место в коллекции занимает западно-европейская живопись и графика. Среди самых интересных работ – картины голландцев ван Рейсдала, ван Дэйка и де Хоха, гравюры итальянского мастера 18 столетия Джованни Пиранези. Есть в музее и уникальные для Украины работы Пабло Пикассо – две картины, в том числе и всемирно известный «Голубь мира», подаренный русским литератором Ильей Эренбургом, два образца «пикассовской» керамики.

В историко-этнографическом отделе музея представлены предметы местной истории и культуры: орудия труда и оружие первых поселенцев на территории Пархомовки и Краснокутского района эпохи неолита и бронзы, предметы быта 12-19 столетий, вышивка, народная картина, керамика.

Я сделала выводы, что усваивая язык, человек одновременно проникает в новую национальную культуру, получает огромное духовное богатство, хранимое изучаемым языком.

Гомонілова П. Г.

ЗООМОРФНА МЕТАФОРА В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ
Харківський національний медичний університет, кафедра латинської
мови на медичній термінології, м. Харків, Україна

Науковий керівник: Дюрба Д. В

Постійний розвиток науки і техніки зумовлює розширення словникового складу мови. Одним із джерел поповнення складу мови може слугувати метафора. Традиційно характеристика терміна «метафора» починається з визначення Арістотеля: «Метафора – це перенесення незвичайного імені або з роду на вид, або з виду на рід, або за аналогією. <...> добре складати метафори – це помічати схожість (за природою)». Терміни метафоричного походження дуже розповсюджені у багатьох сферах медицини. Важливе місце серед них займає саме зоометафора, а отже питання про значення поданого типу метафор у формуванні та функціонуванні клінічної та анатомічної термінології є актуальним.

У ході аналізу серед зоометафор ми виділили дві основні групи:

1. Ті, що походять від частин тіла тварин. Ця група є найбільш розповсюдженою та багато чисельною. У більшості випадків вони позначають специфічні виступи та те, що не є характерним для зовнішності людини (крило леміша, гребінь ребра, хвіст підшлункової залози, ріг матки тощо). Наприклад: *caninus*, а, *um* – собачий, як *latratus caninus* – собачий гавкіт. У анатомічній термінології використовується у словосполученні *dens caninus* – ікло, тобто зуб, котрий формою нагадує собаче ікло. *Cornu*, *ūs* – ріг – за визначенням тлумачного словника української мови «на голові деяких ссавців твердий, звужений на кінці кістковий нарост», як *cornu abovi* – роги бика. У латинській медичній термінології використовується для позначення утворень, схожих на роги, як *cornu uteri* – ріг матки, *cornua sacralia* – крижові роги.

Rōstrum, *ī* *n* – дзьоб – за визначенням тлумачного словника української мови «подовжена загострена і покрита рогівкою ротова частина у птахів і деяких тварин», як *rōstrum avis* – дзьоб птаха. В анатомічній термінології використовується для позначення гострого дзьобоподібного виступу. Наприклад: *rōstrum sphenoidale* – клиноподібний дзьоб. *Squāma*, *ae* *f* – луска – «невеликі тверді пластинки (кісткові або рогові) на шкірі хребетних тварин (риб, плазунів і т. ін.), що щільно прилягають одна до одної і захищають шкіру від пошкодження та висихання». У анатомічній термінології використовується для позначення нерівних поверхонь, схожих на луску риби. Наприклад: *squama occipitalis* – потилична луска.

2. Ті, що походять від класів та видів тварин. Ця група є набагато менш розповсюдженою, проте теж має певне місце в анатомічній термінології. Наприклад, *hippocampus*, *i*, *m* – морський коник. У анатомічній термінології використовується як утворення в корі головного мозку, схожого на морського коника. Наприклад: *alveus hippocampi* – заглибина морського коника, *sulcus hippocampalis* – морськоконикова борозна. *Cochlea*, *ae*, *f* – равлик

— «молюск, який має черепашку, дуже повільно пересувається і живе переважно у болотах». У анатомічній термінології використовується для позначення спіральної трубки у внутрішньому вусі, котра за формою схожа на раковину равлика, наприклад: *basiscochleae* – основа равлика.

Отже метафора є дійсно продуктивним способом творення нових термінів у сфері медицини та анатомії. Зооморфна метафора є окремою повноцінною складовою серед анатомічних термінів метафоричного походження. У результаті проведеного дослідження було виділено 2 групи зооморфних метафор, чим подана робота кардинально відрізняється від дослідження Ю.Б. Бражук. Було об'єднано метафори, що походять від класів тварин та метафори, що походять від видів тварин. Це було доцільно, адже ці дві групи є небагато чисельними та дуже схожими за сенсом (клас та вид – одні з найменших таксономічних одиниць). Тож це дослідження доводить, що метафора має важливе значення у формуванні анатомічної термінології.

Бердник Ю.І.

ДЕГРАДАЦІЯ МОВИ РЕКЛАМИ В СУЧАСНОМУ МАСМЕДІЙНОМУ ПРОСТОРІ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна**

Науковий керівник – канд., філол. наук. доц. Калініченко О.В.

На сьогодні культура мовлення у вітчизняному медійному просторі є важливою, хоча, на перший погляд, зовсім не матеріальною. Проте саме від неї залежить насиченість духовного світу України, збереження етнічної ідентичності українців. Зазначимо, що оскільки мова є підґрунтям мислення взагалі, то мова рекламної продукції, мова газет, що відображають суперечливі та складні соціальні процеси, матеріалізує не тільки свідомість окремих особистостей, а й у цілому свідомість суспільства, впливає на формування громадянської позиції, допомагає в становленні певного типу соціальної поведінки людини. Можна сказати, що реклама певною мірою формує мовний етикет українців.

Етична неправильність мовлення, мовна безграмотність, відсутність і брак моральної свідомості суспільства є одним з найболючіших питань, бо воно впливає на формування та стан нової української масової культури. Реклама як одна із субкультур сучасного суспільства поступово втрачає функцію впливу на реципієнтів через свою нестабільність і безвідповідальність тих, хто її створює. Хоч реклама й не виділилася до цього часу в окрему науку або галузь, та вже можна говорити про її «термінологічну» базу. Рекламні терміни – це досить цікава для дослідження група слів, яка вже виокремилася як спеціальна лексика.

Що ж відбувається сьогодні з українським словом на наших телеканалах і в радіопросторі. Відповідь одна: зменшення собівартості, недотримання канонічних літературних норм – це не що інше як провокація проти мови в цілому. Провокація, яка примушує відмовитися від виконання

обов'язків – бути для мільйонів прикладом, еталоном мовлення як у побуті, так і в науковому та політичному просторі. Так би мовити «мовна гра», а саме навмисне порушення мовних норм, правил мовної поведінки, перекручення мовних виразів з метою надання інформації більшої експресії призводить до нівеляції мови в цілому.

Мова може бути впливовим фактором лише тоді, коли відповідає вимогам літературних та етичних норм.

Отже, у сучасному масмедійному просторі зникає неоціненне багатство – школа красномовства, яка базувалася не лише на колоритних мовних особливостях, а й на зовнішніх даних справжніх майстрів слова, на їх манері та досвіді порушувати злободенні питання сьогодення.

Борохвостов В. І.
ВПЛИВ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ НА ПАТРІОТИЧНЕ
ВИХОВАННЯ МЕДИКІВ-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

Безперечно, мова має великий вплив на патріотичне виховання «еліти» суспільства. Українська мова — це мова, яка має свою специфіку, як і всі мови світу, але вона створює безпосередньо свої чіткі межі, свою оригінальність. Таким чином формується держава, як зазначав Іван Огієнко: «Мова – це наша національна ознака, у ній – наша культура, сутність нашої свідомості», адже без мови немає народу, немає того апарату, котрий формував би державу, а на охороні будь-якої держави потрібно, щоб була армія. Армія, у першу чергу, навчає майбутніх військовослужбовців культурі мовлення, підпорядкування командирам, але найголовніше, вона має навчати майбутніх офіцерів бути відданими Вітчизні, тому головну увагу слід приділити вивченню рідної мови та патріотичному вихованню. Головною метою вивчення мови в українській армії — привчити розуміти інших військовослужбовців та належно виконувати, розуміти поставлені завдання.

Українська мова повинна безперервно впливати на майбутніх захисників держави, оскільки вона формує власну думку, змушує проявляти своє емоційно-вольове ставлення до власних дій. Військове виховання належним чином відрізняється від громадського, адже майбутні захисники повинні бути дисциплінованими та толерантними. Звісно, мова беззаперечно відіграє в цьому головну роль. Мова повинна формувати бажання у вихованців мати позитивні риси та якості, викорінювати негативні стереотипи поведінки, також впливати на соціальне оточення, передбачає вірність бойовим та національно-історичним традиціям, тобто за допомогою вивчення культури та історії українського краю.

Отже, вивчення культури України формує у юнаків розуміння, уявлення про козаків, які були нездоланими, вірними у своїй справі, урешті-решт це й було підставою для створення сучасної України.

Васава Прашанткумар Санджайкумар
СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНДИЙСКИХ
И РУССКИХ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРК
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина
Научный руководитель – преп. Минакова Л.И.

Разные народы на протяжении многих веков создавали замечательные пословицы и поговорки, которые передавались из поколения в поколение, сохраняя свою выразительность и народную мудрость. Нам хотелось бы сравнить русские и индийские пословицы и поговорки о важных событиях, традициях и обычаях повседневной жизни. Прежде всего, мы искали сходство иносказательных изречений о разных явлениях жизни. И мы нашли много совпадений если не буквальных, то смысловых.

Существует русская поговорка «дареному коню в зубы не заглядывают» - ей соответствует индийская: «дареной тёлке в зубы не смотрят». Смысл этих поговорок заключается в том, что любой подарок надо принимать с благодарностью, даже если он не понравился.

Индийская поговорка «не суди по внешности» адекватна по содержанию русской «встречают по одежке, провожают по уму». Смысл их понятен: человека надо оценивать не по его одежде, а по его поступкам.

Следующие пословицы используют в ситуации, когда человеку нужно приспособливаться к жизни других людей и жить так же, как и они. Индийская пословица: «Среди птиц живёшь, по-птичьи и говори». Русская – «с волками жить – по-волчьи выть». Интересно одинаковое отношение разных народов к гостям, которых не ждали и которых не приглашали. Индийская: «непрощенный гость не пользуется уважением». Русская – «непрощенный гость хуже татарина». Так же похоже отношение к воспитанию детей. От родителей зависит, каким человеком станет его ребёнок. Индийская пословица: «каков отец, таков и сын» и более выразительная: «какова змея, таковы и змеёныши», а также «дерево узнают по плодам». Соответствуют этим изречениям русские: «каково семя, таково и племя», «слон слона родит, комар комара», «яблочко от яблони недалеко катится».

Очень похожи индийские и русские пословицы, говорящие о том, что человек должен жить по средствам, по своим возможностям. Индийская: «протягивай ноги настолько, насколько позволяет покрывало». Русская: «по одежке протягивай ножки».

Часто людям свойственно хвалить свою семью, свой дом, даже если в нём не всё в порядке. Индийская пословица говорит: «Свою простоквашу кто кислой назовёт», русская – «каждый кулик своё болото хвалит».

А вот совет от наших предков: «не гонись за несбыточным. «Лучше иметь в руках немного, чем стремиться к тому, чего никогда не достигнешь». Индийский совет: «то твоё, что в руке». Русский – «...лучше синица в руке, чем журавль в небе».

И, конечно, у всех народов очень похожее представление о счастье и несчастье в жизни. Индийские поговорки: «без мучений счастья не добиться»,

«Жена без мужа – что поле без хозяина». Русские: «не отведав горя, не познать счастья», «жена без мужа – что дом без крыши», «какой бы муж не был ворона, но жене оборона».

Удивительно, но и в индийском, и в русском фольклоре мёд часто ассоциируется с коварством, двуличием и предательством. Индийская поговорка: «на языке мёд, а в сердце яд». Русские: «на языке мёд, а под языком лёд», «речи – мёд, а дела – как полынь».

Мудрые предки хорошо знали, что нужно совершать добрые дела, чтобы в ответ тоже получить добро. Индийская поговорка: «что получу, тем и отплачу». Русская: «как аукнется, так и откликнется».

Невозможно перечислить все индийские и русские пословицы и поговорки, имеющие смысловую схожесть. Мы отобрали лишь малую часть из изученных нами. Они передают общность представлений о жизни народов, несмотря на разную ментальность, вероисповедание и жизненную философию.

Васько Є. О.

СТАН УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Нестеренко А. К.

Усі ми знаємо, що наша мова – одна з найбарвистіших і наймилозвучніших мов світу. Мова, як музичний інструмент, в умілих руках може відтворити диво. Будь-яка мова – це історія, багатовіковий досвід, це наше святе, що ми повинні берегти й передавати своїм дітям.

Після проголошення України незалежною значно збільшилася роль української мови серед населення. Її почали використовувати на телебаченні, публікувати нею газети та журнали, але значна кількість українців усе ж продовжує вважати рідною мовою російську. Така позиція перетворюється на перешкоду для розвитку української мови. Так, на 1995 рік кількість журналів та інших публіцистичних видань українською мовою становило 70% від загальної кількості, тоді як на 2004 рік – лише 28%. На 2001 рік 67,5% українців вважали українську своєю рідною мовою, а на 2016 рік ця цифра знизилася до 60%.

Стає гостре питання: із чим це може бути пов'язане? Адже сьогодні іде активна популяризація української мови, що, безумовно, має свої плюси, доки не доходить до абсурду. Наприклад, пропозиції щодо того, щоб усі школи України були переведені на українську мову навчання. Але ж велика кількість громадян нашої держави є носіями інших мов, мов національних меншин. Ми переконані, що знання державної мови не обмежує можливості вивчати інші мови, споріднені і неспоріднені.

Для сучасної української мови є велика проблема, пов'язана з поширенням серед населення України суржику, спричиненого недостатнім рівнем грамотності. І жодне викорінення інших мов, які історично побутують на території України, не посприє розвитку української мови, доки ми не підвищимо якість її викладання та використання.

Мовні проблеми – це біль української нації, тому ними ні в якому разі не можна нехтувати. Про небезпеку занепаду української мови потрібно говорити вголос, доки не пізно. І однією з важливих місій молодого покоління є вирішення цих проблем, підняття мовної культури на новий рівень.

Українська мова – національне надбання українського суспільства, вона повинна охоронятися та підтримуватися державою. Мовне питання як один із складників державної політики має бути спрямоване на забезпечення оптимального функціонування української мови в усіх сферах життя українського суспільства, їх подальшого розвитку та взаємодії. Українська мова, виконуючи інтеграційну функцію, є важливим чинником зміцнення державності, забезпечення культурного та економічного розвитку нашої країни.

Директоренко О.В.

ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ КІСТОК

Харківський національний медичний університет, кафедра латинської мови та медичної термінології, місто Харків, Україна

Науковий керівник: Дюрба Д.В.

Як відомо, основою та опорною системою організму є скелет, який має такі структури, як кістки. Нижче ми розглянемо етимологію деяких латинських назв кісток.

Так, перший шийний хребець називається атлант – atlas, atlantism. Як говорить легенда, Атлант, брат Прометея, разом з іншими велетнями-титанами, хотів дотягнутися до неба і скинути з небесного трону Зевса. Дізнавшись про це, Зевс наказав Атланту вічно тримати на шиї та плечах весь небосхил. Тому і є асоціація між черепом і землею, а також між першим шийним хребцем та Атлантом.

Грудна кістка, або грудина – sternum, in. Плоска кістка губчастої будови, яка замикає грудну клітку спереду, називається грудиною. За поглядами вчених давнини, грудина схожа на короткий меч. Тому три її складові частини, що міцно з'єднані між собою, називаються “рукоятка” – manubriumsterni, “тіло” – corpussterni, “мечевидний відросток” – processusxiphoideus.

Лопатка – scapula, aef. Кістка поясу верхніх кінцівок, яка забезпечує з'єднання плечової кістки з ключицею. У людини це плоска кісткаприблизнотрикутноїформи. Латинськаназвапоходить від слова грецькогопоходження “скаптейн” – копати, рити, лопатити, аджекістка за формоюнагадує лопату.

Ключиця – *clavicula*, aef. Цепарна кістка, невеликого розміру, розташована над першим ребром, за формою, щонагадує витягнуту, латинську букву «S». Ключиця має грудинний і акроміальний кінці, а так само тіло (діафіз). Вона утворює пояс верхньої кінцівки, з'єднуючись грудинним кінцем з грудною кісткою (грудниною) і акроміальним кінцем (лопаттю) з лопаткою в акроміально-ключичному суглобі. Ключиця на латинській мові “клавікула” – у перекладі “маленький ключик”. Вона схожа за формою на довгий, малий, зігнутий ключ. П'ять крижових кісток називаються крижем – *sacrum, sacrin*. Крижові хребці з'єднуються разом, утворюючи криж. Криж – “священна кістка”. Ця назва походить від давнього релігійного звичаю підношення жертви богам. Під час ритуалу із тіла тварини вирізали криж із відповідною частиною прямої кишки. Краще м'ясо, що лежало позаду крижа, жерці забирали собі, а ця кістка із частиною кишки підлягали спаленню як жертвоприношення. Тому цю частину хребта і називали “святою”.

Вертлюжна впадина – *acetabulum*, in. Глибока впадина, яка складається з клубової, лобкової та сідничної кісток, саме місце їх зрощення і утворює суглобову впадину кульшового суглоба. Місце зростання трьох тазових кісток та суглобова поверхня стегнової кістки – це вертлюжна впадина, у давні часи називалась “уксусниця”, так як напівшароподібна суглобова поверхня вертлюжної впадини схожа на давню посудину, в якій подавався оцет. Великогомілкова кістка – *tibia*, aef. Розташовується з медіальної сторони гомілки, зчленовується з стегною кісткою і кістками стопи. Є головною кісткою, яка несе функцію опори. Велика гомілкова кістка латиною “*tibia*”, що перекладається як “флейта, дудка”. Відповідно, давній духовий інструмент мав схожість з великою гомілковою кісткою.

Малогомілкова кістка – *fibula*, aef. Малогомілкова кістка лежить латеральніше і бере участь головним чином у зміцненні гомілковостопного суглоба. Мала гомілкова кістка на латині “*фібула*”, що означає “шпилька, булавка”. Мала гомілкова кістка має тонкий, гострий і довгий кінець, тобто зовнішньо схожа на булавку.

Отже, латинські назви кісток, в основному, походять від їхньої функції або ж від назви того предмета чи міфологічного героя, з яким вони асоціюються. Такі назви є важливими не тільки з точки зору систематизації та узагальнення анатомічної термінології, а також цінними і з історичної точки зору.

Дудка А. М.

МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

Науковий керівник – доц., канд. філол. наук Фоміна Л. В.

Курс вивчення української мови як іноземної в медичних вузах передбачає ознайомлення студентів-медиків з професійною термінологією,

оскільки словниковий склад будь-якої мови обов'язково включає й терміни. Навіть після успішного закінчення підготовчого відділення, студенту важко адаптуватися до специфічної національної терміносистеми.

