МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

МАТЕРІАЛИ
78-Ї ЗАГАЛЬНОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Львів - 2017

Примітка: Викладено згідно поданих учасниками матеріалів. Відповідальність за їх зміст несуть автори та наукові керівники.

Наглядова рада

член- кореспондент НАМН України	
проф. Б. С. Зіменковський	ректор університету
проф. М. Р. Гжегоцький	перший проректор з науково – педагогічної роботи
проф. М. К. Хобзей	проректор з наукової роботи
проф. А. В. Магльований	проректор з науково-педагогічної роботи, науковий керівник СНТ медичного факультету №1
проф. З. З. Масна	науковий керівник СНТ та ТВМ університету
доц. Б. В. Дибас	декан медичного факультету №1
проф. Ю. Я. Кривко	декан медичного факультету №2
проф. Р. З. Огоновський	декан стоматологічного факультету
доц. В. Й. Роговик	декан фармацевтичного факультету
доц. Є. С. Варивода	декан по роботі з іноземними студентами
доц. В. О. Сергієнко	науковий керівник СНТ медичного факультету №2
доц. О. З. Масна-Чала	науковий керівник СНТ стоматологічного факультету
доц. Л. І. Кобилінська	науковий керівник СНТ фармацевтичного факультету

Організаційний комітет

Зубко Ірина	голова Ради СНТ
Туркевич Данило	заступник голови Ради СНТ
Патер Наталія-Ярослава	секретар Ради СНТ
Іванишин Оксана	голова правління СНТ медичного факультету №1
Панченко Світлана	голова правління СНТ медичного факультету №2
Януш Роман	голова правління СНТ фармацевтичного факультету
Штибель Денис	голова правління СНТ стоматологічного факультету
Уляновська Марія	член Ради СНТ
Базилевич Марта	член Ради СНТ
Шеремета Данило	член Ради СНТ
Мокра Христина	член Ради СНТ
Добрик Дмитро	член Ради СНТ
Олексин Павло	член Ради СНТ
Чалий Іван - Володимир	член Ради СНТ
Петейчук Тарас	член Ради СНТ

Висловлюємо щиру подяку
за допомогу в організації конференції:

Телішевському Дмитру Тимофійовичу, Заячківській Оксані Станіславівні, професору Василю Лончині, Волинець Софії, Адамовичу Павлу, Гриб Мирославі, Баліцькій Соломії, Шалавило Андрієві, Петровській Катерині, Іллюк Поліні, Сасу Олегу, Саян Галині, Бєловій Лілії, Заліському Олегові, Пастернак Соломії, Байло Юрію, Сорочці Марії, Куновській Оксані, Титуса Андрію, Настишин Софії, Юськів Христині, Глуховській Соломії, Волошин Мар'яні, Копанській Дзвениславі, Будзину Андрієві, Кулябі Назару, Чихрак Софії, Байло Юрію, Хрип'як Христині, Вовк Наталії, Живіцькій Христині, Стахняк Дарині, Пакулець Андрію, Ткачук Яні, Седлярук Дарині, Сосна Галині, Іськів Роксолані, Малишко Ірині, Султановій Єлизаветі, Бойко Вікторії, Бирюк Вікторії, Венцику Назару, Градик Марії, Рижків Тетяні та всім іншим, хто долучився до організації конференції.

Учасникам 78-ї загальноуніверситетської наукової конференції студентів та молодих вчених Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Наукові досягнення львівських медиків відомі у Європі ще з часів створення медичного факультету при Львівському університеті у 1784 році. Протягом майже двох століть Львівський університет готував кваліфіковані медичні та фармацевтичні кадри, прогресивну наукову еліту східної та центральної Європи. У ті часи в нашому університеті працювали і навчали студентів такі професори світової слави, як Й. Беррес, Ф. Мазох, Й. Гільденбранд, Б. Шіверек, А. Духек, В. Лукасевич, Б. Радзішевський, Г. Кадий, В. Шимонович, А. Бек, Я. Прус, А. Марс, Л. Ридігер, А. Цєшинський, Я. Парнас, Р. Вайгль, В. Новіцький, та інші. Тоді ж, у часи формування перших наукових медичних і фармацевтичних шкіл, на кафедрах університету розпочинали свою наукову кар'єру і молоді науковці – студенти старших курсів та докторанти.

Сьогодні Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького – найстаріший вищий медичний навчальний заклад України. Про досягнення і винаходи львівських медиків відомо у цілому світі. Офіційна історія Студентського наукового товариства Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького сягає 1946 року, коли було створено перші студентські наукові гуртки на кафедрах фізіології, фармакології, гігієни, нормальної і топографічної анатомії. У роботі гуртків на той час брало участь всього лише 53 студенти. У 1947 році студенти-гуртківці об'єдналися у Студентське наукове товариство (СНТ).

Першим керівником СНТ став заслужений діяч науки УРСР, завідувач кафедри нормальної анатомії професор Андрій Павлович Любомудров. Естафету керівництва Студенським науковим товариством у професора А.П. Любомудрова перейняла професор Є.С. Детюк, згодом професор А.І. Мостюк, проф. Л.Р. Матешук-Вацеба. Сьогодні куратором СНТ університету є професор З.З. Масна.

Сьогодні про роботу Студентського наукового товариства університету відомо далеко за межами нашої держави. Кожного року в університеті відбуваються міжнародні наукові конференції, семінари, тренінги, зустрічі студентів-гуртківців. До програми цьогорічної 78-ї загальноуніверситетської студентської наукової конференції увійшло близько 600 наукових робіт. Під час конференції працюватимуть 2 пленарні, 24 секційних засідання, а також 17-та міжнародна студентська наукова конференція англійською мовою.

Сподіваюсь, що конференція стане для Вас доброю нагодою для презентації результатів досліджень та обміну науковою інформацією. Бажаю всім студентам-науковцям успіхів у науковій роботі, невгамовного бажання досліджувати і пізнавати цікавий світ науки.

Ректор
Львівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького

член-кореспондент НАМН України,
професор
Борис Зіменковський

ПРОГРАМА

Середа, 26.04.2017р

15^{00} Відкриття конференції
(актова зала теоретичного корпусу)

- Урочисте відкриття конференції
- Привітання учасників конференції
- Пленарна доповідь
- Ознайомлення з порядком роботи конференції

16^{00} Секційні засідання молодих вчених
16^{00} Майстер–клас «Базова підтримка життєдіяльності при раптовій серцевій смерті» (англійською та польською мовами)

Четвер, 27.04.2017 р

09^{00} Секція Біоетики
10^{00} Екскурсія університетом для гостей конференції
12^{00} Секційні засідання студентів
16^{00} Майстер–клас «Надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі травмованим пацієнтам» (англійською та польською мовами)

П’ятниця, 28.04.2017р

08^{00} Секція Українознавства
09^{00} 17-та міжнародна студентська наукова конференція англійською мовою
10^{00} - 14^{00} хірургічний майстер-клас
10^{00} - 14^{00} основи першої медичної допомоги
12^{00} лекція «3D-принтери : медична мрія чи реальність?»

15^{30} Закриття конференції

- Вступне слово
- Підведення підсумків конференції, нагородження учасників.
- Звіт про роботу СНТ у 2015-2016 навчальному році.
- Урочисте закриття конференції

78-А ЗАГАЛЬНОУНІВЕРСИТЕТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ **9**

СЕКЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ **9**

СТУДЕНСЬКІ СЕКЦІЇ **42**

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН №1 ..... **42**

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН №2 ..... **72**

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ **95**

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ № 1 ..... **120**

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №2 ..... **149**

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №3 ..... **170**

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №4 ..... **193**

СЕКЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ **210**

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №1 ..... **225**

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №2 ..... **244**

СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ **269**

СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ **304**

СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЇ, ОФТАЛЬМОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ **326**

СЕКЦІЯ БІОФІЗИКИ ТА ІНФОРМАТИКИ **351**

СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ **368**

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ № 1 ..... **397**

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ №2 ..... **415**

СЕКЦІЯ ФАРМАКОГНОЗІЇ, СИНТЕЗУ, ХІМІЧНОГО І ФІЗИЧНОГО АНАЛІЗУ БІОЛОГІЧНО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН **440**

СЕКЦІЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ І КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ **448**

СЕКЦІЯ УКРАЇНОЗНАВСТВА **458**

СЕКЦІЯ БІОЕТИКИ **505**

17TH INTERNATIONAL STUDENTS SCIENTIFIC CONFERENCE **582**

I. THEORETICAL PART 582

II.CLINICAL PART 607

78-а ЗАГАЛЬНОУНІВЕРСИТЕТСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

СЕКЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Лекційна аудиторія кафедри нормальної анатомії
Середа, 26.04.2017р., 16:00

Головуючі – Сорочка Марія, Куновська Оксана, Титус Андрій

ПЕРСПЕКТИВИ ФОРМУВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР НА СУЧАСНОМУ РІВНІ

Бабська Ольга Олександрівна
Ступінь – магістрант
КВНЗ "Житомирський інститут медсестринства"
Сестринська справа
Завідувач кафедри - В.О. Заболотнов
Науковий керівник - (д.мед.н.) П.В. Яворський

Актуальність. Останнім часом в Україні відмічається збільшення кількості інкурабельних пацієнтів, які потребують надання паліативної і медико-соціальної допомоги. Підвищення стандартів якості життя, інтеграція в європейський науковий та освітній простір, надання висококваліфікованих медичних послуг вимагають нових підходів до підготовки медичних працівників, розробки нового рівня їхнього професіоналізму, культури та компетентності, формування спеціаліста здатного до цілеспрямованих, самостійних, активних дій у стандартних і нестандартних ситуаціях.
Мета. Теоретично обгрунтувати та експерементально перевірити педагогічні умови формування паліативної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі їх професійної підготовки.
Матеріали та методи. Аналіз сучасних джерел інформації, обробка наукової літератури та статистична обробка результатів анкетування серед студентів випускних курсів Житомирського інституту медсестринства. Всього опитано було 57 студентів: 20 студентів 4-го курсу відділення «Сестринська справа», 20 медсестер-бакалаврів і 17 магістрів за спеціальністю «Сестринська справа».
Результати. Дослідження показало, що респонденти загалом усвідомлюють недостатність своїх спеціальних знань з організації та надання паліативної допомоги. Так, зовсім незначна частина всіх респондентів вказали, що володіють такого роду знаннями в повній

мірі, і ще половина –лише частково. Показано, що студенти випускного курсу медична сестра-магістр в цілому мали дещо кращі знання порівняно з іншими. Слід зазначити, що студенти, в цілому достатньо самокритичні. Лише 3 студентів з 57 опитаних вказали, що у повній мірі компетентні зпаліативної допомоги. Решта мали або вибіркові знання – це половина респондентів, або визнавали, що не мають їх взагалі. На наш погляд, ці відповіді є віддзеркаленням недоліків наявних навчальних програм, де питанням вивчення паліативної допоги приділяється недостатня увага. Декілька респондентів визнали, що взагалі не мають спеціальних знань з паліативної допомоги. Позитивним моментом є й те, що абсолютна більшість опитаних студентів зазначили потребу в отриманні спеціальних знань з паліативної допомоги.

Висновки. Паліативна компетентність майбутніх медичних сестер є показником професіоналізму та фахової майстерності, основою формування яких є медична освіта. Медичні сестри повинні невпинно удосконалювати свої знання, вміння та навички з питань паліативної допомоги, щоб надати не тільки медичну допомогу, а й психологічну і моральну, та допомогти невиліковно хворій людині з гідністю закінчити свій життєвий шлях.

LEVELS OF SOME INDICATORS OF IMMUNE INFLAMMATION IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY AND ASSOCIATED OBESITY

Березова Мирослава Сергіївна
Довгопола Тетяна Сергіївна
Ступінь - здобувач
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"
Department of internal medicine and infectious diseases
Head of department - проф. О.І. Федів
Scientiffic advisor - проф. Л.О. Зуб

Actuality. Today, obesity and overweight are considered to be one of the most important public health problems. The negative impact of overweight on renal function is still poorly understood.

The pathogenesis of diabetes type 2 and obesity is a complex influence of genetic factors, disorders of the immune balance and lifestyle factors. Combination of this pathological processes increases the risk of vascular complications and a significant social and economic problem of mankind. The negative trend requires a detailed examination of all possible causes of chronic inflammation, which is one of the key reasons for the progression of

the kidney failure.
Objective. Indicators interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6), and transforming growth factor-β1 (TGF β1) in patients with diabetic nephropathy (DN) and obesity.
Matherials and methods. For the study were selected 68 patients with diabetes type 2 in aged 44 to 66 years with duration of the disease at least 10 years, who were hospitalized in the Nephrology department of "Chernivtsi regional clinical hospital" and endocrinological dispensary of Chernivtsi. Glomerular filtration rate (GFR) in all patients was not less than 90 ml / min. All patients were divided into two groups: group 1 included patients with DN stage III without concomitant obesity (36 people), the 2nd group - patients DN stage III and obesity 1 stage (32 people). The control group consisted of 24 healthy subjects. Exclusion criteria were: courses of antibiotic therapy of any duration in the last four weeks, cancer, hypertension. In addition to general clinical methods of examination, all patients underwent determination of levels of IL-1 and IL-6, TGF β1.
Results. An analysis of renal function in the evaluation of patients with the second degree CKD and without concomitant obesity as compared with the healthy subjects showed the presence of proteinuria and deterioration of glomerular filtration rate ($p < 0.05$). In the groups of patients with obesity these figures as compared with the patients without concomitant obesity were reliably lower ($p < 0.05$) and were dependent on the degree of obesity.
Conclusion. Analysis of clinical and laboratory parameters examined patients showed increasing levels of IL-1, IL-6 and TGF β1 compared with those parameters of healthy subjects ($p < 0,05$). Levels of proinflammatory cytokines was higher in patients with concomitant obesity.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ АНТРОПОМЕТРІЇ ТА ВІТРОНЕКТИНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Боровик Катерина Миколаївна
Риндіна Н.Г.
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - проф. П.Г. Кравчун

Актуальність. На сьогоднішній день гострий інфаркт міокарда (ГІМ) не залишає провідних позицій серед причин інвалідізації та передчасної смертності в структурі серцево-судинних захворювань(ССЗ) в усьому світі. Існують дані, що наявність ожиріння набагато збільшує ризик

тромбоутворення, а також негативно впливає на розвиток та перебіг ускладнень ГІМ.

Мета. Проаналізувати активність гострофазового показника вітронектина у хворих з гострим інфарктом міокарда за наявності або відсутності ожиріння та визначити характер зв'язків даного показника з антропометричними параметрами у даної групи хворих.

Матеріали та методи. У дослідженні приймали участь 66 пацієнтів з ГІМ віком 72,43±0,78 років. Першу групу склали 43 хворих із супутнім ожирінням, другу - 23 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком. Ожиріння I ст. було виявлено у 26 осіб, ожиріння II ст. – у 15 осіб, ожиріння III ст. – у 2 осіб. Індекс маси тіла (ІМТ) у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням склав 35,47 ±0,62 кг/м2, тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні 22,86±0,41 кг/м2. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб.

Наявність ожиріння встановлювалась згідно класифікації ВООЗ, 1997 при ІМТ > 30 кг/м2 , який визначали за формулою: ІМТ (кг/м2) = маса тіла/(ріст)2. Концентрацію вітронектина 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. У хворих на ГІМ та ожиріння було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектина сироватки на 25,92%, порівняно з хворими без ожиріння.

Результати. У хворих на ГІМ та ожиріння було виявлено вірогідне зростання концентрації вітронектину сироватки на 25,92%, порівняно з хворими без ожиріння та на 48,35% у порівнянні з групою контролю. Що стосується хворих на ГІМ без супутнього ожиріння, концентрація вітронектину перевищувала таку у контрольній групі на 30,28%. Рівень ІМТ був вірогідно вище у хворих з коморбідним перебігом ГІМ та ожиріння при порівнянні як з групою контролю, так і з хворими на ізольований ГІМ.

Висновки. Наявність супутнього ожиріння при гострому інфаркті міокарда супроводжується значним зростанням концентрації гострофазового показника вітронектина, порівняно з хворими без ожиріння, що свідчить про адипоцитарну регуляцію прокоагулятивних властивостей крові.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВИРАЗНОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ПРИ АТЕРОТРОМБОТИЧНОМУ ТА КАРДІОЕМБОЛІЧНОМУ ПІДТИПАХ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ

БУДОВИ І ГЕМОДИНАМІЧНИХ ДАНИХ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ

Дарій Іван Володимирович
Ступінь – магістрант
Запорізький державний медичний університет
Кафедра нервових хвороб
Завідувач кафедри – проф. О.А. Козелкін
Науковий керівник – доц. М.В. Сікорська

Актуальність. Актуальність. Захворюваність на мозковий інсульт у світі постійно збільшується, а смертність в результаті його становить 10% в структурі загальної смертності населення планети. Ультразвукові (УЗ) методи дослідження є одними з основних для точної гемодинамічної та морфологічної оцінки стану судинної стінки.

Мета. Виявити залежність виразності неврологічного дефіциту при атеротромботичному (АТІ) та кардіоемболічному (КЕІ) підтипах ішемічного інсульту від морфологічної будови і гемодинамічних даних магістральних артерій голови.

Матеріали і методи. Нами проводився мета-аналіз 73 пацієнтів з ішемічним інсультом, які проходили лікування в 6-й клінічній міській лікарні, яким з метою діагностики стану судин та гемодинаміки проводилося дуплексне сканування з кольоровим доплерівським картуванням. Ці групи людей були рандомізовані в залежності від патогенетичного підтипу ішемічного інсульту: з АТІ (n=38) і КЕІ (n=35). У цих групах пацієнтів було по 2-і підрупи: в 1-й групі були хворі з легкими неврологічними порушеннями, у 2-й групі були з помірними неврологічними порушеннями.

Результати. Результати дослідження. При АТІ відзначалась залежність вираженості неврологічного дефіциту від морфологічної будови та гемодинамічних даних магістральних артерій голови (МАГ): у пацієнтів з легкими неврологічними порушеннями спостерігалися мінімальні середні значення товщини КІМ (1,04 ± 0,05 мм), у хворих з середньотяжким інсультом величини КІМ виявились достовірно вищими - в середньому 1,47 ± 0,08 мм ($p < 0,05$); також у хворих з середньотяжким інсультом частіше, ніж у хворих з легкими неврологічними порушеннями спостерігалось потовщення КІМ, атеросклеротичні бляшки (88,9% проти 45,5%, відповідно ($p < 0,05$)) та стенозування сонних артерій (70,4% проти 18,2%, відповідно ($p < 0,05$)). При КЕІ не було виявлено залежності вираженості неврологічного дефіциту від товщини КІМ і гемодинамічних зсувів МАГ.

Висновки. Висновки. Таким чином, було виявлено, що при АТІ при більш значних змінах морфологічної будови і гемодинамічних даних

МАГ, буде спостерігатися більш тяжкий перебіг та більш виражений неврологічний дефіцит. При КЕІ таких закономірностей виявлено не було.

MRproADM ТА КОПЕПТИН У ПРОГНОЗІ РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ІНФРАКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.

Єрмак Олександра Сергіївна
Лисак Марина Сергіївна
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - проф. П.Г. Кравчун

Актуальність. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ), особливо за умов наявності коморбідної патології у вигляді ожиріння, не залишає провідних позицій у структурі смертності населення у всьому світі. Наявність тяжких та загрозливих ускладнень потребує пошуку нових діагностичних маркерів, що обумовлює актуальність дослідження

Мета. Оцінка прогностичних властивостей копетину – медіатора вазоконстрикції та MRproADM – медіатора вазодилатації щодо розвитку рецидиву інфаркту міокарда у хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням

Матеріали та методи. Обстежено 75 пацієнтів з ГІМ і ожирінням, серед яких у 15 обстежених хворих мав місце рецидив інфаркту міокарда (ІМ). Імуноферментним методом у сироватці крові визначали копептин за допомогою набору Human Copeptin (Copeptin) ELISA Kit, Shanghai,China та MRproADM за допомогою набору Human mid-regional pro-adrenomedullin (MR-ProADM) ElisaKit, Shanghai, China на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлені у вигляді середніх величин і середньої помилка середнього

Результати. У пацієнтів з ГІМ і ожирінням на 7-й день хвороби рівень копептину достовірно не відрізнявся від концентрації в 1-й день ($p > 0,05$) Хворих було поділено на 2 групи: перша група пацієнтів з рецидивом ІМ протягом 7-денного періоду ГІМ та ожиріння та друга група хворих 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 ІМ при ожирінні протягом 1-го тижня в порівнянні з 1-м днем ГІМ, 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 ІМ і без нього на 7-й день показало його достовірне підвищення при рецидиві ГІМ у хворих з ожирінням на 91 % ($p<0,01$). Оцінка динаміки рівня MRproADM у хворих на ГІМ і ожиріння з 1-го по 7 день показала його достовірне зниження на 18,8 % ($p <0,05$). Рівень MRproADM виявив тенденцію до підвищення у пацієнтів з рецидивом ІМ протягом першого тижня хвороби в порівнянні з групою хворих з неускладненим перебігом ГІМ при наявності ожиріння ($p = 0,05$). Концентрація MRproADM у хворих з ГІМ без рецидиву і ожирінням на 7-й день хвороби достовірно знижувалося на 49,2 % ($p <0,01$), а у пацієнтів з рецидивом ІМ виявлена тенденція до зниження, що не досягає рівня достовірності ($p = 0,05$).

Висновки. Наявність ускладнення у вигляді розвитку рецидиву інфаркту міокарда у хворих з гострим інфарктом міокарда та ожирінням асоціювалося з підвищеною активністю копептину, що дає можливість використовувати його в якості маркера прогнозу.

ROLE OF SOLUBLE VE-CADHERIN (sVE-CADHERIN) AND BLOOD INSULIN IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2.

Zaikina Tetiana
Ступінь - здобувач
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - проф. В.Д. Бабаджан

Актуальність. sVE-cadherin is a new independent marker of the disintegration of endothelial cell, which can play an important role in progression of vascular damage leading to complications, especially in patients with diabetes mellitus.

Мета. to evaluate the correlation between sVE-cadherin and insulin in patients with acute myocardial infarction and diabetes mellitus type 2.

Матеріали та методи. 115 patients were enrolled in this study. They were divided in two groups: I group- 60 patients with acute myocardial infaction and diabetes mellitus; II group- 55 patients with acute myocardial infarction without diabetes mellitus. Levels of sVE-cadherin and blood insulin were evaluated using immunoassay analysis. Statictical analysis was made with

the evaluation of average levels (M), error of the average level (m), reliability of differences (p) between nonparametrical samples.
Результати. Average level of sVE-cadherin in the I group was significantly higher than in II group – 1,79 ± 0,03 ng/ml and 1,47 ± 0,03 ng/ml accordingly ($p<0,05$). Average level of insulin in the I group was significantly higher than in the II group – 37,85 ± 0,91 mg/dl and 11,15 ± 0,33 mg/dl ($p<0,05$). sVE-cadherin has direct correlation with an insulin in both groups, but this connection in more intense in patients with concomitant diabetes mellitus – $r=0,35$ and $r=0,26$ ($p<0,05$) accordingly.
Висновки. It is necessary to evaluate levels of sVE-cadherin and insulin for the understanding of activity of vascular damage in coronary arteries.

ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ (Glu298Asp)

Кадикова Ольга Ігорівна
Ступінь - здобувач
Харківський національний медичний університет
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - проф. П.Г. Кравчун

Актуальність. Існує необхідність у встановленні взаємозв'язку між змінами діастолічної функції міокарда лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) й ожиріння та мутаціями гена eNOS з урахуванням визначення можливих патогенетичних ланок.
Мета. Оцінити зміни діастолічної функції міокарда лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння у залежності від генотипів поліморфізму гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (Glu298Asp).
Матеріали та методи. Нами було проведено обстеження 222 хворих на ІХС в поєднанні з ожирінням. Хворі були розподілені на підгрупи в залежності від генотипів поліморфізму гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) (Glu298Asp): до першої підгрупи увійшли носії G/G генотипу (n=109), до другої – G/A генотипу (n=91), до третьої – A/A генотипу (n=22).
Дослідження алельного поліморфізму Glu298Asp гена eNOS проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-

ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ). Виділення ДНК з цільної крові виконували за допомогою реагенту «ДНК-експрес-кров» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ) відповідно до інструкції. Правильність розподілу частот генотипів визначалася відповідністю рівноваги Харді-Вайнберга (pi2 + 2 pipj + pj2 = 1). Згідно Гельсінкської декларації всі пацієнти були поінформовані про проведення клінічного дослідження і дали згоду на визначення поліморфізму досліджуваного гена.

Отримані результати представлені у вигляді середнього значення ± стандартне відхилення від середнього значення (M±m). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p<0,05$.

Результати. Максимальна швидкість раннього наповнення (Е) у хворих з генотипом G/G склала 63,27±2,7 мм/с, з генотипом G/A − 63,16±2,8 мм/с, з генотипом A/A – 63,09±2,6 мм/с. Максимальна швидкість пізнього наповнення передсердь (А) дорівнювала у пацієнтів з генотипом G/G 70,41±1,6 мм/с, з генотипом G/A – 70,38±1,5 мм/с і з генотипом A/A – 70,29±1,8 мм/с. Співвідношення піків Е/А, що має важливе значення у визначенні діастолічної дисфункції, у пацієнтів з генотипом G/G виявилося менш 1, що вказує на уповільнене розслаблення ЛШ, так само як і у хворих з генотипами G/A і A/A, склавши 0,90±0,03 од. і 0,90±0,04 од. відповідно. Час ізоволюметричного розслаблення (iVRT) у хворих із генотипами G/G, G/A і A/A склав 104,6±2,2 мс, 104,8±2,7 мс і 105,2±2,3 мс відповідно. Не визначалися відмінності в показнику часу уповільнення швидкості раннього діастолічного потоку (DT), що склав 231,9±5,8 мс, 232,4±7,1 мс і 231,9±6,6 мс в осіб з генотипами G/G, G/A і A/A відповідно ($p>0,05$).

Висновки. Дослідження діастолічної функції у хворих з ІХС й ожирінням у залежності від різних генотипів поліморфного локусу гена eNOS (Glu298Asp) показало відсутність чітких закономірностей щодо особливостей змін діастолічної функції ЛШ в усіх включених до дослідження.

ПРО МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ В СТОМАТОЛОГІЇ

Канішина Тетяна Миколаївна
Ступінь - аспірант

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. С.М. Шувалов
Науковий керівник - доц. А.В. Білошицька

Актуальність. Сьогодні в практиці лікаря-стоматолога все частіше встає проблема надання кваліфікованої спеціалізованої допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. Це потребує створення оптимальної експериментальної моделі захворювання для вивчення етіопатогенезу захворювання та пошуку надання адекватної стоматологічної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу. В медицині для створення експериментальної моделі цукрового діабету широко використовувались мавпи, кролі, свині, собаки, коти, миші та щури. Існує декілька різновидів експериментальних моделей цукрового діабету(аллоксанова, стрептозоцинова), але використання їх обмежується високою вартістю препаратів.

Мета. Вивчення можливості використання дексаметазонової моделі цукрового діабету 2-го типу у білих щурів для подальших досліджень в стоматології.

Матеріали та методи. Модель експериментального цукрового діабету запропонована Гладких О.І. та соавторами (ДУ«Інститут проблем ендокринної патології ім.В.Я.Данилевського Академії медичних наук України»). Всі піддослідні тварини були розділені на 2 групи: 1 – інтактні, 2 – щурі, яким моделювався цукровий діабет. Тваринам другої групи внутрішньошкірно вводився дексаметазон в дозі 0,125 мг/кг маси тіла протягом 14 днів для відтворення порушення толерантності до глюкози. Введення декзаметазону в дозі 0,125 мг/кг маси тіла протягом 14 днів внутришньошкірно щурам у віці 4-х місяців дозволяє створити так званий переддіабет. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом. Глюкозу крові піддослідних тварин вимірювали за допомогою глюкометра фірми BAJER, для біохімічного дослідження користувались реактивами ФІЛІСІТ-ДІАГНОСТИКА (Україна), гістологічне дослідження слинних залоз проводили по зальноприйнятій методиці.

Результати. Дослідження показало, що підтвердженням створення моделі дексаметазонового діабету були показники вуглеводного та ліпідного обмінів. Так при експериментальному цукровому діабеті у піддослідних тварин рівень глюкози крові був вищим на 40% у порівнянні с тваринами інтактної групи. Дослідження ліпідів крові показало, що у тварин з експериментальним цукровим діабетом загальний холестерол збільшувався у 1,5 рази у порівнянні з тваринами з інтактної групи. Рівень тригліцеридів при моделюванні цукрового

діабету зростав у 4 рази, загальні ліпіди зростали при експериментальному діабеті на 57%. Гістологічне дослідження показало, що в тканині великих слинних залоз піддослідних щурів збільшувався об'єм ацинусів за рахунок збільшення їх цитоплазми, відповідно зменшувався їх просвіт. Сполучна тканина спостерігалась і навколо судин, і в шарі капсули залози. Краплі ліпідів знаходились і в стромі, і в гландулоцитах, кількість їх та розміри були більшими у порівнянні з групою інтактних тварин. Вставні та посмуговані протоки вміщували помірну кількість секрету.

Висновки. Експериментальний дексаметазоновий діабет веде до порушення вуглеводного та ліпідного обмінів. В тканині великих слинних залоз експериментальних тварин спостерігаються дистрофічні явища. Таким чином, білі щури можуть бути об'єктом створення експериментальної моделі дексаметазонового цукрового діабету, а використання цього виду тварин зручне і економічно обґрунтоване.

СТАН ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Й ОЖИРІННЯМ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОМЕНТИНЕМІЇ

Кравчун Павло Павлович
Ступінь - докторант
Харківський національний медичний університет
Внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - акад. О.М. Біловол

Актуальність. На сьогодні патологічне ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), особливо у хворих за наявності синтропічної патології (поєднаний перебіг постінфарктного кардіосклерозу, цукрового діабету (ЦД) 2 типу й ожиріння), являє собою не до кінця вивчену патофізіологічну проблему, предиктором чого може бути дисфункція гормонів жирової тканини

Мета. Оцінити стан показників кардіогемодинаміки у хворих із постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням у залежності від оментинемії.

Матеріали та методи. Нами було проведено обстеження 71 хворого на постінфарктний кардіосклероз в поєднанні з ЦД 2 типу й ожирінням. Для визначення ролі оментину в ремоделюванні міокарда хворі з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу й ожирінням були розподілені на підгрупи в залежності від оментинемії: 1 підгрупа – <290

пг/мл (n=24); 2 підгрупа – 291 – 310 пг/мл (n=24); 3 підгрупа – >311 пг/мл (n=23).

Результати. Вірогідних змін у значеннях ВТМШП, ВТЗСЛШ, ТЗСЛШ, ТМШП, розміру аорти, ІТСМЛШ та ІММЛШ у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу та ожирінням у залежності від оментинемії виявлено не було ($p>0,05$). КДО у хворих 1 підгрупи був вище на 16,50 % та 28,84 %; КСО – на 11,30 % та 23,85 %; КДР – на 20,55 % та 36,67 %; КСР – на 12,25 % та 37,25 %; розмір ЛП – на 19,69 % та 39,55 %; ММЛШ – на 13,36 % та 24,14 %, ніж у хворих 2 та 3 підгруп відповідно ($p<0,05$). ФВ була найнижча у хворих 1 підгрупи на 14,38 % та 22,92 % порівняно з такою у хворих 2 та 3 підгруп відповідно ($p<0,05$). Кореляційний аналіз продемонстрував, що оментин мав вірогідний зворотній зв'язок з КДО ($r=-0,30$, $p<0,05$), КСО ($r=-0,34$, $p<0,05$), КДР ($r=-0,27$, $p<0,05$) та КСР ($r=-0,34$, $p<0,05$). Із усіх показників найбільш тісний зв'язок із оментинемією виявили КДО, КСР, КСО та КДР, що відповідають за збільшення розмірів та об’ємів серця за рахунок постінфарктного ремоделювання на тлі метаболічних порушень, обумовлених коморбідністю ЦД 2 типу та ожиріння.

Висновки. Оментин – це адипокін, зниження рівня якого асоційовано з ремоделюванням міокарда лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням. Рівень оментину у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням зворотно корелює з кінцевими діастолічним та систолічним розмірами й об’ємами, що відповідають за збільшення розмірів та порожнин серця за рахунок постінфарктного ремоделювання.

ГІПОМАГНІЄМІЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Крапівко Світлана Олександрівна
Ступінь - здобувач
Харківський національний медичний університет
внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології і алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник -

Актуальність. Протягом останніх двух десятиріччь серцева недостатність є одним із найчастішим хронічним заворюванням в Україні. Ішемічну хворобу серця як ётіологічну причину серцевої недостатності, діагностують у 60-70% пацієнтів. Серцеву недостатність

відмичають як супутній діагноз у 25-40% усіх пацієнтів з цукровим діабетом.

Мета. визначити вплив гіпомагніємії на ліпідний обмін у хворих з хронічною серцевою недостатністю із супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 98 хворих, з яких 68 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) і цукровим діабетом 2 типу (ЦД), 30 хворих з ХСН. З них 41,8% склали чоловіки, 58,2% -жінки. Всі хворі були розділені на 2 групи. До першої групи увійшли пацієнти з ХСН і цукровим діабетом 2 типу (n = 68), у другу групу пацієнти з ХСН без цукрового діабету (n = 30). Усі пацієнти отримували стандартну терапію ХСН та ЦД, перша группа додаткова отримувала магнію оротат 1000мг 3 рази на добу впродовж 3 місяців.

Результати. Було встановлено, що у пацієнтів 1-ї групи гіпомагніємія (рівень магнію <0,74; при N = 0,74- 1,2) відзначалася у 53 осіб (51%) до лікування та у 25 осіб (23%) після лікування. У другій групі гіпомагніємія відзначалася у 7 пацієнтів (5%) до лікування та у 1 пацієнта після лікування. Встановлено, що у хворих 1 групи достовірно вище показники: загального холестерину (ЗХ) на 22,1%, триглицеридів (ТГ) на 57%, ліпопротеїдів низької щильності (ЛПНЩ) на 42% та ліпопротеїдів високої щильності (ЛПВЩ) нижче на 65%. Виявлено пряму кореляційну залежність між рівнем магнію крові ЛПНЩ ($r=0,45$, $P<0,01$) та коєфіцієнтом атерогенності (КА) ($r=0,64$, $P<0,01$), а саме, при сниженні рівня магнію крові, підвищуються рівень ХЛПНЩ та КА.

Після лікування вирогідно снизились показники ЗХ на 24,5%, триглицеридів на 42,7%, ХСЛПНЩ на 30,4% та підвищився показник ХСЛПВП на 100% у пацієнтів з ХСН та ЦД 2 типу. У пацієнтів 2 групи ЗХ знизився на 28%, ТГ на 28,5%. ХСЛПНЩ на 17,6%, та підвищився рівень ХСЛПВЩ на 45,5%.

Висновки. Таким чином, гіпомагніємія та наявність цукрового діабету 2 типу у хворих на ХСН, є додатковим фактором прогресування порушення ліпідного обміну у хворих ІХС, а також будь-який тип дисліпідемії при наявності ЦД 2 типу погіршує прогноз у цих хворих, та потребує додаткової ліпідознижувальної терапії.