Загальновідомими вимогами до терміна є точність, однозначність, відсутність емоційно-експресивної оцінки. Одним із продуктивних шляхів творення медичних термінолексем української мови є перенесення із загальноживаної лексики. Саме такі шари національних медичних термінів є складними для розуміння іноземними студентами. Оскільки для того, щоб зрозуміти значення терміна, необхідно спершу зрозуміти значення специфічно національних слів, витворених засобами лише українського словотвору, які не мають відповідників навіть у споріднених мовах.

За основу номінації терміна береться його внутрішня форма. Через мотивованість, тобто через властивість слова породжувати вторинні найменування через ознаку, покладену в основу первинного, і відбувається творення вузькоспеціалізованого терміна.

Перенесення як спосіб деривації терміна може бути як частковим, тобто «додавання» відтінку значення (наприклад, «шов, райдуга»), або ж повним, коли значення загальноживаної лексики повністю переноситься на медичний термін за зовнішніми ознаками (наприклад, «равлик, коваделко»).

Таким чином, включаючи до програми вивчення текстів зі специфічними національними медичними термінами, завдання викладача – методично правильно побудувати алгоритм підготовки та проведення заняття, а саме:

- ретельно відібрати навчальний матеріал (текст повинен бути адаптованим для іноземної аудиторії, відповідно до рівня володіння мовою-посередником);
- розбити текст на логічні частини;
- згрупувати терміни за семантико-структурними ознаками;
- пояснити значення термінів: як інтернаціоналізмів, так і специфічних українських новотворів;
- при тлумаченні термінів, утворених вторинною номінацією, заздалегідь продумати засоби їх пояснення, використовуючи наочний матеріал.

Виконання таких ключових моментів організації практичного заняття з курсу української мови як іноземної сприятиме як кращому засвоєнню навчального матеріалу студентами, так і пришвидшить їх процес входження в національне мовне середовище.

Євтюшкін Д. В.
КЛАСИФІКАЦІЯ НАЗВ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ТА ЇХ
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ПЕРІОДАМИ ВІДКРИТТЯ
Харківський національний медичний університет, кафедра
латинської мови та медичної термінології, Харків, Україна
Науковий керівник: Полянська О. М.

В наш час, латинська мова є фундаментом для наукової термінології, зокрема – хімічної, якій і присвячена дана робота. Безумовно, розвиток хімії пов'язаний із значною кількістю факторів, та відкриття хімічних елементів мало періодичний характер. Таким чином, їх відкриття можна розділити на кільканастипних періодів:

- перший період – це відкриття Стародавнього світу і Середньовіччя (до 1500 року), що характеризується слабким розвитком хімії, тому за увесь час було відкрито лише 13 елементів, наприклад: Ferrum, Argentum, Aurum, Zincum, Hydrargyrum, Sulfur).

- другий – це відкриття епохи Просвітництва (1500 – 1800 р.). Цей проміжок часу вирізняється розвитком наук, філософії і літератури. Під час цього періоду було відкрито 21 хімічний елемент (напр.: Hydrogenium, Magnesium, Phosphorus, Oxygenium, Tellurium, Chlorum).

- третій – це відкриття періоду наукової і промислової революції (1800-1849 р.). Було відкрито 24 хімічних елементів (напр.: Lithium, Natrium, Kalium, Aluminium, Silicium, Selenium, Bromum, Iodium).

- четвертий період здебільшого пов'язаний з відкриттям спектроскопії (1850-1899 р.). За цей час буде відкрито 26 елементів (напр.: Rubidium, Caesium, Germanium, Polonium, Fluorum, Helium, Argon, Xenon, Neon, Krypton).

- п'ятий – відкриття, пов'язані з розвитком квантової теорії атому і квантової механіки (1900-1949 р.). Цей період принесе 13 елементів (напр.: Berzelium, Lutetium, Hafnium, Technetium, Rhenium, Astatium).

- шостий – відкриття після початку використання атомної енергії, тобто ядерного синтезу (1950-1999 р.). Ці відкриття принесуть ще 16 елементів (напр.: Rutherfordium, Copernicium, Flerovium).

- сьомий – відкриття ХХІ століття. З 2000-го року до періодичної таблиці хімічних елементів було додано ще 5 елементів (Nihonium, Moscovium, Livermorium, Tennessine, Oganesson).

Прикладами етимології назв хімічних елементів до цих груп є:

Латинська назва фтору – «Fluorum, i n» (з грец. «φθόρος» — «руйнування, псування, шкода», що походить від дієслова «φθείρω» — «щувати, винищувати, губити»). Хлор — «Chlorum, i n» (з грец. χλωρός — «зелений»). Кисень — «Oxygenium, in» (з грец. ὀξύς — «кислий» и «γεννάω» — «народжую»). Назва хімічного елемента Францій — «Francium, i n» була названа на честь своєї батьківщини вченою Маргаритою Перей. Кальцій — «Calcium, in» (з лат. «calx, calcis» — «м'який камінь»). Мідь — «Cuprum, i n» походить від давньої назви острова Кіпр — «Aes Cyprium», де є велике родовище.

Латинські назви хімічних елементів є дуже організованими щодо граматичних категорій. Згідно з хімічною номенклатурою IUPAC, усі назви хімічних елементів мають закінчення –um (Calcium, Chlorium, ін.): це потрібно для лінгвістичної одноманітності. Виняток складають назви елементів групи благородних газів, вони мають закінчення -on (Xenon, Krypton, ін.), окрім «Helium, in», а також «Sulfur, urisn», «Tennesine, isn». В латинській мові майже всі назви хімічних елементів є іменниками середнього роду; винятками є «Phosphorus, i m» «Platina, aef».

Результатом проведеного аналізу є виділення основних груп назв хімічних елементів, був виявлений взаємозв'язок назв хімічних елементів з періодом їх відкриття, а також збіжності у граматичних категоріях назв хімічних елементів як іменників.

Іншина Є. О.

МЕТОДИ І ПРИЙОМИ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник: доц., к. філол. наук. Фоміна Л. В.

Мова – необхідна умова існування людського суспільства. Підраховано, що приблизно 70% того часу, коли людина не спить, вона присвячує розмові, слуханню, читанню, письму – чотирьом основним видам мовленнєвої діяльності. Мова є знаряддям для вираження наших уявлень, думок, а також визначенням культури людини.

Головним завданням розвитку мовлення є: виховання звукової культури мовлення, збагачення та активізація словникового запасу людини, формування граматичного ладу мовлення, отримання навичок зв'язного мовлення, за допомогою активізації традиційних і нетрадиційних методів у роботі з розвитку мовлення.

У віці до 6 років активно засвоюється мовлення дитини, розвиваються всі його чинники — фонетична, лексична, граматична. Дитина з добре розвинутим мовленням легко вступає в спілкування з оточуючим його світом. Вона може зрозуміло висловити свої думки, бажання, порадитися з однолітками, батьками. Спілкування виступає тим інструментом культури, який пристосований для розвитку та становлення свідомості особистості, його світосприйняття, для виховання гуманного ставлення до оточуючого її природного, предметного а соціального світу.

Розвиток мовлення — процес формування мовлення залежності від вікових характеристик людини, пов'язаних з оволодінням засобами як усної, так і письмової мови, що характеризують розвиток навичок комунікації, вербального мислення та літературної творчості.

Методи навчання розвитку мови визначаються як спосіб роботи, що забезпечує придбання формування в дітей мовних навичок і умінь.

У методиці навчання рідної мови виділяють три групи методів: наочні, словесні та практичні.

Наочні методи поділяються на безпосередні та опосередковані. Ці методи спрямовані на накопичення змісту мови та забезпечують зв'язок двох сигнальних систем.

Словесні методи застосовуються в основному ті, які пов'язані з художнім словом. При цьому дітям читають художні твори, також використовується заучування напам'ять, переказ, розповідь без опори на наочний матеріал, узагальнююча бесіда.

Практичні методи спрямовані на:

- отримання навичок у дітей застосовувати ці знання на практиці;
- засвоєння та вдосконалення мовленнєвих вмінь і навичок.

До практичних методів відносяться різні дидактичні ігри, ігри-інсценізації, хороводні ігри. Основне завдання цих ігор-занять — виховання культури поведінки дітей, також вони збагачують словник, закріплюють навички мовлення.

Прийом розвитку мовлення є основним елементом методу навчання. Методика розвитку мови не має стійкої класифікації прийомів, однак за роллю наочності та емоційності їх можна розподілити на словесні, наочні, ігрові. Такі, як мовний зразок, повторне промовляння, пояснення, вказівка, словесні вправи, оцінка дитячої мови, запитання, наочні прийоми. Викликають інтерес і підвищують увагу дітей до мовного матеріалу елементи змагання, барвистість, новизна атрибутів, цікавість сюжетів ігор. Ігрові прийоми можуть бути словесними та наочними.

Висновок. Методи навчання розвитку мови визначаються як спосіб роботи зі дітьми, що забезпечує надбання формування в них мовних навичок та умінь. У свою чергу, прийоми, запропонована методика спрямовані на накопичення змісту мови й забезпечення інформаційної та емоційної стабільності; виховання культури поведінки; збагачення словникового запасу; розвиток та закріплення навичок мовлення.

Йетмиш Баран

**МЕТАФОРИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ ПОЗИТИВНОЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЖЕНЩИН (В
РУССКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ)**

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина**

Научный руководитель – преп. Дорохова А.И.

Метафорические конструкции являются неотъемлемой частью языковой картины мира, поскольку не только называют, но характеризуют и оценивают объект. Ценность метафоры именно в том, что она отражает самобытность каждой отдельно взятой культуры. Именно образы, заложенные в метафорах, позволяют судить о системе ценностей, принятой в культурной традиции народа. Метафорические обозначения являются языковым отражением стереотипов восприятия женщины, представленных в конкретной культуре.

В данной работе мы провели сравнительный анализ метафорических конструкций позитивной направленности, которые используются при обращении к лицам женского пола или для их характеристики и реализуются на современном этапе развития русского и турецкого языков. При исследовании контекстного материала мы разработали классификацию соответствующих метафорических конструкций на основе отождествления:

с животным / насекомым или с его частью (в русском языке – «зайчик/ зая/ зайчонок/ зайнышка», «котенок/ кися», «рыбка», «мышка»; в турецком языке – «kedicik» (кися), «minik kuşum» (моя маленькая птичка), «at gibi kız» (девушка как лошадь), «ceylan gözlüm» (газели глаза), «kelebeğim» (моя бабочка);

с небесным телом: в русском языке – «солнышко», в турецком языке – «Güneş gibi kız» (девушка светит как солнце), «Ay yüzlüm» (лицо как луна), «ay ışığım» (мой лунный свет);

с растением: в русском языке – «роза»; в турецком языке – «gülüm» (моя роза), «paratıyam» (моя ромашка), «sevda çiçeğim» (любовный цветок);

с ребенком: в русском языке – «малыш/ малышка», «моя девочка», в турецком – «bebeğim» (малыш мой);

со стихией: в турецком языке – «su gibi kız» (девушка как вода), в русском языке аналог отсутствует;

со сладостью: в русском языке – «сладкая моя», в турецком языке – «tatlım» (моя сладкая), balım (мед), «kurabiyem» (моё печенье), «sekerparem» (разновидность турецкой сладости);

с утолением жажды: в турецком языке «bir - içim su» (первый глоток воды), в русском языке – аналог отсутствует.

Таким образом, сопоставительное изучение метафорических конструкций, характеризующих женщину в обоих языках, выявило их универсальные и специфические особенности. Семантическая характеристика связана с выявлением эквивалентных и безэквивалентных языковых единиц. Именно безэквивалентные фразеологизмы являются носителями лингвокультурной информации. Для русского языка не характерно использование таких метафор, как лошадь, газели глаза по отношению к красивой женщине, что отражает разное представление о красоте у двух народов. Сравнение красивой женщины с водой также не свойственно русскому языковому сознанию, тогда как в турецком языке «Su gibi kız» (девушка как вода) подразумевает чистую естественную красоту. Следует отметить, что идея жажды в безэквивалентном выражении «bir içim su» (первый глоток воды/вода, которой не можешь напиться) отражает национально-культурную специфику. Значение «сладкий» присутствует в двух культурах, но в турецком языке больше метафор, репрезентирующих это значение (мед, печенье, сладости).

Большинство типов конструкций представлено как в турецком, так в русском языке, что свидетельствует о наличии общекультурного элемента процесса метафоризации, который оформляется с помощью различного

лексического материала, подчеркивающего самобытность каждого менталитета.

Кириченко Я. Ю.

ВПЛИВ МОЛОДІЖНОГО СЛЕНГУ НА УКРАЇНСЬКУ МОВУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т.В.

Сленг – це одна з форм, різновид розмовної української мови, який у цей час став одним з основних засобів спілкування. Мовлення сучасної студентської молоді заповнили кальки з російської мови, суржик, неадаптовані англійські вирази. Про сучасний стан української мови влучно сказала Ліна Костенко: «Мова – це також обличчя народу, воно тяжко спотворене».

У широкому розумінні сленг – це різновид розмовної мови, яку суспільство оцінює як підкреслено неофіційну і яка характеризується динамічною заміною лексичного складу, що поповнюється за рахунок аргі, жаргонізмів, вульгаризмів, неологізмів.

Сленгові номінації швидко з'являються й так само швидко зникають. Як ми спостерігали, український сленг утворений під впливом в основному двох мов – російської та англійської. У мовленні студентів є вирази й слова, що характерні лише для певної місцевості або регіону. Учені, зокрема С. Пиркало та Л. Ставицька вважають сленг «особливою зоною небезпеки», оскільки для нього характерна збіднена лексика, нечітке формування речень, неграмотна будова фраз.

Деякі мовознавці наголошують на тому, що широке вживання сленгу молоддю – це протест проти узвичаєних норм, соціальних, етичних, мовних умовностей, символ розчарування дійсністю.

Молодь концентрує увагу на власних реаліях, зокрема навчанні, відпочинку, дозвіллі. Наприклад, на значення поняття «чудове» вживає: класно, прикольно, суперово тощо.

Сленгова мова є поширеною й серед студентів ХНМУ. Нерідко загальноновживані слова замінюються жаргонізмами: анатомія – «анатомка», викладач – «препод», фізкультура – «фізра», залікова книжка – «заліковка».

Можна зробити висновок, що сленгова мова сьогодні розвивається дуже швидко. Вона вже охоплює навіть українську літературу, не говорячи про ЗМІ та музику. Жаргон або сленг збіднює нашу мову, знищує величезний об'єм літературної лексики. Саме тому, для збереження мелодійності та краси нашої мови кожному з нас необхідно позбавлятися цих, так званих, суспільних діалектизмів.

Кутіщева В. Ю.

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРМІНОЕЛЕМЕНТІВ
«MANIA» І «PHILIA» В ЛАТИНСЬКОМОВНІЙ КЛІНІЧНІЙ
ТЕРМІНОЛОГІЇ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра
латинської мови та медичної термінології, Харків, Україна**

Науковий керівник – Полянська О. М.

Клінічна термінологія – одна з найрозвиненіших у медичному дискурсі – сформована під впливом екстралінгвальних факторів і поповнюється лексикою різного мовного походження. Терміноелемент «-mania» (від грец. μανία ἥ – божевілля, душевна хвороба) за значенням подібний до терміноелемента «-philia» (грец. φιλία ἥ – любов, прив'язаність, дружба, що означає «схильність», «любов до чогось»). Інколи у клінічній термінології аналізовані терміноелементи «-mania» та «-philia» вживаються синонімічно: «gynaesomania» = «gynephilia» (сексуальність у чоловіка, що характеризується нестримним прагненням до статевого зближення з новими жінками); «copromania» = «coprophilia», «scatophilia» (патологічна схильність до маніпуляції каловими масами) тощо. Наголосимо: терміноелемент «-mania» має вужче значення порівняно з т «-philia», зокрема, під «-mania» розуміється перебільшений потяг, пристрасть до чогось, що виходить за межі звичайного і в більшості випадків стає психічним розладом, патологією. Приклади: дипсоманія (dipsomania) – періодичний стан запійного пияцтва; клазоманія (klazomania) – періодичні напади насильно наступаючого крику та голосного співу при ясній свідомості; круоманія (kruomania) – імпульсивне бажання бити себе по голові; аблютоманія (ablutomania) – нав'язливе бажання помити руки; сітоманія (sitomania) – нав'язливе бажання їсти; глосоманія (glossomania) – нав'язливе бажання розглядати власний язик у дзеркалі; дансоманія (dansomania) – нав'язливе бажання танцювати; графоманія (graphomania) – нав'язливе бажання писати твори; кліноманія (clinomania) – нав'язливе бажання полежати в ліжку, кріслі тощо. Геоманія (geomania) – нав'язливе бажання їсти землю; дерматоманія (dermatomania) – нав'язливе бажання до самоушкодження шкірних покривів; томоманія (tomomania) – нав'язливе бажання робити на собі хірургічні операції; оніхотілломанія (onychotillomania) – нав'язливе бажання руйнувати свої нігті; піроманія (pyromania) – нав'язливе бажання до пожеж; міфоманія (mythomania) – нав'язливе бажання брехати; клептоманія (kleptomania) – нав'язливе бажання красти речі; кластоманія (klastomania) – нав'язливе бажання руйнувати речі; дакноманія (daknomania) – нав'язливе бажання кусати оточуючих; аутофономанія (autophonomania = suicidomania) – маніакальна схильність до самознищення. «Айлурофілія» («ailurophilia» – синоніми «galeophilia», «gatophilia») – патологічна прив'язаність до котів; «клінофілія» («clinophilia») – схильність до перебування в ліжку, аби ще трохи поспати; «нозофілія» («nosophilia») – схильність знаходити у близьких хвороби і намагатися їх лікувати; «тафофілія» («taphophilia») – нав'язливе бажання відвідувати похорони; «клаустрофілія» («claustrophilia») – нав'язливий потяг замикати

вікна та двері через страх залишитися одному у відкритому приміщенні. «Гемофілія» («haemophilia») – спадкове захворювання, яке характеризується незгортанням крові; «ацидофілія» («acidophilia» синонім «oxurphilia») – властивість цитоплазми та інших елементів клітини або волокнистих структур бути пофарбованими кислими барвниками (еозином, кислим фуксином тощо); На особливу увагу заслуговує проблема вживання омофонів терміоелемента «-philia». Так, в одних лексичних одиницях вказується на аномалію розвитку певних анатомічних структур: «platystaphyilia» (від грец. πλατύς – широкий, σταφυλή ή – виноградне гроно, піднебінний язичок) – аномалія розвитку широкого та плаского піднебіння; «hypsystaphilia» (від грец. ὕψι вверху, зверху, σταφυλή ή – виноградне гроно, піднебінний язичок) – аномалія розвитку високого вузького піднебіння. Інші лексичні одиниці із терміоелементом «-philia» несуть таке семасіологічне навантаження як наукова концепція, науково-медична гілка, різновид, область: монофілія (від грец. μόνος, – один та φύλοντό – рід, плем'я) – походження всього органічного світу з єдиного кореня, поліфілія (від грец. πολύς – багаточисленний) – походження групи організмів (таксонів) від неспоріднених прашурних груп.

Макаренко Д. О.

ЕТИМОЛОГІЯ АНГЛІЙСЬКИХ ТА ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ ЧАСТИН РУКИ

**Харківський національний медичний університет, кафедра
латинської мови та медичної термінології, Харків, Україна**

Науковий керівник: Полянська О. М.

Сучасна професійна мова лікарів є результатом багатовікового розвитку світової медицини. Значний вплив на її формування мали Давня Греція і Рим, оскільки саме давньогрецька і латинська мови стали фундаментом для створення термінів не тільки в мові медицини, а й в інших сферах знання. Анатомічні назви частин тіла у різних мовах мають як багато відмінних, так і схожих аспектів, адже вони пов'язані з функцією, розміром чи будовою предмета.

«Thumb» (стара англійська назва) – великий палець руки, етимологічно означає «опухла» частина – натирає на його більшу товщину у порівнянні з іншими пальцями. З індоєвропейської «tum» означає опухати, здійматися, від нього також утворились слова «tumour» (пухлина) та «tumult» (збентеження, заколот). Слово «thumb» з'являється у ранньому Середньо-англійському періоді, тоді він ще має два склади «thumbe», але не має широкого поширення, тож не використовується в розмовній мові. Трохи пізніше слово «thumbe» утворить похідні: «thigh» (стегно, стегова кістка) та «thimble» (наперсток). Латинська ж назва «pollex, icism» – перший палець руки. Походить від латинського дієслова «polleo, ui, — , ēre», яке розтлумачується як мати силу, володіти чимось. У Давній Греції використовували іншу наву, а саме – «anticheir», яка утворена сполученням двох слів «anti-», що означає навпроти, та «cheir», яке перекладається як рука,

тобто буквально можна перекласти як той, що протиставлений руці. «Palm» англійською – долоня. Давньоанглійською перекладається як пальма (дерево), а з 14ст. використовується як долоня руки. Слово «palm» походить з латинської «palma», що означає долоня; а додаток щодо дерева, вважають вторинним, маючи на увазі, що листок пальми, схожий на долоню. «Hand» (давньоанглійська назва) – рука від зап'ястка до кінців пальців. Можливо, що воно пов'язане з англійським «hunt», котре означає пошуки, полювання. Отже, можна зробити висновок, що основний сенс слова «hand» полягає в тому, що це частина тіла, яка використовується для захоплення. Цю тезу доводить прикметник «handsome», котрий виник у 15ст. та мав значення «простий у користуванні», а лише в кінці 16ст. отримав своє сучасне тлумачення – «привабливий». «Manus, usf» -рука від зап'ястка до кінців пальців. Чітко відповісти на питання, щодо походження цього слова досить складно. Слово «manus» в Римі використовувалось ще й у значенні війська, адже армія досить часто йшла під знаменами, де була намальована рука, яка символізувала владу, міць та скерованість воїнів, бажання захопити нову територію, тож з дане поняття ототожнилось з поняттям руки. В даному разі відмінності у назвах спричиненні віддаленістю територій, адже в обох мовах було ототожнено поняття досягнення влади, скерованості та руки. «Elbow» (давньоанглійська назва) – лікоть. Походить від староанглійського «ELL» - міра довжини, яка дорівнює передпліччю, яка в свою чергу походить від індоевропейської основи «EL-», яке саме по собі означає «вигин»). «Cubitus, im» – лікоть. Слово походить від дієприкметника «cubo», який має значення «лягати, відкиду ват». Очевидно, що така назва була сформована на основі можливих рухів у ліктьовому суглобі.

Безперечно, латинська мова відіграла велику роль у формуванні сучасних європейських мовах, найбільший вклад вона залишила саме у професії лікаря, адже в міжнародній номенклатурі й досі використовують латинські анатомічні назви.

**Малаайнине Мохаммед Аль Фадель
Т. Г. ШЕВЧЕНКО – ЧЕЛОВЕК МИРА**

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина**

Научный руководитель – преп. Овчинникова О.С., преп. Помазун О.В.

Приехав в Харьков, чтобы учиться в ХНМУ, я начал понемногу знакомиться с городом, в котором мне придется прожить лет шесть-семь.

Немногие студенты знают больше, чем: общежитие – университет – «Караван» или «Дафи». Они мало интересуются окружающим их миром.

Много интересного рассказывают нам о городе, его людях наши преподаватели русского языка. И за это мы очень благодарны. Мы даже не знали, что рядом с ХНМУ так много интересного: это и Госпром, и самая большая в Европе площадь и Университет Каразина, а дальше – сад имени Т.Г. Шевченко.

Еще у себя дома, особенно мальчики, слышали эту фамилию – выдающийся футболист Андрей Шевченко. А вот кто такой Тарас Григорьевич Шевченко, мы не знали. Мы обратились к преподавателю русского языка, и он рассказал нам об известном поэте и художнике, а затем мы читали текст о нем.

Выйдя из медицинского университета, мы перешли через площадь и оказались в саду, который носит имя Т.Г. Шевченко, потому что там стоит памятник Великому Тарасу, как его называют украинцы, и затем узнали, что этот памятник Т.Г. Шевченко самый красивый в мире. И действительно этот памятник необыкновенный.

Оказывается, что самое большое количество памятников в мире поставлено Иисусу Христу, а на втором месте монументы, поставленные Т.Г. Шевченко. Их 1384 во всем мире, 1256 – в Украине. А первый памятник был поставлен поэту в 1881 году к двадцатилетию со дня смерти Шевченко, в городе Форт в Казахстане. Это связано с тем, что поэт провел более 10 лет в ссылке в этом городе. А в 1935 году харьковчане решили поставить памятник Шевченко на территории городского сада. В это время Харьков был столицей Украины. Экскурсовод продолжал знакомить нас с историей создания этого уникального памятника.

Очень много интересного мы узнали от экскурсовода, и о том, что Тарас Григорьевич учился в свое время в Санкт-Петербурге в академии художеств, а потом возвращался в этот город много раз. Мы узнали, что он был не только выдающимся поэтом с мировым именем, а еще и интересным художником. Т.Г. Шевченко прославил жизнь украинской женщины, которой пришлось очень много страдать. В своих художественных произведениях и живописи, он изображал жизнь того времени (19 ст). Поэтому первая из 16 фигур монумента, посвящённого Кобзарю, это его главная героиня Катерина из одноименной поэмы.

Много интересного и полезного для себя я почерпнул из жизни самого поэта из жизни украинцев того времени. Я благодарен украинскому народу за то, что он дал миру такого человека.

Умер Шевченко на второй день после своего дня рождения в возрасте 47 лет, был похоронен в Санкт-Петербурге. Но за несколько лет до своей смерти он написал стихотворение, которое назвал «Заповіт», в котором он просил похоронить его на родине, и благодарные потомки выполнили его просьбу: через всю страну они везли его тело, чтобы похоронить недалеко от Киева в городе Каневе.

Там, в Каневе ему тоже поставили памятник. Он возвышается над Днепром, как и просил Тарас Григорьевич. 340 ступеней ведут к его могиле, а внизу Великий Днепр несет свои воды.

В 2014 году вся мировая общественность отмечала 200-летие поэта под эгидой ЮНЕСКО. А несколько лет назад вышла книга «Заповіт» на пятидесяти языках мира. Когда я приеду домой, я обязательно расскажу своим родителям и друзьям об этом человеке, с творчеством которого я

познакомился благодаря тому, что приехал в Харьков, выучил русский язык и увидел новую для себя культуру украинского народа.

Мартин Истанезе
ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ КАК ОДНО ИЗ ЯВЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ
С ТЕОРИЕЙ ЯЗЫКОВЫХ КОНТАКТОВ

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина

научный руководитель – преп. Мухортова О.Д.

Изучение языковых контактов в современной лингвистике представляет собой самостоятельное направление. Некоторые ученые говорят даже о “лингвистике языковых контактов”, “контактной лингвистике”, или “contact linguistics” (Goebel, 1986). Основателем этого направления считают выдающегося современного ученого Уриэля Вайнрайха (Uriel Weinreich). Именно его монография “Languages in contact” (1953) и другие работы 50-60-х гг. заложили основы этого направления (Weinreich, 1953; 1963; Вайнрайх, 1972).

Однако существуют языковые явления, которые неотделимы от языкового контакта и тесно с ним связаны. Во многих публикациях языковой контакт и другие смежные явления не всегда последовательно различаются. Среди них: билингвизм, двуязычие (многоязычие, мультилингвизм), диглоссия, интерференция и конвергенция. Проблема изучения этих понятий, впервые появившаяся в литературе 50-80-х гг. (Пауль, 1960; Хауген, 1957, 1972; Розенцвейг, 1972; Вайнрайх, 1979; Мечковская, 1983 и др.) считается актуальной и в наше время.

Цель нашей публикации заключается в том, чтобы показать, чем отличается языковой контакт от языковой интерференции как одного из смежных явлений, обсуждаемых в рамках теории языковых контактов.

Интерференция как явление, связанное с теорией языковых контактов, описано в трудах многих отечественных и зарубежных лингвистов (Вайнрайх, 1953; Щерба, 1958; Петрович, 1967; Хауген, 1972; Rindler, 1983; Виноградов, 1990; Бужаровска, 1996). Термин “языковая интерференция” (interference) был введен Пражской школой и определяется учеными Пражского лингвистического кружка как процесс отклонения от норм контактирующих языков (Vogt, 1948; Вайнрайх, 1952; Хауген, 1972). Однако отдельные ученые этой школы по-своему уточняют и дополняют общее представление об интерференции.

У.Вайнрайх предлагает называть интерференцией случаи отклонения от норм любого из языков, происходящие в результате владения двумя и более языками, т.е. вследствие языкового контакта (Вайнрайх, 1979: 22). Помимо этого, У.Вайнрайх различает интерференцию в речи и интерференцию в языке (Вайнрайх, 1953).

По мнению Э.Хаугена, интерференция – это “случаи отклонения от норм языка, появляющиеся в речи двуязычных носителей в результате

знакомства с другими языками” (Хауген, 1972: 62). Однако ученый указывает на то, что интерференция не всегда представляет собой отклонение от нормы, поскольку явление может быть ненормативным уже в первичном языке.

А.Климов (вслед за У.Вайнрайхом) полагает, что интерференция является результатом наложения двух систем в процессе речи (Климов, 1970: 287). Н.Б.Мечковская называет интерференцией ошибки в речи на иностранном языке, вызванные влиянием системы родного языка (Мечковская, 1983: 368).

Современное определение, предлагаемое В.А.Виноградовым в ЛЭС (1990), формулируется следующим образом: “Интерференция – взаимодействие языковых систем в условиях двуязычия, складывающегося либо при языковом контакте, либо при индивидуальном усвоении неродного языка”, а отклонения от нормы и системы неродного языка, вызванные влиянием родного, он считает выражением процесса интерференции (Виноградов, 1990: 197).

Марусич А. М.

ЛІТЕРАТУРА ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук, доц. Калініченко О. В.

Основним завданням у формуванні національної свідомості визначено виховання патріота, свідомого громадянина. Формування в молодого покоління умінь та потреби жити в громадянському суспільстві, фізичної та духовної досконалості, трудової, естетично-художньої та моральної культури.

Розвиток кожної людини несе на собі віддзеркалення особливостей менталітету, традицій, вірувань, культурних та історичних надбань як окремого народу, так і цілої нації, які потрібно враховувати в процесі виховання та навчання.

Саме літературна освіта відіграє провідну роль у формуванні морального та соціального обличчя юних громадян нашого суспільства, бо література – це могутнє джерело національної духовності, своєрідний генетичний код, історія та пам'ять народу. Традиції, моральні цінності, історія, менталітет, національний характер нації знаходять своє відображення в художній літературі. Оволодіння національною літературою – шлях до досконалого володіння українською мовою. З упевненістю можна сказати, що першоелементом літератури є мова в її різноманітних стильових відображеннях. Літературу сприймають як основу духовного та соціального розвитку нації. Заняття з літератури повинні бути основою для патріотичного виховання молоді, їхньої громадянської позиції, естетичної наснаги, високої моральності та працелюбства. Художня література спонукає молодь захоплюватися неповторною красою та самобутнім багатством рідної землі.

На жаль, для нашої Батьківщини настали нелегкі часи: сотні тисяч юних, молодих хлопців вчора, сьогодні і, давайте дивитися правді у вічі, напевне, завтра будуть докладати зусилля для того, щоб зберегти незалежність та цілісність нашої України. І ви знаєте, я переконана, що захищати кордони рідної держави можна не лише зі зброєю в руках. Є щось набагато цінніше, гуманніше – слово. Так, саме слово формує нашу національну свідомість, патріотизм.

Це не сон, не синдром маячні,
Ця війна не в далекій країні,
Не і Іраку чи десь там в Чечні,
А в вишневій моїй Україні!

(Світлана Александрова)

Чи втратили б ми Крим, чи була б війна на сході, коли б знали ми свою історію? Чи мала б такий вплив на нас пропаганда з боку Російської Федерації, коли б, починаючи зі шкільних років, дітей привчали поважати рідну мову, державу, її культуру та непросту історію? Чи називали б ми, українці, своїх братів бандерівцями, якщо б справжня біографія Степана Бандери, його гасла та мотиви були загальновідомими? Спробуйте дати відповіді на ці питання, а в цьому вам допоможе література, бо саме вона формує національну свідомість.

Овави Исхак К.

ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В АРАБСКОЙ КАРТИНЕ МИРА

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Харьков, Украина

Научные руководители – доц. Мирошник Л.В., доц. Гетманец А.О

Каждый язык отображает действительность особым, свойственным данному народу образом, создавая так называемую «языковую картину мира». Изучение фразеологических единиц помогает лучше понять национальную специфику того или иного народа, его культуру, историю, традиции, обычаи, быт, а также образ мышления и языковую картину мира носителя языка.

В отличие от словосочетаний или предложений фразеологизмы воспроизводятся в речи в виде готовых устойчивых сочетаний слов. В некоторых случаях фразеологические обороты имеют аналоги в других языках. Сравним, например, арабский фразеологизм «похожи друг на друга, как два финика» и русское идиоматическое выражение «похожи как две капли воды» или «под шкурой барана сердце волка» и «волк в овечьей шкуре». В то же время фразеологизм «храбрее мухи» и будет понятен лишь носителю арабской языковой культуры, поскольку не имеет аналога в русском языке.

Фразеологизмы, существующие в арабском языке, ярко отражают специфические особенности национального менталитета арабов, стиль их повседневного поведения и общения.

Представителям арабских народов свойственно сравнивать приятную встречу с водой, омывающей печень. Это связано с тем, что в противоположность славянской культуре традиционно в арабский менталитет ключевым органом человеческого тела считает не сердце, а печень. Дело в том, что при приготовлении пищи в жарком климате используется большое количество острых специй. При этом употребляется много жирной пищи, а следовательно, болезням подвержена именно печень. В отличие от арабов, жители регионов с холодными зимами связывают все приятные эмоции, впечатления, воспоминания с теплом. Для представителей арабской культуры с их жарким климатом приятные ощущения и эмоции ассоциируются с прохладой. Становится ясным, почему в противоположность русскому выражению «потеплело на сердце» в арабском языке используется «похолодало на душе».

Еще одним примером специфического отражения культурных традиций в арабском языке является выражение *دكنه على ضحك*, которое буквально переводится «посмеяться над чьей-либо бородой» и имеет значение «обмануть, не сдержать слово», «посмеяться над чьей-нибудь честью». Борода – значимый символ во многих культурных традициях. Издавна борода у арабских торговцев считалась символом чести, мудрости. Когда совершались торговые сделки, мужчины в подтверждение своих слов и обещаний притрагивались к своей бороде, проводя по ней вниз одной рукой. Этот жест сохранился в арабской культуре до сих пор и независимо от того, носит мужчина бороду или нет, используется как символ того, что говорящий «дает слово чести».

Значения компонентов арабского фразеологизма *مَخْتُومٌ عَلَى قَفَاءٍ* (букв. «с печатью на затылке») не дает ключа к переводу, если не знать того факта, что безграмотные, темные египетские крестьяне в качестве лечения от любых тяжелых недугов пользовались одним средством – прикладыванием раскаленного утюга к затылку, после чего оставалась на всю жизнь отметина, свидетельствующая о крайней глупости отмеченного такой печатью.

Как видим, изучение фразеологизмов помогает понять немотивированные на первый взгляд понятия для представителей иных культур. Тем самым, через язык и его элементы обогащаются представления человека о мире.

Петрова Є. С.

ЕТИМОЛОГІЯ УКРАЇНСЬКОГО «РАКУ» І ЛАТИНСЬКОГО «CANCER»

Харківський національний медичний університет, кафедра латинської мови та медичної термінології, Харків, Україна

Науковий керівник: Полянська О. М.

Метою роботи є визначення етимології раку в українській і латинській мовах; простежити вплив латинського «cancer» на формування назви цієї хвороби в інших мовах.

Захворювання отримують свої назви через найрізноманітніші причини: зафенотипом, зв'язком з міфологією народу, походженням від іншомовних слів, комбінаціями кількох слів тощо. Більшість термінів медичної термінології становлять слова латинського та давньогрецького походження.

«Cancer, cŕi m» або «carcinoma, atisn», які є абсолютними синонімами, походять від грецького «karkinos», та у більшості випадків перекладаються як «рак» у значенні захворювання. Приблизно 47 років до нашої ери римський лікар та філософ Авл Корнелій Цельс переклав цей термін з грецької на латину. Надалі слово з латинської було перекладено на інші мови, у тому числі, й українською. «Рак або карцинома – це злаякісна пухлина, що розвивається з епітеліальної тканини. На відміну від доброякісних пухлин, які розростаються до зовні або у просвітлення порожнистих органів, раку притаманний інвазійний ріст з безмежним розповсюдженням до прилеглих тканин, вrostанням у лімфатичні або кровоносні судини».

Вважається, що перші випадки раку були зафіксовані ще 2500 років до нашої ери. Близько 2000 років до нашої ери видатний єгипетський лікар Імхотеп описав «опуклу масу у грудях» у письмових дослідженнях, які були збережені на папірусі Едвіном Смітом. Проте назву це захворювання отримало значно пізніше: приблизно 400 років до народження Христа грецький лікар Гіппократ назвав першу масу ракових клітин «karkinos», що перекладається як «краб», а також «рак». Таку назву стародавній лікар обрав, оскільки злаякісна пухлина та набряклі кровоносні судини навколо неї нагадала йому краба, заритого у пісок із розставленими ногами по колу. Також припускають, що назва була обрана, оскільки пухлина тверда та нагадує панцир краба або тому, що біль, який спричиняє ракова пухлина нагадує щипання краба.