ДІАГНОСТИКА ПРОГРЕСУВАННЯ УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кулачек Вероніка Тарасівна
Руснак І.Т.

Доцюк Л.Г.
Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Завідувач кафедри - проф. О.І. Федів
Науковий керівник - проф. Л.О. Зуб

Актуальність. Ураження нирок, призводячи до ниркової недостатності, стає частіше причиною інвалідності та летальності пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА). Не дивлячись на численні сучасні досягнення в нефрології та ревматології, у хворих на РА недостатньо вивчені механізми розвитку прогресування уражень нирок, фактори ризику та методи ранньої діагностики прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН).
Мета. Виявити найбільш ефективні методи діагностики уражень нирок в процесі еволюції ХХН у хворих на РА.
Матеріали та методи. Обстежено 113 хворих на РА II-III активності. Середній вік обстежуваних – 48±5,0 років. Тривалість хвороби до моменту включення в дослідження становила в середньому 12 ± 3,18 років. Пацієнти були розподілені за наявністю ХХН та її стадією: I групу склали пацієнти без ХХН (n=20), II групу – хворі на ХХН I ст. (n=34), III групу – хворі на ХХН II ст. (n=31), IV група – хворі з ХХН III ст. (n=28). Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Обстеження включало загальноприйняті методи обстеження з метою встановлення активності артриту та наявності ниркової патології. Крім загальноклінічних лабораторних аналізів хворим було визначено рівень малоновогодиальдегіду сечі, β2-мікроглобуліну крові та сечі, інтерлейкіну-1β, інтерлейкіну-10, фактора некрозу пухлин α та трансформуючого фактора росту β1 (ТФР-β1) у крові за допомогою імуноферментного аналізу.
Результати. У хворих на РА в еволюції ХХН I-III ст. виявлено порушення балансу про- та протизапальних цитокінів: підвищення рівня прозапального інтерлейкіну-1β ($p<0,05$) та ТФР-β1 ($p<0,05$) у всіх хворих на РА, зниження рівня протизапального інтерлейкіну-10 ($p<0,05$), що більш суттєво проявлялося за ХХН III ст. Встановлено кореляційні зв'язки між ТФР-β1та добовою протеїнурією ($r=0,68$) ($p<0,05$), між ТФР-β1 та швидкістю клубочкової фільтрації – обернену кореляцію ($r=-0,55$) ($p<0,05$), між фактором некрозу пухлин α та протеїнурією ($r=0,63$) ($p<0,05$).
У хворих на РА з ХХН II-III ст. виявлено вірогідне підвищення β2-мікроглобуліну крові, що переважало у хворих з гломерулярними ураженнями нирок ($p<0,05$), та β2-мікроглобуліну сечі за наявності інтерстиціальних пошкоджень та амілоїдозу ($p<0,05$). Вміст β2-

мікроглобуліну сечі корелював з малоновимдиальдегідом сечі (r=0,71) (p<0,05), ТФР-β1 (r=0,77) (p<0,05), фібриногеном (r=0,63) (p<0,05), С-реактивним протеїном (r=0,71) (p<0,05), та ШКФ (r=-0,66) (p<0,05). Прогностичними біомаркерами прогресування ХХН у хворих на РА визначено збільшений рівень малоновогодиальдегіду сечі у 1,8 раз (p<0,05), підвищений β2-мікроглобулін крові в 1,5 рази (p<0,05) та β2-мікроглобулін сечі більш як у 2 рази (p<0,05), ТФР-β1 крові в 1,7 раз (p<0,05).

Висновки. Отже, досліджувані показники є прогностично важливими в еволюції ХХН у хворих на РА, при виявленні ранніх маркерів ураження нирок (β2-мікроглобулінурія, малоновийдиальдегід сечі, ТФР-β1 крові) хворому рекомендовано розпочати нефропротекторну терапію.

ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ РАННЬОГО ПЕРІОДУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМОЮ СЕЛЕЗІНКИ

Кулачек Ярослав В'ячеславович
Кулачек Ф.Г.
Ступінь – здобувач
Буковинський державний медичний університет
Хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. А.Г. Іфтодій
Науковий керівник - проф. Ф.Г. Кулачек

Актуальність. При наданні хірургічної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою, особливо літнього і старечого віку, надзвичайно важливою є оцінка ступеня тяжкості ушкоджень, об'єктивізація загального стану пацієнта. Складною та до кінця не вирішеною проблемою є пошкодження селезінки, що пов'язано із особливістю її розташування. Відомі системи оцінки тяжкості стану постраждалих не завжди дозволяють успішно використати їх у практиці, що пов'язано зі специфікою надання невідкладної допомоги у загально хірургічних відділеннях, а також не адаптованістю цих систем до постраждалих літнього віку.

Мета. Тому нами проведений порівняльний аналіз запропонованих раніше шкал стану пацієнтів, визначення найбільш об'єктивних, а також їх модифікації з урахуванням потреб, які виникають в процесі лікування.

Матеріали та методи. В нашому дослідженні взяло участь 20 постраждалих із травмою селезінки. Середній вік хворих склав 48 років.

Результати. У відповідності з критеріями, що визначались стосовно статусу постраждалих на основі системи бальної оцінки нами визначена вірогідність ускладненого перебігу (Px) за формулою:
Px = eAW /(1 + eAW), де
AW = APACHE II x 0,146 + Wi + W2 + W3 ;
W1=-3,517 (неспецифічсний коефіцієнт);
W2=+0,603 (коефіцієнт для ургентної операції)
W3 = діагностичний коефіцієнт для невідкладних станів;
W3 = +0,503 для захворювань шлунково-кишкового тракту;
W3 = -0,203 для внутрішньочеревних інфекцій.
Враховуючи вік і наявність хронічних захворювань встановлюємо сумарну кількість балів, яку множать на коефіцієнт, що відповідає категорії політравми.
Згідно визначеної суми балів у постраждалих нами виділені групи ризику розвитку ускладнень.
Невисокий ризик (до 20 балів) діагностований у 6 пацієнтів групи порівняння (ретроспективно) та у 4 потерпілих основної групи (в процесі лікування).
Помірний ризик (від 20 до 25 балів) діагностований у 7 постраждалих групи порівняння та 6 - основної групи.
Високий ризик (від 30 до 35 балів), який діагностовано у 9-ти пацієнтів групи порівняння та 3 основної групи;
Вкрай високий ризик (від 35 до 40 балів) діагностований у 2 постраждалих групи порівняння та 1 - основної групи.
Висновки. У потерпілих з невисоким ризиком летального виходу вважали необхідністю виконувати оперативні втручання за традиційними хірургічними методиками, які включали своєчасність оперативного лікування, адекватні лікувальні заходи, традиційне післяопераційне ведення.

КЛІНІЧНЕ ВПРОВАДЖЕННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСНОВНИХ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ IV – VII ПОКОЛІНЬ У СТОМАТОЛОГІХ ТА СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

Маруха Роман Юрійович
Ступінь - магістрант
ДВНЗ "Ужгородський національний університет"
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. О.В. Фера
Науковий керівник – доц. С.Б. Костенко

Актуальність. В сучасній стоматологічній галузі до кінця не вирішеними залишається питання оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню (Самойленко А.В., Соколова І.І., 2016).

За даними Савичук Н.О., поширеність карієсу та його ускладнень у дорослого населення становить 94-96%. Основною стоматологічною маніпуляцією являється пломбування каріозних порожнин фотокомпозитними матеріалами, що в свою чергу зумовлює використання адгезивних систем різноманітних поколінь.

Результати аналізу літературних джерел свідчить про найбільшу кількість позовів пов'язаних із неякісним наданням стоматологічної допомоги: випадіння пломби, сколи реставрації, утворення вторинного карієсу та ін.. В позовах постає питання з метою визначення вартості стоматологічних послуг, визначення фальсифікату та якості надання стоматологічної допомоги. Саме тому розширення доказової бази експертних критеріїв оцінки стоматологічного статусу при розгляді скарг на неякісно проведене стоматологічне лікування є актуальним науковим завданням для стоматології та судової медицини, що потребує подальшого вирішення.

Мета. Розроблених спектрофотометричних методів ідентифікації адгезивних систем для обґрунтування доказової бази в стоматології та судовій медицині та подальше їх впровадження в клінічну практику.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на кафедрі оптичної фізики УжНУ, стоматологічного факультету та науково-навчального центру судової стоматології. В експерименті використовували спектрофотометричну установку на базі спектрофотометра СФ – 4 та представнів основних поколінь адгезивних систем: Prime&Bond NT (Dentsply), OptiBond Solo Plus (Kerr), ForBond (CromDental), Single Bond Universal (3M), Adper Single Bond (3M), Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar). Із всіх представників адгезивних систем було виготовлено однакові заготовки, розміром 10 х 5 х 2 мм. Розміри досліджуваних пластинок перевіряли за допомогою штангенциркуля. Пластинки промаркували за допомогою цифрової нумерації для оптимізації процесу категоризації результатів. Після формування досліджуваних пластинок кожну з них досліджували методом спектрофотометрії (пропускання, поглинання).

Результати. Використання вдосконалених методів спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію адгезивних систем різноманітних поколінь здатних пропускати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) Це в свою чергу дає можливість проводити ідентифікацію адгезивних систем у стоматологічній практиці, судовій стоматології та судово-медичній експертизі з метою визначення фальсифікату

стоматологічної продукції, що виявляється на українському ринку стоматологічних матеріалів.

Висновки. Згідно з оцінкою лабораторних спектрофотометричних методів використання спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію адгезивних систем різноманітних поколінь здатних пропускати, відбивати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) Це в свою чергу дає можливість проводити ідентифікацію адгезивних систем у стоматологічній практиці, судовій стоматології та судово-медичній експертизі з метою виявлення фальсифікату на стоматологіному ринку України та рівня якості надання стоматологічних послуг.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОБ'ЄКТИВНИХ КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ МІСЦЕВИХ ПРОЯВІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНОГО НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я.Е. Варес
Науковий керівник - проф. Р.З.Огоновський

Актуальність. Як відомо, після хірургічного втручання у щелепно-лицевій ділянці у м'яких тканинах розвивається гострий реактивний запальний процес. Для об'єктивної оцінки місцевих запальних проявів важливо оцінювати їх ступінь вираженості, що є важливим у післяопераційному періоді для корекції медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування.

Мета. Розпрацювати нові об'єктивні методи оцінки місцевих проявів після атипового видалення ретенованого нижнього третього моляра.

Матеріали та методи. Розпрацьовані нами методи динамічної оцінки післяопераційного набряку м'яких тканин бокової ділянки обличчя, вимірювання потовщення щоки запропонованим інструментом і візуально-пальпаторна оцінка стану післяопераційної рани були апробовані у 32 пацієнтів після операції атипового видалення нижніх третіх молярів.

Результати. Нами було запропоновано новий спосіб динамічної оцінки післяопераційного набряку м'яких тканин бокової ділянки обличчя, який полягає у тому, що для пацієнта перед операцією виготовляють прозорий індивідуальний трафарет, на якому позначають лінії від кута нижньої щелепи до зовнішнього кута ока, до крила носа, до кута рота і до підборіддя. На цих лініях у післяопераційному періоді кольоровими

маркерами у перші 5 діб спостереження відзначають нові позиції і порівнюють у динаміці зміни розміру набряку.
Для вимірювання товщини щоки пацієнта в нормі та після проведеної операції нами запропоновано інструмент, який виготовлений із медичної сталі, що має шарнірно з'єднані перехресні бранші з округлими розширеннями і кільцевими ручками, до однієї з яких прикріплена вигнута вимірна лінійка із зазубринами, а до другої – фіксатор-лінійка.
Для візуально-пальпаторної оцінки стану післяопераційної рани розпрацьований спосіб, який полягає у тому, що у післяопераційному періоді при огляді пацієнта звертають увагу на гіперемію слизової оболонки ретромолярної ділянки, стан лунки видаленого зуба, поширеність набряку слизової оболонки та ступінь його щільності. Ступінь вираженості оцінюваних проявів характеризується в балах від 0 до 4 і обчислюється сума. Зменшення показника свідчить про позитивну динаміку післяопераційного періоду.
Висновки. Розпрацьовані нами методи об'єктивної оцінки післяопераційного набряку м'яких тканин обличчя полегшують моніторинг стану пацієнтів у післяопераційному періоді і можуть бути рекомендовані для клінічного застосування.

ОЦІНКА ВЗАЄМОВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ РІВНЯ ІФР-1 В КРОВІ ТА СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Пивоваров Олександр Васильович
Ступінь – аспірант
Харківський національний медичний університет
Внутрішньої медицини №3
Завідувач кафедри – проф. Л.В. Журавльова
Науковий керівник – проф. Л.В. Журавльова

Актуальність. Актуальність. За даними клінічних досліджень, при аналізі глікемічного статусу в групі пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) наявність гіперглікемії натще встановлено у 25% випадків, за даними індексу HOMA-IR ознаки інсулінорезистентності мали 39% обстежених, однак діагноз цукровий діабет (ЦД) 2 типу був встановлений тільки у 28% пацієнтів. Дослідження підтверджують необхідність застосування додаткових маркерів розвитку ЦД 2 типу у

хворих на АГ, серед яких слід розглянути інсуліноподібний фактор росту-1 (ІФР-1).

Мета. Вивчити взаємозв'язки між рівнем ІФР-1 у крові та показниками стану вуглеводного обміну у хворих на АГ та з поєднаним перебігом АГ та ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було обстежено 120 осіб, з яких 60 пацієнтів з ізольованим перебігом АГ, 40 хворих з поєднаною патологією - АГ та ЦД 2 типу, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в кардіологічному та ендокринологічному відділеннях КЗОЗ «ОКЛ - ЦЕМД та МК» та 20 практично здорових осіб контрольної групи. Стан вуглеводного обміну вивчався з оцінкою рівня глюкози крові натще (ГКН), HbA1c, інсуліну натще, було визначено рівень соматомедину ІФР-1 в крові обстежених осіб в кожній з виділених груп.

Результати. Серед усіх обстежених 72 чоловіки і 48 жінки. У першій групі з АГ 37 чоловіків та 23 жінки, у другій групі з АГ та ЦД 2 типу - 23 чоловіки і 17 жінок. Проведено кореляційно-регресійний аналіз між показниками стану вуглеводного обміну та рівнем ІФР-1 у крові обстежених.

В першій групі АГ (n=60) спостерігалися наступні кореляційні залежності: ІФР-1/ГКН r=0,0899, p=0,4943<0,05; ІФР-1/інсулін r=0,5931, p=0,4943<0,05; ІФР-1/HOMA-IR r=0,5857, p=0,0000<0,05; ІФР-1/HbA1c r=0,3954, p=0,0219<0,05; у другій групі АГ +ЦД 2 типу (n=40): ІФР-1/ГКН r=0,0143, p=0,9302<0,05; ІФР-1/інсулін r=0,3051, p=0,0235<0,05; ІФР-1/HOMA-IR r=0,4729; p=0,0085<0,05; ІФР-1/HbA1c r=0,5387, p=0,0003<0,05.

Висновки. Отримані результати обґрунтовують можливість використання показника рівня ІФР-1 в крові як маркера для оцінки розвитку порушень вуглеводного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію.

IMPACT OF DEPRESSIVE DISORDERS ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Подпрядова Анна Анатоліївна
Малько Анатолій Андрійович
Дебела Ірина Семенівна
Ступінь - здобувач
Kharkiv state medical university
Department of social medicine, organization and economic of medicine
Head of department - проф. В.А. Огнєв
Scientiffic advisor – ас. А.А. Подпрядова

Actuality. In 2004, the World Health Organization estimated that 12,2 % of the deaths worldwide were due to ischemic heart disease. It is one of the world's most common causes of death, especially in rich countries, followed by other dangerous diseases or conditions such as cancer and stroke. Although the rates of death have slightly decreased over the last decades in high-income countries, myocardial infarction was still responsible for one in three deaths in the United States in 2008. Myocardial infarction nowadays is one of the leading causes of death and disability of people in the world. We have enough data indicating that depressive disorders in all patients with myocardial infarction have a negative effect on the clinical course of the post-infarction period, the functional state of patients and the quality of their life. Depressive disorders after myocardial infarction occur in 33% - 80% according to different authors. Patients have emotional disorders such as anxiety, depression, fixation on their painful feelings and experiences associated with the fear of death.
Objective. To study the impact of depressive disorders on quality of life of patients with myocardial infarction.
Matherials and methods. The study involved 71 people. Of these, 41 men and 30 women, with average age 60.4 years. Studies were conducted in the infarction department of the 28th city hospital in Kharkov. The questionnaire method was used. The survey was conducted on the questionnaires developed by us.
Results. This study showed the presents of depressive disorders in 71 cases, which significantly reduce the quality of life of patients.
Conclusion. Depressive disorders are becoming a common problem in all patients with myocardial infarction because of the difficulties of their daily life. These studies will be used to develop a model for managing the quality of life of patients with myocardial infarction.

ВІДДАЛЕНИЙ ВПЛИВ ПРИРОДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НА РОЗВИТОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Резніков Юрій Петрович
Івашин Є.В.
Франків О.А.
Ступінь - аспірант
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №1
Завідувач кафедри - проф. В.С. Березенко
Науковий керівник - доц. Н.І. Горобець

Актуальність. Переваги грудного вигодовування (ГВ) для здоров'я дитини у віці немовляти загалом добре відомі. Слід зауважити, що позитивний вплив ГВ триває набагато довше, ніж саме годування грудьми. У багатьох дослідженнях (Boyd-Orr, the Carnegie Survey, Wingard) засвідчено, що ті чи інші позитивні ефекти ГВ проявляються упродовж усього дитинства й навіть у дорослому віці. Однак майже відсутні дані з приводу віддаленого впливу ГВ на ризик розвитку гіпертонічної хвороби.
Мета. Вивчення довготривалих ефектів природного вигодовування на ризик розвитку артеріальної гіпертензії.
Матеріали та методи. Огляд літературних джерел, дані анкетування, антропометрії та оцінки фізичного розвитку.
Результати. Дослідження (Boyd-Orr, the Carnegie Survey, Wingard) проведені передовими медичними школами світу у період з 1960 року по 2016 рік (тривають і далі) передбачали детальний медичний нагляд за дітьми, що мали середню тривалість виключно грудного виголовування 12 міс. Контрольну групу скали діти, що одразу з народження перебували на штучному вигодовуванні. Метаанліз проведений у 2016 році Owen et al та Martin et al, засвідчив помітно нижчі рівні систолічного артеріального тиску (у середньому на 3,6 мм.рт.ст.) упродовж життя, в осіб, яких у дитинстві годували грудьми, при цьому були враховані соціально-економічні та материнські чинники, Водночас не було виявлено статично значущої різниці у значеннях діастолічного АТ. Було виявлено, що у основній групі (особи, що перебували на ГВ) поширеність гіпертонічної хвороби була менша на 17%, ішемічної хвороби серця - на 6%.
Запропоновано кілька механізмів залежності рівня АТ у дорослих при грудному вигодовуванні їх у дитинстві: нижчий вміст натрію, вищий вміст поліненасичених жирних кислот з довгими ланцюгами, а також наявність ендотелін-регулюючого фактора у грудному молоці.
Висновки. Проведені дослідження вказують на помірний, проте статистично значущий, протективний захист у формуванні артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця у дорослих осіб, які після народження вигодовувались груддю.

ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Дорошенкова Анна Сергіївна
Руденко Сергій Миколайович
Мельник Катерина Олександрівна
Ступінь – аспірант

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»
Відділення дитячої пульмонології і алергології
Завідувач кафедри - д.м.н. Речкіна Олена Олександрівна
Науковий керівник - д.м.н. Речкіна Олена Олександрівна

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) залишається одним із найпоширеніших хронічних захворювань органів дихання у дітей. Провідне місце у діагностиці бронхообструктивних захворювань належить дослідженню функції зовнішнього дихання (ФЗД). Однак не завжди дані спірографії можна оцінити так однозначно, з іншого боку ряд дослідників вказують на необхідність перегляду підходів до оцінювання ФЗД в дитячому віці. В фазі ремісії БА порушення легеневої вентиляції часто зберігаються значно довше ніж клінічні симптоми захворювання та не виявляються при загально-клінічному огляді. «Приховані» вентиляційні порушення призводять до неналежного лікування, відповідно до неповного контролю БА, більш тяжкого перебігу БА та інвалідизації.
Мета. Вивчення та оцінка ФЗД у дітей з бронхіальною астмою (БА) за різного ступеня контролю захворювання.
Матеріали та методи. Проведено оцінку ФЗД у 111 дітей з БА різного ступеню контролю. Вік дітей від 5 до 17 років, середній вік 10,61 ± 0,33 роки
Результати. До проведення проби з бронхолітикомпорущення ФЗД за обструктивним типом виявлено у 30 (27 %) з обстежених дітей. При проведенні тесту зворотність була виявлена у 63 (57 %) дітей. Приріст об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у дітей з неконтрольованим перебігом астми (14,45 ± 3,04 %) був достовірно більшим ($p<0,05$) порівняно з показниками у дітей з частковим контролем (7,26 ± 1,09 %) і контрольованим перебігом хвороби (6,4 ± 2,05 %). Приріст максимальної об'ємної швидкості на рівні 25 (МОШ25) достовірно не відрізнявся у дітей з контрольованим (24,47 ± 5,54 %), частково контрольованим (27,53 ± 4,11 %) і неконтрольованим перебігом БА (36,28 ± 6,61 %), що вказує на виражені порушення на рівні дрібних бронхів у дітей з контрольованим і частково контрольованим перебігом БА.
Висновки. У дітей з БА можуть тривало зберігатися зміни ФЗД за обструктивним типом, порушення переважають в дистальних відділах дихальних шляхів і часто мають прихований характер. Критерій контрольованості «ОФВ1 < 80 %» має невисоку чутливість при оцінці ступеня контролю БА у дітей, зміни МОШ 25 є більш чутливими і виявляються ще до змін ОФВ1.

РЕСАМ-1 ЯК КРИТЕРІЙ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗМІРУ ТИМОМИ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЮ

Самойлова Ганна Петрівна
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
кафедра неврології №2
Завідувач кафедри - проф. О.Л. Товажнянська
Науковий керівник - проф. О.Л. Товажнянська

Актуальність. Міастенія – класичне аутоімунне захворювання, яке має тісний зв'язок з тимусом. Тимоми є найбільш частими пухлинами середостіння, а міастенічна симптоматика на фоні тимоми спостерігається у 30% пацієнтів.

Відомо, що CD31 + (PECAM-1) - індуктор ангіогенезу, який забезпечує адекватну оксигенацію пухлинної маси та її ріст.

Мета. Визначення показника CD31 + (PECAM-1) як можливого критерію діагностики та прогнозування розміру тимоми у хворих на міастенію.

Матеріали та методи. Були проаналізовані результати клінічного та імунологічного обстеження 65 хворих на міастенію. Для отримання інформації про структурний стан тимусу проводили спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) .

Ступінь тяжкості захворювання оцінювалася за допомогою кількісної шкали тяжкості клінічних проявів міастенії QMGS (2000).

Експресію кластерів диференціювання CD 31+ (PECAM-1) оцінювали непрямим імуноферментним методом з використанням моноклональних антитіл, мічених FITC-барвником.

Контрольну групу склали 30 умовно здорових осіб.

Статистична обробка результатів була проведена за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.

Результати. За даними СКТ органів середостіння, хворі на міастенію були розділені на дві групи: перша група (35 осіб) - міастенія без порушення структури тимусу (М); друга група (30 осіб) - міастенія на фоні тимоми (МТ).

Середній показник шкали QMGS у групі М склав 15,4 ±4,5 балів, а в групі МТ - 29,8 ± 4,36 балів, що в 1,9 разів вище за даний показник в групі М і свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання в групі МТ.

Середній показник розміру тимоми у хворих групи МТ склав 3,4 ± 1,1 см в діаметрі, цей показник не мав достовірного кореляційного зв'язку із тяжкістю міастенічної симптоматики.

У хворих групи МТ було виявлено посилення експресії CD 31+ у 2,8 разів у порівняні з контролем (показник в досліджуваній групі склав

34,2±8,03 %, в контрольній - 12,2±3,3 %), а у хворих групи М цей показник дорівнював 15,1±3,7 %, що достовірно не відрізняється від контрольної групи.
Кореляційний аналіз Пірсона не показав залежності між тяжкістю захворювання та показниками PECAM-1. Однак при проведенні кореляційного аналізу між розміром тимоми та показниками CD 31+ у хворих була виявлена пряма залежність між розміром тимоми та посиленням експресії CD 31+ ($r=0,9$; $p<0,01$).
Висновки. 1. Наявність тимоми погіршує перебіг міастенії, про що свідчить отримана бальна оцінка за шкалою QMGS, однак перебіг захворювання не залежить від розміру тимоми.
2. Підвищення рівня експресії CD31 + у пацієнтів з міастенією може бути використано для оцінки стану тимусу і прогнозу розвитку його новоутворень.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сипало Анна
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун
Науковий керівник - проф. П.Г. Кравчун

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає перше місце в структурі захворюваності і смертності в економічно розвинених країнах світу. Згідно зі статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від серцево-судинних захворювань (ССЗ) щорічно помирає понад 16 млн осіб. Поширеність ССЗ збільшується в зв'язку зі старінням населення, зміною способу життя. В останні десятиліття цивілізації загрожує інша хвороба, яка приймає все більш «епідемічні» обриси - це цукровий діабет (ЦД). Незважаючи на успіхи діагностики, лікування і профілактики поєднаного перебігу ІХС у хворих з супутнім ЦД 2 типу залишаються нез'ясовані патогенетичні ланки метаболічних порушень даної когорти хворих.
Мета. Оцінити зміни показників вуглеводного обміну в залежності від типів дисліпідемії у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.
Матеріали та методи. В дослідження було включено 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні

Харківської міської клінічної лікарні № 27. Середній вік хворих склав 65,16 ± 1,53 років. Визначення вмісту глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) в цільній крові проводили фотометричним методом по реакції з тіобарбітурової кислотою з використанням комерційної тест-систем фірми "Реагент" (Україна) відповідно до вказівок інструкції. Рівень інсуліну в сироватці крові визначали імуноферментним методом з використанням набору «ELISA» (США). В залежності від типів дисліпідемії всі хворі були розділені на 3 групи: до першої групи увійшли хворі з II а типом дисліпідемії (n=30), в другу групу увійшли з IIб типом дисліпідемії (n=24), в третю групу - хворі з IV типом дисліпідемії (n=21). Типи дисліпідемії визначалися за допомогою класифікації гіперліпопротеїнемій ВООЗ, яка розроблена на основі класифікації Фредріксона (D.Fredrickson).

Результати. В результаті дослідження було виявлено, що у хворих першої групи рівень інсуліну був на 23,5% і 19,8% ($p<0,05$), вище ніж у хворих другої та третьої групи, вміст глікозильованого гемоглобіну - на 18,5% і 16,4% ($p<0,05$). Щодо інших показників вуглеводного обміну у хворих на ІХС та ЦД 2-го типу достовірних відмінностей отримано не було ($p <0,05$).

Висновки. Таким чином отримані дані свідчать про зміни показників вуглеводного обміну у хворих з усіма типами дисліпідемії. Більш значні зміни були виявлені у хворих з II а типом дисліпідемії, що може свідчити про негативний вплив даного типу дисліпідемії на показники вуглеводного обміну у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ

Стрелкова Марина Ігорівна
Башкірова Неллі Вадимівна
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
педіатрії №1 та неонатології
Завідувач кафедри - проф. М.О. Гончарь
Науковий керівник - проф. Г.С. Сенаторова

Актуальність. Обструктивний бронхіт (ОБ) - друге за поширюваністю захворювання органів дихання у дітей [Зайцева, С.В., 2013 роки]. Частота ОБ серед дітей раннього віку становить 220 випадків на 1000 дітей, а у дітей першого року життя - 40-45 випадків на 1000 дитячого населення [Чернишова О.Є., Поповиченко Л.Л., 2014]. За даними інших авторів, серед госпіталізованих дітей кількість ОБ становить 34% всіх

хворих [Зайцева, С.В., 2013 роки], що веде за собою також й непрацездатність одного з батьків на термін хвороби та реконвалісценсії дитини, що в середньому займає від 2-3 до 8 тижнів. У дітей з обтяженим сімейним анамнезом за алергічними захворюваннями, зазвичай, ОБ розвивається частіше (в 30 - 40% випадків); це також характерно для дітей, які часто (більше 6 разів на рік) хворіють респіраторними інфекціями [Зайцева, С.В., 2013 роки], в тому числі на рекурентний та/або рецидивуючий бронхіт.

Діти з обтяженим алергологічним анамнезом часто схильні до розвитку гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, що сприяє більш тяжкому перебігу та високому ризику розвитку ускладнень. За даними дослідження J. Montoro та співавт. (2007), хворі, які мають обтяжений алергологічний анамнез, потребують застосування у комплексній терапії антигістамінних препаратів. При цьому за рахунок застосування адекватної антигістамінної терапії у пацієнтів із алергічними захворюваннями вдається знизити вираженість назальних (зменшення набряклості слизової оболонки носа, ринореї, чхання), бронхіальних (зменшення набряклості слизової оболонки бронхів, збільшення їх прохідності) та загальних симптомів.

Мета. Вивчення даних анамнезу, фізикальних показників у дітей до та після лікування, які хворіють на гострий обструктивний бронхіт для визначення ефективності лікування комбінованим препаратом «Пульмолор®».

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням у пульмонологічному відділенні Харківської обласної дитячої клінічної лікарні знаходилось 30 дітей у віці 6 до 12 років, які відповідали критеріям включення у дослідження: 20 дітей (I група), які отримали «Пульмолор®», 10 дітей (II група) – група контролю.

Результати. В усіх (100%) обстежених дітей був діагностований гострий обструктивний бронхіт. Хлопчаків було 17 (56,6%), дівчаток – 13 (43,4%). Діти від 6 до 9 років склали 60,0% (18 дітей), у віці від 10 до 12 років – 40,0% (12 дітей). Тривалість захворювання до госпіталізації склала: 1-3 доби захворювання – 13 дітей (43,4%), 4-7 доби – 12 дітей (40,0%), більше 7 діб – 5 дітей (16,6%). Алергоанамнез був обтяжений у всіх досліджених дітей у вигляді харчової алергії (43,4%), атопічного дерматиту (30,0%), алергічного риніту (13,3%), змішаної алергії (13,3%). В усіх дітей (100%) було встановлено ознаки недиференційованої сполучнотканинної дисплазії.

Дітям з вираженим синдромом бронхіальної обструкції призначався «Пульмолор®» у віковому дозуванні на протязі 10 діб. Оцінка клінічних та лабораторних методів дослідження проводилось на 3 добу, 5 добу, то через 10 діб після завершення лікування. При оцінці

динаміки симптомів враховувалися інтенсивність інтоксикаційного синдрому, частота та наявність кашлю, продуктивність кашлю, кількість хрипів при аускультації легенів.

У 100% пацієнтів І групи на 3 добу лікування не відмічався інтоксикаційний синдром чи лихоманки, що відображало задовільний стан дітей та відсутність ускладнень. Продуктивність кашлю у всіх дітей, які отримували «Пульмолор®» вирісла на 3 добу лікування, що супроводжувалось розрідженням мокротиння, покращенням стану мукоціліарного кліренсу та відображало нормальну течію захворювання. В динаміці спостереження продуктивність кашлю достовірно зменшилась ($p<0,05$), що було розцінено як завершення запалювального процесу та зменшення секреції. Дослідження динаміки кількості хрипів під час аускультації легенів на тлі лікування виявило достовірне зниження даного показника вже на 3 добу терапії ($p<0,05$). На 10 добу спостереження в жодного пацієнта не відмічалось наявність хрипів у легенях ($p<0,05$).

У ІІ групі обстежених дітей малопродуктивний кашель характеризувався затяжною течією: відмічалось зменшення кашлю після 7-8 доби спостереження, проте продуктивність кашлю залишалась низькою. Кількість хрипів під час аускультації легенів на тлі лікування зменшилась через 5-7 діб від початку лікування, та на 10 добу спостереження у 4 дітей зберігались різнокаліберні вологі хрипи.

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність та ефективність застосування у складі медикаментозної терапії гострого бронхіту у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом комбінованого препарату Пульмолор® (MoviHealth, Швейцарія) для більш швидкого зменшення основних клінічних проявів захворювання (кашлю, виділення мокротиння), що, у свою чергу, сприятиме зменшенню вираженості та проявів можливих алергічних реакцій, що призводять до порушень бронхіальної прохідності при гострих бронхітах.

ЕФЕКТИ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.

Табаченко Олена Сергіївна
Ступінь - аспірант
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. П.Г. Кравчун

Науковий керівник - проф. П.Г. Кравчун

Актуальність. Коморбідність артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу часто асоціюється з присутністю інших компонентів кластера метаболічних порушень - дисліпідемії та центрального ожиріння, що обумовлює зростання випадків ускладненого перебігу даної патології, зниження тривалості життя хворих. У зв´язку з широким розповсюдженням АГ у хворих на ЦД 2 типу викликає інтерес дослідників вивчення нових маркерів, відповідальних за зростання рівня артеріального тиску в умовах інсулінорезистентності.
Мета. Проаналізувати ефекти апеліну-12 та обестатину у хворих з цукровим діабетом 2 типу на артеріальний тиск залежно від ступеня тяжкості артеріальної гіпертензії.
Матеріали та методи. У дослідженні було обстежено 75 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу (середній вік 60,03±1,17). У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Хворі були розподілені згідно ступеня тяжкості АГ. Верифікацію ЦД 2-го типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України.
Результати. Наявність поєднаного перебігу артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу асоціюється з гіперапелінемією і депресією обестатину порівняно зі здоровими особами контрольної групи. Невідповідність рівнів апеліну-12 і обестатину активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи супроводжується зростанням артеріального тиску більше 180/100 мм рт. ст. у хворих з цукровим діабетом 2 типу.
Висновки. Таким чином, у хворих з АГ у поєднанні з ЦД 2 типу наявні синергічні спроби апеліну-12 та обестатину до нормалізації рівнів АТ, проте концентрації даних маркерів є неадекватними щодо існуючих потреб.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ СТРАВОХОДУ БАРРЕТТА

Терещенко Тетяна Вілоріївна
Ступінь - аспірант
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра патологічної анатомії №1
Завідувач кафедри - проф. Л.М. Захарцева
Науковий керівник - проф. О.Г. Курик

Актуальність. Стравохід Барретта (СБ) визначається як ускладнення гастроезофагеальноїрефлюксної хвороби, що проявляється метаплазієюепітелія стравоходу у відповідь на дію хімічно агресивного шлункового або дуоденального рефлюктату. Метапластичні зміни епітелія стравоходу – це заміщення багатошарового плаского епітелію циліндричним стовпчастим епітелієм, який є морфологічною основою стравоходу СБ. СБ вважається потенційно передраковим захворюванням, з багатоетапною неопластичною прогресією і через певний час може призвести до аденокарциноми стравоходу. Сучасні ендоскопічні дослідження дозволяють діагностувати метаплазію, а також виявити безструктурні ділянки епітелію, що вказує на наявність дисплазії або пухлинного процесу. Разом з тим, діагноз СБ встановлюється лише за умов морфологічного підтвердження.
Мета. Визначення ефективності ендоскопічної діагностики СБ у відповідності з морфологічним підтвердженням метаплазії епітелію стравоходу.
Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз випадків діагностики СБ за даними протоколів ендоскопічних досліджень і патогістологічних висновків за 2011-2016 роки на базі Центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України, м. Київ. ЕГДС з біопсією проводилась апаратом Olympus EVIS EXERA II.
Результати. СБ був діагностований у 241 (4,2%) випадку з 5686 (100%) ЕГДС з біопсією ; відношення шансів - 95% (241/5686), довірчий інтервал - 3,7-4,7%. При використанні відеоезофагогастроскопії з функцією покращеної візуалізації та цифровою хромоскопією спостерігали п'ять підтипів ендоскопічної картини слизової оболонки нижньої третини стравоходу при СБ: 1) круглі ямки, регулярна мікроваскуляризація; 2) овальні ямки. регулярна мікроваскуляризація; 3) ворсинчасті/ зморшкуваті (мозкоподібні) ямки, регулярна мікроваскуляризація; 4) відсутність ямок, регулярна мікроваскуляризація; 5) зруйновані ямки, нерегулярна мікроваскуляризація. 1 тип відповідає фундальному типу епітелію при гістологічному дослідженні, 2-кардіальному, 3-спеціалізованій кишковій метаплазії, 4 та 5 типи відповідають дисплазії епітелію дистальної частини стравоходу. Гістологічнокардіальнаметаплазія була виявлена у 42 (33,6 %) пацієнтів; фундальна - в 58 (46,4 %) випадків; спеціалізована кишкова метаплазія у 25 (20,0 %) пацієнтів. В 44 (18,3 %) випадках виявлено дисплазію епітелію (відношення шансів 95% (44/241); довірчий інтервал 13,4-23,2%). Випадків аденокарциноми стравоходу не спостерігалось.
Висновки. 1) Основним методом діагностики СБ є ендоскопічне

дослідження із прицільною біопсією, а основним об'єктивним критерієм верифікації СБ за типом метапластичного епітелію є морфологічне дослідження. 2) СБ діагностований у 4,7% скринінгової ЕФГДС , що співпадає з частотою виявлення СБ в популяції (2-7%). 3) Визначається високий відсоток дисплазії епітелію у СБ (18,3%), що підтверджує потенційний ризик його малігнізації.