«Cancer» також перекладається як «рак» у значенні сузір'я. У Давній Греції рак асоціюється з раком із другого подвигу Геракла. За сюжетом міфу, другим подвигом Геракла був бій із лайнірською гідрою – чудовиськом з тілом змії та 9 головами дракона, що мешкає на болоті та безжально вбиває простий люд. Усі звірі допомагали Гераклу, окрім раку, який під час бою з гідрою виліз з води та щипнув героя за ногу. За цей вчинок богиня Гера, що ненавиділа Геракла, керуючись відчуттям вдячності, перетворила рака на сузір'я. Беручи до уваги цю історію, деякі вчені гадають, що вона також вплинула на назву, дану захворюванню Гіппократом. Між іншим, термін онкологія – галузь медицини, що вивчає рак – також походить від давньогрецького «onkos», яке перекладається як «навантаження» або «тягар». Насправді, «onkos» використовувався в грецькому театрі. Так називали маски, що мали трагічні гримаси. 200 років до нашої ери грецький лікар Гален застосував «onkos» як термін у медицині, що позначав усі пухлини – злаякісні та доброякісні. Надалі це слово було прийнято як корінь слова онкологія – галузь медицини, що вивчає доброякісні і злаякісні пухлини. Український термін «рак» є перекладом латинського «cancer», походження якого вплітається коренями в історію стародавньої медицини, а

саме, в історію медицини Давньої Греції. Назва була дана родоначальником лікування – Гіппократом, який обрав цю назву через зовнішню подібність вияву хвороби до тварини – крабу. Надалі термін був перекладений латинською римським філософом Цельсом.

Сабірова В.І

ФЛОРИСТИЧНА МЕТАФОРА В ЛАТИНСЬКІЙ АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра латинської мови та медичної термінології,
Харків, Україна**

Науковий керівник: к.філ.н. Дерев'янченко Н.В.

Актуальність теми. Розвиток термінологічної системи медицини на сучасному етапі її існування є відображенням прискореного прогресу спеціалізації медичної науки, що створює потребу вводити в обіг велику кількість нових термінів. Вибір теми дослідження обґрунтовано тим, що метафорична номінація є одним із найпродуктивніших способів творення анатомічних термінів.

Мета роботи – виявити терміни, утворені шляхом метафоризації в латинській терміносистемі медицини та їх номінативні характеристики.

Метафора – один із номінативних прийомів; позначає певний клас об'єктів, явищ чи ознак, які використовуються для характеристики чи номінації іншого (подібного чи несхожого) класу об'єктів. Головна функція термінологічної метафори – номінативна.

Основою метафоризації в анатомічній термінології слугують ознаки зовнішнього вигляду об'єкта (форма, розмір предмета або його частини, положення предмета або його частини в просторі, світлова і колірна характеристика), тактильні, кінетичні і, рідше, акустичні, а також ознака функції предмета. Флористична метафора є одним із найпродуктивніших джерел метафоризації в анатомічній термінології. Наведемо приклади флористичної метафори:

Radix, icisf – корінь. Корінь зуба – найнижча частина, яка перебуває в альвеолі. У м'якоті кореня містяться переплетення нервів і судин. За допомогою окістя коріння щільно закріплені в альвеолярній лунці. Корінь рослини також виконує транспортну та опорну функції (корінь зуба – *radix dentis*; корінь язика – *radix linguae*; корінь легені – *radix pulmonis*).

Truncus, im – стовбур. Стовбур головного мозку здійснює провідну функцію: через нього проходять у висхідному і низхідному напрямку шляхи, що зв'язують між собою структури ЦНС. Проводячи аналогію цього терміна з частиною рослини, можна помітити, що стовбур дерева також виконує опорну функцію для крони та є центральною магістраллю з транспортування поживних речовин (легеневий стовбур – *truncus pulmonalis*; плечоголовний стовбур – *truncus brachiocephalicus*; стовбур мозолистого тіла – *truncus corporis callosi*; симпатичний стовбур – *truncus sympathicus*).

Cortex, icis m— кора.Кора у рослин – комплекс зовнішніх тканин кореня і пагонів, що виконує захисну функцію і функцію проведення поживних речовин. Кора головного мозку людини також забезпечує захист і взаємодію людини з навколишнім світом за допомогою рефлексів (кора головного мозку - cortexcerebri; кіркова речовина нирки – cortexrenis).

Bulbus, i, m – цибулина.Цибулина— видозмінений, зазвичай підземний пагін рослин, який запасує воду і поживні речовини, також слугує органом вегетативного розмноження. Частина волосини, що знаходиться під шкірою, називається волосною цибулиною. Так само, як і видозмінений пагін, волосяна цибулина виконує живильну функцію (цибулина аорти – bulbusaortae; нюхова цибулина –bulbusolfactorius).

Отже, проведене дослідження переконливо доводить, що в складі сучасної анатомічної термінології існують терміни, які виникли завдяки вторинній номінації. Аналіз показав, що метафора є продуктивним способом утворення медичних термінів.Вона не лише надає певну інформацію, що стосується вторинного об'єкту метафоризації, але і створює можливість виявити нові характеристики первинного об'єкта. Саме флористична метафора в анатомічній термінології ілюструє спорідненість у будові рослин та людини.

Савіна Н. А.

НАЦІОНАЛЬНА САМОБУТНІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

У кожного народу мовна картина світу своя, неповторна. В. фон Гумбольдт наголошував: «Мова народу – це його дух, і дух народу – це його мова».

Ми живемо в ХХІ столітті, коли більшість населення в містах, особливо на сході та в центральній частині країни, розмовляють російською. Минулого року навіть поставало питання щодо присвоєння їй державного статусу.

Українська мова є однією з наймилозвучніших мов світу. Такого статусу їй було надано в Парижі, де в 1934 відбувся Всесвітній конкурс мов, на якому українська посіла третє місце після французької та перської за такими критеріями, як: фонетика та фразеологія. А за своєю вражаючою мелодійністю – друге місце (після італійської).

Лексика української мови є однією з найбагатших у світі. Звичайно, що точної відповіді на питання, скільки ж у нашій мові слів, ніхто не дасть. За статистичними даними, українська мова налічувала близько 134 тисячі слів. Більше лише в китайській (близько 500 тис.), японській (232 тис.) та іспанській (225 тис.).

Цікавими фактами є те, що найдовшим словом є назва одного з пестицидів «дихлордифенілтрихлорметилметан». У назві міститься тридцять літер. Найбільшу кількість синонімів має слово «бити». Їх нараховується 45.

Унікальною особливістю української мови є наявність паліндромів. І це можуть бути не лише слова, а й цілі словосполучення. Наприклад: я несусь гусеня. На відміну від англійської, французької, німецької та багатьох інших мов світу в українській мові можливо скласти речення або навіть, невеличкий вірш, усі слова якого починаються на одну літеру. На наш погляд, милозвучність української мови найкраще розкривається саме в поезії.

Таким чином, завдання берегти, плекати мову, щоб вона не зникла з важелів історії, як зникли деякі мови, оскільки без мови не буде народу. Пам'ятаймо, що наша мова забезпечує єдність української нації.

Саид Хатоум
«ЗИМНЯЯ» ЛЕКСИКА КАКА ЭКЗОТИЧЕСКИЙ ПЛАСТ
РУССКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ АРАБСКИХ СТУДЕНТОВ
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина

Научный руководитель преп. Шубладзе О. Э.

Для студентов первого года обучения интересной может стать тема «зимней» лексики, что закономерно, поскольку, приехав в Украину, иностранные студенты из тёплого дальнего зарубежья попадают в умеренно континентальный климат с ярко выраженными сезонами, из которых наиболее тяжелым для адаптации является зима. Выбор темы обоснован и особым эмоциональным настроением: чувства людей, наблюдающих первый снег, впервые празднующих Новый год, а, может быть, и Рождество, вдали от близких, в новой культурной среде.

В процессе исследования мы пришли к заключению, что «энциклопедия зимы» может включать в себя несколько разделов:

1. «Зимние» слова: холод (РЯ) - froid (ФрЯ); холодный - froid; холодно - froidement; снег - neige; снеговик - bonhomme de neige; снежинка - flocondeneige; снегопад – нет эквивалента; лёд - de la glace; гололед – нет эквивалента, поскольку такое явление отсутствует; мороз (морозец) – frost; сосулька – не используется в привычном для нас семантическом значении, а только как лед для прохладительных напитков; сугроб - congèredeneige;

2. Зимние праздники и их атрибутика: Новый год - Noël/Nouvel An; дед Мороз - Pere Noel; Снегурочка – нет эквивалента из-за отсутствия персонажа, так же, как нет эквивалента для Старого Нового года из-за отсутствия такого праздника; новогодняя елка - arbre de Noël; Рождество – Noël, а так же обязательный для каждого ливанского

дома и практически отсутствующий в украинском домашнем декоре Грот Рождества - grotte de Noël;

3. Зимние забавы: катание (каток) на санках (лыжах, коньках, ледянках), а в Ливане – это еще и очень популярное катание на квадрацикле и снегоходе, игра в «Снежки» - «Snowballs», выкатывание снеговика или рисование популярного на сегодняшний день снежного ангела - *angedanslaneige*.

4. Зимняя одежда: шуба - *furcoat*, валенки - *bottesdefeutre*, варежки - *mitaines*, шапка с помпоном - *chapeauavecpompon* (в Ливане такие шапки носят только дети).

5. Зимняя еда: пельмени - *lespelménis*; глинтвейн – *levinchaud*;

6. Цветовая и звуковая гамма зимы: белоснежный - *blanccommeneige*, синий – *bleu*; хрустальный – *cristal*, звенящий – *clinking*; серебристый – *argenté*.

Вся перечисленная выше лексика может эффективно транслироваться в уроки русского языка как иностранного, поскольку приведенные слова активно используются носителями русского языка, и, соответственно, часто встречаются в повседневной жизни. В ходе исследования мы сделали вывод, что и в русском, и во французском языках большая часть зимней лексики имеет ассоциативную связь с лексемами «снег» и «Рождество». Данный факт указывает на то, что слово наделяется кумулятивной и номинативной функцией и становится средоточием лингвострановедческих знаний, а так же на универсальный общенациональный аспект мировосприятия и способа его вербализации.

Свентозельська Т. В.

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра української мови, основ психології та педагогіки

м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук, доц Калініченко О. В.

Стати хорошим лікарем, без любові до своєї справи – неможливо, більше того – це велика майстерність. Оскільки лікують пацієнтів не лише використовуючи різні медикаментозні засоби, а й за допомогою слова. Умінням володіти психологією людини та впливом власною особистістю на хворого. Саме це є прямим шляхом до вдалого, правильного лікування та засвідченням про дотримання принципів деонтології.

Професійна компетентність лікаря визначається: комунікативною, діагностичною, клінічною та профілактичною компетентностями. Щодо останніх трьох усе логічно та зрозуміло, але дехто вважає, що комунікативна компетентність не є важливою для лікаря. Однак, влучне застосування стилів мовлення в різних ситуаціях з різними людьми засвідчить про освіченість; правильно поставлене питання хворому, використання явища антиципації – дасть можливість для швидшої та точнішої діагностики. Тому одними з важливих складових комунікативної компетенції в професії лікаря є: толерантність, спостережливість та емпатійність.

Уміння грамотно користуватися словом – це перша ознака професійності лікаря, оскільки словом можна лікувати, а можна й убити. Психіатр Є. Блейрев виявив, що через недисципліноване та непрофесійне мовлення медичного працівника, хід хвороби може ускладнюватись. Це підтверджує робота О. Бумке «Лікар як причина душевних розладів», що вийшла друком 1925 р. Після її публікації в медицині почали використовувати термін «ятрогенія», що означає невроз, або психологічне захворювання, що виникає внаслідок поведінки або слів лікаря. Джерелом ятрогенії може бути мовленнєва безграмотність лікаря та, навіть, найменша двозначність у мовленні така як: «Протягніть ноги» (замість «Випряміть ноги»), що може негативно вплинути на підсвідомість пацієнта, а тому й на розвиток хвороби.

Незалежно від обраної вузької спеціальності, кожен лікар насамперед психолог. Психологічні фактори зумовлюють додаткові підходи до процесу лікування. Доведено, що психологічні розлади пригнічують стан організму, сприяють розвитку хвороб та пухлин. Тому на окремих стадіях хвороби знання лікарем психології спілкування пришвидшує вирішення проблем, пошук істинних джерел захворювання та веде до швидшого одужання.

Саме тому відповідна психологічна підготовка та вміння грамотно користуватися мовленням є однією з основ професійного лікаря.

Сенюк Н. І.
УКРАЇНСЬКІ МАЙСТРИ ПЕРА І СКАЛЬПЕЛЯ
Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

З давніх-давен вважалось, що медицина і література тісно пов'язані одна з одною, оскільки в них спільний об'єкт розгляду – людина. І письменники, і медики роблять великий внесок у духовність як окремої людини, так і цілої нації. Жоден з них, на жаль, не може зупинити неблаганний плин часу та запобігти горю та тузі, але вони обидва можуть допомогти з ними боротися.

Відомою письменницею, а по сумісництву й чудовим лікарем, була буковинка Софія Окуневська-Морачевська. Вона, свого часу, стала першою жінкою-лікарем Австро-Угорщини та першою жінкою Галичини, що здобула університетську освіту. Для того, щоб домогтися таких висот, їй довелося докласти багато зусиль. Будучи талановитим лікарем, вона лікувала не лише ділом, а й словом. Завідувач відділу науки Національного музею медицини Василь Догузов говорив про неї так: “Софія Окуневська була революціонером по життю. Вона не хотіла миритися з тим становищем жінки, яке було в той час, – кухня – дитина – церква. Вона пішла набагато далі. Жінка-доктор медицини в той час – це було щось неймовірне. Окуневська віддала всю себе практиці і хворим”.

Працюючи у власній клініці у Львові, письменниця читала хворим свої твори, тим самим підтримуючи їхній дух. Вона подарувала Україні цілу школу акушерів-гінекологів, одною з перших почала боротись з онкологічними захворюваннями матки, а як письменниця видала багато чудових оповідань під псевдонімом Єрина.

Неможливо також не згадати таких яскравих особистостей, письменників, і просто майстрів своєї справи, як Остап Вишня, Юрій Липа, Микола Амосов та багато інших, які цілком і повністю віддавалися справі як медичній, так і літературній. Вони врятували не одне життя, а поруч із цим подарували світу чудові літературні творіння. Книга відомого лікаря Миколи Амосова „Думки і серце,“ чийм іменем було названо планету, по праву називається одним із кращих творів про тяжку працю лікаря, а захоплююча повість “Записки з майбутнього” читається на одному подиху. Він отримав почесне звання першопрохідця в галузі хірургії, оскільки саме Микола Амосов впроваджував новітні технології в кардіохірургії, заснував Національний університет серцево-судинної хірургії та створив власну модель апарату штучного кровообігу. Він пропагував консервативне лікування, незважаючи на те, що був хірургом. Одну зі своїх статей він багатозначно назвав “Бійтеся потрапити у полон до лікарів”.

Отже, відомі письменники, які поєднували лікарську працю з творчістю, зробили по-справжньому неоціненний внесок у розвиток літератури й медицини, чим заслужили всесвітнє визнання та повагу.

Сергеїчева К.В.

МЕТАФОРИ В КЛІНІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет, кафедра латинської мови та медичної термінології, м. Харків, Україна

Науковий керівник: Дюрба Д.В.

Медична термінологія є одним із специфічних пластів лексики, котра в силу особливостей відрізняється від загальноприйнятих слів, і тим самим займає особливе місце в лексичній системі мови. «Семантичний спосіб терміноутворення, частним випадком якого є метафоричний переніс, вважається одним із самих продуктивних в термінології» – зауважують дослідники метафори Ю.Г.Синельников та Я.С. Подорванова.

Метафора – це художній прийом, який заснований на перенесенні назви одного предмета або явища на інший. Метафору можна зустріти не тільки в художній літературі, а й в різних галузях науки. Вона займає значну нішу в медичній термінології.

Об'єктом дослідження ми обрали 76 латиномовних метафор, що активно вживаються у клінічній термінології. У ході дослідження клінічних метафоричних термінів, ми класифікували їх таким чином:

1. За відношенням до клінічної дисципліни: терапевтичні, неврологічні, гінекологічні, шкірно-венерологічні, хірургічні;

2. За джерелами метафоризації: фітоморфні (ботанічні), зооморфні, астрономічні, антропоморфні, артефакти (одяг, зброя, продукти харчування, музичні інструменти, знаряддя праці та побуту);

3. За ознаками: формою та кольором.

Наприклад, до фітоморфних метафор було віднесено терміни тип «малинового желе» (*typusquilirubei*), симптом «груші» (*symptomapuri*); до зооморфних метафор належать крик півня (*clangorgalli*), ритм перепілки (*rythmuscoturnicis*); прикладами астрономічних назв місяцеподібне обличчя (*facieslunaformis*) і зірчастий висип (*exanthemasiderale*); антропоморфних метафор – корона Венери (*diademaVeneris*), маска Гіпократата (*personaHippocratis*); предмети одягу – це симптом «корсета» (*symptomapectoralis*), симптом рукавиць та шкарпеток (*symptomachirothecarumetimpillorum*); прикладами зброї є гарматний тон (*voxballista*) та кинджальний біль (*dolorpugionis*); до продуктів харчування ми віднесли шоколадна кіста (*cystischocolatina*) і відригування «прогірклим маслом» (*vomitiooleorancido*); прикладом музичних інструментів є «барабанні палички» (*surculitympani*); до знаряддя праці та побуту відносяться симптом «джгута» (*symptomatomicis*) та «гудзикова петля» (*laqueusbulli*). За формою були виділені такі терміни: хвилеподібне дихання (*spiritusundatus*), симптом ніши (*symptomahabitaculi*); за кольором – колір «м'ясних помиїв» (*coloreluevieimacellariae*).

Також було класифіковано метафоричні терміни за приналежністю до кожної клінічної дисципліни зокрема. Так, терапевтичні метафори це – симптом «бджолиних сот» (*symptomafaviapiarii*) і симптом парасольки (*symptomaumbellae*); неврологічні метафори – рука акушера (*manusobstetrici*) та повзання мурашок (*reptatioformicationis*). До гінекологічних метафор відносяться симптом папороті (*symptomafilicis*), до шкірно-венеричних метафор – симптом «зимньої стопи» (*symptomapedishiberni*) і симптом «стружки» (*symptomaramenti*). До хірургічних метаформ віднесли «вид пісочного годинника» (*specieshorologii*) та «кавова гуща» (*faexcoffeiformis*).

Проаналізувавши взяті клінічні терміни можна зробити висновки, що метафора в клінічній термінології використовується в хірургії, гінекології, неврології, шкірно-венеричних захворюваннях, але найбільшу нішу вона займає в терапевтичній клініці (включаючи в себе кардіологію, ендокринологію, фтизіатрію та інші спеціалізації). Метафора пояснює не лише симптоми, але й використовується в поясненні лабораторних та інструментальних дослідженнях (наприклад, симптом папороті, симптом «сніжної бурі»).

Тому ми вважаємо, що метафора навіть крізь призму століть буде актуальною не лише в медичній термінології, а й в усіх сферах наукової діяльності, адже в її основі лежать глибинні когнітивні процеси пізнання світу людиною.

Смоляр С. К.
ПРОБЛЕМА ПОШИРЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЧЕРЕЗ
ПРИЗМУ ІСТОРІЇ

Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

Проблема поширення української мови серед українців є актуальною сьогодні. Адже за переписом 2001 року українську мову вважали рідною 67,5% населення України, а це приблизно 33 мільйони людей. На жаль, інша частина українців не вважає своєю рідною мовою українську.

Згідно з результатами дослідження популярної газети «Етнологія», що підтримується інститутом SIL International, українська мова посідає 26 місце в рейтингу найпоширеніших мов світу. Вона має статус однієї з робочих мов ООН. Нею спілкуються від 41 до 45 мільйонів людей, переважно в Україні та в країнах, де українська діаспора є однією з основних, а серед таких є країни з більшості континентів світу. Багато українців у Південній Америці (Бразилія, Аргентина, Перу), Північній Америці (Канада, США), Євразії (Росія, Польща, Бельгія, Австрія, Казахстан, Іспанія, Білорусь та багато ін.), Австралії.

Отже, якщо українська мова настільки поширена, то чому нею не спілкуються громадяни України? Річ у тому, що впродовж усієї української історії нас, українців, мали знищити фізично або морально інші національності. Вони забороняли українську мову. До речі, за останні 400 років це робили близько 130 разів, виселяли українців з етнічних земель або влаштовували геноцид різного роду: від моральних (пропаганди проти українства, насильницьке примушування до відмови від української мови) до фізичних (голодомор 1932-1933 років, польська операція «Вісла»).

Тому люди, після багаторічної деукраїнізації, почали вважати своєю рідною мовою неукраїнську. «Клин клином вибивають», — так мовиться в давньослов'янській приказці. Можливо, єдиним виходом із цієї ситуації тотальної деукраїнізації є примусова, але з демократичними рамками, українізація. Якщо народу впродовж усієї його історії казати, що він — неукраїнський, то люди в це повірять. І якщо було дозволено неукраїнцям примусово робити це, то чому ми не можемо вчинити зворотній процес.

Усім відомо, що найбільше та найдорожче добро кожного народу — це його мова. Вона існує не сама по собі, а в людському суспільстві, у свідомості членів суспільства, реалізується в процесах мовлення (усного чи писемного). Тому доля мови певною мірою залежить від кожного з мовців.

Отже, з часу отримання Україною незалежності наша влада ніяких чітких рішень щодо мовного питання не прийняла. Їй, владі, так як і нам, народові, не вистачає рішучості та холоднокривості. Ми повинні поставити чітку мету перед собою, чи хочемо ми бути єдиними та сильними разом? Зробивши це, ми доведемо всім, що не просто так отримали довгоочікувану

незалежність. Адже, чи має право на існування нація, яка сама себе майже не визнає.

Суровцева К. С.

КУЛЬТУРА МОВИ В ЖИТТІ ПРОФЕСІЙНОГО КОМУНІКАТОРА

**Харківський національний медичний університет
Кафедра укр. мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна**

Науковий керівник: – канд. філол. наук доц. Антонович С. О.

Висока культура мови позитивно впливає на всебічний розвиток особистості. Поняття «культури мови» містить у собі два найголовніші критерії літературної мови: правильність мови й мовна майстерність. Вона включає: доречність, доцільність або недоцільність використання різних засобів мовного вираження.

Завданням культури мови є: відрізнити граматично правильно побудовані, логічні за змістом речення, а також не допускати вживання жаргонізмів, діалектизмів та суржику. Основні ознаки культури мови: змістовність, логічність, доцільність, послідовність, точність, багатство використання мовленнєвих засобів.

Усне професійне спілкування, окрім вже названих комунікативних ознак, включає й такі: доцільність використання стилю викладу, відповідність змісту до теми, уживання сталих словосполучень (фразеологізмів) та виразність дикції.

Високий рівень культури мовлення – важливий показник загальної культури, освіченості. Саме це є великою перспективою, яка є гарним початком для кар'єрного зростання.

Найскладніше в оволодінні усним мовленням – необхідність багатства лексикону. До того ж, багатство мови визначається й смисловим насиченням слова. Уживання фразеологізмів, паронімів, синонімів, омонімів є доречним в офіційно-діловому стилі. Навіть у певних випадках необхідність їх вживання є запорукою успіху для спікера.

Отже, культура мови в житті професійного комунікатора відіграє провідну роль.

Таранова М.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ МЫШЦЫ СПИНЫ, НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКОЙ, УКРАИНСКОЙ, РУССКОЙ И АНГЛИЙСКОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
латинского языка и медицинской терминологии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель – канд. филол. наук Литовская А.В.

Проблема расхождений в анатомических номенклатурах разных стран неоднократно отмечалась учеными. Для решения этой проблемы «The International Federation of Associations of Anatomists» создала программу

«Federative International Programme for Anatomical Terminology», задачей которой является усовершенствование латинской анатомической номенклатуры и ее национальных аналогов.

Определение расхождений при переводе анатомических терминов на четыре наиболее часто используемые медиками нашей страны языка поможет будущим анатомам (в том числе и студентам ХНМУ) безошибочно переводить анатомические термины и правильно ими оперировать.

Для своего исследования мы взяли группу спинных мышц. В ходе работы мы определили ряд особенностей, согласно которым мы выделили следующие группы:

1) Полное соответствие было обнаружено в 23 исследуемых терминах. Например, полуостистая мышца/ півостистий м'яз/ semispinalis/ m. semispinalis. Отметим, что в английской терминологии, слово «muscle» опускается, что является своеобразием английской номенклатуры.

2) Соответствие по смыслу, но использование различных частей речи для номинации одного термина мы встретили в 2 терминах – m. erector spinae и m. levator scapulae. В этих случаях существительное «erector/ levator» в русском языке заменяется на причастие «выпрямляющая/ поднимающая».

3) Расхождение в выборе значений было обнаружено в терминах, включающих слова dorsalis и ventralis. Например, partes dorsales mm. intertransversarii laterales lumborum. Слова dorsalis и ventralis имеют несколько значений, в данных терминах использовалось значение «задний» и «передний».

4) Нерегулярность в одной из номенклатур. Например, в термине «divisio lateralism. erector spinae lumborum» слову «divisio» в русской номенклатуре соответствует «отдел», а не «часть», хотя «divisio medialis» переводится «медиальная часть». В этом же термине в русском языке слово «поясница» переведено «позвоночник». В остальных терминах слову «lumborum» соответствует значение «поясница».

5) Для обозначения частей трапециевидной мышцы в английском языке были введены полные синонимы: нисходящая (descending, superior), поперечная (transverse, middle) и восходящая (ascending, inferior) части трапециевидной мышцы. Еще одним примером синонимии является термины cervix и collum. Например, «мышцы-вращатели шеи» – «mm. rotatores cervicis/colli».

6) Сочетание нерегулярности в двух номенклатурах и выражение значения разными частями речи. Так, в англ. языке вместо cervicis используется прилагательное cervical:

anterior cervical intertransversarii. Подобным образом mm. intertransversarii thoracis – thoracic intertransversarii. Отметим, что в этих терминах в украинской и русской номенклатурах cervical/ cervicis соответствуют термины «мышцы шеи» (м'язи шиї), а thoracic/ thoracis в украинском – м'язи грудної клітки, а в русском – мышцы груди.

Проведя исследование, мы можем утверждать, в каждой национальной номенклатуре наблюдается своеобразие в переводе терминов. 32 из 55 рассмотренных нами терминов имели свои особенности в переводе на один

или два из рассмотренных языков. Наибольшим своеобразием обладает русский язык, в то время как в английском большезаимствованных латинских терминов. И все же каждая национальная номенклатура имеет большое количество особенностей, следовательно, существует необходимость в ее усовершенствовании, чем и занимается на данный момент FIPAT.

Файзієва Н., Каттяєва М.

КУЛЬТУРА УЗБЕЦЬКОГО НАРОДУ

**Харківський національний медичний університет
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
м. Харків, Україна**

Науковий керівник – канд. філол. наук Скорбач Т. В.

Узбецький народ любить свята та вміє їх відзначати. Головне державне свято – День незалежності, яке урочисто відзначається 1 вересня. Ще два великих свята – це день Конституції, що відзначається 8 грудня, і День пам'яті та пошани, який, як і в багатьох інших країнах, відзначається 9 травня. Одним з найкращих мусульманських свят є Рамазон – хаїт та Курбанх – аїт.

Асалам , Навруз або з Новим роком!

Слово «Навруз» перекладається як новий день. Свято відзначається 21 березня. Саме в цю весняну пору року природа повністю прокидається після зимового сну й своїм оновленням символізує початок нового року.

Навруз ще з давніх часів вважається особливим святом. Тому й стіл повинен бути накритим по-особливому щедро. Є така прикмета, чим багатше буде стіл, тим заможнішою буде родина цілий рік.

Купкарі

Зі святкуванням Навруза пов'язана улюблена в народі давня національна гра купкарі (вилон бузкаші). Це гра по-справжньому сильних і сміливих чоловіків. Верхом на лихих скакунах гравці на повній скачці намагаються відібрати один в одного молодого барана.

Національні страви

На день Навруза головними святковими стравами є плов, шурпа й самса з першою весняною зеленню, солодощі та фрукти. Ця страва обов'язково повинна стояти на кожному столі. У таких випадках плов готують уранці. Старовинний образ уранішнього плову не тільки святковий, але й поминальний. Наступного ранку після весілля здійснюється обряд «Келін салом». Цей обряд означає прийом нареченої в нову родину. Збираються батьки, родичі, друзі нареченого.

Яка жінка не любить прикраси? За традицією це доповнення національного костюма узбецької жінки. Незалежно від віку, ними є золоті та срібні прикраси.

Узбецькі гості

Неввічливо відмовитися від запрошення або запізнитися. На порозі будинку вам необхідно привітатися з господарями та ішими гостями. Іти в гості в узбецьку родину з пустими руками не прийнято. За традиціями, гості

приносять у дім солодоші та сувеніри. У будь-якій махалі є чудова давня традиція взаємодопомоги. Як мовиться в народі, усім миром мешканці добровільно й безкорисливо допомагають один одному у випадку, якщо необхідно побудувати будинок, облаштувати вулицю або район, організувати ранковий плов. Отже, на допомогу завжди приходять хашар. Узбецький народ, як і український, шанує традиції та звичаї свого народу.

Хамидов Нодир
ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ МЕДИЦИНСКОГО
СЛЕНГА

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Харьков, Украина

Научный руководитель – преп. Губарева С.А.

Медицинский сленг представляет собой обширный лексико-фразеологический пласт, который активно используется его носителями на протяжении длительного периода времени и регулярно пополняется. В данном исследовании были использованы сленговые единицы из речи студентов-медиков, медицинских работников, а также информация словарных статей «Краткого словаря медицинского жаргона, применяемого отечественными врачами». Собранные и изученные нами конструкции были разбиты на следующие группы:

1. Лексико-семантическая группа «Пациенты»:

Бэцэшник – пациент с диагнозом гепатит В, гепатит С; Клиент – пациент; Консервы – пациенты хирургического отделения, которые проходят курс консервативного лечения и др.

2. Лексико-семантическая группа «Медработники»:

Анестезавр – анестезиолог; Членовредитель – уролог; Самоделкин – травматолог и др.

3. Лексико-семантическая группа «Элементы рабочего процесса медиков»: Включить цветомузыку – включить сирену и мигалку в машине скорой помощи; Завести больного – восстановить синусовый ритм после остановки сердца; Дернуть за пищевод – проводить исследование ЧПЭС и др.

4. Лексико-семантическая группа «Смерть» (обычно используются выражения в роли эвфемизмов): Отпустить пациента – не препятствовать смерти больного с негативными прогнозами на улучшение состояния; Пациент ушел – умер; Тело – труп (например: Нужно транспортировать тело в морг) и др.

5. Лексико-семантическая группа «Учебные дисциплины»:

Фарма – фармакология; Патан – патологическая анатомия; Микробы – микробиология, вирусология и иммунология; Судебка – судебная и др.

6. Лексико-семантическая группа «Медпрепараты»:

Буксир – оксibuтират натрия; Никотинка – никотиновая кислота; Физраствор – натрия хлорид и др.

7. Лексико-семантическая группа «Медоборудование»:

Подключичка –венозный катетер в подключичной вене; Телевизор – рентгеноскопия; Уши – фонендоскоп; Двойка, десятка, двадцатка – одноразовый шприц соответствующего объема (мл) и др.

8. Лексико-семантическая группа «Диагнозы»:

Жаба – стенокардия; Мерцалка – мерцательная аритмия и др.

В ходе исследования мы пришли к выводу, использование медицинского сленга обусловлено такими факторами, как желание сэкономить время, сократив длительность устного сообщения (номинация процессов, препаратов, оборудования), так и попытка дистанцироваться от негативных факторов действительности и снять профессиональный стресс с помощью создания иронического модуса высказывания.

Также мы считаем, что использование медицинского сленга должно регламентироваться этическими рамками и не использоваться в ситуациях, когда высказывание может дешифроваться как оскорбление коллег, пациента или чувств его родственников.

Хедрих Денис
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФОРМ ВЕЖЛИВОСТИ В
НЕМЕЦКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра языковой подготовки иностранных граждан

Научный руководитель: преп. Ткаченко О.В.

При сравнении вербальных форм вежливости в немецком и русском языках были выявлены следующие особенности:

1. В немецком языке форм приветствия больше, чем в русском языке. Это можно объяснить широким распространением диалектов на территории Германии, а также стремлением немцев к упрощению сложных форм приветствия. Универсальным является приветствие «Guten Tag!» («Добрый день»), которое имеет редуцированные формы: «Tag!», «'n Tag!». К баварской форме приветствия относится форма «Servus», а на севере Германии распространены формы «Tagchen», «Tach», «Tachchen». В некоторых случаях этикетная форма «Guten Tag!» дополняется прилагательным schön: «(Einen) schönen guten Tag!», «Schön' guten Tag!». В этом случае приветствие содержит пожелание, аналогичное русскому «Доброго дня».

2. В русском языке приветствие «Здравствуй/те!» этимологически обозначает пожелание здоровья. Слово «Здравствуй/те!» является повелительной формой глагола «здравствовать», которая сформировалась к концу 17 века из описательных оборотов, типа «здравия желаю тебе». Этим пожеланием русскоязычные коммуниканты отличаются от других народов, у которых смысл приветствия заключается в пожелании добра, радости, счастья. В менталитете русскоговорящего человека самым важным в жизни является здоровье. Поэтому при прощании также желают здоровья: «Будь здоров!»

3. В немецком языке существует большое разнообразие разговорных форм приветствия: «Hallo», «Hallochen», «Hallöchen», «Hi» и «Heu», которые соответствуют русским «Привет», «Приветик». Формы «Hi!» и «Heu!», наиболее часто употребляются в молодежной среде, как в устной, так и в письменной речи. В письменной речи они используются при написании электронных сообщений, при беседе на форумах или чатах в сети интернет, а также в статьях молодежных журналов (преимущественно в интервью).

4. Этикетная форма «Guten Morgen!» («Доброе утро») используется в немецком языке независимо от обстановки и ситуации общения и адресуется как родным, знакомым, друзьям, так и незнакомым людям. Среди русскоязычных участников коммуникации форма «Доброе утро!» употребляется преимущественно в семейном кругу, реже среди соседей и коллег.

5. Наиболее распространенной формой приветствия в вечернее время в немецком языке является «Guten Abend!» («Добрый вечер!») и ее редуцированные формы «Abend!», «'n Abend!». Она также может использоваться и при прощании, являясь при этом одновременно и пожеланием приятного времяпрепровождения.

6. Русская нейтральная форма прощания «До свидания» соответствует немецкому выражению «Auf Wiedersehen», которое может быть дополнено такими определениями как *baldig*, *glücklich* (скорый, счастливый). Например, «Auf ein baldiges Wiedersehen!» (До скорой встречи), «Auf ein glückliches Wiedersehen!» (До счастливой встречи). Русская форма «До свидания» употребляется только с определением «скорый»: «До скорого свидания!»

7. К разговорным формам прощания в немецком языке относятся следующие обороты речи: «Tschüs!», «Bis bald», «Alles Gute», «Bis gleich!», «Bis dann!», «Bis dahin!», «Bis nachher!», «Bis später!», «Bis Morgen!». Их русские варианты – «Пока!», «Всего хорошего», «Счастливого», «До встречи!». В отличие от русского языка, в немецком языке вышеназванные формы прощания имеют принципиальные отличия. Так, «Bis gleich!» употребляется в том случае, если люди прощаются на короткое время, «Bis bald!» предполагает более длительное расставание. «Bis später!» и «Bis nachher!» означают еще более длительный период разлуки. Если же партнеры оговаривают время следующей встречи, то при прощании они могут употребить «Bis dahin!», «Bis dann!»

Оглавление

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА	3
Korolkova Anastasiia.....	3
APPLICATION OF CONTINUOUS PASSIVE MOTION (CPM) THERAPY IN REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH GUNSHOT FRACTURES OF LOW EXTREMITIES`S BONES.....	3
Kotsur V.E., Kucherenko I.O., Hloba N.S.....	4
INTERDEPENDENCE OF METEOSENSITIVITY LEVEL AND TYPE OF HIGHER NERVOUS ACTIVITY IN YOUNG PEOPLE.....	4
Tishakova T.S., Isaaka Adamu, Saveliev V.V.....	5
DETERMINATION OF QUANTITATIVE AMINO ACID COMPOSITION IN HERBAL RAW MATERIAL OF PULSATILLA PRATENSIS	5
Аванесян А.И.....	6
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕРВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОЖИВЛЕННЫХ ПОВЕШЕННЫХ.....	6
Айвазян К.В.	7
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ	7
Анпілов О.О., Кармазін М.Є.	8
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗМІНИ ГЕМОПОЕЗУ У ВАГІТНИХ ЩУРИВ В НОРМІ І В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПЕРКОАГУЛЯЦІЇ	8
Антоненко И.С.	9
ЭЛЕМЕНТЫ ИППОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ.	9
Безега Е. В.....	11
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА В НОРМЕ И ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ.....	11
Безродная А.И., Кучеренко И., Стабровский С., Коцур В., Новикова Д.	12
ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ТОКСИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ.....	12
Безродная А.И., Кучеренко И., Стабровский С., Коцур В., Новикова Д.	14
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОТРАВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВОМ В ОСТРОМ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА БЕЛЫХ КРЫСАХ.....	14
Белоконь А.В.	15
ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ РАСЧЛЕНЕННЫХ ТРУПОВ	15
Бердникова А.И.	16
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ В УКРАИНЕ В 2016 ГГ.	16
Блинкова Е.А.	17
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ.....	17
Блохина В.А.....	18
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА.....	18
Борщ С.С., Саенко М.С.	19
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭМИССИОННОГО СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА В СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	19
Бугаев В. Ю.....	21
ВПЛИВ ІОНІВ СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ДЕНТИНУ ЗУБІВ	21
Бурховецька Е.О., Ковальцова М. В., Кучерявиченко М.О.	21