THE ROLE OF ADIPOCINES IN THE PATHOGENESIS OF HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Al-Trawneh Olena Volodymirivna
Ступінь - аспірант
Kharkiv National Medical University
Department of Clinical Pharmacology
Head of department – L.R. Bobronnikova
Scientiffic advisor – L.R. Bobronnikova

Actuality. Arterialhypertension (AH) with concomitant diabetes mellitus 2 type (DM2) have the common pathogenetic mechanisms and they are the components of the metabolic syndrome. Determination of the mechanisms of development of DM2 in patients with AH remains one of the topical problems of modern medicine, as the comorbidity of these pathologies which potentiates the risk of cardio vascular accidents.
Objective. The aim was to improve the diagnosis of comorbid pathology of AH and DM2 basedon the study of theomentin influence.
Matherials and methods. The study involved 56 patients with stage II and 2nd degree of AH. The average age of the patients was 52.3 ± 5.6 years. The patients were divided into groups: 1st group (n = 29) with AH and DM2; group 2 (n = 27), patients with AH without DM2. The control group (n = 20) were comparable in age and sex. The fasting blood glucose (FBG), insulin levels and glycosylated hemoglobin (HbA1c) were determined. Insulin resistance assessed by HOMA model. The study of lipid metabolism: total cholesterol (TC) in blood serum, low-densitylipoprotein (LDL), high-densitylipoprotein (HDL), triglyceride (TG) were determined by using enzyme immunoassay. The content of C – reactive protein (CRP), omentin was examined by using enzyme immunoassay.
Results. In blood serum contents of omentin in patients with AH and DM2 was significantly less than inpatients with AH and lower than that of the control group ($p < 0.05$). There was a negative correlation relationship between the plasmacontent omentin and indicators systolic blood pressure ($r = -0,62$; $p < 0,05$), diastolicbloodpressure ($r = -0,64$; $p < 0,001$), left ventricular hypertrophy ($r = -0,58$; $p < 0.05$), BMI ($r = -0,44$; $p < 0,05$), TG (r

= -0,48; p <0,001), CRP (r = -0.42; p < 0,001), TNF - α (r = -0,48; p <0,001) and the degree of severity of IMC CCA (r = -0,46; p <0,05). The positive correlation relationship between the level and content of omentin HDL cholesterol (r = 0,48; p <0,001). Positive correlation relationship between the level of omentin and content of HDL cholesterol (r = 0,48; p<0,001). Aninverse relationship between the level of omentin and glucose (r=-0,46; p<0,05), HOMA-IR (r = -0,52; p<0,001).

Conclusion. It was proved that changes in the level of omentin closely associated with impaired carbohydrate and lipid metabolism in patients with AH and DM2 that contributes to atherosclerotic vascularlesions and greatly increases the risk of cardiovascular complications in these patients.

PLASTIC OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT

Kastsiukovich S.V.
Gorgadze D.L.
Ступінь - здобувач
Grodno State Medical University
Department of Traumatology and Orthopedics
Head of department – Assoc. Prof. V.V. Lashkovckiy
Scientiffic advisor- Assoc. Prof. V.S. Anosov

Actuality. Sprains and damage of the anterior cruciate ligament (ACL) is a very common injury. In cases of rupture anterior-internal tibia instability is detected, which reduces the support ability of the entire lower extremity and leads to instability of the joint, violation of the coordinated load.

Objective. Aim is the study of the efficiency of the application the arthroscopic plastic by autografts damaged ACL knee, allowing to achieve the stabilization of the knee joint.

Matherials and methods. Materials of the study were the results of treatment of 30 patients with ACL injury who had surgery in the trauma ward №1 «Grodno City Emergency Clinical Hospital» from 2014 to 2016. Among all surveyed on gender quantitatively dominated by men – 26 (86,7%), women – 4 (13,3%) aged from 20 to 69 years.

Results. ACL plastic in 24 (80,0%) patients was made by patellar tendon graft with autologous fragments transplantation of cortical area of the patella and the tibial tuberosity, in 1 (3,3%) person above-mentioned surgery combined with internal lateral ligament plastic by gracilis muscle tendon. In these surgical interventions proximal fixation was carried by the "press-fit" of the autologous bone fragment in the femoral canal, the distal fixation – by interferential titanium screws.

ACL plastic in 2 (6,7%) patients was made by semitendinosus tendons and

gracilis muscles, in 3 (10,0%) patients with partial ACL damage – by semitendinosus muscle tendon. In these surgical interventions a proximal and distal fixation were carried by interferential titanium screws. Thus, autologous bone fragment fixation in the femoral canal by "press-fit" was performed in 25 (83,3%) patients, by interference screws - in 5 (16,7%) patients. Locking in tibial channel was made by interference screws in 30 (100,0%) operated.

The necessary stabilization of the knee joint was achieved in all patients after surgery.

Висновки. Arthroscopic ACL autografts plastic by the patellar tendon with bone blocks, as well as by hamstring is a highly effective surgery, allowing to achieve the stabilization of the knee joint and improve functional activity in patients.

СТУДЕНСЬКІ СЕКЦІЇ

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН №1

Лекційна аудиторія кафедри нормальної анатомії
Четрвер, 27.04.2017р. 14.00

Наукова рада – проф. З. З. Масна, проф. О. Д. Луцик, проф. Л. Р. Матешук - Вацеба, проф. О. П. Єлісєєва, доц. У. М. Галюк, доц. О. В. Наконечна, доц. М. Є. Червінська, доц. О. Р. Джура, доц. І. В. Челпанова, доц. О.М. Мота, ас. Ю. І. Сушко, ас. У.Є. Підвальна, ас. М. Г. Орел, ас. Р. Р. Согуйко, ас. Х. І. Павлів

Головуючі – Панченко Світлана, Чалий Іван – Володимир

АРХІЄПИСКОП ЛУКА – ЛІКАР ДУШІ ТА ТІЛА

Шикула Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна
Науковий керівник - ас. Р. Р. Согуйко

Актуальність. Цього року виповнюється 140 років з дня народження одного з наших співвітчизників - хірурга, доктора медицини, архієпископа Луки.
Мета. Ознайомлення з життям та науковими доробками хірурга та єпископа Валентина Войно-Ясенецького.
Матеріали та методи. Проаналізовано матеріали наукового та публіцистичного характеру. Використано методи: бібліографічний, аналітичний, метод історичного аналізу.
Результати. 27 квітня 1877 року в сім'ї Фелікса та Марії Войно-Ясенецьких, які жили в Керчі, народився син Валентин. 1889 року сім'я переїхала до Києва, де син навчався в художній школі та гімназії. У 1898 році Валентин вступає на медичний факультет Київського університету, який настільки успішно закінчив, що всі йому пророчили тільки шлях ученого. Під час російсько-японської війни працював хірургом у військовому госпіталі в Читі. Протягом 13 років Войно-Ясенецький працював земським лікарем. Його робочий день починався о 9-й годині ранку і закінчувався о 1-й годині ночі. Число відвідувань на рік становило 30–35 тис., число операцій — 700–1100.

Переїхавши до Москви, переймав досвід у відомого професора хірургії та топографічної анатомії П.І. Дяконова. У 1916 році захистив докторську дисертацію «Про регіонарну анестезію другої гілки трійчастого нерва».
У квітні 1917 року хвороба дружини змусила Войно-Ясенецького прийняти пропозицію переїхати до Ташкенту, де він обіймав посаду хірурга та головного лікаря міської лікарні.Через два роки дружина помирає від туберкульозу легень, залишивши на руках чоловіка чотирьох дітей. Ця трагедія приводить його до філософських роздумів про смисл життя. Войно-Ясенецький став часто відві¬дувати церкву. У 1921 році він прийняв сан священослужителя.
У травні 1923 єпископ Уфимський Андрій, перебуваючи у засланні, здійснив його таємний постриг з іменем Лука. 31 травня 1923 ієромонах Лука був висвячений на єпископа Ташкентського і Туркестанського. У цьому ж році він був заарештований, і почалися багаторічні заслання. Будучи на засланні, єпископ не залишав свого лікарського обов'язку, поєднуючи пастирську та медичну діяльність, спасаючи душі й тіла людей.
У 1934 р. вийшла у світ монографія Войно-Ясенецького «Нариси гнійної хірургії», яка здобула світову популярність.
У середині 1942 р. термін заслання закінчився, а восени він був зведений у сан архієпископа.
У 1945-1947 рр. святитель пише відому богословську працю «Дух, душа, тіло». У 1946 р. архієпископ Лука став главою Кримської єпархії, продовжуючи свою лікарську та педагогічну діяльність.
Відійшов святитель-сповідник до Господа 11 червня 1961року.
Висновки. Валентин Войно-Ясенецький – неординарна постать у історії медицини, в якій поєдналась видатний хірург, науковець та архієпископ.

КІСТА ВЕРГЕ ЯК ВАРІАНТ НОРМАЛЬНОЇ АНАТОМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Панченко Світлана
Грицак Христина
Уляновська Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л. Р. Матешук - Вацеба
Науковий керівник - доц. У. М. Галюк, ас. Ю. І.Сушко

Актуальність. На сьогодні накопичено достатньо даних про аномалії розвитку головного мозку. Деякі з них перебігають безсимптомно, як кіста Верге, або кіста прозорої перегородки.Часто після проходження магнітно-резонансної томографії можна почути термін «кіста прозорої перегородки мозку» Цей діагноз не є рідкістю. Приблизно у 25% пацієнтів, які провели МРТ, можна побачити аналогічний запис в результатах обстеження. Кіста прозорої перегородки головного мозку - це не патологія. У більшості випадків кіста - варіант нормальної анатомії головного мозку, яке не є істотним ризиком для пацієнта. Але в залежності від розмірів і локалізації вона може викликати такі симптоми, як головний біль, відчуття здавлювання голови, шум у вухах, втрату і інші симптоми слуху, тому це є актуальним питанням у медицині

Мета : Дослідити анатомічні особливості кісти прозорої перегородки мозку.

Матеріали та методи. Нами ретроспективно опрацьовано 62 протоколи МРТ досліджень голови, які були зроблені на базі Львівського обласного діагностичного центру у 2015-2016 роках. Обстеження були проведені на обладнанні фірми ToshibaMedicalSystem, томограф ExcelartVantage, напруженість магнітного поля 1,5 Т.

Результати. З 62 протоколів МРТ обстежень ділянки голови нами було відібрано 22 досліження осіб молодого віку з кістою прозорої перегородки. Середній вік пацієнтів 44 роки. З них 15 чоловіків і 7 жінок. Середній вік жінок склав – 36,1 років, а чоловіків – 49,4 років. Після проведення аналізу МРТ голови з'ясовано, що кіста Верге частіше зустрічається у чоловіків. Локалізація кісти Верге у задніх відділах прозорої перегородки зустрічається у 54,4% обстежуваних, у передніх віддалах така аномалія зустрічається у 9%. У 27,3% зустрічається варіант кісти прозорої перегородки з локалізацією одночасно у передньому і задньому відділі, у 9,3% спостерігається кіста яка повністю розщеплює перегородку. Середній розмір кісти – 6,7 мм. Кіста, що досягає 1см і більше зустрічається у 13,6 %, що має важливе діагностичне значення.

Висновки. Отримані результати свідчать, що кіста Верге зустрічається у чоловіків у 2 рази частіше. У більшості випадків кіста прозорої перегородки локалізується у задньому відділі(54,4%), рідше ми її спостерігаємо у передньому відділі(9%). Повне розщеплення прозорої переговордки також є рідкісною знахідкою на МРТ(9,3%). Частіше розміри кісти Верге є меншими 1 см і кіста не спричиняє жодних симптомів, тому зазвичай ми спостерігаємо її як випадкову знахідку під

час МРТ дослідження. Коли кіста є більше 1 см, тоді пацієнти часто звертаються до лікаря з неврологічними скаргами.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ВИКРИВЛЕНЬ У ШИЙНОМУ ТА ГРУДНОМУ ВІДДІЛАХ ХРЕБТА СЕРЕД ОСІБ ВІКОМ 20 – 25 РОКІВ

Василів Марта-Анастасія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна.
Науковий керівник - проф. З. З. Масна

Актуальність. Функція внутрішніх органів значною мірою залежить від стану хребта. Патології хребетного стовпа не тільки псують поставу і зовнішній вигляд але і викликають розвиток порушень серцевосудинної, дихальної, травної систем та порушення кровопостачання головного мозку. Саме тому виявлення причин формування патологічних вигинів хребта, розробка методів їх ранньої діагностики та корекції на сьогодні є актуальними.
Мета. Встановити частоту патологічних вигинів шийного і грудного відділів хребта серед осіб віком 20-25 років та їх класифікація.
Матеріали та методи. Аналіз рентгенівських знімків проводився на базі поліклініки СБУ. Знімки виконувалися на рентген діагностичному апараті «ANIKO». Пацієнтам було проведено анкетування.
Результати. Серед 50 обстежених віком 20-25 років(25 чоловіків і 25 жінок) частота патологічних вигинів у шийному і грудному відділах хребта склала 68 % (серед чоловіків 76%, серед жінок 60 %). Сколіоз I ступеню був діагностований у 29 осіб (16 чоловіків, 13 жінок). Сколіоз II ступеню був діагностований у 4 осіб (2 чоловіків, 2 жінок). Сколіоз III ступеню був діагностований у 1 особи чоловічої статі. Зовнішні клінічні ознаки сколіотичного порушення постави були наявні у 15 осіб (8 чоловіків (з 19 діагностованих випадків порушення постави), 7 жінок(з 15 випадків діагностованих випадків порушення постави))
Висновки. Серед досліджуваних 50 осіб, серед яких рентгенологічно були виявлені патологічні викривлення в шийному та грудному відділах хреба у 34 осіб, лише у 15 осіб було зафіксовано зовнішні ознаки сколіозу. Рентгенографія є методом, що дозволяє виявити патологічні викривлення хребта ще до виникнення клінічних проявів даної патології.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПА ЛЮДИНИ

Ковальчук Іван
Степчук Роксолана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л. Р. Матещук - Вацеба
Науковий керівник - доц. О. А. Ковалишин

Актуальність. Вивчення статевого диморфізму черепа є актуальним одразу у декількох галузях науки. У анатомії - це можливість визначити стать людини (за допомогою дослідження краніометрії черепа), у фізіології та ендокринології - прослідкувати вплив гормонів на статеві ознаки.

Мета. Дослідити явище статевого диморфізму.

Матеріали та методи. Проведено дослідження черепа 100 осіб чоловічої статі та 100 осіб жіночої статі віком від 17 до 20 років. Застосовувався метод краніометрії (визначався мозковий індекс (визначається співвідношенням поперечного діаметра черепа до поздовжнього * 100%) та лицевий (відношення морфологічної висоти лиця до максимальної ширини лиця * 100%)) та метод пальпації.

Результати. В ході дослідження було встановлено, що серед жінок відсоток брахікефалів становить 20%, мезокефалів - 70%, доліхокефалів - 10%. Серед чоловіків відсоток брахікефалів становить 5%, мезокефалів - 65%, доліхокефалів - 30%. Це було встановлено на основі виміру мозкового індексу. Було вирахувано лицевий індекс. На основі розміру лицевого індекс була проведена класифікація осіб на гіпереуріпрозопний тип, еуріпрозопний тип, лептопрозопний тип та гіперлептопрозопний тип. 20% відсотків жінок ми віднесли до гіпереуріпрозопного типу, 50% -еуріпрозопного, 30% - лептопрозопного та 10% до гіперлептопрозопного. Серед чоловіків: 5% - гіпереуріпрозпний тип, 35% - еуріпрозопний, 45% - лептопрозопний, 15% - гіперлептопрозопний. Середнє значення лицевого індексу у чоловіків становить 91%, а у жінок 85%. Мозковий індекс у чоловіків - 80%, а у жінок - 77%. В ході дослідження ми пальпаторно дослідили, що зовнішній потиличний виступ, надбрівні дуги і надпереніссяя більше розвинені на чоловічих черепах, а лобові і тім'яні горби - на жіночих. Соскоподібні відростки на чоловічих черепах більші, ніж на жіночих. Нижня щелепа у чоловіка більша і з чітко вираженою горбистістю в ділянках кутів і нижнього краю внутрішньої поверхні підборіддя за

рахунок прикріплення крилоподібних, жувальних і двочеревцевих м'язів.
Висновки. 1. Отримані дані свідчать, що серед осіб чоловічої та жіночої статі переважають мезокефали. Друге місце серед жінок посідають брахікефали, а серед чоловіків доліхокефали.2. Слід також зазначити, що серед жінок більш поширений еуріпрозопний тип, а серед чоловіків - лептопрозопний тип.3. Методом пальпації було встановлено, що потиличний виступ, надбрівні дуги і надпереніссяя більше розвинені на чоловічих черепах, а лобові і тім'яні горби - на жіночих.

РОЛЬ АУТОФАГІЇ В РЕГУЛЯЦІЇ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ: СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ

Курус Юлія
Дудок Діана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Завідувач кафедри - проф. О. Д. Луцик
Науковий керівник - проф.О. П. Єлісєєва

Актуальність. Сучасна медицина все частіше залучає результати фундаментальних досліджень для визначення патогенезу та етіології захворювань і знаходження більш ефективних способів лікування. Як відомо, в основі патологічних змін організму лежать порушення регуляції життєвого циклу клітин, найважчим з яких є некроз. На противагу, регенерація клітини в значній мірі залежить від самооновлення окисно пошкоджених структур, що супроводжується активацією аутофагії чи апоптозу. За сучасними даними, порушення інтенсивності та певного балансу між апоптозом і некрозом спричиняють ряд нейгодегенеративних, онкологічних, ішемічних, атеросклеротичних захворювань, діабет та інші хронічні патології.
Мета. Вияснити ключові механізми аутофагії та певні зв'язки з процесами апоптозу чи некрозу з метою ефективнішого застосування цих даних у подальшій науковій і клінічній практиці.
Матеріали та методи. Проведено науково-дослідний та порівняльно-описовий аналіз численних на сьогодні електронних та друкованих джерел наукової медичної літератури та інформації з мережі Інтернет.
Результати. Аналіз літературних джерел показав, що для процесу аутофагії притаманні різні ступені активності. Помірна аутофагія сприяє репарації та самооновленню клітин, середній ступінь найбільш

тісно пов'язаний з апоптозом, тоді як надмірна активність – з некрозом. Вважається, що аутофагія виникає як реакція у відповідь на окисне пошкодження функціональних структур клітин, особливо ліпідного матриксу мембран. В процесі вільнорадикального окиснення мембранних вищих жирних кислот формуються продукти як для енергетичного обміну, так і регуляторні субстанції, які розгортають каскад прозапальних та антизапальних білкових факторів. Згодом співвідношення між даними факторами детермінує інтенсивність аутофагії, апоптозу та некрозу. На сьогодні ряд науковців стверджує, що різна активність аутофагії залежить від глибини окисного стресу та гіпоксії клітин. Таким чином, ефективна корекція окисного стресу здатна підтримати найбільш оптимальний рівень активності аутофагії для її ефективної репарації і покращення саморегуляції клітин.
Висновки. Подальші дослідження механізмів індукції та проявів різної активності аутофагії сприятимуть науковому прогресу для підвищення резистентності до окисного стресу, а, отже, ефективнішому лікуванню та подовженню активного довголіття.

ЕМБРІОНАЛЬНА ЛАТЕРАЛЬНА ПІДШКІРНА ВЕНА СТЕГНА (ВЕНА СЕРВЕЛЯ)

Соляник Дар'я
Зубко Ірина
ЛНМУ ім. Данила Галицького
Оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна
Науковий керівник - ас. М. Г.Орел

Актуальність. Ембріональна латеральна підшкірна вена стегна є основним венозним колектором нижніх кінцівок на 38-39-ту добу внутрішньоутробного розвитку. В нормі редукується вона до 50-ої доби антенатального періоду. Але в ряді випадків вена Сервеля продовжує функціонувати і після народження. За даними літератури, у країнах Європи та США наявність даної вени часто пов’язують з синдромами Кліпеля-Треноне і Паркса-Вебера, а також з персистуючою сідничною веною.
Мета. Визначити частоту зустріваності ембріональної латеральної підшкірної вени стегна у пацієнтів з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок та варіанти її розташування.
Матеріали та методи. Протоколи дуплексного сканування вен нижніх кінцівок. Обстеження проводилося з використанням ультразвукової системи «Toshiba Powervision-6000» з датчиками змінної частоти:

лінійним (5,0–12,0 МГц) для обстеження поверхневих вен нижніх кінцівок та конвексним (2,5–4,0 МГц) для обстеження глибоких вен нижніх кінцівок, тазу та нижньої порожнистої вени.
Результати. Було проведено аналіз протоколів обстеження вен нижніх кінцівок у 726-ти пацієнтів. Підчас дослідження виявлено, що функціонуюча ембріональна латеральна підшкірна вена стегна була наявна у 49-ти пацієнтів (6,7%). Серед них чоловіків – 3 (6,1%), жінок – 46 (93,9%). У всіх пацієнтів дана вена була варикозно змінена. Ізольовано варикозне розширення вени Сервеля спостерігалося лише у 4,08%; у 95,92% – воно поєднувалося з ураженням вен інших басейнів. А саме: великої підшкірної вени і вени Сервеля – у 40,8%; малої підшкірної вени і вени Сервеля – у 10,2% випадків; малої підшкірної, великої підшкірної і вени Сервеля – у 34,7% випадків; великої підшкірної, латеральної комунікантної вени і вени Сервеля – у 2%, великої підшкірної, малої підшкірної, латеральної комунікантної і вени Сервеля – у 4% випадків. У двох пацієнтів була наявна вена Джіакоміні. В ході аналізу було встановлено, що вена Сервеля розташовувалася по латеральній поверхні гомілки та стегна і на рівні верхньої третини стегна впадала м'язовим перфорантом у глибокі вени. На гомілці дана вена мала зв'язок через пронизні вени з м'язовими колекторами, а також було відмічено сполучення з басейнами малої підшкірної, великої підшкірної, латеральної та медіальної комунікантних вен.
Висновки. Знання анатомії вени Сервеля є необхідним для визначення тактики оперативного втручання. Метод Дуплексного сканування є достатньо точним та високоспецифічним, не має протипоказів до проведення та може бути використаним для виявленя анатомічних особливостей будови вен нижніх кінцівок.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГЕНЕВИХ БУЛ, ЇХ РОЛЬ У ВИНЕКНЕННІ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ

Грицак Христина
Панченко Світлана
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л.Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник - ас. Ю. І.Сушко

Актуальність. Нерідко в медичній практиці зустрічається такий патологічний стан, як спонтанний пневмоторакс. Виникає він внаслідок попадання в плевральну порожнину повітря. Однією з причин виникнення спонтанного пневмотораксу може бути розрив

булли (повітряної порожнини в паренхімі легені), які можуть розірватися в будь-який момент. Спонтанний пневмоторакс внаслідок розриву булли може виникнути в результаті зміни тиску повітря чи підводного плавання, або навіть під час прослуховування гучної музики. Легеневі везикули або булли - невеликі тонкостінні повітряні мішки, що містять порожнину розміром 1-20 см в діаметрі, більшість з них були 2-8 см в діаметрі . Булли можуть займати більше однієї третини ураженої половини грудної клітки в розташуванні переважає в субплевральна ділянка . Рентгенологічно виявляються, найчастіше, тонкостінні порожнини, неправильної овальної форми, частіше множинні, розташовані в периферичних відділах першого сегменту. Стінки булл чіткі, рівні, рівномірної товщини.Вроджені булли формуються при дефіциті інгібітора еластази - α1-антитрипсину, наслідком чого є ферментативне руйнування легеневої тканини. Первинний спонтанний пневмоторакс виявляють без видимої причини у пацієнтів без будь-яких клінічних ознак легеневого захворювання. Безпосередньою причиною появи пневмотораксу є розрив субплеврально розташованих бул (Николадзе Г.Д., 1987; СмолярВ.А., 1987; Кабанов А.Н. и со- авт., 1990; LightR.W., 1994).

Мета. На підставі аналізу історій хвороб виявити морфологічні особливості легеневих булл з наступною оцінкою виникнення спонтанного пневмотораксу.

Матеріали та методи. Нами було ретроспективно опрацьовано 127 історій хвороб відділення торакальної хірургії Військово-Медичного Клінічного Центру Західного Регіону у 2014-2016 роках.

Результати. В результаті проведених досліджень було відібрано 19 історій хвороб пацієнтів із вродженими булами. Серед них 12 чоловіків та 7 жінок. Середній вік жінок склав 37,7 років , чоловіків-38,9 років. З них 4 чоловіків і 2 жінок потрапили у торакальне відділення з приводу гострого спонтанного пневмотораксу. У 13 пацієнтів були виявлені випадково під час обстежень.Середній розмір бул склав 9 см (діапазон від 3 до 20 см). Наявність бул у лівій верхній частці складає 43%, у правій середній частці 32%,ураження правої верхньої частки зустрічається у 20% випадках, двобічне ураження виявлено у 20% пацієнтів.

Висновки. Вроджені легеневі були частіше зустрічаються у чоловіків (63,15%) ніж у жінок (36,85%). Найчастіше були розташовуються у лівій верхній частці (43%). З 19 випадків вроджених бул, лише 6 з них призвели до виникнення спонтанного пневмотораксу, що складає 31,5% усіх випадків.

ДИСФУНКЦІЯ МІТОХОНДРІЙ І РАК: ПОВ'ЯЗАНІ МЕХАНІЗМИ

Дудко Ксенія
Шинкаренко Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Завідувач кафедри - проф. О. Д. Луцик
Науковий керівник - проф. О. П. Єлісєєва

Актуальність. Розвиток раку різної етіології спричинений мутаціями на рівні ДНК, які можуть бути закладенні як на генетичному рівні, так і індуковані несприятливими факторами ендогенного та екзогенного генезу. Пошкодження, спричинені екстремумами, є основою для виникнення хронічних захворювань, асоційованих з окисним стресом (неврологічні, діабетичні, онкологічні тощо). Відомо, що в основі цих механізмів лежить порушення енергетичної функції мітохондрій та спряження між катаболічною й анаболічною фазами аеробного обміну. Однак, на сьогодні залишається багато невирішених питань стосовно цих порушень, особливо за умов злоякісного росту.
Мета. Аналіз та виявлення механізмів дисфункції мітохондрій під час канцерогенезу, пов'язаних з надмірною активацією вільно радикального окиснення (ВРО) та хронічною персистенцією окисного стресу.
Матеріали та методи. Використано літературний пошук та обробка інформації, представленої в наукових журналах та інтернет-ресурсах.
Результати. На сьогодні встановлено, що пухлина є гетерогенною популяцією, обумовленою генними модифікаціями та “метаболічним перепрограмуванням”, яке базується на ефекті Варбурга (OttoWarburg. 1956). Він полягає у здатності пухлинних клітин переключати домінування анаеробної фази обміну над аеробною в умовах поглинання значної кількості кисню мітохондріями (“аеробний” гліколіз). Залишається дискусійним, чому подібний механізм для ракових клітин є оптимальним, незважаючи на наявність достатньої кількості кисню. Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що пухлинні клітини здатні “перепрограмовувати” метаболізм клітин у напрямку пригнічення кисень-залежного обміну та надмірної активації ВРО макромолекул. На рівні мітохондрій гіперактивація сукцинат-оксидазного комплексу, значний “витік” електронів з дихального ланцюга спричинює гіперпродукцію активних форм кисню (АФК), що поглиблює ВРО і, як наслідок, накопичення продуктів окисної деструкції. На нашу думку, споживання недоокиснених продуктів клітинами пухлини є резервом для неконтрольованого росту. Ми припускаємо, що енергія ВРО може сприяти мітозу і проліферації

пухлинних клітин. Більше того, на пізніх стадіях канцерогенезу спостерігається суттєве пригнічення функцій мітохондрій, прогресування мітоптозу, повернення до “класичного” гліколізу (“reverseWarburgeffect”) та значний зсув вправо у балансі апоптоз/некроз.

Висновки. Отже, подальше дослідження мітохондріальних процесів при канцерогенезі необхідне для глибшого розумінню, що полегшить розробку нових терапевтичних стратегій. В найближчому майбутньому можуть бути впроваджені препарати, які сприятимуть домінуванню аеробного метаболізму та поверненню до нормального функціонування клітини. Не виключено, цього можна досягти застосовуючи активатори аеробного обміну (мають прооксидантного механізм впливу, але антиоксидантний ефект) в ад'ювантній терапії новоутворів.

РИНОПЛАСТИКА. МОРФОМЕТРИЧНЕ ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Юрчак Маріанна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна
Науковий керівник - проф. З. З. Масна

Актуальність. Прагнення людини у сучасному світі до гармонії зовнішнього вигляду зумовлює велику кількість пацієнтів, що бажають змінити, вдосконаливши при цьому, форму носа. І саме тому ринопластика є однією з найбільш розповсюджених видів естетичних операцій. Оскільки ніс у косметичному плані є найбільш помітною та центральною частиною обличчя, то і незначні порушення його форми та розмірів змінюватимуть образ в цілому. Тому незважаючи на удосконалення техніки проведених операцій, відсоток невдалих не зменшується. Такі результати спричинені різними чинниками – технічними помилками хірургів; ускладненнями, що виникли в процесі операції (за даними літератури їх частка становить 4-19%); недотриманням рекомендацій хірурга пацієнтом. Тому хірургу необхідно вміти передбачити результати втручання, обговорити можливі ризики та співставити бажання пацієнта з реальною картиною.

Мета. Метою роботи є аналіз лінійних розмірів та кутових показників обличчя, що використовуються для розрахунку розмірів носа при ринопластиці та визначення відповідності отриманого результату очікуваному.

Матеріали та методи. 1)ретроспективний аналіз джерел наукової літератури;
2) розрахунки, які базувались на власних спостереженнях та огляді 35 осіб.
Результати. Згідно до результатів проведених спостережень перш за все можна визначити основні пункти при роботі з пацієнтом: налагодження контакту; аналіз психологічного типу пацієнта; збір анамнезу; детальне обговорення всіх можливих варіантів та ризиків під час проведення операції; розробка параметрів зміненого носа; створення комп'ютерної моделі. Ключем до формування нового образу є розрахунок нових розмірів носа та обличчя, тому лікар повинен вміти це робити швидко та якісно, адже від цього залежатиме результат операції. Для полегшення цього процесу існують параметри "ідеального" носа. Проте не варто забувати, що вказані величини є досить відносними і не для всіх оптимальними, враховуючи расові, вікові, статеві, конституційні відмінності. Згідно статистичних даних близько 38,36% пацієнтів бажають "вкоротити" свій ніс, тому спершу варто розпочинати розрахунки з довжини носа, яка за H.S. Byrd становить 0,67(2/3) висоти середньої частини обличчя(від перенісся до лінії основи крил носа). Лінія від кінчика носа до крил складає 2/3 всієї довжини носа, а від лінії повік та надперенісся – 1/3.Ця система розрахунку має хороше практичне застосування при незбалансованості рис обличчя. Також сюди можна включити і обрахунок ширини назіона, який в ідеалі має мати від 10 до 14 мм(залежно від статі, типу обличчя та його розмірів). Окрім довжин, які вимірюються, введено також поняття кутів обличчя. Перший кут – носо-лобний для чоловіків і для жінок складає 33˚. Наступний – носо-верхньогубний, для жінок - 105˚, а для чоловіків – 95˚. Носо-лицевий кут становить 35˚, а кут розташування кінчика носа – 100˚(чоловіки) і 105˚(жінки).
Висновки. На підставі даних стандартних обчислень, які були застосовані до пересічних осіб (студентів ЛНМУ та осіб, які звертались до оториноларинголога), можна стверджувати, що ці параметри є відносно неточними та не завжди співпадають з цілісним сприйняттям образу (приблизно 53%). Також необхідно враховувати фізіологічну незначну асиметрію обличчя, що дозволяє варіювати з кількісними параметрами, які переносять в комп'ютер для відтворення з використанням спеціальних програм "ідеального" носа.