ВПЛИВ ГОЛОДУВАННЯ НА ПРОЦЕСИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ	21
Великий О.П., Єрмола О.Д.	22
СТАН АДРЕНКОРТИКАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ДІАБЕТІ	22
Гарюк Т.О.	23
ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ	23
Дворник Н.А., Занг Т.Л.	25
ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАМЕНЫ МЕДИЦИНСКОГО ЭТИЛОВОГО СПИРТА ПРИ ОКРАСКЕ ГЕМАТОКСИЛИНОМ И ЭОЗИНОМ	25
Дегтяр К. О., Полікарпова Г.В.	26
ДИНАМІКА БІЛКІВ ГОСТРОЇ ФАЗИ ЗАПАЛЕННЯ У КРОВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ОПІКАХ ШКІРИ МОРСЬКИХ СВИНОК РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	26
Дегтярь К. А.	27
К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА АДАПТАЦИЮ К ФИЗИЧЕСКИМ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НАГРУЗКАМ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	27
Дуб М.І., Коваленко В.А., Воронцова Л.Л.	28
ВПЛИВ ФРАГМЕНТАЦІЇ ДНК СПЕРМАТОЗОЇДІВ ТА ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ НА ФЕРТИЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕЯКУЛЯТУ	28
Затолака Д.В., Шевченко В.А.	29
ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ	29
Захаров И.А.	30
КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ	30
Зверева И. С. ² , ТОВАЖНЯНСКАЯ В. Д. ¹ , САКАЛ А. А. ²	31
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЁННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА ПАТОЛОГОАНАТОМА)	31
Золотарь А.А., Гольник Я.В., Рассолова А.С.	32
ЗНАЧЕНИЕ РАННИХ ТРУПНЫХ ЯВЛЕНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ	32
Зуб К.А.	33
ГИПЕРТРОФИЯ ПОЧКИ КАК ПРИСПОСОБИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА ...	33
Ібрагімова Шейла Бахіш-кзи	35
НЕАЛЕЛЬНІ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ МУТАНТНИМИ ГЕНАМИ СТРУКТУРИ ЕНДОСПЕРМУ КУКУРУДЗИ ЗА ФЕНОТИПОМ ТА ЯКІСТЮ ЗЕРНА	35
Ивантеева Ю.И., Курчанова Ю.В.	36
СИНДРОМ VACTERL СРЕДИ МУЗЕЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	36
Калюжная Д.А.	37
ИЛЛЮЗИЯ БЕЗВРЕДНОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ	37
Козейчук П.А., Самченко К.В.	38
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МРТ – ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ	38
Колесник М.Р.	39
НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У СТУДЕНТОВ ХНМУ	39
Колюбаева Е. Ю.	40
МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ и СПИДом У ДЕТЕЙ В УКРАИНЕ	40
Красова В.С.	41
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	41
Кропалёва А.С.	42
БИОЭТИКА - НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНЫ	42
Кутарева М.Ю., Латанская Н.С.	44

НООТРОПЫ – ПЛАЦЕБО ИЛИ ДОПИНГ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ...	44
Леонтьев П.О., Веснин А.В., Дмитренко Ю.О.	45
СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ КРОВОВИЛИВІВ У ЖИВИХ ОСІБ	45
Лукьянова Е.М.	46
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТАУРИНА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ГЛЮКОЗЕ.....	46
Лунина А.О. Иванцов Н.С.	47
ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ХОРИАЛЬНУЮ ТКАНЬ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	47
Мазур Е.Б.	49
ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГУ НА ФЕНІЛКЕТОНУРІЮ.....	49
Макаренко Н.И., Трунова И.О., Морозов А.В.	50
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА	50
Мар'єнко Н.И., Галайда А., Кравченко М.Ю., Дрокин А.В.	51
ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОВЕРХНОСТНОЙ СОСУДИСТОЙ СЕТИ МОЗЖЕЧКА ЧЕЛОВЕКА	51
Мар'єнко Н.И., Добровольська О.М., Шубина М.В., Корсунов К.В.	52
ІНДІВІДУАЛЬНА АНАТОМІЧНА МІНЛИВІСТЬ І-ІІ ЧАСТОЧОК ПІВКУЛЬ МОЗОЧКА ЛЮДИНИ.....	52
Маслова Ю.И.	53
ИЗМЕНЕНИЯ АККОМОДАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ.....	53
У СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ.....	53
¹ Мовчан В.С., ^{2,3} Мовчан Н.В., ¹ Садовниченко Ю.О., ⁴ Степаненко Б.О.	54
ГЕНЕТИКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДВОСТОРОННЬОЇ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ВТРАТИ СЛУХУ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	54
Молчанова А. О., Безега Е.	55
ВЛИЯНИЕ ОЛИГОПЕПТИДОВ НА СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАРКИНСОПОДОБНОМ СИНДРОМЕ.....	55
Момот А. А.	56
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОКУТСКОГО РАЙОНА).....	56
Мястковская И.В., Слюсарь А.А., Якушкин Е.Ю.	57
РАЗВИТИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НИТРАТНОЙ НАГРУЗКЕ ...	57
Нагорный И.А., Халимов Е.Г., Остапенко Д.Н.	58
ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ Е-102 ТАРТРАЗИН	58
Нечипорук А.	60
ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННОЙ СМЕСИ И ХЛОРАМФЕНИКОЛА НА СОДЕРЖАНИЕ АТФ В ТКАНЯХ КРЫС.....	60
Нырка И. Е.	61
ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ИХ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ.....	61
Обихвіст О.О.	62
АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОРГАНІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВНАСЛІДОК НАДМІРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У СПОРТІ.....	62
Онищенко А.И., Ткаченко А.С.	63
СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО РИНОСИНИУИТА	63
Панова В.В.	64
ВЛИЯНИЕ КВЕРЦЕТИНА НА СОСТОЯНИЕ ПРООКСИДАНТНО - АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	64
Пелешенко О.И., Чиркунова В.О.	65
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УКРАИНЕ.....	65
Печененко А.Р., Самойленко С.Е.	67

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ.....	67
Прасол А.В.....	68
МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ГЕНОФОНДА ЧЕЛОВЕКА.....	68
Самченко К.В., Пономарева Л.В.	69
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	69
Саранча Т.А., Пальчинский В.А., Глоба Н.С.	70
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА И АДАПТАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ	70
Сіренко В.А., Ковальцова М.В., Остапенко Д.М.	72
МОРФОЛОГИЯ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕКЗОКРИННОЇ ЧАСТИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ЩУРІВ ПРИ НЕЗБАЛАНСОВАНОМУ ХАРЧУВАННІ	72
Склярчук Д.О., Харченко Э.А.	73
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ Фолликуллов щитовидной железы	73
Сучкова Н. В.	74
ИССЛЕДОВАНИЕ ДАННЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ	74
Сушечкая Д.А., Шевченко В.А.	75
ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ РЕАКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АСЕПТИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ	75
Терновий Д.П., Садовська Ю.О., Горюк І.А.	76
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ.....	76
Тимошенко Д.В.	77
ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ ТАЗУ	77
Ткаченко А.С.	79
ЗМІНИ ВМІСТУ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9 У СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ПРИ ТРИВАЛОМУ ВЖИВАННІ КАРАГЕНАНУ	79
Токарева І.Л.	80
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЄДНОСТІ ВИМІРЮВАНЬ У ХНМУ З УРАХУВАННЯМ ВИМОГ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО МЕТРОЛОГІЮ ТА МЕТРОЛОГІЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ».....	80
Третьякова Е.А.	80
АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА КИСТИ ЧЕЛОВЕКА	80
Усиков А.И.	82
ГРУЗ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ХАРЬКОВСКОГО РАЙОНА ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ).....	82
Хромей Е.В.	82
ФИЗИЧЕСКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПЫТОК И ИСТЯЗАНИЙ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	82
Чернякова А.М.	84
РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИЕ СВОЙСТВА АППЛИКАЦИОННОГО СОРБЕНТА У ЖИВОТНЫХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СИНЕГНОЙНОЙ ОЖОГОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. ...	84
Широков К.В.	85
СТРОЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА В НОРМЕ И ПРИ КИСТЕ БЕЙКЕРА.....	85
Щелок Т.С., О니кова А.О.	86
СОДЕРЖАНИЕ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	86
Щербина Д.В., Фиранская В.Е.....	88
ПОСЛЕДСТВИЯ САМОВОЛЬНОЙ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ.....	88
Яніогло О.О., Круковець Н.В.....	88
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СУКЦИНАТУ НАТРІЮ У ЩУРІВ З КАЦИНОМОЮ ГЕРЕНА	88

Ярмак И.Н., Першина Л.В.	89
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ ПРИЧИНЕННЫХ ПНЕВМАТИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ.	89
Яцына А.Г.	90
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ АКНЕ.	90
ТЕРАПИЯ.	92
Andrieieva A., Pluzhnykova O.	92
DYSPEPSIA SYNDROME IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY.	92
Arkhipkina O., Istomina O.	93
RIGHT VENTRICULAR DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH COPD AND HYPERTENSION DIAEASE.	93
Diasamidse M., Sukhonos N.K.	94
THE BALANCE OF EICOSANOIDS WITH VIBRATION DISEASED PATIENTS IN CONJUNCTION WITH HYPERTENSION DISEASE.	94
Lapshyna K.A.	95
CYTOKERATIN-18 USAGE IN MINIMALLY INVASIVE DIAGNOSIS OF NONALCOHOLIC STEATONEPATITIS IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS.	95
Melenevych A.Ya.	96
PREDICT FUTURE ADVERSE EVENTS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN ACCORDANCE WITH MODERN ASSESSMENT TESTS.	96
Ptushchenko N.Yu.	97
DEFEAT OF PANCREAS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES.	97
Аль-Травнех Е.В.	98
ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	98
Арутюнян А. Ю.	99
АКУПУНКТУРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.	99
Архіпкіна О.Л.	100
ОЦІНКА СТАНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.	100
Ахалая Е.А., Мамасуева Л.В.	101
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.	101
Більченко А.О.	102
НОВІТНІ БІОМАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.	102
Борзова-Коссе С.І., Амазі Д., Долгова В.А.	103
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ 3-РІЧНОЇ ДИНАМІКИ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО РЕЄСТРУ.	103
Боровик Е.Н., Рындина Н.Г., Маркив А.И.	104
АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	104
Боровик К.М., Пайміна І.С.	105
ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ВІТРОНЕКТИНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ ТИПУ РОЗПОДІЛУ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ.	105
Визир М. А.	106
АНАЛИЗ УРОВНЯ НЕСФАТИНА-1 В АСПЕКТЕ УГЛЕВОДНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.	106
Говорова Е.И., Сытник К.А.	107
МЕСТО АНТАГОНИСТОВ ИНТЕГРИНА $\alpha 4\beta 7$ В ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА.	107
Голенко Т.М., Гайнутдінова Г.А.	108

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ СЕПТИКОПЕМІЇ НА ФОНІ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ	108
Голованова А.Ю.	109
МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ЗАПОБІГАННЯ	109
Горбунова О.Ю.	110
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК НА ОСНОВЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ РЕЙНХОЛЬДА ФОЛЛЯ.....	110
Гречуха А., Сухонос Н.К.	112
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	112
Гриднева О.В., Пискаренко Г.Н.	113
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	113
Гриднева О.В., Косарева А.И.	114
КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ДИРОТОНОМ У БОЛЬНЫХ С ИБС.....	114
Гулько Анна	115
ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	115
Еременко Г.В., Ілюха С.Э, Резник М.	116
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	116
Єрмак О.С., Раджабов І.	117
КОПЕПТИН ЯК МАРКЕР ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ЗА УМОВ КОМОРИДНОГО ОЖИРІННЯ.....	117
Журавльова М.І.	119
ВПЛИВ СИСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ.....	119
Журба Е. П., Шалимова А.С.	119
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	119
Заїкіна Т. С.....	120
ПРЕДИКТОРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	120
Заїкіна Т. С., Хамраєва Маліка, Шахін Ашійє Айбіке	121
ПРЕДИКТОРИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	121
Золотарь А. А.	121
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	121
Іванченко С.В., Гончарь О.В.	122
ТИПИ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ З ОГЛЯДУ НА ПРОВОДИМУ СТАТИНОТЕРАПІЮ.....	122
Іванашко Е.А., Татьяна Л.С.	124
ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 ПРИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....	124
Истомина О. В.	124
ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ VEGF У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	124
Кадыкова О.И.	125
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА (Glu298Asp) НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	125
Корнієнко Д. О.	126

РОЛЬ ПРЕПАРАТІВ МЕЛАТОНІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.....	126
Котелюх М.Ю., Бассел Ю.	128
ПОКАЗНИКИ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	128
Кравчун П.П.	128
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПІТАВАСТАТИНУ ПРОТИ АТОРВАСТАТИНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ І ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ.....	128
Крапівко С.О., Некрасова Ю.В.	129
ДИНАМІКА АДІПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОЖИРІННЯ, УСКЛАДНЕНІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ ТЕРАПІЇ ДАПАГЛІФЛОЗИНОМ.....	129
Кузьминова В.В.	131
АНАЛИЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫБОРА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	131
Куликова Е.С., Пидкова А.И.	132
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С НАЛИЧИЕМ У БОЛЬНЫХ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	132
Мартовицкий Д.В., Ковалева Ю.А., Лахно Ю.В.	132
ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	132
Медяник Е.А., Долгов В.М.	133
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	133
Меженская Е.А., Корниец А.В.	134
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И АКТИВНОСТЬЮ ИЛ-1 β У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	134
Михайская Е.Р. Мовчан В.С.	135
ПРИНЦИПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ.....	135
Михайская Е.Р., Мовчан В.С., Сытник К.А.	136
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	136
Молотягин Д.Г.	137
К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	137
Назаренко А. О.	138
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	138
Павликова А.А.	139
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І ГЛЮКОЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	139
Пильов Д.І.	140
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОПОДІБНОГО ФАКТОРА РОСТУ-1 І ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З РІЗНИМ ФЕНОТИПОМ.	140
Пільгуй І.В.	141
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НА ГРИП, У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	141
Поликов Г.О.	141
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	141
Романенко А.Р.	142
ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНИЙ СИНДРОМ	142

Рынчак П.И., Лысак М.С., Кисель И.В.	143
МАРКЕРЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА	143
Рынчак П.И., Якименко Д.С., Мовчан Ю.А.	144
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ НЕИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА.....	144
Саакян Т.Е., Федорцова В.В.....	145
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ	145
Сечка А.И., Аракелян Л.В.	146
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	146
Сипало А.О.	147
СТУПІНЬ УРАЖЕННЯ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	147
Скорый Д.А.....	148
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	148
Стародубцева Д.В.	149
РОЛЬ АДИПОЦИТОКИНОВОЙ ДИСФУНКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ.	149
Суходольська О.І., Спужак Г.Р., Гавриленко Н.В.....	149
МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСУ ЦИФРОВОЇ ОБРОБКИ РЕНТГЕНІВСЬКОГО ЗОБРАЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.....	149
Сушечкая Д.А., Затолока Д.В., Матове Шиедза.....	151
НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ.....	151
Табаченко О.С., Хасані Амонзода.....	152
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНИХ, МЕТАБОЛІЧНИХ І НЕЙРОГУМОРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	152
Титова А.В.	152
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	152
Фуссейни Диабате.....	153
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	153
Харченко Л.М.	154
ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС	154
Шапаренко О.В.	155
РОЛЬ sCD40L У РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	155
Шевякова О.М.	156
РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.....	156
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ	158
Oluronbi Olubunmi Ifeolu	158
CRITICAL LIMB ISCHAEMIA MEDICAMENTAL TREATMENT.....	158
Sivozhelizov A.V., Sykal M.O., Chugay V.V., Kolesnik V.P., Olefir O.S.	159
COMPLICATION OF THE LAPAROSCOPIC HERNIA REPAIR	159
Арутюнян А. Ю.	160
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПЛАСТИКОВЫХ И САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	160
Бабаева А. Р.	161
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	161
Бурсак А.Г., Авсюкевич О. С.	162

ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ	162
Василевский В.С.	163
ЛЕЧЕНИЕ МАКУЛОПАТИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ТРОМБОЗЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ.	163
Волик М.С., Кругляк В.А., Сагиров В.С.	165
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ КАК ФАКТОРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....	165
Гольнік Я.В.	166
ОПТИМІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.....	166
Гони С.А.Т., Гони С.К.Т.	167
ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	167
Гоні С.-К.Т., Кірієнко Д.О.	169
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	169
Гончарова Н.М.	170
ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ І ТИПУ	170
Гужва Н.Ю.	171
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	171
Гуйван И.В.	172
ОСОБЕННОСТИ ПРАВОСТОРОННИХ И ЛЕВОСТОРОННИХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ	172
Гуйван И. В., Кругляк В.А.	173
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ КАВЕРНОЗНОМ ФИБРОЗЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА....	173
Долгов В.М., Котляр В.А.	174
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «ДЕФЕНСАЛЬ».....	174
Дроздова А.Г., Гончаров А.С., Рассолова О.С.	176
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ТРАВМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	176
Євтушенко Д.В., Євтушенко О.В., Білоусова М.С.	177
СИНДРОМ МІРІЗІ: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ.	177
Завгородній А.С.	178
ЛАПАРОСКОПІЧНА ПЛАСТИКА ПРИВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ (ІРОМ ТА ТАРР).....	178
Завгородній А.С.	179
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ	179
Зеновьева Ольга	181
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ АЙЛИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ОТЕКА МАКУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ І ТИПА.	181
Іванашко К.А.,Татьянко Л.С.	182
БАЛОННА АНГІОПЛАСТИКА ТА СТЕНТУВАННЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПРИ ОКЛЮЗІЇ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ	182
Кітченко С.С., Бердікова Ю.О., Бортник К.Ю., Бабаєва А.Р.	183
ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	183
Корниец А.В., Меженская Е.А.	184
ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТОСАКРОПЕКСИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА.....	184
Кравцов В.С., Вівчарук В.П., ...	185

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	185
Куликова К.С., Пидкова А.И.....	186
ЭХОЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	186
Ламааши Э.М.....	188
ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЮ.....	188
Лепеха И.В.....	189
ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СКРЫТОЙ ТИРЕОИДНОЙ МИКРОКАРЦИНОМЫ ПОД КЛИНИЧЕСКОЙ МАСКОЙ РАКА ЛЕГКИХ ..	189
Маркевич Н.А., Калюжка В.Ю.	190
СТАНДАРТНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ИСХОДА ПЛАНОВЫХ ПУЛЬМОНЭКТОМИЙ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО	190
Оноприйко Ю.Ю., Антонова М.С.	191
ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	191
Переяслова А.С., Иванова А.Н., Гончарь Е.Н., Хоценко И.А., Арустамова Г.С.	193
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТОЛЩИНЫ ХОРИОИДАЛЬНОГО СЛОЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИЕЙ.....	193
Поліков Г.О., Антонова М.С.....	193
ЭТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАНКРЕАТОГЕННИЙ СЕПСИС	193
Приходько Д.О., Гончарь О.М., Арустамова Г.С., Переяслова Г.С., Хаценко І.О.	195
ДИНАМІКА ДОЛІ БАЗАЛЬНО-КЛІТИННОГО РАКУ СЕРЕД ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПОВІК В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	195
Проненко И. Ю.....	196
ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПОЧЕЧНО - КЛЕТОЧНОГО РАКА	196
Робак В.І., Курбатов В.О., Драна Л.О.	197
КРИТЕРІЙ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ПАРАПАНКРЕАТИТУ	197
Ситникова Н.Ю.	198
ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ (ЛИНЗЫ PARAGON) В КОРРЕКЦИИ БЛИЗОРУКОСТИ	198
Цись Ю. В., Давиденко Н.В.	199
МОЖЛИВОСТІ ПІДСИЛЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ СПРЯМОВАНОГО ДИНАМІЧНОГО ВПЛИВУ НА ПАТОГЕННУ МІКРОФЛОРУ	199
Шубина М. В	200
ПЕРВЫЙ ПРОТЕЗ СЕТЧАТКИ - ARGUS II.....	200
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ.....	202
Jacobs Yvonne, Romanenko A.A.....	202
PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARIAN DISEASE.....	202
Алайя Ламаи	203
ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	203
Абдуллаева С.И., Гасанова А.Р.	204
ВЛИЯНИЕ ФЕТАЛЬНОГО МИКРОХИМЕРИЗМА НА ИММУНИТЕТ МАТЕРИ.....	204
Аралова В.О.	205
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	205
Арсентьева А.В., Филатова С.С., Лысенко Т.П.	206
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	206
Артамонов Р.О., Дубовик В.В.....	207
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПСИХОЗОВ	207

Бахтиярова А.М.	208
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	208
Гнатенко О.В., Кебашвили С.В.	210
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ	210
В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	210
Гнатенко О.В., Прокопенко А.Н., Никольский Н.С.	211
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ЖИВОТА В ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ	211
Гусейнова Н.Х.	212
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	212
Добровольская Л.А., Тучкина М.Ю.	213
ДИСМЕНОРЕЯ У ПОДРОСТКОВ.....	213
Журба Е.П., Луценко М.Ю.	215
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В АКУШЕРСТВЕ	215
Запара А.С., Чехунова А.А.	216
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТИОЗА ЯИЧНИКОВ.....	216
Иванова Т.А., Корпань Т.В.	218
ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	218
Красун О.С., Скопенко А.С.	219
ДИАГНОСТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....	219
Кормилец Д.А.	219
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ	219
Лахно Ю.В.....	220
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	220
Луцкий А.С.	221
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПЕРЕНОСЕ ВИТРИФИЦИРОВАННЫХ БЛАСТОЦИСТ В ЕСТЕСТВЕННОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ВТОРОЙ ФАЗЫ.....	221
Мелихова Т.В.....	222
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С БЕСПЛОДИЕМ....	222
Мельник К.А., Эйлазова А.О., Резник М.А., Ракитянский И.Ю.	223
ПАТОГЕНЕЗ ЭНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....	223
У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ	223
Пилипенко Н.С., Романова Н.В.	224
СИНДРОМ РОКИТЯНСКОГО–КЮСТНЕРА-МАЙЕРА-ХАУЗЕРА	224
Попович О.О.	225
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	225
Сапаров М.	226
ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ	226
Сендецкий С.С., Рябушко И.Р., Романова Н.В.	228
ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ВХОДА ВО ВЛАГАЛИЩЕ.....	228
Скибина К.П., Алексеева Е.С.	229
СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	229
Скринник И.Ю., Сущенко М.С., Птуха О.Г.	230
ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	230
Столбова Н.А.	231

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	231
Тиханский Д. С., Горячева Я. С.	232
ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....	232
Феськов В.А.	233
ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С АУТОЛОГИЧНЫМИ ГАМЕТАМИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ..	233
Харун І.О.	234
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ	234
Якименко Д.С Лукашенко Е.С.	236
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ	236
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	237
Адамян Л.М., Ефремова Е.А.	237
СИНДРОМА РЕТТА КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	237
Берченко Е.В.	238
РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ РЕБЕНКА: ЭМОЦИОНАЛЬНО- ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	238
Буц А.В.	240
ПИТАНИЕ МАТЕРИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ РЕБЕНКА	240
Васильченко Ю. В.	241
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	241
Головачева В.А., Одинец П.И., Макеева Е.А.	242
ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ КРАСИТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА	242
Грузкова М.Б., Забелина А.А.	243
ДИАГНОСТИКА ЭПИГЕНЕТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА МАРТИНА-БЕЛЛА.....	243
Дерявий Д.С.....	244
РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я ТА АДАПТАЦІЯ ШКОЛЯРІВ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ..	244
Дриль И.С., Петренко Е.К.	245
ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК	245
Єрмоєнко О.В., Чернявська А.В., Шевченко В.О., Шморгун В.В.....	246
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХРОНІЧНОЇ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЇ ХВОРОБИ	246
Забелина А.А.	248
СИНДРОМ ГРЕГГА В СОЧЕТАНИИ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МЕТИОНСИНТАЗЫ РЕДУКТАЗЫ.....	248
Івантєєва Ю. І., Курчанова Ю. В.	252
ПОЛІПРАГМАЗІЯ В ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.....	252
Колісник В.О.	253
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ.....	253
Кондратюк Т. А.	254
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	254
Корчак Я. В., Королькова А. А.	255
КЛИНИКО-АНЕМНЕСТИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ	255
Кутарева М.Ю., Латанская Н.С.	256
ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА И СТАРТОВЫЙ ПЕРИОД – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ	256
Макаренко Н.И.	258
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ О ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ.....	258
Малахова В.М. Лешук І.В.	259

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ	259
Михайлова А.В., Квитчатая Н.Н.....	260
ФЕНОМЕН ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СИНТРОПИИ – СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА КЛАЙНФЕЛЬТЕРА И РОБЕРТСОНОВСКОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ	260
Мужановский В.Ю., Лисицкая Н.А, Малич А.А.	261
ЗАДЕРЖКА ТЕМПОВ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ	261
Плюшко Д.Г.....	262
ФЕНОМЕН СИНТРОПИИ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	262
Потіхенська Х.....	264
ФАКТОРИ, ЩО ПЕРЕДУЮТЬ РОЗВИТКУ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ.....	264
Пугачова К.А.	264
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ НА ТЛІ СИНДРОМУ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБІВ.....	264
Рожкова С.Э., Ефремова О.А.	265
СОПУТСТВУЮЩИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ	265
Рудь В. П.	267
К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ	267
Семенюк М.О.	269
БРОНХІАЛЬНА АСТМА ТА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ.....	269
Стрелкова М.И.	270
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДИ-ДЖОРДЖИ	270
Тишко О.С.	272
КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РЕФРАКТОРНОЇ ДО ТЕРАПІЇ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДИТИНИ З ДІАФРАГМАЛЬНОЮ КИЛОЮ	272
Хміль О.Б., Елисеев В.М.	273
ПОИСК АТИПИЧНЫХ ФОРМ И СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ФКУ: ТРУДНЫЙ ПУТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ	273
Ходун И.И.....	274
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ И БРОНИХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АНЕМИЙ.....	274
Хомовська А.О., Цимбал Є.В.....	275
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З АКРОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ТА ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	275
Яворович М.В.	277
СТРУКТУРНИЙ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ДІТЕЙ З ГЕМОРАГІЧНИМ ВАСКУЛІТОМ	277
Яновська К.О., Дробова Н.М., Друмова Г.А., Шнурко Е.О., Венжега А.В.....	278
ДОЛЯ ХВОРОГО НА МУКОВІСЦИДОЗ В УКРАЇНІ.....	278
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ.....	280
Butov D.O., Boichuk V.V.....	280
ASSOCIATION BETWEEN IL-2 GENE POLYMORPHISMS AND rpoB GENE OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS.....	280
Guz E.V.....	280
THE ROLE OF THE STREPTOCOCCUS IN THE FORMATION OF THE CLINICAL PICTURES OF THE CHILDREN'S INFECTIOUS MONONUCLEOSIS	280
Khvorostinko R., Iurko K., Davydych A., Tregub E.	281
FEATURES OF LIPID AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS CO-INFECTED WITH HIV/HCV	281
Martynenko A.A.	282
ESTIMATE OF ANTIBIOTIC RESISTANCE IN COMMON TYPES OF MICROORGANISMS IN UKRAINE.....	282
Movchan Y.O., Boyko V.M.....	283
INDICATORS, WHICH PREDICT THE COURSE OF SHIGELLOSIS OF CHILDREN ...	283
Samedja Madjida Mohamed, Singh Partap Komal	284

ESTIMATION OF VALUE OF HEMATOLOGIC INDEXES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM AFFECTION IN PATIENTS WITH AIDS	284
Авсюкевич А. С., Бурсак А. Г.	285
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕМЫ И ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ БОЛЬНОГО ИЗ ОПТД №1	285
Ахалая Е. А., Мамасуева Л.В.	286
ПРОБЛЕМА АКНЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ	286
Баришовець А.В., Бахарев О.С.	287
ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ПРОСТОГЛАНДИНІВ ЯК ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ХРОНІЗАЦІЇ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В	287
Букій С.М.	288
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ	288
Галашко К.Ю.	289
СУЧАСНИЙ СТАН МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	289
Гарлиева К. Б.	290
ДИНАМІКА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СЕРЕД ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ	290
Гольник Я.В., Золотарь А.А., Литвин Н.И.	291
СТИГМАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	291
Дудник А.Ю., Геращенко Г.В., Кругова И.И.	292
АНАЛИЗ «МОДИФИЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ» У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЕЙ ІV ГРУППЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ГРИПП А(Н1N1) В ПОСЛЕПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД	292
Запара И.А., Новохатская Я.П.	293
ТУБЕРКУЛЕЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	293
Зоц Я.В., Сохань А.В.	294
ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ЛАКТАТА И ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ	294
Іванова А.М, Самсонова Т.В.	296
ПИТАННЯ ПСОРІАЗУ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	296
Іллюха С.Э.	297
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	297
Ипполитов Д.А.	298
ВЛИЯНИЕ ИММУНОФЕНОТИПА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ НА ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ У ВИЧ+ И ВИЧ- ПАЦИЕНТОВ	298
Калюжка В.Ю., Стоянова Ю.Д.	300
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	300
Карамян А.А.	301
ДОСЛІДЖЕННЯ НАТУРАЛЬНИХ КІЛЕРІВ (NK-КЛІТИН) У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ	301
Каштан Е. П., Гопко А. А.	302
ТУБЕРКУЛЕЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	302
Колганова Н.Л., Романенко В.С.	303
МИКСТ-ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	303
Конарева В.І., Ключник М.В.	304
ТЕРАПІЯ ТОКСОПЛАЗМОЗНОГО УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	304
Кузнецова А.А., Иллюха С.Э., Тесленко И.И.	306
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЕЕ НАЗНАЧЕНИЯ	306
Кузьмінова В.В., Сариева М.Р.	307

ДІАГНОСТИКА СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	307
Кучеренко О.О., Лисак М.С.	308
РЕАКЦІЯ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЇ.....	308
Лисицкая Н.А., Ткаченко В.Г.	309
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	309
Літвін О.С.	310
СТАН ЦИТОКІНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ	310
Милько А. Ю.	311
ИЗУЧЕНИЕ КОРТИЗОЛА И СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	311
Нгуен Тхи Лиен, Саенко М. О.	313
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА	313
Нечипорук И.А.	314
ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI	314
Ольховский Е.С., Писаренко Г.Н.	315
СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ.....	315
Осокин. А.Э.	316
ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, КАК ФАКТОР УСУГУБЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В ХАРЬКОВЕ	316
Павлюк М.А. Лазарева О.И.	317
ПРОДУКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ АМПЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	317
Почерніна В.В.	318
TOLL-ПОДІБНІ РЕЦЕПТОРИ 4 ТА 9, ЇХ РОЛЬ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПСОРІАЗУ.	318
Райлян М.В.	319
ІНФЕКЦІЯ, СПРИЧИНЕНА ВІРУСОМ ЗІКА: ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ОЦІНКА РИЗИКІВ.....	319
Саакян Т.Э., Федорцова В.В.	321
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОНИХОМИКОЗОВ	321
Семенюк М.А., Кислов А.В.	322
АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.....	322
Семеренська Т.І.	323
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ КАШЛЮКУ У М. ХАРКОВІ.....	323
Соколова Ю.А., Терновая А.Ю., Басик Т.М.	324
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОКСИЦИКЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН.....	324
Сорокина О.Г., Лядова Т.И.	326
ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР	326
Трегуб Е.С.	327
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В УКРАИНЕ В 2005 – 2015 Г. Г.	327
Фоміна Л.В.	328
СТАН ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	328
Фундовая Е.В., Сухорукова М.Ф.	329
АКТУАЛЬНОСТЬ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ДЛЯ УКРАИНЫ ...	329
Христенко Н.Є., Тихонова О.О., Ложко Н.В., Доспехова М.А., Гасанова А.І.	331
ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ СЕЧОВИНИ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	331
Чопорова О.І., Андалеева Т.	332
СТРУКТУРА ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016 РОКУ	332
НЕЙРОНАУКИ.....	334

Nekrasova N., Maysoon Mohammed	334
CLINICO-PATHOGENETIC VARIANTS OF VERTIGO	334
Абузова Ю.М.	334
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУМАТРИПТАНА И НАПРОКСЕНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ	334
Агамирьян Л.В.	335
ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ	335
Бережной Г.Г.	337
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	337
Бойчук В.В.	337
ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГОПАНТЕНОВОЇ КИСЛОТИ	337
Борошпольцев А.Ю.	338
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМАХ МИГРЕНИ	338
Веснин А.В.	339
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКОКРАНИОАЛГИИ	339
Галашко К.Ю.	340
ВПЛИВ НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН НЕЙРОАМІНОКИСЛОТ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ	340
Галкина Е.А., Николаенко А.А.	341
ОЦЕНКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПО ШКАЛЕ EDSS	341
Гопко А.А.	341
САМООЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ХНМУ	341
Дроворуб В.О.	343
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ	343
Жучкова Ю.И., Тригуб Ю.В.	344
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ	344
Запара И.А.	345
САМООЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ХНМУ	345
Зеленська К.О.	347
ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	347
Ивахненко Д.А., Кулешова А.А.	348
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПСИХОЗ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ	348
Ипполитов Д.А.	350
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СУМАТРИПТАНА И ЗОЛМИТРИПТАНА В ЛЕЧЕНИИ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ	350
Калюжка В.Ю.	351
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ БИОПСИЙ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НЕЙРОХИРУРГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ФАНТОМНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ	351
Каплюх О.Н.	352
НЕВРОТИЧЕСКИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	352
Каширина А.В.	353
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ	353
Каштан Е. П.	354
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	354
Ковалёва К.А.	355

ОСОБЕННОСТИ АФАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	355
Козыренко О.Ю.	356
КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК НАЧАЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ БОКСЕРОВ	356
Комар В.А.	356
ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ.....	356
Коровіна Л.Д., Кондратенко А.П.	357
РОЛЬ ПСИХООСВІТНІХ ПРОГРАМ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	357
Котков О.Р.	359
РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ	359
Красковська Т.Ю.	359
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ПІДХОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ	359
Кулешова А.А., Ивахненко Д.А.	361
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА У МИРНОГО НАСЕЛЕНИЯ	361
Куфтерина Н.С., Сокольников А. О., Лещук И. В.	362
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ	362
Куфтерина Н.С., Хромей Е.В.	363
ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	363
Литвин Н.И.	364
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ХНМУ	364
Медведенко С.П., Чуканова А.С.	365
ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕОМИДАНТАНАВ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	365
Миколаєнко В.В.	366
ЗАСТОСУВАННЯ НЕОМІДАНТАНУ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА	366
Михайлова Е.А.	367
РОЛЬ ГЛЮКОКРТИКОИДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА	367
Мотрич Д.А.	368
КОРРЕКЦИЯ БЕССОННИЦЫ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ МЕЛАТОНИНА У ПОЖИЛЫХ	368
Мусаев А.	369
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	369
Надеина А.Р.	370
ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НАЛИЧИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ У УЧАЩИХСЯ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. ХАРЬКОВА.....	370
Назаренко А.А.	372
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВ НА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ.....	372
Нгуен Т.Л.	374
РЕАКТИВНОСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ХНМУ	374
Некрасова Н.О., Доспехова М.А., Богданец О.В.	375
ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗІ СПОНДИЛОГЕННОЮ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	375
Ольхова А.О.	376
ХОРЕЯ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ	376
Осокин А.Э.	377

СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО - АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	377
Павлічук Е.А, Паніч Р.В.	378
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	378
Петелько О.С.	379
ОЦІНКА ТОКСИЧНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ МІТОКСАНТРОНОМ У СПІВВІДНОШЕННІ КОРИСТЬ\РИЗИК.....	379
Петренко Т.А.	380
РОЛЬ СТРЕССА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЭТИОЛОГИИ МИОПИИ	380
Петрушанко Я.Н.....	381
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....	381
Печененко А.Р, Овчинка Р.А	382
ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	382
Плехова О.А.....	382
ДИНАМИКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ТРЕВОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ОБУЧЕНИЯ.....	382
Поликарпова Д.В.	384
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРБАМАЗЕПИНА И ГАБАПЕНТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	384
Рассолова А.С., Гольник Я.В.	385
ВЕГЕТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ХНМУ	385
Савченко А.Д.....	386
ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БОЛЕЗНИ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА.....	386
Самойленко С.Е., Андриенко В.И.	387
ГАБАПЕНТИН И ПРЕГАБАЛИН В ТЕРАПИИ ВЕГЕТАЛГИИ	387
Светличная Е.В.....	389
ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПОСТАЛКОГОЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	389
Соколова Ю.А.	390
ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРЕКЦИИ И ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПТСР В ДЕТСКИХ ЛАГЕРЯХ.....	390
Сушечкая Д.А., Затолока Д.В.	391
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	391
Тимошук М. В.....	393
СОЦИАЛЬНЫЙ СТОКГОЛЬМСКИЙ СИНДРОМ ЖЕНЩИН	393
Ткачева А.И.	394
ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ КАК ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	394
Трегубенко А.Р.....	395
ЭКЗАЛТИРОВАННОСТЬ КАК ДОМИНИРУЮЩИЙ ТИП АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	395
Фельдман Д.А. Михайлов В.Б. ¹	396
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПРИ НАЯВНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	396
Филатова Н.Д.....	397
КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ В НЕВРОЛОГИИ	397
Хаустов Д.С.	398
ВЛИЯНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	398
Хмаин С.	400

АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РИСУНОЧНАЯ ТЕХНИКА «ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....	400
Чепелев И.С.	401
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУЧАЕМОЙ ТЕРАПИИ	401
Чернышова И.И.	403
ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: КЛИНИКА И ПРОФИЛАКТИКА	403
Шепилова Е.О.	404
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	404
Шурховецкая М.А., Дорошенко М.С.	405
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С МИОКЛОНУС-ЭПИЛЕПСИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ЛЕВИЦИТАМ	405
Щебетенко В.О.	406
НАВЧАЛЬНИЙ СТРЕС ЯК ПРОВОКУЮЧИЙ ФАКТОР МІГРЕНОЗНОЇ ЦЕФАЛЬГІЇ	406
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА	407
Bilera N. V., Chehovska I. M., Fetisova M. O., Mosina N. G.	407
ON DIAGNOSTICS OF BURNOUT SYNDROME IN MILITARY PERSONNEL OF A LOGISTICS UNIT OF NATIONAL GUARD OF UKRAINE	407
Lazarenko K. P., Chehovska I. M., Palagno O. S.	407
DIAGNOSTICS OF ADAPTATION IN CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS	407
Veretelnyk Olena, Isaac Adaora	409
ECONOMIC ASPECT AND MEDICAL EFFECTIVNESS OF PUBLIC HEALTH IN NIGERIA AND IN UKRAINE	409
Адамський М.А., Помогайбо К.Г.	410
ЗНАЧЕННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СЕРЕД УКРАЇНСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ.....	410
Богачова О.С., Нагорний І.А., Книгін М.В.	411
ПСИХОГІГІЄНІЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ	411
Богачова О.С., Остапенко Д.М., Халімов Є.Г.	413
ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ ЛІЦЕЯХ.....	413
Бурховецька Е.О., Тарасов М.І.	414
ВПЛИВ ВЕГЕТАРІАНСТВА НА ОРГАНІЗМ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.....	414
Верковська М.Г. Скороход В.В., Саркис-Иванова В.В.	415
ПСИХОГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ «ЛІКАР-ПАЦІЄНТ».....	415
Дворнік Н.О., Занг Т.Л.	416
«FAST FOOD» ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ.....	416
Івантєєва Ю.І., Курчанова Ю.В.	417
ВПЛИВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ВИДІВ СПОРТУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ	417
Иншина Е.А.,Акимов М.Ю.	418
ИСТОРИЯ ОСНОВАНИЯ ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В Г.ХАРЬКОВЕ	418
Колотилов А.В., Саркис-Иванова В.В.	419
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	419
Літовченко О. Л., Лисак М. С.	420
СТАН ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ І АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ДІЇ ПЕРЕРИВЧАСТОГО ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	420
Мітельова Т.Ю., Філатов М.І., Тимбота М.О.	421
ПРО ОСОБЛИВОСТІ УМОВ ПРАЦІ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ.....	421