АНАТОМІЯ КРОВОНОСНОГО РУСЛА ФІБРОЗНОЇ ОБОЛОНКИ ЩУРА В НОРМІ ТА ЗА УМОВ ВПЛИВУ НАЛБУФІНУ

Ковтун Яна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л.Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник - проф. Л.Р. Матешук-Вацеба, ас. У.Є. Підвальна

Актуальність. Вивчення впливу опіоїдів на організм зумовлена широким використанням наркотичних анальгетиків у медичній практиці як згідно показів, так і безконтрольним їхнім застосуванням, а також значним зростанням кількості пацієнтів із захворюваннями наркологічного профілю.
Мета. Встановити особливості структурної організації кровоносного русла фіброзної оболонки очного яблука білого щура в нормі та вивчити перебудову ланок гемомікроциркуляторного русла за умов впливу налбуфіну.
Матеріали та методи. Експеримент виконано на 8 статевозрілих щурах-самцях
(5 експериментальних та 3 контрольних), масою 160-180 г, віком 3 місяці. Матеріал для дослідження представлений препаратами очей щурів із ін'єкованим судинним руслом. Застосовано комплекс морфологічних методів дослідження (ін'єкція судинного русла, просвітлення оболонок очного яблука білого щура, фотографування під мікроскопом МБИ–1; морфометрія ланок кровоносного русла), статистичного опрацювання результатів дослідження та моделювання тривалого впливу налбуфіну на організм експериментальної тварини.
Результати. Фіброзна оболонка очного яблука щура складається з рогівки та склери. Рогівка є безсудинною структурою та отримує живлення шляхом дифузії з крайової петлястої сітки рогівки, утвореної біля лімба гілками передніх війкових артерій, що є гілками м'язових артерій. Передні війкові артерії, діаметром 50-70 мкм, підходять до лімба рогівки в товщі м'язів ока, в ділянці лімба рогівки змінюють напрямок, розташовуючись паралельно до лімба, анастомозують з гілками кон'юнктивальних та епісклеральних артерій. Крайова петляста сітка рогівки – це численні капілярні та артеріоло-венулярні петлі вздовж краю аваскулярної рогівки. Венули закінчуються у венозному сплетенні лімба, що містить численні венуло-венулярні анастомози. Кровопостачання склери здійснюється задніми довгими і короткими війковими артеріями, які проходять поблизу заднього полюса, а також передніми війковими артеріями, які проникають у склеру між місцями прикріплення прямих м'язів і лімбом. Через 6 тижнів введення налбуфіну на ін'єкованих та просвітлених препаратах виявлено зміни усіх ланок гемомікроциркуляторного русла, що характеризується

деструктуризацією агіографічного рисунка. Тонкі, у нормі, петлі крайової петлястої сітки рогівки стають розширеними, звивистими та проникають у рогівку на її периферії на 1 мм, переходять у розширену венулу. Візуалізується значна звивистість артеріол з деформованими контурами. Діаметр артеріол становить 26,00±1,30 мкм (контроль – 22,00±1,30 мкм), капілярів – 8,65±0,50мкм (контроль – 6,04±0,34мкм), венул – 38,02±2,59мкм (контроль – 29,00±1,45мкм), артеріоло-венулярний коефіцієнт – 0,69±0,67 (контроль –0,75±0,76), коефіцієнт звивистості 0,465±0,024 (0,292±0,010).

Висновки. Отримані дані щодо особливостей будови фіброзної оболонки очного яблука білого щура дозволяють екстраполювати результати дослідження ока при різних патологічних станах на людину. Тривале введення налбуфіну зумовлює деструктивні зміни ангіоархітектоніки фіброзної оболонки очного яблука експериментальної тварини.

МОДЕЛЮВАННЯ ПРОНИКНОЇ РАНИ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ТА ЇЇ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Сорока Богдана
Кожема Дмитро
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри – проф. Л. Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник – доц. О. М Мота

Актуальність. Поранення серця різного ґенезу (вогнепальні, гострими, ріжучими предметами) зустрічаються досить часто. Наприклад, вогнепальні пошкодження серця складають 8,0 % - 15,0 % від усіх вогнепальних ран, що є причиною смерті в більшості випадків.

Мета. Моделювання проникної рани лівого шлуночка серця свині та її оперативне лікування.

Матеріали та методи. Наскрізне пошкодження передньої стінки лівого шлуночка серця проводили за допомогою скальпеля. Для заповнення порожнини лівого шлуночка використовували фізіологічний розчин, для контролю тиску – тонометр.

Результати. При детальному огляді серця свині, вивчено анатомічні структури: лівий і правий шлуночки, обидва передсердя, судини великого та малого кіл кровообігу. Катетеризація порожнини лівого шлуночку через аорту з наступною герметизацією за допомогою

накладання кисетного та вузлових швів в ділянку висхідної частини аорти. Накладання зажима Федорова та кишкового жома на ліве передсердя. Накопичення фізіологічного розчина у порожнину лівого шлуночка під контролем тиску за допомогою тонометра. Моделювання проникного поранення передньої стінки лівого шлуночка при допомозі скальпеля (локалізація рани – нижня третина передньої стінки лівого шлуночка) з наступним зашиттям рани з накладанням безперервного п-подібного шва. За час ушивання стінки серця (1,5хв.) тиск знизився вдвічі.

Висновки. Порівняльний аналіз анатомії серця людини та свині свідчить про їх анатомічну подібність.Найкращий спосіб для герметизації лівого шлуночка - ушивання висхідної частини аорти кисетним та вузловим швами, накладання зажима Федорова та кишкового жома на ліве передсердя.Мінімальний час ушиванням рани передньої стінки лівого шлуночка – 1,5 хв.

ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ КАТЕТЕРИЗАЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНИХ ВЕН(ВЕРХНЬОЇ І НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ) І МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ

Солодухіна Софія
Львівський національний медичний університт імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Науковий керівник – ас. Я. С. Камінський

Актуальність теми. Катетерізація центральних вен (КЦВ) є одним із стандартних способів отримання доступу до судинного русла у госпіталізованих хворих. Тому особливо актуальним і важливим для клініки є розуміння засад правильного проведення центрального венозного доступу , оскільки останнім часом збільшується потребав проведенні даної маніпуляції , а отже виникають питання щодо можливих ускладнень .

Мета. Дослідити частоту проведення катетеризації центральних вен (підключичної, внутрішньої яремної і стегнової вен), розглянути можливі ускладнення у пацієнтів, узагальнити умови і норми проведення даної процедури .

Методи і матеріали. Опрацьовано літературні джерела, а також обстежено 15 пацієнтів які проходили процедуру катетеризації центральних вен, перебуваючи на лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні. З них катетеризація внутрішньої яремної

вени була проведена 9 особам (60 %), підключичної вени 4 особам (26,6 %) та стегнової вени 2 особам (13,3 %).
Результати. Показаннями до катетеризації центральних вен у пацієнтів є: можливість моніторингу центрального венозного тиску для інфузійної терапії при гіповолемії і шоку, парентеральне харчування, проведення ендокардіальної електрокардіостимуляції, забезпечення венозного доступу при поганих периферичних венах. Для катетеризації центральних вен - верхньої і нижньої порожнистої вени - використовуються їх великі притоки, доступні для пункції: верхню порожнисту вену катетеризують через підключичні, внутрішні та зовнішні яремні вени. Нижню порожнисту вену в основному катетеризують через стегнову вену. За даними літератури при цьому виникають ускладнення в 5-ти % пацієнтів. Серед них є механічні, тромботичні та інфекційні. Переважну більшість серед них займають ранні ускладнення (56,8 % від усіх ускладнень) такі як: перфорація вени (наскрізне проколювання стінок судини), тромбування катетера і вени (виникає при формуванні тромбу в просвіті судини через невідповідний діаметр вени і розмір катетера), гемоторакс (це накопичення крові між плевральними листками, виникає в результаті ушкодження невеликих судин), пневмоторакс (скупчення повітря або газу в плевральній порожнині, виникає при катетеризації підключичної вени), поломка катетера характерна для різних видів катетеризації. Також виділяють пізні ускладнення (43,2 %): неправильне положення катетера та інфекції (при неуважності у роботі з пацієнтом), повітряна емболія (потрапляння повітря в просвіт судини), флебіт (катетер, як чужорідний предмет, або препарати, які викликають подразнення можуть викликати запалення стінок венозних судин).
Висновки. Катетеризацію центральних вен здійснюють за медичними показами для запобігання ускладнень, небезпечних для життя пацієнтів. Найчастіше при цьому катетер вводять у внутрішню яремну вену. При проведенні даної маніпуляції необхідним є дотримання правил.

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРУДНОГО І ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛІВ ХРЕБТА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Саюк Сергій
Львівський національний медичний університет імені Данила. Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л.Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник - доц. У.М. Галюк, доц. О.М. Мота

Актуальність. Захворювання грудного і поперекового відділів хребта різної етіології і дорсоалгії зустрічаються в осіб молодого віку досить часто. За даними D.E. Harrison і співавт. (2001) питома вага цих захворювань серед групи вертебральної патології за останні 5 років збільшилась на 2.8%.

Мета. Встановити параметри фізіологічног кіфозу для особі різного віку і статі.Вивчити рентгенологічні особливості грудного і поперекового відділів хребта в осіб молодого віку в залежності від статі і конституції. Встановити прояви сколіозу і патологічного кіфозу.

Матеріали та методи. Нами проведено клініко — променеве дослідження 11 пацієнтів зі скаргами на болі в грудному і поперековому відділах хребта і втомлюваність у спині. Ретроспективно опрацьовано 9 рентгенограм і 2 КТ грудного і поперекового відділів хребта. Проведено вимірювання кутів 6 сколіозів та 5 кіфозів за центроїдним методом і модифікованим методом Кобба.

Результати. Результати дослідження свідчать про те, що клінічні скарги у 82% хворих схожі — це дорсоалгія, швидка втома спини при статичних і динамічних навантаженнях. У двох хворих біль в спині була відсутня. Сколіози і патологічні кіфози і дорсоалгія грудного і поперековго відділів хребта зустрічаються в 2 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків. Серед наших обстежуваних частка жінок становить 63%, чоловіків — 37%. Середній вік пацієнтів становить 29 років - у жінок; 32 роки - у чоловіків. Серед обстежуваних осіб 5 нормостеніків, 5 гіперстеніків, 1 астенік. Кут фізіологічного кіфозу становить від 30º до 35º,а патологічний кіфоз наших пацієнтів становить за центроїдним методом: 1- 54º, 2 — 50º, 3 — 43º, 4 — 51º, 5 — 57º; за модифікованим методом Кобба: 1 — 74º, 2 — 70º, 3 — 62º, 4 — 71º, 5 — 77º; сколіоз: 1 – 22º, 2 – 20º, 3 – 70º, 4 – 14º, 5 – 35º, 6 – 31º.

Висновки. Результати клініко — променевого дослідження дозволяють зробити висновки, що серед обстежених є: сколіозів I ступ. – 3сколіозів II ступ. -2сколіозів III, IV ступ. -1кіфозів I ступ. – 1кіфозів II ступ. – 3кіфозів III, IV ступ. - 1

РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ОДНА З ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМ СЬОГОДЕННЯ У ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Корчак Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра гістології, цитології та ембріології
Завідувач кафедри - проф. О. Д. Луцик
Науковий керівник - проф. А. М. Ященко

Актуальність. Успіхи в діагностиці та поглиблене розуміння біології РМЗ кардинально змінили тактику діагностики та лікування хворих, проте в Україні на сьогоднішній день є значний відсоток діагностичних помилок, низька частка доклінічної та І стадії хвороби, високий відсоток смертності в І-ІІ стадіях вже протягом першого року. Більшість лікарів не володіють достатньою мірою елементами пропадевтики, інформацією з молекулярної біології, анатомії та фізіології, що перешкоджає сприйняттю новітніх теоретичних і клінічних даних, якими так багато сучасна мамологія. Саме тому ця проблема є вельми актуальною на даний момент.
Мета. Структурувати дані про анатомію молочної залози та її патології. Встановити основні аспекти розвитку раку молочної залози. Визначити ступінь поширення хвороби.
Матеріали та методи.Аналіз статистичних даних щодо частоти захворювання на рак молочної залози, зіставлення статистики в Україні та в інших країнах, систематизація поглядів на проблему раку.
Результати:Рак молочної залози посідає перше місце в структурі онкологічної патології жіночого населення України. Найбільш висока захворюваність – в Київській (72,77 на 100 тис. населення) та Одеській (71,73) областях. У середньому близько 25% випадків мають летальний кінець. В Європі найвищі показники у Швеції (72,2) та в країнах Бенілюксу (72,0 - 81,2). На розвиток пухлин молочної залози впливають такі фактори: вік, спадковість і місце проживання.Рання діагностика є безпосереднім попередником ефективного лікування. Більшість хворих звертаються по медичну допомогу лише на ІІІ стадії хвороби, що, зазвичай, є невчасним рішенням і веде до смерті.Молочна залоза – це видозмінена апокринова потова залоза шкіри, яка є похідною ектодерми і призначена для секреції молока в період лактації. Залозиста тканина органа складається з 15-20 часток. Секреторний апарат складається з мікроскопічних часточок, які розташовані навколо внутрішньо-часточкової протоки, яка утворює ацинус.
Кровопостачання молочної залози здійснюється, в основному, за рахунок грудної артерії. Лімфатична система має два відділи: внутрішньоорганний та позаорганний.Існує 4 типи патологій: доброякісні пухлини, кістозні утвори, вузлова фіброзно-кістозна мастопатія та злоякісні пухлини (рак молочної залози).Основним способом профілактики раку молочної залози є регулярний огляд в мамолога.
Висновки. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці і лікуванні раку молочної залози, проблема смерті від цієї хвороби залишається актуальною. Ефективність терапії залежить від стадії захворювання та

вчасної діагностики, що є поки не на такому високому рівні, якби хотілось задля збереження здоров'я та життя пацієнта.

ПСЕВДОАНЕВРИЗМА АОРТАЛЬНО-МІТРАЛЬНОГО З'ЄДНАННЯ – ПРЕЗЕНТАЦІЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ, АНАЛІЗ АНАТОМІЧНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Легкодух Олексій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л.Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник - ас. У.Є. Підвальна

Актуальність. У зв'язку зі збільшенням кількості випадків вроджених вад та спадково обумовлених захворювань, питання аномалій будови серця не втрачає актуальності у сучасній медицині. Одним із таких проявів є слабкість аортально-мітрального з'єднання. Доцільність вивчення даної проблематики полягає у тому, що вона може призвести до розвитку клапанної недостатності, порушення ритму та провідності серця, псевдоаневризми чи навіть тампонади серця у випадку її розриву. Особливість полягає у складності верифікації діагнозу.
Мета. Проаналізувати клінічний випадок псевдоаневризми аортально-мітрального з'єднання та визначити можливі анатомічні варіанти поширення даної патології з метою полегшення діагностики.
Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історії хвороби пацієнта Х, віком 35 років зі скаргами на задишку під час незначного фізичного навантаження, виражену загальну слабкість, періодичні відчуття "тупого" стискання в ділянці грудної клітки. В анамнезі вродженої чи набутої вади серця – не діагностовано, кардіохірургічних чи торакальних втручань – не проводилось. Для верифікації діагнозу використано наступні методи дослідження: клінічний огляд, лабораторні та інструментальні дослідження, зокрема: ЕКГ, трансторакальна Ехо-КГ, черезстравохідна Ехо-КГ, КТ органів грудної клітки з контрастуванням.
Результати. Відповідно даних черезстравохідної Ехо-КГ: лівий шлуночок різко розширений, стінки потовщені; загальна скоротлива здатність збережена. Мітральна недостатність важкого ступеня. Згідно з результатами КТ органів грудної клітки з контрастуванням виявлено дефект сполучної тканини під фіброзним кільцем аортального клапана з виповненням контрастом. У пацієнта діагностовано псевдоаневризму між лівим передсердям і висхідною аортою, розміщену поперечно,

довжиною до 13 см, діаметром до 7 см. Сама псевдоаневризма поширюється в поперечний синус, в напрямку до даху лівого передсердя, простору між висхідною аортою та верхньою порожнистою веною, а також під висхідний відділ аорти в напрямку до стовбура легеневої артерії. Порожнина несправжньої аневризми сполучена з лівим шлуночком через отвір під фіброзним кільцем аортального клапана. Під час систоли у псевдоаневризму заходить кров з лівого шлуночка і під час діастоли частина крові повертається назад у лівий шлуночок. Як відомо, за єдиною Клівлендською класифікацією існує чотири анатомічні варіанти вхідних воріт та напрямків поширення псевдоаневризм аортально-мітрального з'єднання. Один з найбільш сприятливих, що і спостерігалося у даного пацієнта – це поширення в напрямку поперечного синуса та формування вхідних воріт безпосередньо під кільцем аортального клапана

Висновки. Аналіз даного клінічного випадку засвідчує, що дисплазія сполучної тканини в місці аортально-мітрального з'єднання може супроводжуватися численними ускладненнями, зокрема розвитком несправжньої аневризми, що становить серйозну загрозу здоров'ю та життю. Особливість цієї патології полягає з різними анатомічними варіантами поширення даного патологічного процесу.

КОРОНАРНИЙ СИНДРМ "Х", ЯК ОДНА З ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Рудик Богдан
Куліш Володимир
Тарас Онищук
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Науковий керівник – ас. М. Г. Орел
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри – проф. Л. Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник – ас. М. В. Логаш

Актуальність. Захворювання серцево-судинної системи (ССС), зокрема ішемічна хвороба серця (ІХС), займає 1-ше місце по смертності населення. Поширеність даної патології спонукає лікарів та науковців до подальшого вивчення, вдосконалення методів діагностики та лікування захворювань ССС.

Впровадження такого методу дослідження, як коронарографія (КГ), дало можливість краще зрозуміти ішемічну патофізіологію. У більшості

пацієнтів із стенокардією на КГ виявляють атеросклеротичні ураження коронарних судин, великого і середнього калібру. Але у деяких хворих з аналогічними симптомами на КГ не виявляють атеросклеротичних бляшок у вінцевих артеріях, що властиво для коронарного синдрому "Х" (КСХ), - гемодинамічні зміни відбуваються за рахунок ураження судин малого калібру.

Мета. Дослідити частоту виявлення КСХ у пацієнтів з ІХС на підставі клінічних випадків КСХ, що зустрічалися у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ). Провести аналіз статистики частоти захворювань на КСХ використовуючи дані літератури. Провести порівняльний аналіз коронарографій пацієнтів із стенозом судин великого та середнього калібру, а також пацієнтів з КСХ.

Матеріали та методи. Підчас дослідження було проведено статистичну обробку даних ретроспективного аналізу протоколів коронарографічних досліджень пацієнтів з ІХС, проведених на базі рентген-хірургічного відділення ЛОКЛ у 2014р, відео та знімки КГ використані для порівняльного аналізу. Для аналізу даних літератури використали науковометричні бази PubMed та Google Scholar.

Результати. При дослідженні 750 коронарографій пацієнтів, які проходили обстеження на базі рентген-хірургічного відділення (ЛОКЛ), нами було виявлено 10 хворих на КСХ (1,3%). Серед них особи віком від 53 до 76 років (середній вік-63,8р). Три пацієнта чоловічої статі (30%), вік від 59 до 66 років та 7 жіночої статі (70%) віком від 53 до 76 років.

Згідно даних світової літератури частка пацієнтів з КСХ серед усіх хворих на ІХС становить 1,3%, середній вік становить 59,2±6,6 років, переважають жінки (88%).

На КГ у хворих з КСХ візуалізується порушення коронарного кровотоку у вигляді сповільнення наповнення контрастом коронарних судин, як правило, без видимих змін просвіту та стінок судин великого та малого калібру. У хворих без КСХ наявний стеноз судин не призводить до сповільнення коронарного кровотоку.

Висновки. Загальна частка пацієнтів з коронарним синдромом "Х" серед усіх хворих на ішемічну хворобу серця, згідно даних нашого дослідження та даних світових джерел є однаковою та становить 1,3%, основну частку хворих становлять жінки, середній вік пацієнтів є 63,8 років, що також відповідає даним світової літератури.

Методкоронарографії надає можливість виявити коронарний синдром "Х" у хворих з ішемічною хворобою серця.

МОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИННОГО РУСЛА ТА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ БІЛОГО ЩУРА В НОРМІ ТА В ДИНАМІЦІ ПЕРЕБІГУ ЕКСПЕРЕМЕТАЛЬНОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ

Іншина Діана
Леонтьєва Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л.Р.Матешук-Вацеба
Науковий керівник - ас. Н.Б. Блищак

Актуальність. Однією з найпоширеніших патологій сучасності, що стрімко зростає у всьому світі, є цукровий діабет. За даними ВООЗ кожні 20 хвилин в США реєструється новий випадок захворювання на цукровий діабет, а в Європі - кожні сорок хвилин. Так, за оцінками експертів ВООЗ, в 1995 р. хворих на цукровий діабет було 135 млн., а вже в 2001 році їх число досягло 175,4 мільйонів осіб, а до 2025 року це число зросте до 300 мільйонів і до 2030 року досягне 366 мільйонів осіб.Цукровий діабет призводить до важких ускладнень у всіх органах та системах людського організму. Особливу важкість перебігу цукрового діабету зумовлює ураження органних та позаорганних судин різного калібру – діабетичні ангіопатії. При поширенні на дрібні судини цукровий діабет викликає мікроангіопатії та при ураженні судини середнього і великого калібру - макроангіопатії. Тому залишається надзвичайно актуальним вивчення змін перебудови ланок судинного русла різних органів та систем для подальшої корекції та зменшення відсотку інвалідизації хворих цукровим діабетом.

Мета. Метою нашого дослідження було визначити особливості змін морфометричних показників судинного русла різних органів в нормі та в динаміці перебігу експериментального цукрового діабету на основі аналізу отриманих експериментальних даних співробітниками кафедри Нормальної анатомії ЛНМУ імені Данила Галицького.

Матеріали та методи. Для проведення морфометричного аналізу ангіоархітектоніки щурів здійснювали виміри діаметра артеріол, капілярів і венул. На основі біохімічного дослідження крові білого щура в нормі та в динаміці перебігу стрептозотоциніндукованого цукрового діабету встановлено показники рівня гемоглобіну, глікозильованого гемоглобіну та рівня глюкози в крові.

Результати. Гіперглікемія білого щура характеризується поступовим вірогідним зростанням рівня глюкози, показник якого підвищився вдвічі уже через 2 тижні, у порівнянні з нормою та контролем.

Найвищий рівень глюкози було зафіксовано через 6 тижнів перебігу стрептозотоциніндукованого цукрового діабету із незначним його зниженням через 8 тижнів. Рівень глікозильованого гемоглобіну, як показник пошкодження білків організму надміром глюкози, зростає пропорційно до високої гіперглікемії втричі у порівнянні з контролем з наступним зростанням через 8 тижнів спостереження. Значне зниження загального рівня гемоглобіну спостерігаємо через 2 тижні перебігу експериментального цукрового діабету з поступовим зниженням його рівня через 8 тижнів експерименту.Провівши узагальнення опрацьованих результатів змін діаметрів судин в різних органах під час перебігу експериментального цукрового діабету ми дійшли висновку, що на другому тижні перебігу діаметр артеріол більшості органів зменшується, проте на четвертому, шостому та восьмому тижнях перебігу він поступово збільшується. Діаметр венул більшості органів починаючи з другого тижня перебігу експерименту поступово зростає порівнюючи з контрольною групою тварин.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що цукровий діабет — це генералізоване захворювання, яке впливає на ураження судинного русла усіх органів та систем.

ТЕНДЕНЦІЇ В ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ В УКРАЇНІ: УЯВЛЕННЯ ТА ВПОДОБАННЯ КОРИСТУВАЧІВ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ

Шиманський Андрій
Вінницький національний медичний університет імені Миколи Івановича Пирогова
Кафедра гістології
Завідувач кафедри - проф. О. Є. Маєвський
Науковий керівник – ас. О. І. Макарова,С. Ю. Макаров

Актуальність. Одним найбільш поширеним захворюванням дитячого віку є ГРВІ. Хоча в Україні існує уніфікований клінічний протокол по лікуванні ГРВІ від 11.02.2016 № 85 відсутня узгодженість та єдиний підхід в лікуванні ГРВІ, що нерідко призводить до призначення надмірної кількості часто не ефективних ліків. В листопаді 2016 року МОЗ опублікувало рекомендаційний лист із закликом уникати поліпрагмазії. Також, значною проблемою є самолікування. Тому актуальним є дослідження тенденцій в лікуванні батьків, які є активними користувачами інтернету.

Мета. Визначити тенденції в лікуванні ГРВІ серед українських батьків, що є активними користувачами інтернету.

Матеріали та методи. Було проведено опитування батьків за допомогою Google-Form. Анкета була розміщена у спільнотах соціальних мереж (ФБ, ВК) присвячених дітям та тематичних форумах (KidStaff). Всього було включено 172 респонденти, які сформували 1 (контрольну) групу. Група порівняння включила батьків (n=304), які є підписниками на медичні блоги лікарів, які пропагандують доказову медицину.

Результати. Середній вік батьків в 1 та 2 групі склали відповідно 29,6 та 32,7 роки. В першій групі 105 (61%) були батьками 1 дитини, 59 (33,7%) – 2 дітей, 8 (4,7%) – 3 дітей і 1 респондент мав 4 дітей. В другій групі 183 (60,1%) мали 1 дитини, 106 (34,9%) – 2, 13 (4,3%) – 3, і 2 – 4 дитини відповідно. Найпопулярнішими препаратами були в першій групі були: сольові розчини для промивання носу – 141 (82%), сиропи від кашлю – 84 (49%), противірусні препарати – 75 (44%), НПЗП – 74 (43%), назальні деконгістанти (НД) – 55 (32%), антибіотики приймали 10 (6%) респондентів. В групі батьків, які мали вільний доступ до достовірної інформації найпопулярнішими засобами були сольові розчини та НПЗП – 271 (89%) та 197 (65%) відповідно. НД використовували 122 (40%) батьків, проте противірусні засоби застосовувалися лише 29 (10%) респондентів і сиропи від кашлю лише 59 (19%). Антибіотики приймали 6 (2%) батьків. В середньому за рік в 1 групі відмічалося 3,84 епізоди ГРВІ на рік, в другій групі 4,5. Тривалість ГРВІ теж майже не відрізнялася і складала в середньому відповідно 6,4 та 6,5 днів. Середня кількість препаратів, які зазвичай застосовують в середньому складала 3,6 препарати в 1 групі та 2,9 2 групі, при чому більше 3 препаратів в 1 групі застосовували 106 (61,6%) респондентів, а в 2 групі лише 76 (25%). Розвиток ускладнень відмічали 77 (44,8%) батьків 1 групи та 140 (46%). Співвідношення ризику розвитку ускладнень в обох групах склало 0,96 (ДІ 078-1,18).

Висновки. Тривалість ГРВІ та наявність ускладнень не залежить від кількості використання препаратів, використання антибіотиків чи противірусних препаратів. Все залежить від імунного статусу дитини та характеристик збудника.

АНАТОМО – УЛЬТРАЗВУКОВА ХАРАКТЕРИСТИКАВРОДЖЕНИХ ВАД КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Григоренко Олександра
Кечур Юрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф. Л .Р. Матешук-Вацеба
Науковий керівник - доц.О. М. Мота

Актуальність. Дисплазія кульшового суглоба (ДКЗ) – це вада, що характеризується недорозвитком анатомічних елементів, які беруть участь у формуванні суглоба, зустрічається в середньому з частотою 25:1000 обстежених дітей, у дівчаток у 5 разів частіше, ніж у хлопчиків.З метою ранньої діагностики вад широко використовується ультразвукове дослідження (УЗД). Однак, при інтерпретації сонограм кульшового суглоба проблематичною є диференціація анатомічних структур, які потрапляють в зону сканування. Крім того, існує невідповідність між клінічною та анатомічною номенклатурою, що ускладнює правильну побудову діагностичних кутів та отримання достовірних результатів. Вирішенню цієї проблеми могли б сприяти анатомо-ультразвукові зіставлення кульшового суглоба. Проте робіт, присвячених даній темі, в опрацьованій літературі ми не зустріли.

Мета. На підставі аналізу ультрасонографічних даних та анатомічних препаратів кульшового суглоба вивчити його морфологічні особливості в нормі та при вроджених вадах різного ступеня важкості.

Матеріали та методи. Проаналізовано стан захворюваності кульшового суглоба за 2013-2016 роки. Прийнято участь в ультразвуковому обстеженні 20 дітей віком від 1 тижня до 9 місяців, з них 5 хлопчиків і 15 дівчат. УЗД за методом Графа проводилось у відділенні функціональної діагностики Комунальної міської дитячої клінічної лікарні міста Львова (вул.Пилипа Орлика 4) за допомогою апарата HS 2000 Honda обладнаного лінійним і доплеровським датчиками.Для моделювання вад кульшового суглоба використовували вологі препарати кафедри нормальної анатомії ЛНМУ ім. Д. Галицького.

Результати. Проведений статистичний аналіз захворюваності кульшового суглоба у дітей віком від 1 тижня до 9 місяців за 2013-2016 рр. свідчить про тенденцію до її зниження (з 8.9% у 2013 р. до 7.0% у 2016р.). На підставі анатомо-ультразвукових зіставлень нами встановлено наступну відповідність: кістковий дашок анатомічно є краєм кісткового зрізу крила клубової кістки в ділянці переходу його в тіло, а хрящовий дашок - суглобовою губою. Кістковий край є частиною кісткового дашку і морфологічно відповідає зрізу клубової кістки над кульшовою западиною. Інші ультразвукові структури повністю відповідають анатомічній номенклатурі. При моделюванні вад кульшового суглоба на анатомічному препараті встановлено, що зі

збільшенням ступеня вади кульшового суглоба головка стегнової кістки зміщується в латеральну, а тіло - в медіальну сторону.
Висновки 1. Анатомо-ультразвукові зіставлення кульшового суглоба в нормі дали змогу деталізувати анатомічні утворення, які потрапляють у зону візуалізації і служать орієнтирами для достовірного аналізу вад кульшового суглоба.2. Змодельовані на анатомічних препаратах вади кульшового суглоба свідчать, що зі зростанням ступеня важкості кут α зменшується, а кут β збільшується.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ І ПРОТІКАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ВІД ТИПУ ГАЛУЖЕННЯ ВІНЦЕВИХ АРТЕРІЙ ТА НАЯВНОСТІ В АНАМНЕЗІ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Фатяк Уляна
Соколовська Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького Кафедра нормальної анатомії
Завідувач кафедри - проф.Л. Р. Матещук-Вацеба
Науковий керівник - доц. О.А Ковалишин

Актуальність. Хвороби системи кровообігу, зокрема інфаркт міокарда, сьогодні є основною причиною смертності, захворюваності та інвалідності дорослого населення у всьому світі. В Україні смертність від серцево-судинних захворювань в останні роки стабільно висока і складає 61% у загальній структурі смертності. Лікування інфаркту міокарда пов'язане з точними відомостями про топографію вінцевих артерій. Як відомо, інфарктозалежною є ліва вінцева артерія. Анатомічними критеріями оцінки переважаючого типу галуження вінцевих артерій вважаються безсудинна зона на задній поверхні серця (все залежить від того, яка артерія віддає задню міжшлуночкову гілку) та гілка до атріовентрикулярного вузла (вона завжди відходить від переважаючої артерії).
Мета. Вивчити залежність розвитку інфаркту міокарда від типу галуження вінцевих артерій і вроджених вад серця.
Матеріали та методи. На базі гастроентерологічного та кардіологічного відділень Львівської комунальної міської клінічної лікарні проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 220 пацієнтів– чоловіків 40-60 років (100 з них без серцево-судинної патології, 100 – з діагнозом інфаркт міокарда, 20 – з вродженими вадами, на тлі яких розвинувся інфаркт міокарда).
Результати. На підставі аналізу результатів коронарографій встановлено, що частіше трапляється рівномірний тип галуження

вінцевих артерій, рідше - лівовінцевий, найрідше – правовінцевий. Нами помічено однакову тенденцію до розвитку інфаркту міокарда у пацієнтів з різними типами галуження вінцевих артерій. Проте при аналізі історій хвороб пацієнтів з вродженими вадами серця (серед переліку всіх вроджених вад інфаркт міокарда виникає найчастіше при тетраді Фалло та септальних дефектах) було встановлено, що він розвивається переважно при правовінцевому типі галуження. Під час опрацювання коронарографій нами досліджено, що найчастіше інфаркт локалізований в ділянці проксимальної третини передньої міжшлуночкової гілкилівої вінцевої артерії, рідше – в проксимальній третині правої вінцевої артерії, найрідше – в проксимальної третині огинаючої гілки лівої вінцевої артерії. Ураження дистальних відділів вінцевих артерій трапляються не так часто.

Висновки. 1. Отримані дані свідчать, що найчастіше зустрічається рівномірний тип галуження, дещо рідше – лівовінцевий, а найрідше – правовінцевий.2. Розвиток інфаркту міокарда не залежить від типу галуження вінцевих артерій. 3.У хворих з вродженими вадами серця інфаркт найчастіше виникає при право вінцевому типі галуження, що зумовлено гіпертрофією правої половини серця.

ЗАСТОСУВАННЯ МОРФОМЕТРИЧНОГО ТА КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗІВ ДЛЯ ОТРИМАННЯ НАУКОВОЇ НОВИЗНИ МОРФОЛОГІЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ НА ОСНОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІТИН УРОТЕЛІЮ СЕЧОВОГО МІХУРА ЩУРІВ

Пукач Ілона
Коржовська Віта
Панчук Нестор
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра анатомії людини
Завідувач кафедри - проф. О.Г. Попадинець
Науковий керівник - проф. О.Г. Попадинець, ас. Н.С. Токарук
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Кафедра статистики і вищої математики
Завідувач кафедри - доц. М. М. Осипчук
Науковий керівник - доц. М. М. Осипчук

Актуальність. У науковій роботі найбільше ціниться наукова новизна. Нові результати можна здобути різними способами, у тому числі при застосуванні, як засобу пізнання, математичного апарату, який раніше не використовувався. В якості останнього ми вибрали морфометричний

і кластерний аналізи, оскільки за даними літератури встановлено, що вказані методи при дослідженні клітин перехідного епітелію (ПЕ) сечового міхура (СМ) щурів не застосовувалися.

Мета. Визначити найбільш коректні метричні ознаки клітин ПЕ СМ щурів, представити зразок використання морфометрії та агломеративно-ієрархічного методу кластерного аналізу для отримання нових результатів щодо кількості кластерів серед клітин ПЕ СМ, продемонструвати алгоритми розрахунку евклідової метрики і роботи методу Варда та провести порівняльний аналіз дендрограм при різних метриках і різних ієрархічних методах кластеризації.

Матеріали та методи. Використано 5 однорічних щурів-самців лінії Вістар; гістологічні зрізи забарвлювали гематоксиліном і еозином; ультраструктурне дослідження проводили за стандартною методикою; морфометрію здійснювали в ImageJ; статистичну обробку даних проводили в програмному середовищі R.

Результати. Встановлено, що такі метричні показники уротеліоцитів різних шарів ПЕ СМ як коефіцієнт форми і елонгації між собою значимо не відрізняються. Значиму різницю мають тільки такі ознаки як площа уротеліоцитів та їхніх ядер і ядерно-цитоплазматичне відношення (ЯЦВ). Важливим є те, що за коефіцієнтом варіації ми виявили високу мінливість ЯЦВ у клітинах проміжного шару ПЕ, у порівнянні з клітинами інших шарів. Це свідчить, що серед клітин проміжного шару уротелію є різні сукупності, що вказує на доцільність проведення кластерного аналізу. Використовували агломеративно-ієрархічний метод Варда і евклідову метрику.Для кращого розуміння алгоритмів розрахунку метрики та покрокових дій методу був змодельований простий приклад. Встановлено, що серед клітин ПЕ СМ щурів наявні 4 кластери, з яких один є найменшим за об’ємом вибірки, два інші – найбільшими і приблизно однаковими, а четвертий – середнім. Визначені ультраструктурні характеристики уротеліоцитів кожного з кластерів.Встановлено, що кластерна структура клітинного складу ПЕ СМ зберігається також при використанні метрик манхеттенської і Чєбишева та методу повного зв’язку. Інші методи кластеризації та інші метрики дають нові результати.

Висновки. 1)коректними метричними ознаками для клітин ПЕ СМ щура є площа уротеліоцитів та їхніх ядер; 2) неоднорідність клітинного складу можна визначити за допомогою коефіцієнта варіації; 3) агломеративно-ієрархічні методи кластерного аналізу дають можливість отримати нові результати щодо кількості кластерів клітинного складу уротелію; 4) найбільш універсальним з ієрархічних методів є метод Варда, а з метрик – евклідова; 5) як альтернативу за

певних умов можна використовувати метод повного зв'язку, а з метрик – манхеттенську і Чєбишева.

ЯСЕННА УСМІШКА: ВАРІАНТ НОРМИ ЧИ ЕСТЕТИЧНИЙ НЕДОЛІК?

Голота Адріан
Львівський національний медичний університт імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Науковий керівник – проф. З. З. Масна

Актуальність. Усмішка відіграє велику роль в контексті формування першого враження про людину. Результати досліджень, проведених у 2010 році компанією Phillips серед 1008 американців, свідчать про те, що при першій зустрічі незнайомці звертають увагу на усмішку у 47% випадків. Оцінка усмішки стала важливою частиною клінічної діяльності, в тому числі з акцентуванням на аналіз естетики фронтальної групи зубів у статиці та динаміці.
Ясенна усмішка є дуже поширеним варіантом усмішки, особливо серед молодих груп населення. Вона зустрічається у 7% серед молодих чоловіків та у 14% серед молодих жінок (Diamond. O, Facial esthetics and orthodontics, J Esthet Dent, 1996). Літературні джерела свідчать, що 26% вибірки ортодонтичних пацієнтів мають 2 мм відкритого ясенного краю при усмішці (Pecketal, 1992).
З іншого боку, зважаючи на її поширеність, виникає питання про її значення для естетичної оцінки як серед фахівців, так і серед нефахівців, а також її місце серед інших естетичних варіантів посмішки. Згідно з даними останніх досліджень, 70% стоматологів та 41% неспеціалістів ясенна усмішка була визнана непривабливою (Hadeel A Mokhtar, Layla W Abuljadayeland others). Тому і сьогодні питання про те, чи розцінювати ясенну усмішку як ваду і чи потребують особи з ясенною усмішкою хірургічного лікування залишається дискутабельним.
Мета. Дослідити поширеність ясенної усмішки серед студентів, дослідити її сприйняття, виходячи з суб'єктивних та об'єктивних оцінок, визначити місце ясенної усмішки серед інших естетичних недоліків щелепно-лицевої ділянки.
Матеріали та методи. Було проаналізовано екстраоральні фотографії усмішки групи студентів (27 осіб) лікувального факультету ЛНМУ імені Данила Галицького та опрацьовано заповнені ними анкети,

включно з суб'єктивною оцінкою обстежуваними власної усмішки за 10-бальною шкалою. Вибірка була сформована за принципом рандомізації. Також було опитано іншу групу студентів щодо їх оцінки різних ступенів ясенної усмішки та інших естетичних недоліків щелепно-лицевої ділянки. Отримані результати, систематизовані у вигляді електронної таблиці, опрацьовано статистично та співставлено між собою, а також з даними літературних джерел.

Результати. при огляді та аналізі фотографій у 12 осіб (44% вибірки) було діагностовано ясенну усмішку. Аналіз анкет засвідчив, що обстежені особи оцінили власну усмішку на 6,66/10. В середньому хлопці оцінювали власну посмішку на 6.4/10, дівчата на 6.76/10. 33% від загальної кількості обстежених осіб проходили ортодонтичне лікування. Аналіз опитування студентів, що оцінювали естетичні недоліки щелепно-лицевої ділянки (діастема, зворотня усмішка, ясенна усмішка та зміщення середньої лінії) засвідчив, що серед усіх варіантів ясенна усмішка посідає третє місце

Висновки. 1. Отримані результати засвідчили високу частоту зустрічання ясенної усмішки серед осіб юнацького віку (майже у 4 рази вище літературних даних).

2. Менше половини осіб, які мають ясенну усмішку, вважають за необхідне проведення корекції цього естетичного недоліку.

3. Серед різних естетичних недоліків щелепно-лицевої ділянки при оцінці нефахівців ясенна усмішка посідає третє місце з чотирьох запропонованих варіантів.

СЕКЦІЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ДИСЦИПЛІН №2

Лекційна аудиторія кафедри нормальної фізіології
Четвер, 27.04.2017р. 12.00

Наукова рада – доц. І.С.Фоменко, доц.О.П. Хаврона, доц.Ю.В. Федоренко,доц. О.Б. Кунинець, доц. В.П. Хомишин.,ас.Д.О. Климишин, ас.Н.І. Купиняк, ас.Н.В. Суходольська, ст. викл. А.І.Хохла
Головуючі – Настишин Софія, Юськів Христина.

НОВІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МОДЕЛІ НАДСИНТЕЗУ ПРОТИПУХЛИННОГО АНТИБІОТИКА АРАНЦІЯМІЦИНУ

Юськів Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біологічної хімії
Завідувач кафедри – проф. О. Я. Скляров
Науковийкерівник –ас. Д.О. Климишин
Львівський національний університет імені І.Франка
Кафедра генетики та біотехнології
Завідувач кафедри – проф. В.О. Федоренко
Науковий керівник – проф. Б.О. Осташ

Актуальність. *Streptomyces* – рід актиноміцетів, що продукує більшу частину відомих на сьогодні антибіотиків. Серед них особливу роль відіграють антрацикліни, що володіють протипухлинною активністю (доксорубіцин, ногаламіцин, ландоміцин, аранціяміцин, блеоміцин тощо). Об'єкт цієї роботи – штами Streptomyce salbusJ1074 меродиплоїдні за геном rpsL рибросмного білка S12, що містять кластер генів синтезу аранціяміцину (ara).
Мета роботи. Дослідити вплив rpsL-мутацій на ріст S. albus, а також продукцію араціяміцину.
Матеріали та методи. Штами культивовано на середовищі TSB. Після накопичення антибіотика у рідкій культурі виділено екстракти і досліджено з використанням спектрофотометрії на довжині хвилі 440 нм. Наступний етап – використання методу фітнес-тестів для оцінки характеру росту та розмноження вихідного, rpsL-меродиплоїдного та гомозиготного штамів при сумісних засівах протягом 6 пасажів. Для отримання однакової кількості засіяних спор попередньо відбирали спорові суспензії із агаризованого середовища та вимірювали їх оптичну густину для точних розрахунків титру. Розведення спорових суспензій засівали на агаризоване середовище і після 2 днів

культивування підраховували кількість колоній, перевіряли чистоту культури. Для обробки результатів використано мальтузіанську модель експоненційного росту бактерій.

Результати. Виявлено, що меродиплоїдні штами KEPS_ex_ara, L90K_ex_ara продукують більшу кількість антибіотика аранціяміцину порівняно із вихідним штамом (у 6 і 4 рази відповідно). Це свідчить, що rpsL-штами є успішними експериментальними моделями для підвищеного синтезу аранціяміцину. Метод фітнес-тестів виявив приблизно однакову швидкість росту вихідного та rpsL-штамів.

Висновки. Продукцію аранціяміцину виявлено на середовищі, де зазвичай ara-кластер не експресується (криптичний). Це свідчить про активацію «мовчазного» метаболому завдяки rpsL-мутаціям. Ці мутації можуть збільшувати метаболічні можливості бактерій. Не виключено, що мутантні алелі rpsL впливають й на інші фізіологічно важливі процеси, як-от загальна швидкість росту (фітнес). Нами відпрацьовано вихідні умови для виконання фітнес-тесту, який буде застосовано для перевірки вищезгаданого припущення.

ВПЛИВ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ГЛЮКОЗИ У КРОВІ БІЛИХ ЩУРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОВЕДІНКИ ТВАРИН

Теглівець Марта,
Теглівець Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра нормальної фізіології
Завідувач кафедри - проф.О.С. Заячківська
Науковий керівник - доц. Ю.В. Федоренко

Актуальність. Схильність до порушень або ж, навпаки, стійкість до впливу негативних факторів залежить від типу ЦНС, індивідуально-типологічної особливості поведінки. Відомо, що іммобілізаційний стрес порушує обмінні процеси в організмі, зокрема і вуглеводний обмін, критерієм якого є концентрація глюкози в крові.

Мета. Метою роботи було дослідити динаміку концентрації глюкози у крові у білих щурів з активною і пасивною поведінкоюза умов іммобілізаційного стресу.

Матеріали та методи. Експериментальні дослідження проведено на нелінійних білих щурах-самцях масою тіла 180-200 г. Тварини були розподілені на 2 групи: 1 - з високим (активний тип поведінки) і 2 – з низьким (пасивний тип поведінки) рівнем спонтанної активності, яку

визначали у тесті «відкрите поле. Моделювання іммобілізаційного стресу в дослідних групах з активним і пасивним типом поведінки проводили шляхом утримання білих щурів у пластикових індивідуальних пеналах щоденно по 6 годин (з 1100 до 1700) упродовж 30 діб. На 3, 5, 10 і 30 добу дослідів у сироватці крові щурів визначали концентрацію глюкози (глюкозооксидантний метод).

Результати. Установлено, що вже на 3 добу досліду відбулося незначне підвищення (10-12%) концентрації глюкози у крові у тварин обох дослідних груп. Після 5-ти кратної іммобілізації концентрація глюкози в активних тварин знизилась на 10,5%, у пасивних залишалася підвищеною порівняно з контрольною групою. надалі відбуваються фазові зміни: за умов ІС в активних тварин після декотрого зниження концентрації відбувається її підвищення з 10 доби і до кінця дослідуу межах 14-36,6%, у пасивних тварин - на 10 добу досліду зниження концентрації на 14,6% з підвищенням їїна 30 добу дослідудо практично контрольних рівнів.

Висновки. Активні тварини чутливіші до іммобілізаційного струсу Інтенсивність метаболічних процесів у них є вищою, ніж у пасивних тварин, адаптаційні зміни проходять активніше.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ РІЗНОЇ СПОРТИВНОЇСПРЯМОВАНОСТІ НА ФІЗИЧНУ ПІДГОТОВЛЕНІСТЬ СТУДЕНТІВ

Дікарєв Орест
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б.Кунинець
Науковий керівник - доц. О.Б.Кунинець

Актуальність. Існуюча у вищих навчальних закладах України система фізичного виховання не забезпечує в повній мірі ефективного удосконалення фізичної підготовленості і функціонального стану організму студентської молоді. Однією з причин цього є велика варіативність фізичної та функціональної підготовленості студентів. Ще однією причиною є загально-групова форма організації занять, суть якої полягає в тому, що при дозуванні навантажень викладач орієнтується на середнього студента. При такому підході для одних навантаження може бути недостатнім, а для інших надмірним. Створені за принципом спортивної спеціалізації навчальні групи, як засвідчує досвід та аналіз останніх досліджень, мають вищі показники фізичної та функціональної підготовленості порівняно зі студентами, які

займалися за програмою загальної фізичної підготовки. Найчастіше в цих групах застосовувалися елементи спортивних ігор, різновиди гімнастики, інших видів спорту. Перевагою такої форми організації занять є високий емоційний фон і можливість врахування інтересів студентів.

Мета. Обґрунтування впливів засобів різної спортивної спрямованості із застосуванням диференційованого підходу до навантажень у фізичному вихованні на фізичну підготовленість студентів.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь студенти першого курсу, які пройшли медичний огляд (всього 98 особи) і віднесені до основної медичної групи. Під час дослідження в експериментальних групах використовувались вправи переважно одного з видів спорту, яка базувалася на диференційованому підході до фізичних навантажень. Контрольна група займалася за традиційною програмою, в якій використовувалися вправи трьох зазначених видів спорту.

Результати. У результаті проведеного дослідження були визначені показники фізичної підготовленості студентів експериментальних і контрольної групи, а також абсолютний та відносний приріст цих показників на проміжному етапі експерименту. Загалом, найбільший відносний приріст показників відбувається в усіх групах в таких тестах, як: підтягування на перекладині – на 14,6 % у I групі, 15,8 % у II групі, 18,6 % у III групі, 7,6 % у IV групі : нахил тулуба вперед з положення сидячи (гнучкість) – на 22,5 % у I групі, 28,0 % у II групі, 30,3 % у III групі, 18,3 % у IV групі. У контрольній групі ми бачимо суттєве відставання абсолютного приросту показників фізичної підготовленості відносно даних експериментальних груп, або повну його відсутність.

Висновки. Використовуючи засоби різної спортивної спрямованості із застосуванням диференційованого підходу до фізичних навантажень, враховуючи функціональні можливості, нахили та інтереси студентів, можна підвищити їхню фізичну активність як у видах спорту безпосередньо, так і загальну фізичну підготовленість в цілому.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ СНУ СТУДЕНТІВ І СПОРТСМЕНІВ ТА ЇЇ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ХРОНОТИПУ

Настишин Софія
Святун Юрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О. Б. Кунинець
Науковий керівник - ст. вик. А.І.Хохла

Актуальність. Сон- фізіологічний процес, необхідний для відновлення енергетичних ресурсів. Від його кількісних та якісних характеристик залежить ступінь відновлення сил організму та його адекватне функціонування в стані неспання. Фізичні навантаження прямим чином впливають на якість сну та загальне самопочуття після нього. Позитивний вплив фізичних навантажень на сон є корисним фактом для діагностики та корекції порушень сну, як і результати оцінки якості сну відносно хронотипів, що дає змогу прослідкувати певну тенденцію до розладів окремих якісних характеристик сну

Мета. Визначити якість сну студентів та спортсменів в залежності від хронотипу.

Матеріали та методи. В ході дослідження для оцінки якості сну опитано 14 студентів ЛНМУ ім.. Данила Галицького та 14 спортсменів різних рівнів спортивної кваліфікації(1-й розряд-2, КМС-6, МС-6) за допомогою Пітсбурзького тесту та шкали денної сонливості Епворта. Для визначення хронотипу використовувалась спеціалізована анкета.**Результати.** В ході дослідження зафіксовано, що середній вік студентів становив 19,7 років, а спортсменів – 20,8 років. За Пітсбурзьким тестом якість сну студентів характеризувалась наступними якісними показниками: дуже добрий – 14%, задовільний–14%, поганий–35,7%, дуже поганий–35,7%. У той же час якість сну спортсменів суттєво відрізнялась: дуже добрий–35,7%, задовільний-28,5%, поганий-28,5%, дуже поганий–7%. За шкалою Епворта різка денна сонливість(ДС) спортсменів не відзначалась, , виражена ДС–14,3%, помірна ДС виявлена у 14,3%, у більшості (57,1%) респондентів-спортсменів ДС не виявлено. Серед студентів також не спостерігалось різкої ДС, проте виражена ДС зафіксована у 50% опитуваних, помірна–28,6%, ДС не проявляється у 21,4% студентів. В ході опитування визначено, що 10,7% респондентів відносяться до хронотипу «сова»(с), 42,9%– «жайворонок»(ж), 46,4%–«голуб»(г). У тому числі серед студентів 7,2%–С, 35,7%–Ж, 57,1–Г, а серед спортсменів 14,2%–С, 42,6%¬–Ж, 42,6%–Г.

Висновки. Підверджено позитивний вплив фізичних навантажень на якість сну шляхом встановлення у спортсменів вищих показників якості сну. Встановлено, що найменша денна сонливість відзначається у спортсменів, у той час, у студентів-медиків спостерігається тенденція до вираженої денної сонливості. Краще сплять спортсмени-жайворонки, а саме майстри спорту.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ І КУРСУ — ЯК КРИТЕРІЙ ВІДБОРУ В УЧБОВО- ТРЕНУВАЛЬНІ ГРУПИ З СПОРТИВНОЇ БОРОТЬБИ

Коліщак Оксана
Вересович Орест
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б. Кунинець
Наукові керівники - доц. В.П. Хомишин, ас. З.Р. Леонтьева

Актуальність. Відбір в спортивні секції у вищих навчальних закладах освіти повинен базуватись на об´єктивній оцінці стану фізичного розвитку і фізичної підготовленості. Як показує практика, у першокурсників спостерігається різний рівень фізичної підготовленості. Тому визначення його рівня є одним з визначальних критеріїв відбору.

Мета. Метою нашого дослідження стало вивчення рівня фізичного розвитку у студентів першого курсу стоматологічного факультету, як критерій відбору в учбово-тренувальні групи з спортивної боротьби.

Матеріали та методи. З метою вивчення фізичної підготовленості було обстежені студенти І курсу стоматологічного факультету (чоловіки і жінки), які за результатами медичного огляду були віднесені до основної медичної групи (практично здорові), всього 38 осіб. Визначались наступні показники: максимальна сила м´язів кистей рук (за допомогою кистьової динамометрії), показники життєвої ємності легень (ЖЕЛ). Антропометричні дослідження здійснено за загальноприйнятими уніфікованими методиками з наступною статистичною обробкою даних. Оцінку індексу маси тіла було проведено за загальноприйнятою формулою, для оцінки ідеальної маси тіла було використано формулу Поля Брока.

Результати. Отримані показники сили м´язів кисті в 65,5% студентів становили: правої 15±0,5кг, лівої 8,5±0,3кг у дівчат, та 37,2±0,4кг і 32,4±0,2кг в хлопців відповідно. У іншої частини обстежених показники динамометрії відрізнялись від попередньої групи, а саме, в 22,6% спостерігалось значне підвищення сили м'язів як лівої так і правої кисті, очевидно це було пов’язано з активними заняттями в спортивних секціях до вступу у медичний університет, про що свідчили дані анкетування. В 11,9% студентів показники динамометрії були дуже низькими, що свідчило про низьку фізичну підготовленість, як наслідок малорухливого способу життя. Показники ЖЕЛ у обстежуваних знаходились в межах норми. Індекс маси тіла у 85,3%

обстежуваних студентів становив 23,48кг/м2, згідно розрахунків проведених за формулою П. Брока відхилення від норми становило 8.91%. Можна зробити висновок, що індекс маси тіла знаходиться в межах норми, а відхилення показника по формулі П.Брока незначне. У 14,7% обстежених спостерігалось достовірне відхилення від норми як по показниках індексу маси тіла так і за формулою П.Брока, що очевидно може бути пов'язано з особливостями тілобудови та антропометричними даними.

Висновки. Рівень фізичного розвитку повинен забезпечувати оптимальне функціонування органів і систем організму людини в процесі тренувальної діяльності. Отримані результати рівня фізичної підготовленості, сприятимуть покращенню відбору в групи спортивної боротьби.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІВНЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ УВАГИ СТУДЕНТІВ ТА СПОРТСМЕНІВ

Святун Юрій
Настишин Софія
Калиш Дем'ян
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького
Фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О. Б. Кунинець
Науковий керівник - ст. вик. А.І.Хохла

Актуальність. Зі вступом абітурієнтів до вищого навчального закладу суттєво змінюється режим рухової діяльності, що спричинено зростанням обсягу теоретичних завдань студентів у навчальному процесі. Студенти часто скаржаться на неможливість зосередитися на певному матеріалі. Втрата концентрації призводить до зниження результативності навчання, що негативно відображається на на їхньому психоемоційному стані. У процесі підвищення розумової працездатності та покращення нервово-психічної стійкості велике значення мають систематичні заняття спортом. Проблема взаємозв'язку між фізичною активністю та розумовою працездатністю, а також механізмів його формування, є актуальною для процесу раціональної корекції стилю життя студентів-медиків, навчання яких особливо навантажене теоретичним матеріалом, що потребує значних затрат часу для його засвоєння

Мета. Провести порівняння рівня концентрації уваги між спортсменами та студетнами-медиками.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ЛНМУ ім. Данила Галицького та Львівського державного університету фізичної культури. В опитуванні взяли участь 15 студентів, віком 19,7 років та 15 спростсменів віком 19,9 років відповідно. Респондентам запропоновано 2 тести для моніторингу концентрації уваги, а саме: метод Мюнстерберга та таблиці Шульте. В ході експерименту досліджувані проходять тести почергово з перервою 30 хвилин для створення об'єктивних умов оцінювання. Після чого відбувається аналіз даних з подальшою статистичною обробкою.

Результати. У ході дослідження за допомогою методики Мюнстерберга встановлено, що у 20% студентів концентрація уваги нижче середнього, 26,6%- задовільна концентрація уваги, у 53,4%» респондентів концентрація уваги була високою. Серед спортсменів рівень концентрації уваги нижче середнього охоплював групу з 2-ох осіб, що становила 13,3% від загальної кількості, задовільну концентрацію уваги зафіксовано у 26,7%, а високу- в 60% спортсменів. За таблицями Шульте визначено, що у 13,3% студентів слабка концентрація уваги, достатня- 20%, висока-66,7%. Щодо результатів аналогічного дослідження серед спортсменів, то відсоток осіб, що мали слабку концентрацію уваги становив 6,7%, достатню-26,6%, високу-66,7%.

Висновки. Під час проведення дослідження зафіксовано незначні відмінності показників концентрації уваги в студентів та спортсменів, проте дещо вищі результати отримала група, що систематично професійно займається спортом.

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ІНДОМЕТАЦИНУ З L-ЦИСТЕЇНОМ ТА НАТРІЄМ ГІДРОГЕНСУЛЬФІДОМ (NaSH) НА АКТИВНІСТЬ ЕНЗИМІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ

Курман Лілія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біологічної хімії
Завідувач кафедри - Завідувач кафедри – проф. О.Я. Скляров
Наукові керівники – доц. Ю.М. Федевич, ас. Н.В. Денисенко

Актуальність. Індометацин належить до лікарських засобів, які мають найбільш виражений несприятливий ефект на ШКТ, оскільки є неселективним інгібітором ЦОГ–1 і володіючи ульцерогенною дією пошкоджує слизову оболонку шлунка. Цистеїн, як один з компонентів

глутатіону – складової антиоксидантної системи, захищає клітини печінки від дії токсичних речовин, зокрема метаболітів лікарських засобів. Натрій гідрогенсульфід виступає постачальником сульфгідрильних груп для ензимів антиоксидантного захисту.

Мета. Дослідити вплив індометацину в комбінації з L-цистеїном і натрієм гідрогенсульфідом (NaSH) на активність ферментів антиоксидантного захисту печінки у щурів.

Матеріали та методи. . Для досліджень було використано 20 білих безпородних щурів -самців, яких розділили на 4 групи: 1 група - інтактні, щурам 2 групи протягом 3 днів вводили розчин індометацину підшкірно у дозі 35 мг/кг/добу, а L-цистеїн вводили в першу добу дослідження внутрішньошлунково у дозі 30 мг/кг/добу, 3-й групі тварин аналогічно вводили розчин індометацину у комбінації з NaSH у дозі 1 мг/кг/добу, а 4-а група - щурі, яким вводили індометацин підшкірно в дозі 35 мг/кг/добу з NaSH внутрішньошлунково у дозі 10 мг/кг/добу. На третій день здійснювали евтаназію. Отриману печінку промивали, гомогенізували у фізіологічному розчині NaCl (1:5). У гомогенатах визначали активність каталази, глутатіонпероксидази (ГПО), вміст ТБК-активних продуктів.

Результати. Встановлено, що у 2 групі активність каталази зросла до 10,69±0,5 ($P \leq 0,001$) нмоль H2O2/хв· мг білка, а в 3-й до 7,6±1,13 ($P \leq 0,001$) нмоль H2O2/хв· мг білка, в порівнянні з контролем 4,32±0,93 нмоль H2O2/хв· мг білка; у 4 групі зросла до 7,45±0,38 ($P \leq 0,001$) нмоль H2O2/хв· мг білка порівняно до контролю, але знизилась у відношенні 2 і 3 груп. Активність ГПО у 2 групі зросла до 7±0,67 мкмоль GHS/хв· мг білка, порівняно з контролем 3,83±0,706 мкмоль GHS/хв· мг білка; у 3 і 4 групах спостерігається тенденція до зниження - 4,85±0,63 і 5,24±0,15 мкмоль GHS/хв· мг білка, відповідно. Вміст ТБК-активних продуктів зріс у 2 групі до 482±94 ($P \leq 0,001$) мкмоль/л, а в 4-й до 440±35,6 ($P \leq 0,01$) мкмоль/л, порівняно з контролем – 239±79 мкмоль/л; у 3 групі вміст ТБК-активних продуктів нижчий у відношенні до 2 і 4 груп, але вищим за контроль і складає 337±73,5 мкмоль/л.

Висновки. . Встановлено, що індометацин у поєднанні з L-цистеїном та NaSH значно підвищують активність ензимів антиоксидантного захисту в печінці, та вміст ТБК–активних продуктів, що імовірно зумовлено активацією продукції вільних радикалів індометацином, та антиоксидантною дією L–цистеїну та NaSH.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИЙ ХАРАКТЕР АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ

Бухштаб Андрій
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра біологічної та загальної хімії
Завідувач кафедри - доц. С.О. Качула
Науковий керівник - проф. Н.В. Заічко

Актуальність. Ацетонемічний синдром або синдром циклічного ацетонемічного блювання (недіабетичний кетоз, недіабетичний кетоацидоз, ацетонемічне блювання)– це сукупність симптомів, які зумовлені підвищенним вмістом в крові кетонових тіл: ацетону, ацетоацетату і β-оксибутирату, які є продуктами розпаду жирних кислот і кетогенних амінокислот. АС є патологічним станом, який трапляється переважно у дитячому віці. Останнім часом цікавість до ацетонемічного синдрому значно зросла, що пов'язано з тенденцією до підвищення його частоти і ускладнень у вигляді кризів. Лікарів хвилюють питання стратегії профілактичних заходів,направлених на попередження рецидивів ацетонемічного синдрому та підвищення якості життя пацієнтів.
Мета. Оцінити стан клініко-біохімічного характеру та зміну біохімічних процесів при ацетонеміному синдромі.
Матеріали та методи. Вивчення та реферування наукових джерел по даній проблемі його аналіз та узагальнення результатів.
Результати. Синдром циклічного ацетонемічного блювання (СЦАБ)– симптомокомплекс, що спостерігається, в основному, у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, який проявляється періодичними нападами невпинного блювання з запахом ацетону у видихуваному повітрі і вираженою кетонемією і кетонурією, що чергуються з періодами повного благополуччя. Також ацетонемічний синдром зустрічаються в наступні періоди життя у вигляді ранніх дебютів серцево-судинних захворювань та порушень обміну речовини. Метаболічною основою АС є стимуляція ліполізу для забезпечення енергетичних потреб при абсолютній чи відносній недостатності вуглеводів. У печінці жирні кислоти трансформуються в ацетил-КоА. За умов нормального обміну головним шляхом метаболізму ацетил-КоА є реакція з оксалоацетатом (перша реакція циклу Кребса) з подальшим утворенням енергії. Частина ацетил-КоА використовується для ресинтезу жирних кислот і холестерину. Лише незначна частка ацетил-КоА іде на утворення кетонових тіл. При посиленні ліполізу утворюється надмірна кількість ацетил-КоА. За умов недостатності вуглеводів оксалоацетат використовується для синтезу глюкози, що зменшує використання ацетил-КоА в циклі Кребса. Також знижується активність ферментів, які активують ресинтез холестерину і жовчних

кислот. У результаті залишається тільки один шлях утилізації ацетил-КоА – утворення кетонових тіл. Їхній рівень перевищує функціональні можливості печінки їх утилізувати, що призводить до кетонемії. Надлишок кетонових тіл викликає розвиток метаболічного ацидозу зі збільшеним аніонним інтервалом – кетоацидозу. На першому етапі за рахунок конденсування 2 молекул ацетил-КоА утворюється ацетоацетил-КоА, який метаболізується в ацетооцтову кислоту, яка, в свою чергу, може легко переходити у два інших види кетонових тіл – ацетон і β-оксимасляну кислоту. Розрізняють первинний і вторинний АС. Клінічна симптоматика включає прояви безпосередньо кетозу і патологічного стану, який його спровокував. Кетоз характеризується нудотою, повторним тривалим блюванням, відмовою від їжі та пиття, головним болем, болем у животі, появою специфічного запаху ацетону у видихуваному повітрі, гіпертермією Під час об'єктивного обстеження, як правило, виявляються ознаки зневоднення різних ступенів. При пальпації живота реєструється розлита болючість чи болючість в епігастрії, а в клінічному аналізі сечі – кетонурія від 1 до 4 плюсів.

Висновки. У більшості випадків причиною вторинного ацетонемічного синдрому є комбінована патологія ШКТ. Часто він є першим симптомом хірургічних, ендокринних, інфекційних та соматичних захворювань, що потребує особливої уваги лікаря і проведення широкої діагностики диференційної патології при з'ясуванні істинної причини розвитку кетозу.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМИ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У СТУДЕНТІВ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ АТЛЕТИЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ ПРИ ВИКОНАННІ МОДЕЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Николин Галина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б. Кунинець
Наукові керівники - доц. В.П. Хомишин, ст.викл. І.Б. Длугош

Актуальність. Діагностування бронхоспазму фізичного навантаження (БФН) залишається актуальним у осіб, що займаються спортом, так як їх діяльність пов'язана з інтенсивними регулярними фізичними навантаженнями. Дані літератури свідчать про наявність БФН у 23% спортсменів США, які брали участь в зимових Олімпійських іграх 1998

року (Weiler J.M. 2000). Також, поширений БФН серед представників атлетичних видів спорту (Thole R.T., SallisR.E.etal. 2007).

Мета. Метою нашого дослідження стало вивчення функції зовнішнього дихання у студентів, що займаються атлетичними видами спорту, зокрема, пауерліфтингом, армрестлінгом, гирьовим спортом.

Матеріали та методи. У студентів, що займаються атлетичними видами спорту, всього 9 осіб, вимірювали життєва ємності легень (ЖЕЛ), форсовану життєву ємність легень (ФЖЕЛ), та пневмотахометрію (ПТМ вдоху, ПТМ видоху) до, після та через 5 та 10 хвилин після виконання тестування. Фізичне навантаження моделювалось за допомогою степ-тесту.

Результати. Дані дослідження показали, що у обстежуваних осіб в стані спокою показники ЖЕЛ та ПТМ вдиху та видоху знаходились в межах норми. Показники ЖЕЛ та фактичної ЖЕЛ не відрізнялись. Проведено повторні вимірювання. Після виконання тестування результати показали: у 5 осіб ЖЕЛ практично не змінилась, в 2 досліджуваних зниження показників ЖЕЛ становило більше 200мл, що свідчило про зміни в системи зовнішнього дихання. У 2 студентів показники ЖЕЛ суттєво збільшились. ПТМ вдоху та видоху обстежуваних в спокої знаходились в межах норми . Виконання фізичного навантаження у 8 обстежуваних не викликало суттєвих змін у цих показниках. У одного обстежуваного спостерігалось зниження ПТМ як вдиху і видиху. Вимірювання показників ПТМ видиху та ФЖЕЛ, через 5 та 10 хвилин після фізичного навантаження свідчать, що у 6 осіб вони суттєво не відрізнялось. В одного обстежуваного спостерігалось зниження ФЖЕЛ на 16% на першій хвилині з наступним підвищенням на 5 та 10 хвилині до показника в стані спокою. У двох обстежуваних показник ФЖЕЛ знижувався після 5 хвилини на 25%, та на 18% після 10 хвилини. Один обстежуваний мав суттєве зниження ФЖЕЛ, як одразу після виконання тестування та через 5 та 10 хвилин, відповідно на 16%, 20%, 18%. Падіння на 15% і більше може бути одним з діагностичних критеріїв БФН.

Висновки. Статичні навантаження з затримкою дихання ускладнюють вентиляцію легенів. Правильне тренування функції зовнішнього дихання є фактором підвищення спортивної працездатності.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У БІГУНІВ НА СЕРЕДНІ ДИСТАНЦІЇ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Коновал Степан

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц.О.Б. Кунинець
Науковий керівник - ст.викл. Н.В. Киван-Мультан

Актуальність. У процесі спортивних досягнень бігунів вирішальне значення мають функціональні зміни, які виникають в організмі у процесі тренування. Оцінка функціонального стану серцево-судинної системи має першочергове значення у зв'язку з великою роллю даної системи в адаптації організму до фізичних навантажень

Мета. Вивчити стан серцево-судинної системи у бігунів на середні дистанції.

Матеріали та методи. Досліджувались такі функціональні показники: як частота серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск систолічний (АТс) і артеріальний тиск діастолічний (АТд). На основі цих даних та віку досліджуваних розраховували пульсовий тиск (ПТ) та систолічний об'єм (СО),а також хвилинний об'єм крові (ХОК). Цифровий матеріал опрацьовано за допомогою методів математичної статистики. У дослідженні взяли участь 15 бігунів на середні дистанції, віком 18–23р., спортивною кваліфікацією І розряд – КМС. Дослідження проводилося в три етапи.

Результати. За даними дослідження спостерігається незначне зниження ЧСС 61_+1,4 уд. в передзмагальному періоді підготовки. Систолічний тиск (АТс) найнижчий у передзмагальному періоді 104,2_+1,7мм.рт.ст., а найвищий 114,3+_2,3 у підготовчому. Діастолічний тиск (АТд) найвищий у передзмагальному періоді 73,3_+2,3 а найнижчий у перехідному періоді 63,2_+3,7.Систолічний об'єм крові (СО) у передзмагальному періоді становив 48,5_+1,9 мл,в перехідному 59,7_+2,3.Хвилинний об'єм крові (ХОК) відповідно 3,4_+0,2 л та 4,2_+0,2 л. Середні показники систолічного артеріального тиску у стані спокою бігунів на середні дистанції становили 108,9 ± 2,3 мм.рт.ст., а діастолічного – 69,1 ± 2,4 мм.рт.ст., тобто знаходились в межах норми , СО – 55,5 ± 1,9 мл, а середні значення ХОК – 3,9 ± 0,2 л.

Висновки. Показники серцево-судинної системи бігунів на середні дистанції у стані спокою знаходились в межах норми. Зниження показників систолічного об'єму (СО - 48,5 ± 1,9) та хвилинного об'єму крові (ХОК - 3,4 ± 0,2) в передзмагальному періоді підготовки вказують на економізацію діяльності серцево-судинної системи. Пояснення таких змін може бути надмірне використання спеціальної бігової роботи з великою інтенсивністю легкоатлетами, які спеціалізуються в бігу на

середні дистанції перед змагальною діяльністю та недостатнє відновлення після багаторазового нашарування відповідних тренувань.

ВПЛИВ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ НА СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У СПОРТСМЕНІВ

Павлишин Дарина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичної культури та спортивної медицини
Завідувач кафедри - к. б. н., доц. О. Б. Кулинець
Науковий керівник - ст. вик. А.І.Хохла

Актуальність. У сучасному спортивному житті день спортивне харчування користується значною популярністю. Адже спортивне харчування допомагає запобігти нестачі поживних речовин в організмі та уникнути виснаження.