Панченко Д.И.	422
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ УСТРОЙСТВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА	422
Пасечник С.И., Пищик А.А.	423
ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	423
Сасіна О.С., Колюбаєва О.Ю., Сидорова А.О.	424
ОСНОВНІ ПСИХОГІГІЄНІЧНІ АСПЕКТИ УМОВ НАВЧАННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНУ ЗОРУ	424
Семенова Н.В., Рейнт Г.О.	425
ЕКОНОМІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИХОДЖУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ	425
Чернякова О.Є., Логвінов Д.І.	426
«ПРО ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЗАХИСТ ЛЮДИНИ ВІД ЗАХВОРЮВАНЬ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ»	426
Чухлеб М.О., Мунгиева К.А.	427
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	427
СТОМАТОЛОГИЯ	429
Guryeva A., Demydova P.	429
EFFECTIVENESS OF DESENSITIZING BIOREPAIR DESENSITIZING ENAMEL REPAIR TREATMENT AND GC MI TOOTH MOUSSE IN PATIENTS WITH GENERALIZED HYPERESTHESIA	429
Tkachenko I.G. ¹ , Shevchuk D.V. ¹ , Vicente Aurelio ²	430
THE MICROFLORA OF THE ORAL CAVITY WITH GINGIVITIS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS	430
Zaveruha Y., Tishchenko A., Slavich A.	431
APPLICATION OF COMBINED PHYTOPREPARATION FOR TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS	431
Bogaty S.I.	432
ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI (HP) У ШЛУНКУ ТА В ПОРОЖНИНІ РОТА	432
Василенко С.Н., Мирошниченко Н.А.	434
УРОВЕНЬ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ (ИЛ-1В, ИЛ-4) ЦИТОКИНОВ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТОВ.	434
Вишневская А., Доценко Д., Черкашин С.	435
ДІАГНОСТИКА ПУХИРЧАТКИ У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ.	435
Волкова О.С. ¹ , Доля Е.І. ¹ , Токар А.А. ¹ , Чижик Я.І. ²	436
ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ОСІБ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ГІПЕРЕСТЕЗІЄЙ	436
Волошан А.А.	437
АТИПИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ И ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ НА ФОНЕ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА	437
Діасамідзе М. Е.	438
АНАЛИЗ ВИНІКНЕННЯ АЛЬВЕОЛІТУ ЯКПІСЛЯЕКСТРАКЦІЙНОГО УСКЛАДНЕННЯ	438
Елисеева О.В.	439
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ	439
Жданова Н.О.	441
ЗМІНИ МІКРОСТРУКТУРИ ДЕНТИНУ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ФОТОАКТИВОВАНОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ МЕТОДОМ РАСТРОВОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ МІКРОСКОПІЇ	441
Заверуха Я. И., Маринко З.С., Калинин М.А.	442

ПРИМЕНЕНИЕ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА НА ОСНОВЕ ПРОПОЛИСА И ФИТОКОМПОНЕНТОВ ПРИ ГИНГИВИТЕ.....	442
Майбородіна Д. Д.....	444
ЕРИТРОЦИТАРНІ АНТИГЕНИ ЯК ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ КАРІОЗНОЇ ХВОРОБИ.....	444
Майстренко А.А.	445
ПРЯМОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОАНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ.....	445
Никонова Ю.В.	447
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРИ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ.....	447
Никонова Ю.В.	448
ПОКАЗАТЕЛИ УДЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОПРОВОДНОСТИ РАСТВОРОВ СОЛЯНОЙ И УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОЙ БИОПСИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ	448
Парій А.М.	449
СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ.....	449
Ревич В.О.	450
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГРУПИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ КАРІЄСУ ЗУБІВ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.....	450
Романов Г. А.	451
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МОЛОДЫХ ЛИЦ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....	451
Сироїшко М.В.	452
РІВЕНЬ ТА МІСЦЕ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ УПОВІЛЬНЕНОГО ТИПУ ДО МІКРОБНИХ ТА ТКАНИННОГО АНТИГЕНІВ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.....	452
Слінько Ю.А.	454
СТАН АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ ШКОЛЯРІВ, МАТЕРІ ЯКИХ МАЛИ РІЗНИЙ РІВЕНЬ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	454
Стеблянко А.А., Худик А.К., ...	455
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО, СКУЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСА.....	455
Сухіна І.С. ¹ , Сплюхина О.В. ²	456
ВПЛИВ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДІВ НА СТАН ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ VI ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ.....	456
Сухіна І.С., Шенцов М.В.	457
РОЛЬ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМПЬЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ.....	457
Томіліна А.В.	458
ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ КЕРАМІЧНИХ ВКЛАДОК, ЗАСТОСОВАНИХ ПІД ЧАС ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.....	458
Томіліна А.В.	459
АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ТА РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИХОВАНИХ КАРІОЗНИХ ДЕФЕКТІВ.....	459
Яковлева Д. Ю.	460
ХИРУРГИЯ СЛЮННЫХ СВИЩЕЙ, СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ.....	460
СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПЕДАГОГІКА.....	462
Kharbouch Salma.....	462
PALLIATIVE CARE OR EUTHANASIA	462
Блохина В.А.....	463
СТРАХ ЧЕЛОВЕКА ПЕРЕД ЛИЦОМ СМЕРТИ	463
Бурлачко Н. С., Коновалова К. Д.....	464
ФИЛОСОФИЯ И ПСИХОЛОГИЯ: ГРАНИ ВЗАИМОСВЯЗИ	464
Верещагін Д. С.	465
СТРАХ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГАМИ БУДЕ В МИНУЛОМУ.....	465

Гелих А. А.	466
СЕРДЦЕ КАК ГЛАВНЫЙ ОРГАН ДУХОВНОСТИ	466
Гончаренко А. А.	467
ФОРМИРОВАНИЕ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ХНМУ	467
Губко М. В., Кременецкая Р. Д.	469
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ	469
Гучуа Луна.....	470
БЮЕТИКА ЯК СТРАТЕГІЯ ВИЖИВАННЯ ЛЮДСТВА	470
Демочко Г., Чаплик О.	472
У ПОШУКАХ СКАРБІВ ПОЛУБОТКА.....	472
Землянищина Л., Мирзоева Б.	473
СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ	473
Із-Зіг Ю. А.	474
ТИПИ ТЕМПЕРАМЕНТУ.....	474
ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ.....	474
Із-Зіг Ю. А.	475
ХАРЬКОВСКАЯ ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АТО	475
Ільїн В. Г.	476
ПРОБЛЕМИ ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В МЕДИЧНУ ПРАКТИКУ ЗА РАДЯНСЬКИХ ЧАСІВ.....	476
Ільїн В. Г., Пізняк Г. О.	478
КАРАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ В РАДЯНСЬКІЙ УКРАЇНІ	478
Колеснікова Ю. Ю., Овсяннікова К. С., Цигічко А. І.	480
САМОРОЗВИТОК І ПСИХОЛОГІЯ	480
Комаров Д.А.	481
КЛЯТВА ГИППОКРАТА – ДАНЬ ТРАДИЦІИ ИЛИ ВОСТРЕБОВАННАЯ АКТУАЛЬНОСТЬ?	481
Кочкарова М.	482
ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ НА ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ	482
Кулик С. А., Мищенко Я. А.	483
ТВОРЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В МЕДИЦИНЕ: АРТ-ТЕРАПИЯ.....	483
Кулікова І.І.....	485
ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ СПРИЙНЯТТЯ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА В МЕДИЧНОМУ ВУЗІ	485
Літвінова К.В.....	486
ПРИЧИНИ САМОГУБСТВА В ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІСІ	486
Лысюк М.А.	487
ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА.....	487
Малеев Д. О.	488
ДИАЛОГ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ.....	488
Марченко О.В., Рудик Н.В.	490
ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: ДУХОВНО- НРАВСТВЕННЫЙ АСПЕКТ	490
Машура М. С.	491
АНАЛИЗ ПРОТИВОРЕЧИЙ, ЛЕЖАЩИХ В ОСНОВАНИИ МОРАЛИ	491
Моїсеєнко Л. В.	492
МОВОЗНАВСТВО ТА ПСИХОЛОГІЯ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ ПОТЕБНІ О. О.	492
Мудра Є. А.....	493
АСПЕКТИ МІЖКУЛЬТУРНОЇ КОМУНІКАЦІЇ	493
Нестеренко А. К.	494
РОЛЬОВА ГРА ЯК МЕТОДИЧНИЙ ПРИЙОМ	494
У НАВЧАННІ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ.....	494
Образцова Н.А.	496
СОВРЕМЕНЕН ЛИ АВИЦЕННА?.....	496

Пальчинський В. О.	497
ПСИХОФІЛОСОФІЯ ЧАСУ В ЖИТТІ СТУДЕНТІВ ХНМУ	497
Попова Т. В.	498
ВИЧ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	498
Рыжова Д.В.	499
АБОРТ КАК ПРОБЛЕМА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ХАРАКТЕРА	499
Савченко А. А.	500
ЧИ МАЄ ПРАВО ЛЮДИНА З ВАДАМИ ЗОРУ ТА СЛУХУ НА ЩАСЛИВЕ ЖИТТЯ?	500
.....	500
Самченко К.В.	502
ФИЛОСОФИЯ И МИРОВОЗЗРЕНИЕ СТУДЕНТА-МЕДИКА	502
Саранча Т. А.	503
ЭТИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА	503
Сатіянець Д.Д.	504
СИМ'Я ТА КАР'ЄРА В ЖИТТІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ.....	504
Семенець Д.С.....	505
ПСИХОТЕРАПІЯ ЗА МІЛТОНОМ ЕРІКСОНОМ.....	505
Степанюк Е.И.	505
ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА – ДИАГНОЗ МЕГАПОЛИСА.....	505
Сытник А.	507
ПОСМЕРТНОЕ ИЗЪЯТИЕ ОРГАНОВ. ПРЕЗУМПЦИЯ НЕСОГЛАСИЯ ИЛИ СОГЛАСИЯ? ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО АНАЛИЗА.....	507
Тимошенко Д. В.	508
СТАРІННЯ І ПАМ'ЯТЬ	508
Тодорюк Д.Г.	509
ЖИЗНЬ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПОНЯТИЕ.....	509
Цыпенко Т.Н.	511
ФИЛОСОФИЯ ЖЕНСКОГО БУНТА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ.....	511
Шейко А. О.	512
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ЙОГО ХАРАКТЕРНІ ПРОЯВИ....	512
Шимко В.В.....	513
СОЦІАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК ШЛЯХ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ	513
МОВА. КУЛЬТУРА. СОЦІУМ.....	515
A.S. Tchernega.....	515
HOW MODERN SCIENCE AMAZES	515
Ryzhova D.V.	516
PARAVASAL PLEXUS OF THE SUPERFICIAL TEMPORAL ARTERY AND THE FACIAL ARTERY OF THE HUMAN.....	516
D.S.Vereshchahin.....	517
FEAR TOWARDS DENTISTS WILL BE IN THE PAST	517
Kolesnikov I.R.....	518
THE MECHANISM OF KILLING BY ANTHRAX.....	518
Bondar J. V., Bogun M. V.....	519
TRANSPLANTOLOGY OF BONE MARROW STEM CELLS.....	519
Korobka A.P., Bogun M.V.....	519
AGE-RELATED MACULAR DEGENERATION OF THE RETINA.....	519
Ryabukha M.Y., Bogun M.V.	521
MICROSURGERY AS A NEW STEP IN THE DEVELOPMENT OF MODERN MEDICINE....	521
Tsimokh I., Bogun M.V.	522
COMPLEX GENETIC DISORDERS.....	522
Yurieva Y., Bogun M.V.	523
INFLUENCE OF NICKEL INDUSTRY ON ETIOLOGY OF GASTRIC CANCER.....	523
Nevkhoroshev E.O., Bogun M.V.	524
NIEMANN-PICK DISEASE	524
Ositashvili K. D., Bogun M. V.....	525
METHODS OF EUTHANASIA.....	525

Kalashnikov D.I., Bogun M. V.....	526
MEDICINE OF THE NEXT CENTURY	526
Olkhowska S.V.....	527
USING OF STEM CELLS IN MEDICINE	527
Kozka I.K., Kozka V.S.....	528
ORAL MANIFESTATIONS AFTER MEDICAL TREATMENT OF ASTHMA IN CHILDREN	528
Artyomenko M.E.....	529
THE MEDICAL MYSTERY OF PROGERIA.....	529
Piskaryova O.R., Kulikova O.V.	530
TYPES OF TEMPERAMENT.....	530
Азаренкова Н. В.....	531
СУРЖИК ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ.....	531
Андреева В. С.	532
ОСОБЛИВОСТІ ВЖИВАННЯ ТА ПЕРЕКЛАДУ УЗГОДЖЕНОГО ТА НЕУЗГОДЖЕНОГО ОЗНАЧЕННЯ НА ПРИКЛАДІ ТЕРМІНІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛАТИНСЬКИХ, УКРАЇНСЬКИХ ТА АНГЛІЙСЬКИХ ТЕРМІНІВ	532
Ахуокпеме Амачуку Еммануела	533
СИМВОЛИКА ЦВЕТА В РАЗНЫХ ЛИНГВОКУЛЬТУРАХ.....	533
Али Барбуша.....	534
МЕНТАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ АРАБСКОГО И ЕВРОПЕЙСКОГО МИРОВ.....	534
Аль Авадех Хуссейн	536
КОСМИЧЕСКАЯ ЛЕКСИКА В РУССКОМ И АРАБСКОМ ЯЗЫКАХ,.....	536
ИЛИ ПОЧЕМУ ЗЕМЛЮ НАЗВАЛИ ЗЕМЛЕЙ.....	536
Аль-Куадер Ноур.....	537
КУЛЬТУРА И ТРАДИЦИИ ИОРДАНИИ	537
Ахмед Ранда.....	538
МИНИ-ЭРМИТАЖ	538
Гомонілова П. Г.	540
ЗООМОРФНА МЕТАФОРА В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ	540
Бердник Ю.І.	541
ДЕГРАДАЦІЯ МОВИ РЕКЛАМИ В СУЧАСНОМУ МАСМЕДІЙНОМУ ПРОСТОРІ	541
Борохвостов В. І.	542
ВПЛИВ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ НА ПАТРІОТИЧНЕ ВИХОВАННЯ МЕДИКІВ-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ	542
Васава Прашанткумар Санджайкумар	543
СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНДИЙСКИХ	543
Васько Є. О.	544
СТАН УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ	544
Директоренко О.В.	545
ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ КІСТОК.....	545
Дудка А. М.....	546
МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЯК ІНОЗЕМНОЇ	546
Євтюшкін Д. В.	548
КЛАСИФІКАЦІЯ НАЗВ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ПЕРІОДАМИ ВІДКРИТТЯ.....	548
Іншина Є. О.	549
МЕТОДИ І ПРИЙОМИ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ.....	549
Йетмиш Баран.....	550
МЕТАФОРИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ ПОЗИТИВНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЖЕНЩИН (В РУССКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ)	550
Кириченко Я. Ю.	552
ВПЛИВ МОЛОДІЖНОГО СЛЕНГУ НА УКРАЇНСЬКУ МОВУ	552
Кутіщева В. Ю.	553
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕРМІНОЕЛЕМЕНТІВ «MANIA» І «PHILIA» В ЛАТИНСЬКОМОВНІЙ КЛІНІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ	553
Макаренко Д. О.	554

ЕТИМОЛОГІЯ АНГЛІЙСЬКИХ ТА ЛАТИНСЬКИХ НАЗВ ЧАСТИН РУКИ.....	554
Малаайніне Мохаммед Аль Фадель	555
Т. Г. ШЕВЧЕНКО – ЧЕЛОВЕК МИРА.....	555
Мартин Истанезе	557
ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ КАК ОДНО ИЗ ЯВЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ	557
Марусич А. М.	558
ЛІТЕРАТУРА ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ СВІДОМОСТІ.....	558
Овави Исхак К.	559
ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В АРАБСКОЙ КАРТИНЕ МИРА.....	559
Петрова Є. С.....	560
ЕТИМОЛОГІЯ УКРАЇНСЬКОГО «РАКУ» І ЛАТИНСЬКОГО «CANCER»	560
Сабірова В.І.....	562
ФЛОРИСТИЧНА МЕТАФОРА В ЛАТИНСЬКІЙ АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ	562
Савіна Н. А.	563
НАЦІОНАЛЬНА САМОБУТНІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ.....	563
Саид Хатоум	564
«ЗИМНЯЯ» ЛЕКСИКА КАКА ЭКЗОТИЧЕСКИЙ ПЛАСТ РУССКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ	
АРАБСКИХ СТУДЕНТОВ	564
Свентозельська Т. В.	565
КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ.....	565
Сенюк Н. І.....	566
УКРАЇНСЬКІ МАЙСТРИ ПЕРА І СКАЛЬПЕЛЯ	566
Сергеїчева К.В.	567
МЕТАФОРИ В КЛІНІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ	567
Смоляр С. К.	569
ПРОБЛЕМА ПОШИРЕННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ІСТОРІЇ	
.....	569
Суровцева К. С.....	570
КУЛЬТУРА МОВИ В ЖИТТІ ПРОФЕСІЙНОГО КОМУНІКАТОРА	570
Таранова М.В.	570
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРМИНОВ,ОБОЗНАЧАЮЩИХ МЫШЦЫ СПИНЫ, НА	
МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКОЙ, УКРАИНСКОЙ, РУССКОЙ И АНГЛИЙСКОЙ	
АНАТОМИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ	570
Файзієва Н., Каттяєва М.....	572
КУЛЬТУРА УЗБЕЦЬКОГО НАРОДУ	572
Хамидов Нодир.....	573
ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ МЕДИЦИНСКОГО СЛЕНГА	573
Хедрих Денис.....	574
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФОРМ ВЕЖЛИВОСТИ В НЕМЕЦКОМ И РУССКОМ	
ЯЗЫКАХ	574