Окрім того спортивне харчування допомагає уникнути небажаних проблем з організмом і пришвидшує приріст м'язової маси. Більшість виробників переконує, що саме їх продукт містить органічний склад і тільки натуральні компоненти, але реальність нам показує, що проблем зі здоров'ям у спортсменів достатньо і особливо з зубами. Це спонукає до необхідності з'ясування причин виникнення цих проблем і в чому їх суть. Стоматологи часто діагностують у спортсменів карієс, різноманітні абсцеси, ерозію зубної емалі та запальні процеси слизової оболонки ротової порожнини. До того ж спортсмени не особливо слідкують за гігієною рота, що може бути також причиною ряду захворювань. Проте можна стверджувати про недостатню кількість інформації про те яку саме шкоду спортивне харчування може принести організму, у тому числі стану зубощелепної системи.

Мета. полягає у з'ясуванні впливу різних видів спортивного харчування за зубну емаль та тканини пародонту та ймовірність виникнення різноманітних патологій зубощелепної системи.

Матеріали та методи. В ході дослідження впливу спортивного харчування на стан зубощелепної системи опитано 50 спортсменів, які спеціалізуються у важкій атлетиці

Результати. У ході дослідження зафіксовано, що середній вік опитуваних студентів становив 18-20 років, а спортсменів 21-25 років. За даними анкетування нами встановлено, що найбільш популярним продуктом спортивного харчування серед спортсменів є креатин – 21,9% та амінокислоти – 20,9%. Дещо меншою популярністю користуються протеїнові коктейлі – 15,2, вітаміни або мінерали –

14,2%. Добавкам для суглобів надають перевагу 8,57% респондентів, а підвищувачам тестостерону та енергетикам – 6,6% відповідно. Найменш популярними є гейнери – 3,8% та жироспалювачі – 1,9%. Також серед респондентів були і ті які не вживають спортивного харчування – 70,8% опитуваних. При тому лише 8,9% опитуваних скаржились на запалення і почервоніння ясен, 11,7% – кровоточивість ясен, 12,7% – неприємний запах з рота і 5,8% – чутливість зубів.

Висновки. Встановлено, що у спортсменів, які вживають той чи інший вид спортивного харчування виявлено скарги на стан зубощелепної системи.

РІВНІ СВИНЦЮ ТА КАДМІЮ В КРОВІ ЖИТЕЛІВ ЛЬВІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Ряшко Валентин
Кафедра нормальної фізіології
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Завідувач кафедри - проф.О.С. Заячківська
Науковий керівник – ас. Н.В. Суходольська

Актуальність. В реаліях сучасної екологічної ситуації особливої уваги заслуговує проблема впливу на організм людини важких металів, які внаслідок високої токсичності, здатності до кумуляції та політропності характеру дії призводять до зниження адаптаційних резервів з подальшим розвитком віддалених і незворотних змін більшості систем організму.

Мета. Дослідження та аналіз рівнів свинцю та кадмію в крові жителів Львівського регіону.

Матеріали та методи. Досліджено вміст свинцю та кадмію в крові 40 чоловіків та 31 жінки, які проживали у Львівському регіоні та обрані за однорідністю соціального стану й відсутністю соматичних захворювань. Визначення концентрації металів проводились методом інверсійної вольтамперометрії.

Результати. Середній вміст свинцю в крові жінок становив 0,112□0,012 мг/л, що узгоджується із загальноприйнятими рівнями (до 0,2 мг/л), однак у 12,9 % жінок вміст металу перевищував цю межу та визначався в межах від 0,2 до 0,4 мг/л, що оцінюється як «металоносійство». У чоловіків вміст даного металу був вдвічі вищим порівняно з жінками і становив 0,238±0,026 мг/л, що узгоджується з рекомендаціями Американської конференції урядових промислових гігієністів (ACGIH) – до 0,3 мг/л. Проте у 17,5 % чоловіків виявлено

«носійство», а у 10,0 % проб крові вміст свинцю визначався у критичній концентрації (□0,4 мг/л).
Середня концентрація кадмію в досліджених пробах крові жінок становила 0,0083±0,0009 мг/л, що узгоджується із орієнтовними референтними рівнями кадмію у крові дорослого населення, однак у 1,7 раза перевищує рекомендації ACGIH (до 0,005 мг/л). У 19,3 % жінок вміст металу визначався в межах 0,005-0,01 мг/л, що оцінюється як рівень «настороженості», а у 16,1 % виявлено потенційно шкідливий рівень (□0,01 мг/л). У крові чоловіків рівень токсиканта також був вдвічі вищим порівняно з жінками і становив 0,0175±0,0014 мг/л, що перевищує максимальну межу нешкідливості в 1,75 раза й рекомендації ACGIH у 3,5 раза.
Висновки. При аналізі вмісту важких металів в крові практично здорових жителів Львівського регіону виявлено перевищення допустимих рівнів як свинцю, так і кадмію, що свідчить про ймовірність накопичення токсикантів в їх організмі та за відсутності профілактичних заходів й на фоні виснаження компенсаторних механізмів може призвести до розвитку патологічних станів

ОЦІНКА РУХОВИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ

Скробко Ігор-Андрій Олегович
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б.Кунинець
Науковий керівник - ст. викл. О.Б.Романюк

Актуальність. Складні умови, які відбуваються в усіх сферах нашого суспільства, ставлять високі вимоги до змін в області фізичної культури і спорту. Однією з актуальних проблем основ фізичної культури і спорту є рухові якості.
Аналіз літературних даних і результати проведених досліджень дозволяють визначити, що виконання професійних обов'язків потребує від медиків загальної витривалості, динамічної сили, швидкісної витривалості та багатьох інших якостей, що дозволяє вважати їх професійно важливими. Крім цього умови підвищеного нервово-емоційного збудження передбачають збільшення вимог до адаптаційних можливостей лікаря, його психічної стійкості та фізичної працездатності.

Мета. Визначення розвитку рухових якостей у студентів, які займаються у групі загальної фізичної підготовки, і у студентів, які займаються в секції плавання.

Матеріали та методи. Оцінка кожного тесту в обох групах проводилась в динаміці: на початку 1 курсу навчання і на початку II курсу, кожний студент виконував по 7 тестів, котрі характеризували показники витривалості, динамічної сили, швидкісної витривалості, спритності, гнучкості, сили, швидкості. Кожний тест був оцінений по п'ятибальній системі, а також були визначені середні показники кожного тесту в обох групах.

Результати. Порівняльний аналіз результатів виконання тестів серед чоловіків і жінок контрольної та експериментальної групи свідчить, що така важлива для спортсмена і для медика якість як витривалість була вищою в експериментальній групі, ніж в контрольній. Також серед показників динамічної сили був вищим в експериментальній групі. Швидкісна витривалість студентів контрольної групи та студентів-спортсменів була вища. Показник спритності має велике значення для спортсмена-плавця і серед чоловіків цієї групи він був вищим, ніж в контрольній. Такий показник як гнучкість для спортсмена великого значення не має, але в експериментальній групі він був вищим, ніж в контрольній. Середні показники сили різнилися в групах: більший показник був в експериментальній групі в порівнянні з середнім показником контрольної групи. Швидкість - одна із важливих і необхідних для спортсмена якостей і в експериментальній групі цей показник був достовірно вищий, ніж у контрольної групи.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що такі рухові якості як витривалість, спритність і швидкість - дуже важливі для спортсменів-плавців були краще розвинені у студентів експериментальної групи. Як показники сили і динамічної сили були вищими у студентів в експериментальній групі.

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК СТУДЕНТІВ

Струк Василь Вікторович
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б. Кунинець
Науковий керівник – ст. викл. А.О. Соломонко

Актуальність. Від того як людина почуває себе в соціумі, усвідомлює своє положення в суспільстві безпосередньо залежить виконання нею власних професійних обов'язків. Продуктивність праці колективу знаходиться в прямій залежності від фізичного, психічного та емоційного стану кожного окремого індивіду [1].

Сьогодні, в результаті стрімкого технічного прогресу, виникає певне протиріччя між природною потребою людини в русі та її фактичною фізичною активністю. В природі представник будь-якого виду, для підтримки власного життя повинен виконувати великий об'єм фізичної діяльності [2]. Стрімкий технічний прогрес, окрім полегшення життя людини, приніс низку проблем, які зокрема, торкнулись і молоді, що навчається у вищих навчальних закладах. Для студента успішність навчання – це основний кінцевий продукт діяльності студента, що формує його професійну компетентність.

Мета. Визначити об'єм рухової активності та дослідити залежність між руховим обсягом та показниками, що характеризують професійні якості.

Матеріали та методи. Завдання:

1. Встановити тижневий руховий обсяг студентів ІІ-го курсу ННМУ.
2.Визначити уподобання студентів щодо фізичної активності та встановити ступінь задоволення потреб у ній.
3. Встановити зв'язок між фізичною активністю та найбільш значущими показниками професійної компетенції студентів ЛНМУ.

Методи:

1. Анкетування.
2. Крокометрія (фітнес трекери "Xaomi").
3. Нейрохронометрія (онлайн тест простої рухової реакції).
4. Тестування («Тест на швидкість мислення», «КОТ» (Короткий орієнтовний тест))
5. Методи математичної статистики

Результати. Експеримент тривав протягом шести тижнів І-го семестру 2016-2017 навчального року. В експерименті брали участь 20 осіб, студенти ІІ-го курсу ЛНМУ медичного факультету.

З метою виявлення мотивів студентів до занять фізичною культурою, їх уподобань до видів спорту нами було проведено анонімне анкетування. Одержані результати засвідчили проблемне становище в студентському середовищі, щодо фізичної активності.

За результатами крокометрії, ми розподілили учасників на чотири групи згідно середньоденних показників[3]. Показники швидкості простої реакції в І та ІІ групах майже однакові, а найбільший показник виявився в групі IV з низьким обсягом рухової активності.

Середні показники оцінки швидкості мислення також показали значну різницю між I та III і IV групами.

Оцінка логічного мислення за тестом «КОТ» показала найкращі результати в групі III з помірною руховою активністю, незначну різницю показала група IV. Між I та II групами різниця виявилась незначною.

Висновки. 1. Тижневий обсяг рухової активності більшості студентів не відповідає фізіологічним потребам молоді.

2. Зміст занять з фізичного виховання не відповідає уподобанням студентів.

3. Між руховою активністю та відносними показниками майбутньої професійної компетенції (швидкістю реакції, оперативністю мислення в стресових ситуаціях) існує пряма залежність, однак показники уваги, пам'яті такої залежності не продемонстрували. Можна допустити, що між фізичною активністю та інтелектуальними здібностями зв'язок відсутній.

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕТОДУ ДИНАМОМЕТРІЇ І АКТУАЛЬНІСТЬ ЙОГО НОРМ

Ченчак Михайло
Заза Кристина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Завідувач кафедри - доц. О.Б. Кунинець
Науковий керівник - ас. З.Р. Леонт'єва, ст. викл. І.Б. Длугош

Актуальність. М'язова сила є одним з показників фізичного розвитку. М'язова сила кистей, виміряна ручним динамометром, показує загальний м'язовий тонус і, згідно з деякими дослідженнями, може припустити як довго Ви проживете.

Мета. Визначити показники м'язової сили кистей, силовий індекс, порівняти отримані дані з нормативними.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 78 студентів ЛНМУ ім. Данила Галицького, яких розділили на 4 групи: I та II – відповідно 25 чоловіків та 38 жінок, що не займаються професійними видами спорту; III та IV – 9 чоловіків та 6 жінок, що є членами спортивної секції атлетичних видів спорту. Вимірювання показників м'язової сили кистей проводилося за допомогою механічного динамометра ручного плоскопружинного ДРП-90 (у нормі середні показники сили робочої кисті для дорослих чоловіків складають 40-45 кг, для жінок – 30-35 кг) з

подальшим розрахунком силового індекса (відношення сили кисті до маси тіла; у нормі середній показник для дорослих чоловіків складає 60-70%, для жінок – 45-50% маси тіла).

Результати. Було встановлено, що з I групи у 20,0% чоловіків сила робочої кисті становила 40 кг і більше, що відповідає нормі; у 24,0% даний показник – від 30 до 39 кг; у 40,0% – від 20 до 29 кг; у 16,0% – від 10 до 19 кг. З III групи 100% чоловіків виконали норматив. Ніхто з жінок II групи не виконав норму; у 2,6% сила робочої кисті – від 20 до 29 кг; у 39,5% – від 10 до 19 кг; у 57,9% – 9 кг і менше. З IV групи 100% жінок виконали норматив.

Щодо силового індекса, то у I групі у 4,0% чоловіків він становив 65% маси тіла і більше, що відповідає нормі; у 40,0% даний показник – від 41 до 64%; у 56,0% – від 21 до 40%. З III групи у 55,5% чоловіків силовий індекс становив 65% маси тіла і більше; у 44,5% даний показник – від 41 до 64%. Ніхто з жінок II групи не виконав норму; у 7,9% силовий індекс – від 30 до 44% маси тіла; у 34,2% – від 15 до 29%; у 57,9% – 14% і менше. З IV групи у 66,7% жінок силовий індекс становив 45% маси тіла і більше, що відповідає нормі; у 33,3% даний показник – від 30 до 44%.

Висновки. Динамометрія кистей є легким, неінвазивним тестом для доволі точної оцінки загальної м'язової сили. Проте, слід звернути увагу на рівні встановлених нормативів, адаптувати їх до сучасного рівня фізичного розвитку людей, оскільки теперішні норми виконують в основному спортсмени. Також студентам з I та особливо II груп слід переглянути спосіб життя, оптимізувати рухову активність, силові тренування.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ПУЛЬСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ У СТУДЕНТІВ

Квасова Поліна
Кириченко Михайло
Харківський національний медичний університет
Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров’я
Завідувач кафедри - проф. А.Г. Істомін
Науковий керівник - доц. М.П. Кириченко

Актуальність. У значної кількості студентів у результаті стресових навантажень протягом навчального процесу спостерігається порушення механізмів саморегуляції окремих функціональних систем, котрі визначають нормальні фізіологічні показники. При тривалому впливу

стресових факторів формуються хронічні психосоматичні захворювання. За літературними данними більш ніж у 60% обстежених студентів відмічається порушення стану здоров'я, як на функціональному так і на соматичному рівні.

Мета. Аналіз впливу підсумкових контролей знань на здоров'я студентів та методи їх корекції та елімінації.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 120 студентів 2-4 курсів ХНМУ, серед них 43 – студенти, 77 – студентки. Попередньо проводилось анкетування для уточненння умовних груп факторів, що призводять до виникнення стресу. 84% усіх студентів вважали себе нестійкими до різноманітних навчальних стрес-факторів, при чому у цьому переважали студентки (87%). При порівнянні студентів 2, 3 та 4 курсів ця тенденція більше відмічалась на 4 курсі. 50% студентів було рекомендовано різні системи корекції (йога, фітнес, фітбол-гімнастика ін.) для підвищення стійкості до стресових ситуацій та елемінації несприятливих стрес-ситуацій.

Результати. Студенти, котрим проводилась коригуюча гімнастика демонстрували кращі результати у порівнянні зі студентами, не виконуючими стрес-лімітуючі вправи. Гарна стійкість до стресу – 69%, невизначена – 27%, погана – 4%, при чому кращу стійкість продемонстували студентки.

Висновки. 1. Ступінь вираженості клінічних проявів на вплив стрес-факторів визначається особливостями вищої нервової діяльності студентів, через це методи підвищення стійкості до стресу під час навчального процесу підбирається індивідуально.

2. Доцільно проводити ранню діагностику схильності до стресу студентів для їх екранізації та обмеження від стрес-впливів, що допоможе своєчасному та якісному виходу організму зі стрессового стану.

НОВІ ПОГЛЯДИ НА РЕГУЛЯЦІЮ ГОМЕОСТАЗУ: ПОТЕНЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ МІОКІНУ ІРИЗИНУ

Новоскольцев Артур
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра фізіології
Завідувач кафедри – доц. І. М.Карвацький
Науковий керівник – доц. І. М.Карвацький

Актуальність. Іризин – гормон пептидної природи, що синтезується в умовах фізичного навантаження в скелетних м’язах та належить до міокінів. Після фізичної активності у м’язах активується PGC-1α, який

стимулює експресію FNDC5 (FibronectintypeIIIdomaincontaining 5), що зазнає модифікації та виділяється у вигляді іризину в кров. Останні дані свідчать, що іризин грає важливе значення в регуляції гомеостазу.

Мета. Дослідити вплив міокіну іризину на метаболічний та енергетичний обмін.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося з аналізом 87 джерел, включаючи мета-аналізи та систематичні огляди науковометричної бази PubMed за період 2012-2017 рр.

Результати. Багато клінічних досліджень показують, що іризин здійснює позитивний вплив на перебіг цукрового діабету (ЦД) 2 типу, інсулінорезистентність, зменшує ознаки метаболічного синдрому, ожиріння. Це пояснюється тим, що іризин активує експресію генів, що регулюють MAP (Mitogen-activatedprotein). Іризин за допомогою MAP-кіназної активності сприяє процесам ліполізу білого жиру, або "browning" (спалювання жирів), з подальшим перетворенням білих адипоцитів у бурі, збільшуючи енергетичний потенціал клітини та зменшуючи вміст жиру. Було показано, що зниження іризину позитивно корелює з резистентністю до інсуліну та ожирінням. LiuJJetal. повідомляє, що рівень іризину у сироватці крові значно нижчий у хворих з ЦД 2 типу, ніж у здорових людей (хворі з діабетом 204 ± 72 нг/мл в порівнянні з контрольною групою 257 ± 24 нг / мл, p <0,0001). У людей, що не страждають ЦД 2 типу, рівень іризину позитивно корелює з віком, індексом маси тіла (ІМТ), загальним холестерином, рівнем глюкози, діастолічним артеріальним тиском. Нижчий рівень іризину спостерігався у осіб з первинно виявленим ЦД 2 типу на тлі нормальної толерантності до глюкози. Moreno-Navarreteetal. підтвердили зниження циркуляції іризину та експресії FNDC5 у жировій тканині та м'язах хворих на ЦД 2 типу та ожиріння за рахунок зменшеної кількості бурих адипоцитів. Також зменшення іризину змінює ліпідний профіль, а саме збільшення загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) та триацилгліцеридів на тлі зменшення ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ). Було показано, що іризин має гіпохолестеринемічну дію, яка обумовлена активацією 5'АМФ-активованої протеїнкінази (АМРК) та пригніченням sterolregulatoryelement-bindingtranscriptionfactor 2 (SREBP2).

Висновки. Дослідження вказують на важливе значення іризину у регулюванні метаболічних процесів. В перспективі зниження рівня іризину може бути використано в якості раннього маркеру ЦД 2 типу та метаболічного синдрому. Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення терапевтичних можливостей іризину з метою застосування в клінічній практиці.

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Аудиторія кафедри патологічної анатомії та судової медицини
Четвер, 27.04.2016р., 14:00

Наукова рада – проф. Ю. О. Поспішіль , проф. Л. І. Волос, доц. В. І. Вовк, доц. Н. В. Пороховська , доц. О. М. Угрин , ас. О. В. Садляк

Головуючі – Глуховська Соломія, Волошин Мар'яна

ІДІОПАТИЧНА ЛЕГЕНЕВА ГІПЕРТЕНЗІЯ (ІЛГ) : АНАЛІЗ ВИПАДКІВ

Глуховська Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. Ю. І. Кузик

Актуальність. Ідіопатична легенева гіпертензія (ІЛГ) – це спорадичне захворювання без сімейного анамнезу та відомого тригерного фактору. Із групи легеневої артеріальної гіпертензії ІЛГ зустрічається найчастіше (6 на 1 млн. чоловік – 39,2 %). За даними американського реєстру (An American registry supported by the National Institute of Health (NIH)) середній вік пацієнтів з ІЛГ складав 36 ± 15 років.
Мета. Патологоанатомічний аналіз випадків ІЛГ із визначенням статево-вікових особливостей, клініко-морфологічних змін , супутніх захворювань та основних причин смерті.
Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів восьми протоколів розтинів померлих з ІЛГ на базі Львівського обласного патологоанатомічного бюро за 2004-2014 рр.
Результати. Серед померлих переважали жінки , а саме, 5 випадків з 8, чоловіків було 3. Слід зазначити , що двоє жінок із п'яти померли в ранньому післяпологовому періоді після операції кесаревого розтину. Середній вік померлих становив 35 ± 15 років.Серед морфологічних змін у судинній стінці найчастіше спостерігається концентричний ламінарний фіброз інтими в м'язових артеріях (клас 3) або перевага плексиформних та ангіоматозних змін з неспецифічним легеневим гемосидерозом (клас 5). У більшості випадків (75 %) було виявлено тромбоз гілок легеневої артерії, гіпертрофію стінки правого шлуночка , яка ускладнювалася дилатацією порожнин серця, венозним

повнокрів'ям і дистрофічними змінами внутрішніх органів.До смерті хворих призвів набряк легень та головного мозку , зумовлений декомпенсацією легеневого серця.

Висновки. Отже, жінки хворіють та вмирають від ІЛГ частіше, ніж чоловіки. Важливим фактором ризику є вагітність. Серед шести морфологічних класів ураження судин переважають 3-й та 5-й класи, тобто концентричний ламінарний фіброз інтими в м'язових артеріях, який поступово переходить у склероз. Незважаючи на те, що ІЛГ рідко зустрічається, вона залишається важкою судинною патологією, що вимагає вчасної діагностика та лікування.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗІЙ І КАРЦИНОМИ ШИЙКИ МАТКИ

Волошин Мар'яна
Мірошнікова Софія
Суран Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - проф. Л. І. Волос

Актуальність. За останні десятиріччя у більшості країн світу, в тому числі й в Україні реєструється значне збільшення цервікальної патології, включаючи рак шийки матки та дисплазії різних ступенів. Морфологічне відокремлення цих станів вкрай актуальне, оскільки обумовлює різний лікувальний підхід.

Мета. Установити основні морфологічні відмінності дисплазій та карциноми шийки матки для оптимізації диференційного діагнозу та прогнозу.

Матеріали та методи. Проведено морфологічне дослідження тканини новоутворів шийки матки жінок віком до 35 років за допомогою загальногістологічних методів. Сім спостережень склали дисплазії різного ступеня важкості, 2 спостереження - карциноми.

Результати. Аналіз результатів гістологічного дослідження показав, що дисплазії (CIN) легкого ступеня (CIN1) - 3 спостереження та помірного (CINII) – 2 спостереження характеризувалися порушенням дозрівання та диференціювання клітин багатошарового плоского епітелію, з явищами дискератозу, гіперхромією ядер, порушенням ядерно-цитоплазматичного співвідношення, що охоплювало 1/3-1/2 товщини

епітелію, відповідно. При дисплазії легкого та помірного ступеня у верхніх шарах епітелію наявні койлоцити з різним ступенем ураження ядра і перинуклеарною вакуолізацією, що є характерним для папіломавірусної інфекції. Ядра окремих койлоцитів містили базофільні тільця - кристалічні оболонки вірусних частинок. При дисплазії тяжкого ступеня (CIN-III) – 2 спостереження вищезазначені зміни, за виключенням койлоцитів, охоплювали майже весь епітеліальний шар з втратою комплексності та полярності, різким зростанням мітотичної активності клітин. При карциномі (2 спостереження) епітелій в більшості випадків був потовщений, з повною втратою стратифікації шарів, вираженим поліморфізмом клітин та їхніх ядер, вогнищами дискератозу, значною кількістю патологічних мітозів. На відміну від дисплазій, при карциномі відзначена виражена інфільтрація строми лімфо-гістіоцитарними елементами, переривчастість або відсутність на окремих ділянках базальної мембрани, наявність пухлинних клітин в просвіті судин. Особливою формою інвазивних раків є мікроінвазивні форми, діагностика та диференційна діагностика яких викликає значні труднощі.

Висновки. Дослідження показало, що основною морфологічною ознакою дисплазії шийки матки є втрата стратифікації та вертикальної анізоморфності багатошарового плоского епітелію за рахунок тотальної базальноклітинної гіперактивності при збереженій базальній мембрані. Відмінною ознакою інвазивних раків є проникнення пухлинної тканини за межі базальної мембрани, а при карциномах insitu базальна мембрана не зазнає певних змін. Для виключення інвазії застосовують імуногістохімічне дослідження на виявлення компонентів базальної мембрани та експресію панцитокератинів .

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ МЕЛАНОМ ШКІРИ

Іванейко Назарій
Кравчинський Богдан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної фізіології
Завідувач кафедри - проф. М. С. Регеда
Науковий керівник - доц. Н. В. Пороховська

Актуальність. Меланокарцинома є досить важким захворюванням. Вона має поліетіологічний характер розвитку, який рідко є

передбачуваним, часто агресивним. Існують певні труднощі її діагностики на ранніх стадіях розвитку, через недостатні знання її перших проявів, та труднощі лікування уже на пізніх, часто запущених, стадіях. Меланома активно метастазує і має високу летальність.

Мета. Ознайомитися із сучасними причинами походження меланом та методами їх діагностики та лікування.

Матеріали та методи. Вітчизняні та іноземні наукові джерела із сучасними даними про патогенез та етіологію меланом, а також проаналізовано та узагальнено різні класифікації меланокарцином (за стадіями, ABCDE-ознаки, EFG-ознаки, класифікація A. Breslow).

Результати. Меланома – це різновид раку шкіри, який розвивається з епідермальних меланоцитів в здоровій шкірі або пігментних невусів. В структурі онкологічної захворюваності меланома займає друге місце серед злоякісних новоутворень у жінок після раку шийки матки. Найчастіше (90%) локалізується на шкірі. Меланома частіше зустрічається на відкритих ділянках тіла, які піддаються дії сонячних променів. При цьому у жінок частіше локалізується на шкірі нижніх кінцівок, а у чоловіків – на тулубі. Інколи меланома може розвинутися і на інших ділянках тіла: сітківка ока, слизові оболонки, анус і піхва. Меланома може розвинутися у будь-якому віці, але найчастіше у віці 30-45 років. Також сучасними дослідження доведено, що однією із причин розвитку меланом є вірус папіломи людини. Було встановлено, що він виступає у ролі кофактора і може стимулювати більш злоякісний перебіг захворювання. У 80-90% хворих пухлина є на І-й стадії свого розвитку (локалізована). Близько 60% меланом мають мутації в гені BRAF. Пухлини характеризуються активним і раннім метастазуванням. Тому діагностика меланоми на початкових стадіях має дуже важливе значення і суттєво збільшує шанси хворого на виздоровлення. Лікування меланоми включає в себе такі методи як радіохірургія КіберНіж, Гамма-Ніж, променева терапія Лінейним прискорювачом (бажано з функцією IMRT), хірургічний метод та хіміотерапія за допомогою цитостатиків та інгібіторів BRAF-генів.

Висновки. Меланома є однією з найзлоякісніших пухлин в організмі людини і може розвинутися у будь-якому віці. Прогноз залежить від глибини інфільтраційного росту пухлини. Вчасна діагностика і радикальне лікування поверхневих меланом забезпечує 5-річне та 10-річне виживання у 95% хворих.

СИНДРОМ МУЛЬТИОРГАННОЇ ДИСФУНКЦІЇ: КЛІНІКО – МОРФОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ

Гуменецька Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. І. В. Грицина

Актуальність. Синдром мультиорганної недостатності (СМОД) є провідною причиною смерті у більшості важких хворих, смертність від якого сягає 27-100% в залежності від кількості уражених органів. На даний момент механізм розвитку СМОД при соматичній патології вивчений недостатньо.

Мета. Виявити кореляцію між клінічними та морфологічними проявами органної дисфункції, а також швидкість та послідовність виникнення ознак СМОД.

Матеріали та методи. Були опрацьовано дані 557 автопсійних досліджень тіл померлих внаслідок різноманітних захворювань, 70 випадків (12,5%) з яких маніфестували СМОД. Було порівняно клінічні та морфологічні прояви органної недостатності.

Результати. З'ясовано, що СМОД розвинувся як ускладнення цирозу печінки у 18,5%, інфаркту міокарда у 10%, жовчекам'яної хвороби – у 8,5%, злоякісних пухлин – у 8,5% , панкреатит - 8,5% та інших соматичних захворювань - 46%.У 60% випадків СМОД розвинувся у чоловіків і в 40% - у жінок у віці від 47 до 56 років, у 13,3% - від 57 до 66 років – у 10,5% і від 67 до 76 років – у 9,1%.Мультиорганна дисфункція проявилася поєднаннями: ниркової недостатності (НН) та геморагічної гастропатії (ГГ) у 24%, ниркової та печінкової недостатностей (ПН) – у 23%, ниркової, печінкової недостатностей та гастропатії – у 14% .Ознаки СМОД почали розвиватися на 5-6 день захворювання. Тривалість життя пацієнтів від перших проявів СМОД становила: 1-3 дні 36%, 4-9 дні – 31%, 10 -18 днів – 31%, після 18 днів – 18%.Гостра НН розвинулася у 81.4% і діагностувалася при рівні креатиніну від 0,102 до 0,498 мМ/л.Головною морфологічною ознакою гострої НН став некроз епітелію звивистих канальців. Гостра ПН маніфестувала гіпербілірубінемією від 10,6-96 мМ/л та високим рівнем АЛТ: від 15,3 до 327,1 і АСТ від 19,4 до 333,5, що морфологічно проявилося центролобулярними некрозами гапатоцитів у 60%. У 40% було діагностовано геморагічну гастро- та ентеропатію з множинними ерозіями, гострими виразками та крововиливами у слизовій шлунка та дванадцятипалої кишки, що призвело до кровотечі різного ступеня вираженості з розвитком анемії: гемоглобін 56-114г/л, еротрицити 2-3,6

х 1012. У 17% випадків остання стала безпосередньою причиною смерті.

Висновки. Мультиорганна дисфункція може розвинутися у фіналі будь-якого соматичного захворювання із важким перебігом. Найвразливішою категорією є чоловіки (60%) у віці від 47 до 66 років(23,8%).Найчастішим проявом пізнього СМОД є гостра НН у поєднанні із ерозивною гастропатією (24%), ПН (23%) та поєднанням ниркової та печінкової недостатностей із гастропатією (14%).Морфологічним проявом ниркової недостатності є гострий тубулонекроз, поширеність якого корилює із показниками креатиніну. Морфологічним проявом печінкової недостатності є центролобулярні некрози гапатоцитів, що співпадає із показниками білірубіну і трансфераз. Морфологічним проявом гастро- та ентеропатії є гострі ерозії, виразки слизової шлунка та дванадцятипалої кишки.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЦИТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МАТЕРІАЛУ ТОНКОГОЛКОВОЇ АСПІРАЦІЙНОЇ ПУНКЦІЙНОЇ БІОПСІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, ПРОВЕДЕНОЇ В ОКРЕМИХ КЛІНІКАХ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2016 РОЦІ

Антонів Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. В. І. Вовк

Актуальність. Тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія щитоподібної залози є важливим діагностичним методом, який широко використовують у сучасній терапевтичній та хірургічній ендокринології. В Україні цей метод діагностики з різних причин застосовують не в повному об’ємі.

Мета. Проаналізувати використання методу цитологічної діагностики захворювань щитоподібної залози в окремих клініках Львівської області.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів 102 цитологічних досліджень тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії щитоподібної залози, які були виконані хворим у Львівській обласній клінічній лікарні, Львівській клінічній лікарні на залізничному транспорті та у Військовому медичному клінічному центрі Західного регіону у 2016 році.

Результати. Серед 102 випадків проведених цитологічних досліджень захворювань щитоподібної залози виявлено, що дослідження було виконано 14 чоловікам (13,7 %) та 84 жінкам (82,3 %), у чотирьох випадках вік чи стать пацієнтів не були вказані. У досліджуваній групі пацієнтів співвідношення числа чоловіків до числа жінок дорівнювало 1:6. Середній вік чоловіків складав 51,2 роки, жінок – 44,3 років. Серед усіх випадків проведених цитологічних досліджень були зроблені такі висновки: фолікулярна аденома – два випадки (2 %), фолікулярна аденома або гіперпластичний колоїдний вузол без додаткового уточнення – 14 випадків (13,7 %), багатовузловий зоб – сім випадків (6,8 %), фолікулярна аденома чи гіперпластичний колоїдний вузол з кістою - 27 випадків (26,5 %), автоімунний тироїдит Хашімото – один випадок (1 %), поєднання фолікулярної аденоми чи гіперпластичного колоїдного вузла з автоімунним тироїдитом Хашімото - 14 випадків (13,7 %), підозра на карциному з оксифільних клітин – один випадок (1 %), папілярний рак – два випадки (2 %), підозра на папілярний рак – 10 випадків (9,8 %), неходжкінська великоклітинна лімфома - один випадок (1 %). У 23 випадках (22,5 %) надісланий на цитологічне дослідження матеріал був мало інформативний. У всіх проаналізованих випадках цитологічне дослідження було проведене коректно з використанням відповідних діагностичних критеріїв. В цей же час слід зауважити, що результати проведених цитологічних досліджень не були представлені згідно з міжнародними рекомендаціями, які широко використовуються сьогодні у більшості країн світу (BethesdaSystemforReportingThyroidCytopathology).

Висновки. Тонкоголкова аспіраційна пункційна біопсія щитоподібної залози з подальшим цитологічним дослідженням біопсійного матеріалу використовується у Львівській області коректно, дозволяє діагностувати широкий спектр тироїдної патології. З метою ефективнішого використання цього діагностичного методу його слід застосовувати у медичній практиці ширше та згідно з міжнародними стандартами.

ПЕРЕСАДКА СТОВБУРОВИХ КРОВОТВОРНИХ КЛІТИН ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ АВТОІМУННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Козак Володимир
Смалиус Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної фізіології

Завідувач кафедри - проф. М. С. Регеда
Науковий керівник - доц. О. М. Угрин

Актуальність. В структурі захворювань сучасного людства стрімко зростає питома вага автоімунних патологій, лікування яких симптоматичне та малоефективне. Тому великі надії покладають на нові методи, що мають патогенетичне спрямування дії. Одним з таких методів є пересадка стовбурових кровотворних клітин (ПСКК).
Мета. Дослідити ефективність застосування методу пересадки стовбурових кровотворних клітин для лікування автоімунних недуг.
Матеріали та методи. Робота ґрунтується на аналізі 20 наукових робіт та результатів, опублікованих Міжнародним центром досліджень трансплантації крові та кісткового мозку, присвячених проблемі застосування ПСКК при патології кровотворної та імунної систем.
Результати. Проведений огляд літератури показав, що кожного року у світі проводиться близько 50 000 операцій ПСКК (за даними WorldWideNetworkofBloodandMarrowTransplantation) і це число зростає на 10-20 % щорічно. Сьогодні ПСКК застосовується для лікування більше 70 захворювань, значну частину яких займають автоімунні порушення. До них належать: різні форми розсіяного склерозу, системний червоний вовчак, системний склероз, ревматичні захворювання, амілоїдоз та інші. Зокрема, дослідження ефективності лікування розсіяного склерозу за допомогою методу ПСКК, проведене у 281 пацієнта, показало, що у 46% хворих ознаки прогресування захворювання були відсутні впродовж 5-ти років після операції . Найкращих результатів вдалося досягнути у пацієнтів з ремітуючо-рецидивуючою формою розсіяного склерозу, де у 82% людей захворювання не прогресувало протягом 3-ох років, у 78% досліджуваних впродовж 4-ох та у 73% хворих впродовж 5-ти років. При цьому загальний відсоток пацієнтів, що вижили після трансплантації, склав 93 % через 5 років і 84% через 10 років. При застосуванні ПСКК для лікування 55 хворих на системний червоний вовчак, у 42-ох з них вдалося попередити розвиток серцевих ускладнень. З 421 хворого на амілоїдоз, яким було проведено пересадку стовбурових кровотворних клітин, у 43 % досліджуваних вдалося досягнути повної гематологічної відповіді. У 78 % з цих людей спостерігалось поліпшення функціонування уражених органів. Середня тривалість життя хворих після операції склала 13 років, з яких протягом 8-ми років у більшості пацієнтів були відсутні ознаки прогресування захворювання.
Висновки. Отримані результати дають підстави вважати пересадку стовбурових кровотворних клітин ефективним та перспективним

методом лікування автоімунних захворювань. Головним завданням досліджень є удосконалення методу для зниження частоти розвитку ускладнень.

СТРУКТУРА ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК СЕРЕД ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТИРОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2016 РОЦІ

Зубович Роксоляна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. В. І. Вовк

Актуальність. Тироїдна патологія частіше розвивається у жінок у порівнянні з чоловіками. Вивчення асоційованих зі статтю патогенетичних та морфологічних особливостей захворювань щитоподібної залози має важливе теоретичне та практичне значення.
Мета. Визначити структуру та морфологічні особливості захворювань щитоподібної залози у чоловіків та жінок серед оперованих з приводу тироїдної патології у Львівській області у 2016 році.
Матеріали та методи. Проведено аналіз патогістологічних досліджень операційного матеріалу 331 хворого, які були оперовані з приводу захворювань щитоподібної залози у Львівській обласній клінічній лікарні та Військовому медичному клінічному центрі Західного регіону у 2016 році.
Результати. Серед загального числа хворих, яким було проведено патогістологічне дослідження операційного матеріалу щитоподібної залози, було 55 чоловіків (16,6 %, середній вік 50 років) та 276 жінок (83,4 %, середній вік 45 років). Багатовузловий нетоксичний зоб було виявлено у 155 пацієнтів: у 19 чоловіків (12,3 %, середній вік 54 роки) та 136 жінок (87,7 %, середній вік 49 років). Автоімунний тироїдит Хашімото виявлено тільки у 20 жінок (100%, середній вік 44 роки). Фокальний тироїдит виявлено тільки у 24 жінок (100%, середній вік 49 років). Фолікулярну аденому виявлено у 146 пацієнтів: у 31 чоловіка (21,2 %, середній вік 49 років) та 115 жінок (78,7 %, середній вік 39 років). Злоякісні пухлини щитоподібної залози виявлено у 74 пацієнтів (22,4 %): з них у 16 чоловіків (21,6 %, середній вік 50 років) та 58 жінок (78,4 %, середній вік 51 рік). Папілярний рак виявлено у 63 пацієнтів: у

16 чоловіків (25,4 %, середній вік 50 років) та 47 жінок (74,6 %, середній вік 45 років). Тільки у жінок було виявлено дифузний нетоксичний зоб, автоімунний тироїдит Хашімото, фокальний тироїдит, підгострий тироїдит де Кервена, фолікулярний, медулярний та плоскоклітинний раки і неходжкінську лімфому, метастаз раку молочної залози. Зокрема, автоімунний тироїдит Хашімото виявлено у 20 жінок (100%, середній вік 44 роки) і фокальний тироїдит - у 24 жінок (100%, середній вік 49 років).

Висновки. Серед пацієнтів, оперованих з приводу тироїдної патології у Львівській області у 2016 році, всі захворювання щитоподібної залози зустрічались частіше у жінок у порівнянні з чоловіками, ряд захворювань, зокрема тироїдит Хашімото, фокальний тироїдит, підгострий тироїдит де Кервена та окремі форми злоякісних пухлин, виявлено виключно у жінок.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТИРОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ ТА ВІЙСЬКОВОМУ МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ ЗАХІДНОГО РЕГІОНУ У 2016 РОЦІ

Беляк Андріана
Златів Анастасія
Вальчак Дарія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. В. І. Вовк

Актуальність. Захворювання щитоподібної залози у значній мірі обумовлені впливом на організм людини факторів зовнішнього середовища, тому вивчення особливостей тироїдної патології у різних географічних регіонах має важливе теоретичне і практичне значення.

Мета. Визначити патоморфологічні особливості захворювань щитоподібної залози у хворих, оперованих з приводу тироїдної патології у Львівській області у 2016 році.

Матеріали та методи. Проведено аналіз патогістологічних досліджень операційного матеріалу 338 хворих, які були оперовані з приводу захворювань щитоподібної залози у Львівській обласній клінічній лікарні та Військовому медичному клінічному центрі Західного регіону у 2016 році.

Результати. Серед 338 хворих, яким було проведено патогістологічне дослідження операційного матеріалу щитоподібної залози, було 55 чоловіків та 276 жінок (співвідношення числа чоловіків до числа жінок 1:5), у 7 випадках стать пацієнтів не була вказана. Серед загального числа оперованих пацієнтів дифузний нетоксичний зоб виявлено в одного пацієнта (0,3 %), багатовузловий нетоксичний зоб - у 146 пацієнтів (43,2 %), багатовузловий токсичний зоб - у трьох пацієнтів (0,9 %), автоімунний тироїдит Хашімото - у 18 пацієнтів (5,3 %), фокальний тироїдит - у 19 пацієнтів (5,6 %), підгострий тироїдит де Кервена - у двох пацієнтів (0,6 %), фолікулярну аденому - у 129 пацієнтів (38,2 %), трабекулярну аденому - у 10 пацієнтів (3,0 %), аденому із оксифільних клітин - у чотирьох пацієнтів (1,2 %), атипову аденому - у п'яти пацієнтів (1,5 %), злоякісні пухлини - у 70 пацієнтів (20,7 %). Серед 70 випадків злоякісних пухлин виявлено: папілярний рак - у 63 пацієнтів (90,0 %), фолікулярний рак - у двох пацієнтів (2,9 %), недиференційований рак – в одного пацієнта (1,4 %), медулярний рак - у двох пацієнтів (2,9 %), плоскоклітинний рак – в одного пацієнта (1,4 %), неходжкінську лімфому – в одного пацієнта (1,4 %). У 55 із 338 пацієнтів (16,3 %) виявили одночасно декілька захворювань щитоподібної залози, найчастіше зустрічались поєднання багатовузлового нетоксичного зобу з фокальним тироїдитом, та папілярного раку з автоімунним тироїдитом Хашімото.

Висновки. У пацієнтів, оперованих з приводу тироїдної патології, найчастіше виявляли багатовузловий нетоксичний зоб, фолікулярну аденому, автоімунний тироїдит Хашімото та фокальний тироїдит і злоякісні пухлини, у структурі яких переважав папілярний рак. Частими були випадки поєднання декількох захворювань щитоподібної залози в одного пацієнта.

НЕЙРОБЛАСТОМА У ДІТЕЙ, ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДІАГНОСТИКА ТА ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Кравчинський Богдан
Іванейко Назарій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної фізіології
Завідувач кафедри - проф. М. С. Регеда
Науковий керівник - доц. Н. В. Пороховська

Актуальність. Нейробластома в даний час залишається «проблемною» пухлиною в дитячій онкології. Вона є найбільш частою серед екстракраніальних солідних пухлин і її біологічна поведінка непередбачувана (спонтанна регресія, дозрівання в гангліоневрит, схильність до агресивної розвитку).
Мета. З'ясувати походження та особливості патогенезу нейробластом, порівняти переваги і перспективи різних методів їх лікування.
Матеріали та методи. Вітчизняні та іноземні статті і публікації. На різних етапах дослідження і при вирішенні окремих завдань застосовувався широкий спектр методів збору фактичного матеріалу і його обробки.
Результати. Нейробластома одна з найпоширеніших злоякісних пухлин, які зустрічаються в дитячому віці. Нейробласти - недозрілі клітини нервової системи стають місцем, де зароджується нейробластома. При нормальному розвитку вони згодом стають волокнами нервів і клітинами надниркових залоз. До моменту народження залишається зовсім мало недозрілих клітин, з яких внаслідок мутації може сформуватися пухлина. Єдиним підтвердженим фактором, який достовірно впливає на ризик розвитку пухлини, є спадковість. Однак ризик розвитку пухлини навіть при наявності захворювання у членів сім'ї не більше 1-2%.
Пік захворюваності припадає на перший рік життя, підвищений ризик зберігається до 2 років, а в подальшому з кожним роком захворюваність знижується. Неоплазми розвиваються з симпатичних гангліїв. Розрізняють три типи пухлин, що відрізняються один від одного ступенем диференціації (нейробластома, гангліоневрома, гангліонейробластома).
Основними методами терапії пацієнтів з нейробластомою залишаються хірургічна операція і поліхіміотерапія. Якщо після такого комбінованого підходу до видалення пухлини залишаються активні ракові клітини, то проводять променеве опромінювання ураженої ділянки.
Висновки. Нейробластома є однією з найагресивніших пухлин дитячого віку. Незважаючи на нові методи лікування, виживання пацієнтів залишається на низькому рівні.

ЧАСТОТА ПРИРОДЖЕНИХ ВАД СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ТАНАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ

Кухарик Ольга

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. С. А. Томашова

Актуальність. Вади сечовидільної системи є частою патологією у дітей, що характеризується розмаїттям морфологічних форм і різною клінічною значимістю.
Мета. З'ясувати частоту, клініко-морфологічні особливості та танатогенетичне значення природжених вад сечовидільної системи.
Матеріали та методи. Проведено клініко-патологоанатомічний аналіз 2870 летальних випадків у Дитячій патологоанатомічній лабораторії Львівського обласного патологоанатомічного бюро протягом 2007 – 2016 років.
Результати. Різноманітні вади розвитку сечовидільної системи діагностовано у 92 випадках автопсій, що становить 3,2%. Найчастіше вони зустрічалися в контексті множинних природжених вад – 62 випадки (67,4 % випадків з вадами); рідше - ізольованих – 15 випадків або компонентом різних генетичних синдромів – 15 випадків (по 16,3 % випадків). У випадках множинних вад вони поєднувались із вадами розвитку серцево-судинної, дихальної та кістково-суглобової систем. Серед генетичних синдромів діагностовано синдром Поттера(10 випадків), синдром Едвардса (4 випадки), синдром Арнольда-Кіарі (1 випадок). Серед вад розвитку сечовидільної системи найчастіше виявляли: агенезія нирки - 30 випадків (з яких 12 – двох), гіпоплазія - 18, гідронефроз – 12 (9 – двобічний), полікистоз нирок – 13, підковоподібна нирка – 10, кистозна дисплазія – 10. Інші вади: подвоєна нирка, пієлоектазії, мегауретер, атрезія уретри зустрічалися рідко.Знайдена патологія у більшості випадків (84 – 91,3%), трактувалась як основне захворювання або ж його компонентом, і лише у 8 випадках (8,7%) вона фігурувала як супутнє захворювання і не мала впливу на танатогенез.Агенезія нирки часто є самостійною патологією або зустрічається із кистозною дисплазією, гіпоплазією, полікистозом іншої нирки, агенезією та гіпоплазією сечоводу і сечового міхура. Гіпоплазія нирок також у більшості випадків не поєднується із іншими вадами сечовидільної системи або зустрічається із полікістозом та агенезією сечоводу і сечового міхура.
Висновки. Вроджені вади розвитку сечовидільної системи займають значне місце у структурі всіх вад розвитку дітей. Більшість входить у комплекс множинних вроджених вад. Найбільше танатогенетичне значення мають великі вади розвитку нирок – агенезія, гіпоплазія чи

полікистоз, які супроводжуються нирковою недостатністю, а тому є основною причиною смерті пацієнтів, малі вади сечовидільної системи зустрічаються як супутні захворювання.

ВИБРАНІ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ТА ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ

Бульбах Ліліана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. М. І. Серветник

Актуальність. Серед патологічних станів жіночих статевих органів найбільше поширення мають захворювання шийки матки. Рак шийки матки (РШМ) за частотою займає одне з перших місць серед злоякісних пухлин жіночих статевих органів. Передують йому захворювання, які є патологічним тлом, на якому виникає злоякісний процес. Зважаючи на це,рання діагностика патології шийки матки є важливою для попередження нових випадків захворювань на рак цієї локалізації, зменшення кількості задавнених випадків раку та відновлення працездатності хворих.

Мета. Дослідження вибраних патологій шийки матки, діагностованих за допомогою біопсії; вивчення їх патогенезу, основних морфологічних та клінічних проявів, а також визначення патології, яка найчастіше вражає шийку матки у жінок і може зумовлювати розвиток раку.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого з шийки матки, за період 2015-2017 рр. Загальна кількість проаналізованих випадків -184. З отриманих тканинних фрагментів екзо- та ендоцервіксу, після фіксації у 10% формаліні, проведення через спирти висхідної концентрації та зневоднення, виготовлялись гістологічні препарати, які фарбувались гематоксиліном та еозином.

Результати. Внаслідок проведеного вивчення та аналізу досліджуваного матеріалу встановлено, що найчастішим патологічним процесом у шийці матки (ШМ), діагностованим за допомогою біопсійного методу, є ендоцервікоз (Е) (88 випадків). Середній вік пацієнток у даній групі складав 20-30 років. Ендоцервікоз характеризується появою вогнищ (ектопією) призматичного епітелію цервікального типу на поверхні слизової оболонки вагінальної частини

шийки матки, а в її товщі – залозистих структур, вистелених епітелієм шийкового типу. У 49,7% випадків було діагностовано залозистий ендоцервікоз, у 22%- залозисто-папілярний варіант захворювання. Друга за частотою діагностована патологія– залозисто-фіброзні поліпи ендоцервіксу,основою для розвитку яких є хронічне продуктивне запалення(25,3% випадків у жінок вікової групи 30-59р). Кондиломатозна трансформація спостерігалась у 9% випадків серед жінок віком 20-38 років. У 15% випадків виявлено прояви хронічного ендоцервіциту (ХЕ), типовими етіологічними факторами якого вважаються хламідії, мікоплазми, гонококи та вірус герпесу. ХЕ виявлявся у пацієнток віком від 25 до 42 та клінічно проявлявся наявністю нехарактерних слизових, гнійних або рідких виділень із статевих шляхів, які можуть бути як великими, так і незначними за кількістю, а також тупими тягнучими болями внизу живота і в попереку. У 18,2% спостережень було діагностовано цервікальну інтраепітеліальну неоплазію (ЦІН). Середній вік пацієнток з даною патологією складав 20-45 років.12% складали випадки ЦІН І, 5% – ЦІН ІІ, 1,2%- ЦІН ІІІ, виникнення яких пов’язане з наявністю папілома-вірусної інфекції (HPV), а саме HPV – 16 типу.

Висновки. Результати досліджень свідчать, що серед запальних та проліферативних захворювань шийки матки найчастіше зустрічається ендоцервікоз (у 88 випадків зі 184 досліжених), який можна вважати передраковим процесом.

ВИЯВЛЕННЯ ХОЛАНГІТУ В РІЗНІ ТЕРМІНИ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Мельник Зоряна
Секунда Максим
Покотило Зоряна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної фізіології
Завідувач кафедри – проф. М.С. Регеда
Науковий керівник – доц. Б.М. Вервега

Актуальність. Поєднання гострого панкреатиту із запальним ураженням жовчних протоків свідчить про їхній тісний патогенетичний зв’язок. Інфекція у жовчних протоках розглядається як етіологічний фактор виникнення гострого біліарного панкреатиту (ГБП). Важкість перебігу гострого запалення підшлункової залози, викликаного інфікованою жовчю, залежить від виду патогенних мікроорганізмів.

Мета. Виявити частоту холангіту та ідентифікувати мікрофлору жовчі в різні терміни ГБП.

Матеріали та методи. Обстежено 132 хворих на ГБП. Першу групу склали 40,9 % пацієнтів, госпіталізованих у ранні терміни (до 48 годин від початку захворювання). У 59,1 % хворих другої групи мікробіологічне дослідження жовчі проводили в терміни понад 48 годин від моменту приступу за умов наростання ознак протокової гіпертензії. Діагностика холангіту базувалась на результатах клініко-лабораторних методів дослідження, ультрасонографії, рентген-ендоскопічних методів. Мікробіологічне дослідження включало забір жовчі безпосередньо із загальної жовчної протоки під час проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії, посів на поживне середовище, виділення чистої культури, ідентифікацію мікроорганізмів.

Результати. У першій групі клінічні ознаки холангіту виявлено у 13,0 % хворих. У другій групі фебрильну температуру, жовтяницю, дрощі відповідно спостерігали у 14,1 % пацієнтів. Лейкоцитоз при поступленні було виявлено у 88,9 % хворих першої та у 67,9% пацієнтів другої групи. Прискорення ШОЕ спостерігали у 63,0 % пацієнтів першої та в 48,7 % хворих другої групи. За результатами лабораторних обстежень ознаки біліарної гіпертензії (підвищення рівня прямої фракції білірубіну, лужної фосфатази) виявлено у 57,4 % хворих першої та у 62,8 % хворих другої групи. Під час ультрасонографічного обстеження холангіт верифіковано у 7,4% хворих першої та в 9,0 % хворих другої групи. Рентген-ендоскопічні методи підтвердили діагноз холангіту у 14,8 % пацієнтів першої групи та у 17,9 % хворих другої групи.

При мікробіологічному дослідженні жовчі забори були позитивними у 77,8 % пацієнтів першої групи та у 84,6 % хворих другої групи. У першій групі монокультуру визначили у 64,3 % випадків посіву, у другій групі цей показник склав 70,0 %. Характер мікробної флори у першій групі – Escherichiacoli (29,6 %), Staphylococcusepidermidis (18,5 %), Enterobacteraerogenes (13,0 %), Streptococcushaemolyticus (11,1 %). У другій групі домінуючими були Escherichiacoli (20,5 %), Enterobacteraerogenes (17,9 %), Streptococcushaemolyticus (15,4 %), Enterococcusspp. (12,8 %).

Висновки. У ранні терміни ГБП холангіт верифіковано у 14,8 % випадків захворювання. У терміни понад 48 годин запалення жовчних протоків ідентифіковано у 17,9 % хворих на ГБП. Домінування аеробних грамнегативних паличок та грампозитивних коків у жовчі свідчить про їх ініціюючу роль у розвитку гострого запалення підшлункової залози.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ МІКСОМИ СЕРЦЯ ТА КРИТЕРІЇ ЇЇ ДІАГНОСТИКИ

Міщук Ярина-Анастасія
Зосимчук Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - проф. Л. І. Волос, доц. О. В. Бевз

Актуальність. Первинні пухлини серця, незалежно від їхнього гістогенезу, є "злоякісними" за своєю локалізацією і перебігом,які призводять до смерті хворого. Серед пацієнтів з цими патологіями серця питома вага доброякісних і злоякісних новоутворень, за даними літератури, складає відповідно 92% і 8%. Серед доброякісних пухлин 75% - міксоми серця. Первинні пухлини серця частіше уражають ліве (75%), рідше – праве (7,4%) передсердя. Описані казуїстичні випадки діагностування міксом одночасно в обох передсердях. Прижиттєва морфологічна діагностика новоутворень серця, зокрема міксом, має велике значення, а хірургічна тактика потребує невідкладної операції.

Мета. Установити клініко-морфологічні особливості міксом серця для забезпечення вірогідності та об'єктивності патогістологічного діагнозу і прогнозу.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували дані історії хвороби і гістологічні препарати операційного матеріалу міксом серця трьох пацієнтів, що знаходилися на лікуванні в Львівському обласному кардіологічному центрі. У двох випадках міксоми серця уражали ліве передсердя, в одному випадку - обидва передсердя.

Результати. Детальний аналіз клінічного перебігу захворювання дозволив виділити ряд клінічних показників, на підставі яких можна було запідозрити наявність пухлини: раптова поява задишки, запаморочення, короткочасна втрата свідомості, що залежали від зміни положення тіла, швидке прогресування серцево-судинної недостатності, незважаючи на застосування кардіальної терапії і тривалість захворювання максимум до 2 місяців. При ультразвуковому обстеженні серця у 2 пацієнтів візуалізувались округлі об'ємні новоутворення в лівому передсерді гомогенного характеру з чіткими рівними краями, утвореними капсулою пухлини. В одного хворого пухлина була у вигляді двох великих рухомих округлих утворень, які пролабували в діастолу з током крові в порожнину обох шлуночків. В усіх трьох випадках місцем прикріплення слугувала міжпередсердна

перегородка. Макроскопічно: поверхня пухлини вкрита тромботичними нашаруваннями, тканина блідо-сіра, драглиста, однорідна. Гістологічно: типовим є наявність на поверхні тонкого ендотеліального шару, значна кількість муцинозної речовини, бідність клітинами, які представлені веретеноподібними, полігональними і гігантськими. Полігональні клітини мають вакуолізовану, прозору цитоплазму. Ядра розміщені ексцентрично, мономорфні, мітотична активність відсутня, клітини скупчуються у вигляді альвеолярно-солідних структур, навколо судин. В окремих ділянках пухлини наявні веретеноподібні клітини, які формують дрібні пучки. Зустрічаються ділянки ангіоматозу – переважають дрібні судини капілярного типу. Наявність синусоїдів відрізняє міксоми від організуючих тромбів. Еритроцити і гемосидерин свідчать про свіжі і старі крововиливи, пов'язані з рухомістю і механічним пошкодженням пухлини.

Висновки. Міксома серця є доброякісною пухлиною з ембріональної гамартії ендотелію ендокарда. Верифікація міксоми серця потребує проведення диференціальної морфологічної діагностики з пухлинами з міксоматозом строми.

ЛІПОМАТОЗ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ОЖИРІННЯ ТА АСОЦІЙОВАНІ ПРИЧИНИ СМЕРТІ

Бондаренко Руслан
Ошурко Іван
Поляниця Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - доц. І. В. Грицина

Актуальність. Надмірний обсяг вісцерального жиру та, зокрема, у підшлунковій залозі часто асоціюється із багатьма серцево-судинними захворюваннями, а також, цукровим діабетом ІІ типу, і розглядається як фактор ризику для розвитку цих захворювань.

Мета. Порівняти ступінь ліпоматозу підшлункової залози (ПЗ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) та загальне ожиріння. Встановити кореляцію між ступенем ліпоматозу та захворюваннями і причинами смерті цих хворих.

Матеріали та методи. Досліджено гістологічні препарати 61 померлого, що прижиттєво хворіли на цукровий діабет ІІ типу та

ожиріння і померли від різних природніх причин. Вік хворих коливався від 25 до 87, (середній 68р.), жінок 34, чоловіків 27. Всі випадки поділено на дві групи: I - хворі на ЦД – 42 випадки, 23жінки, 19 чоловіків, середній вік 70р. II група –19 померлих із вираженим ожирінням, чоловіків – 8, жінок – 11, середній вік - 64р. Контрольна група включає в себе 23 пацієнти аналогічного віку. Для порівняння ступеню ліпоматозу ПЗ створено програму обрахунку співвідношення кількості ліпоцитів до збереженої паренхіми ПЗ. Проаналізовано клінічні дані та причини смерті хворих.

Результати. У групі контролю ступінь ліпоматоз ПЗ становив 8,09% (0.53-34.45%). Серед них тільки у 23% померлих ступінь ліпоматозу перевищував 10% (11,27-22,55%),середній - 16,73%.У I групі ліпоматоз ПЗ складав 7,82% (0,12-66,05%). Серед них тільки 21% померлих мали ступінь ліпоматозу більше 10% (10,76-66,05%), середній 24,45%. 57% пацієнтів цієї групи померли від ішемічної хвороби серця (ІХС), 18,5% - некротично-гнійних ускладнень, 12,5% -хронічної ниркової недостатності (ХНН) і 9% - гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК).У цій же ж групі ліпоматоз ПЗ хворих на ЦД і ожиріння був 5,07% (0,2-17,26%). Причини смерті цих хворих були схожими: ІХС - 61%, гнійно-некротичні ускладнення - 23%, ХНН -8%,ГПМК - 8%.У II групі ступінь ліпоматозу ПЗ складав 16,01% (0,53-65.16%). Серед них у 66% померлих ступінь ліпоматозу становив більше 10% (10,16-65,16%), середній 23,29%. 43% пацієнтів цієї групи померли від ІХС, 16% - ГПМК.

Висновки. ЦД не завжди асоціюється з високим ступенем ліпоматозу ПЗ. Лише в 22% випадків кількість панкреатичного жиру була вища, ніж в контрольній групі. У хворих, які мали ЦД у поєднанні із ожирінням ступінь ліпоматозу був навіть нижчий, ніж в групі контролю. У огрядних пацієнтів ліпоматоз ПЗ значно вищий, ніж в I групі і групі контролю, хоча 34% з цих пацієнтів мали незначну кількість панкреатичного жиру (<10%). Навіть в контрольній групі знайшлися деякі випадки з високим ліпоматозом ПЗ. Провідними причинами смерті в обох групах є порушення коронарного і церебрального кровооообігу.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ВТОРИННОМУ ТА ТРЕТИННОМУ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗІ

Божук Інна
Ткаченко Римма
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра патологічної анатомії №1
Завідувач кафедри - проф. Л. М. Захарцева
Науковий керівник - проф. О. Г. Курик

Актуальність. Вторинний гіперпаратиреоз (ВГПТ), що характеризується гіперплазією паращитоподібних залоз (ПЩЗ), розвивається переважно у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) внаслідок тривалої стимуляції паратиреоцитів зовнішніми факторами – гіпокальційемією, гіперфосфатемією і зниженням синтезу активного 1,25-дигідроксивітаміну D3. Найбільш характерними клінічними проявами ВГПТ є дифузний остеопороз з частими переломами та утворенням ектопічних кальцифікатів м'яких тканин, суглобів і внутрішніх органів, свербіж шкіри, болі у кістках. Автономізація процесу веде до розвитку аденом, що є морфологічною основою третинного гіперпаратиреозу (ТГПТ) з безперспективністю консервативного лікування.

Мета. Проаналізувати ефективність хірургічного лікування ГПТ у пацієнтів з ХНН.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт пацієнтів, що отримували лікування з приводу ГПТ на базі ДНУ «НПЦПКМ» ДУС за період 2013-2016рр.

Результати. За період 2013-2016 рр. на базі ДНУ «НПЦ ПКМ»ДУС отримували лікування з приводу ГПТ 128 пацієнтів. Лише 31 хворому з ГПТ на фоні ХНН у нашому дослідженні було виконано операцію (субтотальна чи тотальна паратиреоїдектомія). Серед прооперованих гістологічно встановлено діагноз: ВГПТ – 11, ТГПТ – 20. Нами було сформовано дві групи досліджуваних: група оперованих (1) – 31 і група контролю (2) – 32 неоперованих пацієнти. З метою отримання достовірних даних групи дослідження підбиралися з урахуванням їх однорідності за такими показниками як важкість стану, тривалість перебування на гемодіалізі, вікові та статеві співвідношення. Був проведений комплексний аналіз лабораторних показників у динаміці. Рівень паратгормону крові(пг/мг) на початку лікування: у 1 групи – 688±27, у 2 групи – 612±24; через місяць після операції: у 1 групи – 18±7,0, у 2 групи – 634±25. Рівень загального Са крові (ммоль/л) на початку лікування: у 1 групи – 2,21±0,13, у 2 групи – 2,07±0,12; через місяць після операції: у 1 групи – 1,89±0,11, у 2 групи – 2,11±0,13. Також у прооперованих пацієнтів відзначалось поліпшення симптоматики: розсмоктування кальцифікатів, збільшення щільності кісткової тканини, зникнення свербіжу шкіри та болі у кістках.

Висновки. Хірургічне втручання при ВГПТ і ТГПТ є високоефективним методом лікування, що веде до нормалізації

лабораторних показників, суттєвого покращення клінічної симптоматики та якості життя, а також створює умови для успішної трансплантації нирки у пацієнтів з ХНН.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОЛІКУЛЯРНИХ КАРЦИНОМ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З МІНІМАЛЬНОЮ ТА ШИРОКОЮ ІНВАЗІЄЮ

Головко Алла
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра патологічної анатомії №1
Завідувач кафедри - проф. Л. М. Захарцева
Науковий керівник - проф. О. Г. Курик

Актуальність. Фолікулярна карцинома щитоподібної залози (ФКЩЗ) становить від 5% до 15% вперше діагностованих захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) і займає друге місце серед злоякісних новоутворень ЩЗ. Розвивається з фолікулярних клітин ЩЗ і у ендемічних осередках дефіциту йоду може сягати 40% усіх диференційованих карцином ЩЗ. Відповідно до вимог ВООЗ, класифікація ФКЩЗ ґрунтується на наявності інвазії у капсулу, кровоносні судини або сусідні органи. На відміну від папілярної карциноми щитоподібної залози, ФКЩЗ має більшу тенденцію до метастазування у сусідні органи, ніж у регіональні лімфовузли, завдяки властивості інвазії у кровоносні судини та відповідно – гематогенної дисемінації. Відмінності у біологічній поведінці та агресивності ФКЩЗ з мінімальною (МІ-ФКЩЗ) та широкою інвазією (ШІ-ФКЩЗ) досі є предметом дискуту.

Мета. Встановити морфологічні відмінності у МІ-ФКЩЗ та ШІ-ФКЩЗ для визначення факторів, що впливають на локальне рецидивування пухлин у майбутніх дослідженнях.

Матеріали та методи. Дослідження базується на ретроспективному когортному дослідженні 48 клінічних випадків патоморфологічно підтверджених ФКЩЗ у хірургічному стаціонарі Державої наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами протягом 2012-2016 років. У дослідженні було порівняно 20 МІ-ФКЩЗ та 28 ШІ-ФКЩЗ. Статистичний аналіз клінічного матеріалу виконано з використанням "MicrosoftExcel 2016" ("MicrosoftCorp., USA) методами стандартної описової статистики. Показники розміру пухлини представлені як середнє значення +/- стандартне відхилення (SD), у вигляді середнього значення і 95% довірчий інтервал (CI). Дані порівняні для

статистичного аналізу, використовуючи точний тест Фішера та t-критерій Стьюдента. Значення інтерпретовані істинними при p<0,05.
Результати. Група з МІ-ФКЩЗ становила 20 пацієнтів (41,6%), середній вік - 49,4 (від 36 до 63р.). ШІ-ФКЩЗ склала вибірку з 28 пацієнта (58,4%), середній вік - 46,9 (від 33 до 60 р.) Стать та вік не визначили статистичної відмінності між групами. Середній розмір пухлини не був статистично більшим у групі МІ-ФКЩЗ, ніж у групі ШІ-ФКЩЗ (33,0+/-5,64 та 22,8+/-3,74 мм, відповідно , p>0,05). Окрім цього , як у ШІ-ФКЩЗ, так і у МІ-ФКЩЗ не були статистично значущою різниця при порівнянні пухлин з діаметром більше 40 мм (p>0,05). Проте, при мультиваріантному аналізі ураження лімфатичних вузлів VI групи було асоційоване з ШІ-ФКЩЗ у порівнянні з МІ-ФКЩЗ (71,4% та 40% відповідно, p<0,05), X2=4.741.
Висновки. У даному дослідженні показано патоморфологічну відмінність у біологічній поведінці ШІ-ФКЩЗ. Це підтверджує, що більш прицільна увага має бути приділена до пацієнтів з видаленою ФКЩЗ із наявністю метастазів у паратрахеальні лімфатичні вузли, що було єдиною статистично значущою відмінністю між ШІ-ФКЩЗ та МІ-ФКЩЗ.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СКРИНІНГОВОЇ КОЛОНОСКОПІЇ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ІНДЕКСУ ВИЯВЛЕННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НЕОПЛАЗІЙ

Дем'янчук Діана
Курик Олена
Яковенко Владислав
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра патологічної анатомії №1
Завідувач кафедри - проф. Л. М. Захарцева
Науковий керівник - проф. О. Г. Курик

Актуальність. Надзвичайно актуальною є проблема діагностики раннього колоректального раку і передракових захворювань, насамперед поліповидних і неполіповидних утворень товстої кишки - поверхневих колоректальних неоплазій (ПКРН). Скринінгова колоноскопія (КС) є шляхом вирішення цієї проблеми.
Мета. Проаналізувати ефективність скринінгової КС у виявленні ПКРН.
Матеріали та методи. Було проведено дослідження ефективності стандартної КС у білому світлі (відеоколоноскоп OlympusCF-150), і КС з підсиленням зображення: з високою роздільною здатністю,

дослідженням у вузькому спектрі світла і хромоскопією (відеоколоноскоп OlympusEVISEXERAIIICF-HQ190L) за даними протоколів КС, проведених на базі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС та Медичного центру «Універсальна клініка «Оберіг» впродовж 2014-2015 років.

Результати. Було досліджено 897 протоколів стандартної КС, при якій аденоми було виявлено у 422 пацієнтів, і 735 протоколів КС з підсиленням ендоскопічного зображення, де аденоми були виявлені у 571 випадку. При проведенні стандартної КС показник виявлення ПКРН товстої кишки (відношення кількості пацієнтів з ПКРН до загальної кількості обстежених пацієнтів) склав 0,47 (422/897) у групі пацієнтів із стандартною КС і 0,78 (571/735) у групі КС з підсиленням ендоскопічного зображення. Також визначали загальну кількість ПКРН при проведенні кожного виду КС, враховуючи, що в одного пацієнта могло бути знайдено як одна, так і кілька неоплазій. При проведенні стандартної КС було виявлено загалом 708 ПКРН, а при проведенні КС з підсиленням зображення – 2104 неоплазії. Індекс виявлення ПКРН (відношення кількості всіх виявлених неоплазій до загальної кількості обстежених пацієнтів) склав у групі стандартної КС - 0,8 (708/897). У групі КС з підсиленням ендоскопічного зображення індекс виявлення неоплазій становив 2,9 (2104/735), що в 3,5 рази вище, ніж в попередній групі. За гістологічною будовою виявлені ПКРН переважно були традиційними папілярно-тубулярними і зубчастими поліповидними і неполіповидними (пласкими) неоплазіями.

Висновки. КС є ефективною для скринінгового виявлення ПКРН. КС з підсиленням ендоскопічного зображення - з високою роздільною здатністю, дослідженням у вузькому спектрі світла і хромоскопією значно ефективніша (в 3,5 рази за показником індексу виявлення ПКРН) у порівнянні із стандартною КС.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРООКСИДАНТНОЇ І АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ У НИРКАХ МОРСЬКИХ СВИНОК В РІЗНІ ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ЕКЗОГЕННОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ (ЕАА).

Ковалишин Мирослава
Львівський національний медичнийуніверситет імені Данила Галицького
Патологічна фізіологія
Завідувач кафедри - проф. М. С. Регеда
Науковий керівник - доц. О. В. Садляк

Актуальність. Проблема патогенезу, діагностики та лікування екзогенного алергічного альвеоліту (ЕАА) на даний час залишається актуальною як для вчених-експериментаторів, так і клініцистів. Сьогодні ЕАА розглядається як група захворювань імунно-алергічного генезу, яку характеризує не лише дифузне ураження легеневої тканини як відповідь на інтенсивні і тривалі інгаляції певних алергенів, але й імунокомплексне ушкодження тканин внутрішніх органів, зокрема нирок. Також нез'ясованим залишається питання стосовно ролі процесів пероксидації ліпідів (ПОЛ) та стану активності ферментів антиоксидантного захисту в перебігу цієї патології.

Мета. З'ясування особливостей функціонального стану прооксидантної і антиоксидантної систем (АОС) у нирках морських свинок в різні періоди формування ЕАА.

Матеріали та методи. Експериментальні дослідження проведені на 40 морських свинках-самцях масою 180-230 г. Модель ЕАА відтворювали за методом Орехова-Кирилова шляхом введення 0,2 мл повного ад'юванта Фрейнда в задню лапку тваринки. Дальше застосовували 1% суспензію вбитих БЦЖ (бацила Кальмета-Герена) у фізіологічному сольовому розчині як антиген на 24-у, 34-у, 44-у доби експерименту. Активність супероксиддисмутази (СОД) визначали методом Fried. Вміст малонового діальдегіду (МДА) – методом Коробейникова, а дієнових кон'югатів (ДК) Гаврилова-Мишкорудної. Досліди на морських свинках виконувалися з дотриманням ухвали Першого національного конгресу з біоетики про захист хребетних тварин, які використовуються для наукових цілей (Київ, 2001).

Результати. Проведені дослідження показали, що на 24-у добу експерименту показники ПОЛ і АОС в нирках зокрема МДА і СОД зростали відповідно на 11,0 % ($P<0,05$) і 31,3 % ($P<0,05$), а ДК не відрізнялися від контрольних величин.На 34-у добу спостерігається інтенсивне зростання вмісту ДК і МДА на 49,4 % ($P<0,05$) і 5,2 % ($P<0,05$) та активності СОД на 31,1 % ($P<0,05$) в нирковій тканині тварин у порівнянні з контролем, що свідчить про стимуляцію як процесів пероксидації ліпідів, так і ферментативної активності АОС.У пізній період розвитку ЕАА (на 44-у добу) встановлено подальше нагромадження продуктів ПОЛ – зростання ДК і МДА відповідно на 52,7 % ($P<0,05$) і 5,3 % ($P<0,05$) та пригнічення АОС в нирках тварин – зниження СОД на 18,2 % ($P<0,05$) проти показників контролю.

Висновки. Одержані результати показують, що різні періоди формування ЕАА суттєво впливають на показники пероксидації ліпідів та ферментативної активності АОС, які були найбільше виражені на 44-у добу експерименту і свідчать про виснаження фонду антиоксидантної

системи та її нездатності за цих умов утилізувати нагромаджені продукти ПОЛ.

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ № 1

Лекційна аудиторія кафедри внутрішньої медицини № 1
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – проф. О. О. Абрагамович, доц. К. Б. Долатказіна, доц. З. Є. Заяць

Головуючі – Копанська Дзвенислава, Будзин Андрій

ЛІКУВАЛЬНИЙ МАСАЖ ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО РІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ: ЗА І ПРОТИ

Богдан Анастасія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. К. Б. Долатказіна

Актуальність. За оцінкою експертів Всесвітньої орґанізації охорони здоров'я розповсюдженість болю в нижній частині спини (БНЧС) в розвинених країнах світу сягає розмірів пандемії, являючи собою серйозну медичну та соціально-економічну проблему, котра є другою за частотою, після респіраторних захворювань, причиною звернень до лікаря та третьою - за частотою госпіталізації. Над вирішенням цієї проблеми дружньо працюють медики різних спеціальностей. Згідно наказу МОЗ України від 17.08.2007 № 487 (клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на дорсалгії МКХ-10:М54) і наказу МОЗ України від 21.06.12 №49 (клінічний протокол надання медичної допомоги за спеціальністю "Рефлексотерапія" хворим з вертеброґенним ураженням нервової системи) медики застосовують мультидисциплінарний підхід до лікування. Лікувальний масаж - найбільш доступний метод реабілітації, що широко застосовується в лікуванні БНЧС як за рекомендацією лікарів, так і без неї, часто за вимогою пацієнтів.
Мета. З'ясувати ефективність лікувального масажу як компоненту комплексного рішення проблеми болю в нижній частині спини.
Матеріали і методи. На базі міського ревмоцентру в рандомізований спосіб ми обстежили 108 стаціонарних пацієнтів. З них методом остаточної стратифікації ми сформували дослідну ґрупу з 50 хворих з

верифікованим діагнозом БНЧС, серед яких 25 жінок та 25 чоловіків віком від 30 до 80 років (середній вік 48 ± 4,8 років). Пацієнтам проводилось комплексне лікування із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів, міорелаксантів, фізичних вправ. Хворі проходили десятиденний курс лікувального масажу за загальноприйнятою етапною методикою. Оцінка стану пацієнтів проводилась за методикою Освестровського опитувальника порушення життєдіяльності при болях у нижній частині спини (J.Fairbanketal., 1980) до та після курсу масажу.
Результати. Результат дослідження виявився цілком неочікуваним. Ми з'ясували, що серед ґрупи хворих з хронічним БНЧС 68,00% пацієнтів (34 особи) відмітили зростання інтенсивності болю та відсотку порушення життєдіяльності на 15,00-20,00% після курсу лікувального масажу; 14,00% обстежених (7 осіб) не відчули ефекту; 18,00% (9) хворих відмітили зниження інтенсивності больового синдрому і відсотку порушення життєдіяльності на 10,00-15,00%. Детальний аналіз отриманих результатів обстеження 34 пацієнтів,у котрих лікувальний масаж спричинив погіршення клінічних ознак, показав,що у 26,47% осіб (9) методом двофотонної рентґенівської абсорбціометрії хребта (DEXA) був виявлений інволютивний остеопороз та попередньо недіагностовані переломи хребців; у 20,58% (7 осіб) методом маґнітно-резонансної томоґрафії хребта діагностовані кили К.Ґ. Шморля; у 1 пацієнта (2,95%) мієломна хвороба була діагностована вже після проведеного курсу лікувального масажу. У решти 50,00% пацієнтів (17) процедури проводились в період загострення БНЧС. Беручи до уваги такі прояви як саркопенія, остеопороз, недостатність вітаміну D_3та кили міжхребцевих дисків, очікувати позитивного ефекту від лікувального масажу у цієї категорії пацієнтів було б не логічним. Ґрупі пацієнтів, котрі відмітили зниження інтенсивності болю, лікувальний масаж проводився в період нестійкої ремісії, послаблення основних симптомів захворювання та відсутності деструктивних змін в хребті.
Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про те, що не всім хворим з болем в нижній частині спини необхідно та доцільно включати в комплексне лікування масаж. Отже, відбір пацієнтів для призначення лікувального масажу повинен бути диференційованим та контрольований попередніми результатами обстежень.

ХВОРОБА УІППЛА (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Гудима Наталія
Герон Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. М. Т. Панасюк

Актуальність. Хвороба Уіппла (інтестинальна ліподистрофія) – системне, хронічне інфекційне захворювання, яке викликається бактерією Tropherymawhipplei з переважним ураженням кишкового каналу, суглобів та/або центральної нервової системи. Захворювання вкрай рідкісне та за відсутності завчасно розпочатого лікування завжди завершується летально. Хвороба Уіппла не має специфічних та патогномонічних ознак.
Мета. Описати клінічний випадок хвороби Уіппла з поєднаним ураженням суглобів та травного каналу.
Матеріали та методи. Нами було проаналізовано клінічний випадок захворювання, яке виникло у чоловіка віком 58 років. Діагностика та лікування проводилось на базі комунальної 4-ої міської клінічної лікарні м. Львова.
Результати. Початок захворювання у 2008 році. Пацієнт скаржився на біль, набряк у суглобах кистей рук, колінних, ліктьових та плечових, почервоніння шкіри, підвищення температури тіла до 38,50С. З 2008 року до 2015 року отримував лікування з приводу ревматоїдного артриту: ґлюкокортикостероїди, цитостатики, а також біологічне лікування (голімумаб). Лікування було неефективним. У 2013 році приєдналися діарея (водянисті випорожнення 4-6 раз на добу постійного характеру), схуднення (5-6 кґ впродовж одного року), анемія, спонтанні «фебрильні атаки». З 2014 з'явилися набряки нижніх кінцівок, які наростали, ураження шкіри (плямиста еритема). У 2015 році діагностовано ексудативний синовіїт правого колінного суглобу. Лабораторні показники вказували на високу активність запального процесу. Було проведено діагностично-лікувальну пункцію правого колінного суглобу з евакуацією рідини. Пацієнт був госпіталізований у ревматологічну клініку. Отримана синовіальна рідина була досліджена на полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) до ДНК Tropherymawhipplei, результат позитивний. Пацієнту була проведена множинна біопсія слизової оболонки шлунка, тонкої кишки, дослідження сечі, крові та ліквору. В усіх досліджуваних матеріалах виявлено позитивну ПЛР на ДНК до Tropherymawhipplei, що дало підставу встановити остаточний діагноз. У процесі діагностичного пошуку, враховуючи наявність у дебюті захворювання суглобового синдрому, проводилася диференційна діагностика з ревматоїдним артритом, хворобою Бехтерєва, хворобою Крона. Приєднання ураження травного каналу

(діарея, яка супроводжувалася мальабсорбцією), шкіри, полілімфоаденопатія свідчило про системний характер захворювання. Поєднання суглобового синдрому, рефрактерного до специфічного лікування, діареї, системного характеру хвороби спонукало до проведення поглибленого діагностичного пошуку. За допомогою ПЛР було підтверджено наявність бактерії Tropherymawhipplei в тонкій кишці, суглобах та центральної нервової системи. Пацієнту було призначено комплексне лікування: антибіотики (доксициклін, триметоприм та сульфометоксазол)у високих дозах, гідроксихлорохін, діуретики, вітамін Д3 тривалістю 12 місяців. Проводилися повторні дослідження біологічних рідин та тканин на ПЛР до ДНК Tropherymawhipplei, які були негативними. Результат лікування – через 12 місяців досягнута повна клінічна та лабораторна ремісія. Пацієнт перебуває на диспансерному спостереженні.
Висновки. Знання дебюту та особливостей клінічного перебігу хвороби Уіппла дозволяє своєчасно встановити правильний діагноз,провести комплексне та тривале етіотропне лікування, яке забезпечує ерадикацію збудника та одужання пацієнта.

ЧАСТОТА ОЗНАК ВЕҐЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЛНМУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Козак Юлія
Тринчук Юліана
Крив'як Петро
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. З. М. Амброзевич

Актуальність. Синдром веґетативних порушень − це поліетіологічний синдром, для якого характерні дисфункція веґетативної (автономної) нервової системи та функціональні (неорґанічні) порушення практично всіх систем орґанізму. Веґетативна дисфункція є однією з актуальних проблем медицини на сучасному етапі, оскільки не існує захворювань, у виникненні яких автономна нервова система не відігравала б важливої ролі.Згідно матеріалів численних епідеміологічних досліджень, веґетативні розлади надзвичайно поширені, особливо серед осіб молодого віку, і становлять 25,0–80,0 % випадків у популяції.Своєчасне виявлення та адекватне лікування веґетативних

порушень є надзвичайно важливим компонентом профілактики виникнення в подальшому орґанічних змін.
Мета. Дослідити частоту виникнення ознак веґетативних розладів у студентів ЛНМУ імені Данила Галицького та їх залежність від деяких показників стану здоров'я.
Матеріали і методи. До дослідження у рандомізований спосіб було залучено 60 студентів віком 21-22 роки, які навчаються у ЛНМУ імені Данила Галицького. Для виявлення веґетативних порушень визначали визначення індексу маси тіла та використовували авторську анкету, опитувальник Вейна А. М., опитувальник самооцінки здоров'я за Войтенко В. П., опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9). Отриману нами інформацію статистично опрацьовано у проґрамі "Excel"за допомогою методу Стьюдента (1908) та виявленням кореляційних зв'язків за методом К. Пірсона (1900).
Результати. Веґетативні порушення було виявлено у 41 (68,33 %) студента, а відсутні у 19 (31,67 %) студентів. У студентів позитивний кореляційний зв'язок веґетативних порушень з такими показниками: жіноча стать ($t = 2,785$; $p< 0,01$), ступінь вираженості депресії ($t = 3,372$; $p< 0,01$), індекс самооцінки здоров'я ($t = 4,616$; $p< 0,001$); неґативний: чоловіча стать ($t = -2.785$; $p< 0,01$), індекс маси тіла ($t = -2,100$; $p<0,01$), фізіологічний сон ($t = -3,060$; $p< 0,01$).
Висновки. Ознаки веґетативних розладів виявлено у 68,33 % студентів ЛНМУ імені Данила Галицького. Є неґативний кореляційний зв'язок між наявністю ознак веґетативних порушень і чоловічою статтю, індексом маси тіла та повноцінним фізіологічним сном; позитивний кореляційний зв'язок – жіночою статтю, ступенем вираженості депресії та індексом самооцінки здоров'я.

СТАН СИСТЕМИ ҐАЗООБМІНУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВАЖКОСТІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Ковальчук Валентина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. С. Я. Толопко

Актуальність. Цироз печінки (ЦП) вважається одним із найрозповсюдженіших захворювань у світі. Орієнтовно вважають, що він у середньому є в 1,0 % населення Земної кулі. Дуже часто ЦП

зумовлює інвалідизацію осіб працездатного віку та призводить до виникнення важких ускладнень, а нерідко й смерті. Його лікування у більшості випадків потребує включення у стандартні схеми лікування докорінних змін з урахуванням патоґенетичних механізмів захворювання, наявності бі- та поліморбідних синтропічних уражень інших орґанів та систем, зокрема орґанів дихання, наслідком ураження яких є порушення ґазообміну з наступними змінами ґазового складу крові.

Мета. З'ясувати стан системи ґазообміну у крові хворих на цироз печінки залежно від важкості портальної гіпертензії.

Матеріали і методи. У рандомізований спосіб у дослідження було залучено 80 хворих на ЦП (23 жінок (28,8 %) та 57 чоловіків (71,2 %) віком від 27 до 64 років) та стратифіковано за важкістю портальної гіпертензії (ПГ) згідно із запатентованою на кафедрі внутрішньої медицини № 1 методикою «Спосіб діаґностики ступеня важкості портальної гіпертензії у хворих на цироз печінки»: до ґрупи з I ступенем ПГ належало 20 пацієнтів (25,0 %), з II – 30 (37,5 %), з III – 30 (37,5 %) хворих. Контрольну ґрупу склало 15 практично здорових осіб ідентичних за віком та статтю. Усім хворим було проведено дослідження стану ґазообміну на приладі «Аналізатор кислотно-основної рівноваги крові ЕЦ-60» (фірми «Кверта-мед», Україна). Фактичний матеріал опрацьовано в проґрамах Excel, 2010 та Statistica 6.0 із використанням описової статистики, t-критерію Стьюдента (Вільяма Сілі Госсета) та коефіцієнта кореляції К. Пірсона (r-Pearson). Статистично достовірною вважали різницю, якщо $p < 0,05$.

Результати. Для досягнення мети ми оцінили наступні показники ґазообміну. Значення парціального тиску кисню (PO_2) у крові хворих на ЦП було достовірно ($p < 0,001$) нижчим (24,2 ± 0,7 мм рт. ст.), ніж у практично здорових осіб (39,8 ± 0,9 мм рт. ст.) та достовірно зменшувалося з наростанням важкості ПГ ($r = -0,6$; $p < 0,01$). Величина парціального тиску вуглекислого ґазу (PCO_2) у дослідних хворих також була значно нижчою (31,2 ± 0,6 мм рт. ст.) у порівнянні з особами контрольної ґрупи (52,7 ± 0,8 мм рт. ст.; $p < 0,001$). Між значенням PCO_2 та ступенем важкості ПГ виявлено зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r = -0,5$; $p < 0,01$). Проте інтеґральним показником ґазообміну і транспорту кисню прийнято вважати значення насичення крові киснем (SAT), яке у хворих з ПГ було значно нижчим (37,2 ± 1,4 %), ніж у практично здорових осіб (74,2 ± 0,8 %; $p < 0,001$), а також достовірно зменшувалося із наростанням важкості ПГ ($r = -0,6$; $p < 0,001$). Показник альвеолярно-артеріального ґрадієнту за киснем ($AaDO_2$) у дослідних хворих дорівнював 83,5 ± 0,9 мм рт. ст., що значно вище, ніж у практично здорових осіб (46,8 ± 0,7 мм рт. ст.; $p < 0,001$), а

також прямо пропорційно зростав з наростанням ступеня важкості ПГ ($r = 0,7$; $p < 0,001$).

Висновки. Вивчення показників ґазового складу крові хворих на ЦП з ПГ (PO_2, PCO_2, SAT, O_2CT, $AaDO_2$) показало, що у всіх хворих на ЦП вони достовірно ($p< 0,05$) відрізнялися від аналогічних показників у практично здорових осіб, що свідчить про наявність у них порушень ґазообміну, а вивчення кореляційних зв'язків показало, що з наростанням важкості ПГ достовірно ($p < 0,05$) зростає важкість гіпоксемії, яка вимагає негайної медикаментозної корекції.

НЕКОМПАКТНА КАРДІОМІОПАТІЯ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Жук Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. З. Є. Заяць

Актуальність. Синдром некомпактної кардіоміопатії (НККМП) вперше описаний приблизно 26 років тому, однак, до сьогодні остаточно не верифіковані питання термінології та класифікації НККМП, не уточнені рекомендації щодо діаґностики та лікування, у зв'язку з чим захворювання рідко діагностується прижиттєво. Застійна серцева недостатність (СН) та несприятливий проґноз у разі НККМП у пацієнтів молодого віку визначають її актуальність та необхідність своєчасної діаґностики та адекватного лікування.

Мета. Описати клінічний випадок рідкісного ураження серця – некомпактної кардіоміопатії на прикладі пацієнта М., 1995 р.н.

Матеріали та методи. Чоловік М., 1995р.н., вважає себе хворим з 2014 р., коли вперше почали турбувати швидка втомлюваність, задишка та періодичні перебої в ділянці серця під час фізичного навантаження. Не лікувався. За результатами ЕхоКҐ виявлено пролапс мітрального клапана, у зв'язку з чим був госпіталізований до ЛОДКЛДКЦ.

Результати. Під час фізикального та лабораторних обстежень уражень внутрішніх орґанів не виявлено. ЕКҐ: ритм синусовий з ЧСС 85/хв., нормальне положення електричної осі серця, PQ – 0,16с, QRS – 0,10с,перехідна зона V3-V4. Ознаки гіпоксії міокарда (інверсія зубця Т) в ділянці перетинки та верхівки лівого шлуночка. ЕхоКҐ: розміри камер серця в межах норми, стінки не гіпертрофовані, скоротлива здатність міокарда задовільна, аорта звичайної структури, потік реґургітації +1 на

мітральному клапані. Відзначається підвищена трабекулярність верхівки та бокової стінки лівого шлуночка з глибокими міжтрабекулярними просторами (синдром некомпактного міокарда). Доплер-ЕхоКҐ: виявлено міжтрабекулярну переривчастість та діастолічну дисфункцію лівого шлуночка. МРТ серця: розширення лівих відділів серця, більше лівого шлуночка, міокард нерівномірно витончений, більше в апікальних сегментах епікардіального шару, трабекулярність субендокардіальних відділів посилена, систолічне співвідношення компактної та некомпактної частини складає 1:3 (3,5/11мм). На підставі проведених клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження встановлено клінічний діагноз – некомпактна кардіоміопатія з ураженням верхівки та бокової стінки лівого шлуночка, пролапс мітрального клапана (+1), СН І стадії з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка. Лікування: режим-загальний, дієта №10, карведіол 6,25 мґ 2 р/д, варфарин 2,5мґ 1р/д, еналаприл 12,5 мґ 2р/д. В задовільному стані хворий виписаний для амбулаторного спостереження.

Висновки. Описаний клінічний випадок некомпактної кардіоміопатії засвідчив відсутність специфічних клініко-лабораторних ознак захворювання, інших аномалій серця та виникнення застійної серцевої недостатності. Діаґноз верифікований за результатами двомірної ЕхоКҐ та МРТ з 3D-візуалізацією, а саме: посиленої трабекулярності лівого шлуночка, двошаровою структурою міокарда, кінцево-систолічним співвідношенням некомпактного ендокардіального шару до компактного міокарда ≥2,0.

РІВЕНЬ ВІТАМІНУ Д У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АКТИВНОСТІ

Ковалець Діана
Енекве Іфеанії Крістіан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О.О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. В. В. Чемес

Актуальність.Ревматоїдний артрит (РА) - одне з найбільш розповсюджених дифузних захворювань сполучної тканини, яке супроводжується ураженням кістково-суглобової системи і призводить до ранньої інвалідизації хворих. Незважаючи на численні дослідження,

до сьогодні не встановлені причини «неправильної» імунної активації, однак доведений вплив деяких чинників ризику, які відіграють важливу роль у виникненні РА. Зокрема, збільшується кількість публікацій, у яких активно обговорюється вплив гіповітамінозу D на перебіг РА, тому його можна розглядати як один із чинників, який погіршує перебіг захворювання.

Мета. Дослідити рівень вітаміну D у сироватці крові хворих на ревматоїдний артрит із різним ступенем активності.

Матеріали та методи. До дослідження в рандомізований спосіб було включено 21 пацієнт віком від 27 до 80 років (76,19 % жінок, у віці 54,00± 2,89 і 23,81 % чоловіків, у віці 50,20±3,44 років). У всіх пацієнтів діагноз РА встановлено згідно критеріїв Американської колегії ревматологів (1987 р.).Середня тривалість захворювання становила у жінок - 9,79±2,21 р., у чоловіків - 9,46±2,04 р. Дефіцит і недостатність вітаміну D встановлювали згідно з класифікацією Міжнародного інституту медицини, відповідно до якої дефіцит вітаміну Dдіагностують за рівня вітаміну D у сироватці крові <20,0нг/мл; недостатність вітаміну D - 20,0 -30,0 нг/мл; а рівень вітаміну D 30–50 нг/мл відповідає нормі. Усі пацієнти були в активній фазі захворювання, з них 3 (14,28 %) мали I ступінь активності РА, 12 (57,14%) – II, 6 (28,58 %) – III. Також оцінювали рівень вітаміну Д у відповідності до рівня антитіл до циклічного цитрулінового пептиду. Статистичний аналіз проводився з використанням програми «Microsoft Excel», оцінювали середнє значення, t-критерій Стьюдента, проводили кореляційний аналіз.

Результати. Нами встановлено, що у 52,38 % випадків виявлено дефіцит вітаміну D, у 28,57 % – недостатність вітаміну D. Вивчали залежність рівня вітаміну Д від ступенів активності процесу. Негативний кореляційний зв’язок виявлено у пацієнтів з II та III ступенем активності ($r = - 0,68$; $p = 0,01$), у пацієнтів із I та II ступенем активності ($r = 0,93$; $p = 0,23$) і I та III ($r = 0,51$; $p = 0,65$) кореляційного зв’язку виявлено не було. Також спостерігався негативний кореляційний зв'язок між рівнем вітаміну D та рівнем антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду у сироватці крові ($r = - 0,51$; $p= 0,017$).

Висновки. Зниження рівня вітаміну D спостерігалося у 80,95 % пацієнтів. Зв’язку між рівнем вітаміну Д та ступенем активності РА не виявлено.

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КОНЦЕНТРАЦІЇ ҐЛЮКОЗИ У ВЕНОЗНІЙ КРОВІ ТА АМПЛІТУДИ СЕҐМЕНТА ST У ПЕРШУ

ДОБУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ІІ ТИПУ

Кузейків Марія
Селяметова Леніє
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. З. О. Білоус

Актуальність. В перші години виникнення гострого коронарного синдрому (ГКС) у 45,0–55,0 % хворих реєструється гіперґлікемія. Згідно з результатами міжнародних досліджень, гіперґлікемія гострого періоду та елевація сеґмента ST помітно виражені у пацієнтів з супутнім цукровим діабетом (ЦД) ІІ типу.

Мета. З'ясувати особливості взаємозв'язку між показниками рівня ґлюкози у венозній крові та амплітуди сеґмента ST у першу добу ГКС у пацієнтів з супутнім ЦД ІІ типу.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано 45 історій хвороб пацієнтів, що лікувались в інфарктному відділенні ДЗ «КЛ» ДТГО «Львівська залізниця». Хворі були розподілені на дві ґрупи: 1-ша – 24 пацієнти з ГКС (нестабільна стенокардія (НС); інфаркт міокарда без елевації сеґмента ST (nSTEMI); інфаркт міокарда з елевацією сеґмента ST (STEMI) та супутнім ЦД ІІ типу (НС – 8, nSTEMI – 8, STEMI – 5); 2-га (контрольна) – 21 пацієнт з ГКС без ЦД ІІ типу (НС – 10, nSTEMI – 6, STEMI – 8). Ґрупи хворих були співставлені за віком та статтю.У 1-й ґрупі – 19 чоловіків, 5 жінок, в 2-ій – 17 чоловіків, 4 жінки. Середній вік складав 65,7 ± 11, 8 років. Було проведено аналіз показників ґлюкози у хворих з ГКС на основі визначення її концентрації у венозній крові та підрахунок сеґмента ST на ЕКҐ. Статистична обробка результатів дослідження проведена з використанням параметричних методів. Значення досліджуваних показників представлені у вигляді M ± m, де M – середня арифметична величина, m – стандартна помилка. Для оцінки залежностей застосовували коефіцієнт кореляції (r).

Результати. Концентрація ґлюкози у венозній крові залежно від нозологґії становить у 1 ґрупі: у пацієнтів з НС – 10,3 ± 1,4 ммоль/л, nSTEMI– 14,1 ± 3,13 ммоль/л, STEMI– 16,6 ± 4,9 ммоль/л; у 2 ґрупі: НС – 7,2 ± 0,6 ммоль/л; nSTEMI – 8,7 ± 1,5 ммоль/л; STEMI – 11,5 ± 2,2 ммоль/л. Амплітуда сеґмента ST складає у 1 ґрупі: НС – 0,9 ± 0,17 мм, nSTEMI – 1,3 ± 0,4мм, STEMI – 2,2 ± 0,25 мм; у 2-ій: НС –0,8 ± 0,2 мм, nSTEMI – 0,9 ± 0,15мм, STEMI – 2,1 ± 0,22 мм. У хворих з супітнім ЦД

II типу існує позитивний кореляційний зв'язок між рівнем ґлюкози і елевацією сеґмента ST: НС r = 0,4 (p<0,05), nSTEMIr = 0,9 (p<0,05), STEMIr = 0,5 (p<0,05). У контрольній ґрупі отримано негативний кореляційний зв'язок: НС r = - 0,1 (p<0,05); nSTEMIr = - 0,05 (p<0,05); STEMI: r = - 0,6 (p<0,05).

Висновки. Встановлено наявність прямого взаємозв'язку між досліджуваними показниками: чим вища концентрація ґлюкози у венозній крові, тим більша амплітуда сеґмента ST,що свідчить про вагоме проґностичне значення гіперґлікемії у першу добу ГКС на тлі ЦД II типу.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Моношина Наталія
Моношин Олександр
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри - проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник - ас. Л. О. Кобак

Актуальність. Хвороби системи кровообігу (ХСК), зокрема гіпертонічна хвороба (ГХ), сьогодні є однією із основних причин смертності, захворюваності та інвалідності дорослого населення в Україні та світі. Згідно офіційної статистики, 12 млн. людей в Україні мають артеріальну гіпертензію (АГ), що складає 30,0 % населення. На сьогодні щорічно виявляють 1 млн. хворих, з них лікуються 53,0 %, ефективно – 12,0 %. В останні роки все більшу увагу приділяють гіперурикемії (ГУ) як одному із вагомих факторів ризику виникненню серцево-судинної патології та її ускладнень.

Мета. Оцінити взаємозв'язок та вплив гіперурикемії на клініко-лабораторні показники у хворих з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи. На основі результатів аналізу архівних історій хвороб терапевтичного відділення ЛОКЛ за останні 3 роки (2014–2016 рр.) вивчено 984 історій хвороб хворих на ГХ залежно від проведення дослідження рівня сечової кислоти (СК). Провівши попередню стратифікацію було виявлено, що 748 хворим з ГХ не досліджували рівень СК. З 236 хворих, яким проводили визначення рівня СК гіперурикемія була виявлена у 62. В дослідження не були включені 153 хворих на ГХ з нормоурикемією та супутніми захворюваннями. Хворі були розподілені на 2 ґрупи: 1 ґрупа – 62 хворих (42 чоловіка і 20

жінок) з ГХ та ГУ, 2-га (контрольна) – 21 хворий (14 чоловіків і 7 жінок) з ГХ і нормоурикемією. Середній вік складає 64,7 ± 5,2 роки. Обидві ґрупи були співставлені за віком та статтю. Було проведено аналіз антропометричних показників, рівня АТ і показників ліпідного обміну. Статистична обробка результатів дослідження проведена з використанням параметричних методів. Значення досліджуваних показників представлені у вигляді M ± m, де M – середня арифметична величина, m – стандартна похибка. Для оцінки залежності використовували коефіцієнт кореляції (r).

Результати. Індекс маси тіла (ІМТ) у першій ґрупі складає 34,4 ± 0,5, у другій – 28,2 ± 0,6. У першій ґрупі рівень САТ становив 170,0 ± 2,1 мм рт. ст., ДАТ – 106,0 ± 0,9 мм рт. ст. У другій ґрупі САТ – 172,0 ± 2,9 мм рт. ст., ДАТ – 105,0 ± 1,2 мм рт. ст. У хворих на ГХ з гіперурикемією існує позитивний кореляційний зв'язок із вмістом СК у сироватці крові та ІМТ r =+0,5, рівнем ДАТ r =+0,31, показниками ліпідного обміну: ЗХС (загальний холестерин) r =+0,083 (p<0,05), ТҐ (тригліцериди) r =+0,29 (p<0,05), ЛПНЩ r =+0,31 (p<0,05), ЛПВЩ r =+0,29 (p<0,05). У контрольній ґрупі отримано неґативний кореляційний зв'язок: ІМТr =-0,44 (p<0,05), ДАТ r =-0,15 (p<0,05), ЗХС r =-0,1 (<0,05), ТҐ r =-0,07 (p<0,05), ЛПНЩ r =-0,03 (p<0,05), ЛПВЩ r =-0,03 (p<0,05).

Висновки. Встановлено наявність позитивних кореляційних зв'язків між гіперурикемією та клініко-лабораторними показниками у хворих з гіпертонічною хворобою. Гіперурикемія у хворих на гіпертонічну хворобу асоціює з ожирінням, підвищенням рівня діастолічного артеріального тиску та дисліпопротеїнемією.

РЕНОПРОТЕКТОРНИЙ ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ АНҐІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮВАЛЬНОГО ФЕРМЕНТУ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ IV СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ДОВГОТРИВАЛОСТІ КУРСУ ЛІКУВАННЯ

Петрівська Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. Л. М. Пронів

Актуальність. За останні десятиліття значно зросла кількість хворих із хронічною хворобою нирок, а саме кінцевими стадіями ниркової недостатності. Діабетична нефропатія (ДН) – специфічне ураження нирок у хворих на цукровий діабет (ЦД), для якого характерне

поступове склерозування ниркової тканини,що спричинює поступову втрату всіх функцій нирок. Артеріальна гіпертензія у хворих на ЦД часто має симптоматичний характер і є одним з найпотужніших чинників наростання ознак ДН.

Мета. З'ясувати ренопротекторний вплив інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту у хворих з діабетичною нефропатією IV стадії залежно від довготривалості курсу лікування.

Матеріали та методи. В рандомізований спосіб з попередньою стратифікацією за наявністю ЦД II типу та ДН IVстадіїв дослідження було включено 41 історію хвороб хворих (16 жінок та 25 чоловіків), віком (від 27 до 70 рр.), тривалістю захворювання більше 10 р., які знаходилися на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні впродовж 2015-2016 рр. Нами вивчались анамнез захворювання, алгоритм діагностики та методи лікування хворих на ЦД II типу з ДН IV стадії за C. E. Mogensen. Хворих було поділено на 2 ґрупи за довготривалістю курсу лікування. У першу ґрупу увійшло 18 пацієнтів (7 жінок та 11 чоловіків), які лікувались інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) впродовж трьох місяців,у другу – 23 пацієнти (9 жінок та 14 чоловіків) з терміном лікування шість місяців. Хворі отримували лікування згідно протоколу МОЗ України від 05.08.2009 р.№574.Обидві ґрупи приймали еналаприл та лізиноприл (у першій ґрупі еналаприл у дозі 10,0 мг 2 р/добу було призначено 12 пацієнтам ,у другій – 13 пацієнтам , інші 16 приймали лізиноприл у дозі 5,0 мг/добу).

У хворих першої та другої ґруп визначали швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), показники протеїнурії до лікування і після лікування.

Результати. До лікування у першої ґрупи ШКФ – (39,72±1,85 мл/хв), протеїнурія – (2,81±0,41 г/л), у другої ґрупи ШКФ – (40,95±3,61 мл/хв) , протеїнурія – (2,64±1,30 г/л). Через 3 місяці після лікування у першій ґрупі зафіксовано такі дані: незначне підвищення ШКФ до (41,72±1,95мл/хв) та зниження протеїнурії до (2,43±0,54 г/л) , а у другій ґрупі ті ж показники через 6 місяців ШКФ (47,26±1,22мл/хв), протеїнурія (1,84±0,17 г/л). Аналіз цих показників засвідчив, що ренопротекторний ефект у хворих другої групи був сильнішим у порівнянні з першою ґрупою($p<0,01$).

Висновки. Тривале застосування (впродовж 6 міс.) інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту дозволило незначно підвищити ШКФ,а також понизити рівень протеїнурії,що вказує на нирковий захисний ефект (ренопротекторний) препаратів цієї ґрупи у хворих на діабетичну нефропатію.

ЗНАЧЕННЯ ВІДМОВИ ВІД КУРІННЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ) II-III СТАДІЇ

Савка Остап
Сочинська Анна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. І. Ю. Корнійчук

Актуальність. Станом на сьогодні актуальною залишається проблема збільшення захворюваності на ХОЗЛ, зростає частота тяжкого перебігу цього захворювання, стійкої втрати працездатності. У структурі смертності ХОЗЛ посідає четверте місце в світі і становить близько 2,8 млн осіб. За прогнозами фахівців до 2020 року ХОЗЛ посідатиме 3-тє місце в структурі причин смертності. Тютюнопаління є основною причиною виникнення ХОЗЛ.

Мета. Визначити значення відмови від куріння у комплексному лікуванні хворих з ХОЗЛ II-IIIстадії.

Матеріали і методи. Згідно наказу № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія»» від 19.03.2007 року, в рандомізований спосіб в дослідження було включено 58 хворих (49 чоловіків та 9 жінок) від 38 до 61 років з ХОЗЛ II–III стадії, з індексом паління більше 15 пачко/років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у профпатологічному відділенні ЛОКЛ впродовж 2016 р. Хворих стратифіковано на дві ґрупи, з яких дослідна група (32 хворих) - це ті, що припинили курити, та контрольну групу (26 хворих), які продовжили курити. Лікувальний комплекс контрольної групи включав інгаляційні β_2-аґоністи пролонґованої дії, холінолітик довготривалої дії, антиоксиданти, ксантини. Комплексне лікування хворих дослідної групи включало відмову від куріння. До початку та через три місяці після закінчення лікування у досліджуваних пацієнтів було проаналізовано динаміку проявів бронхообструктивного синдрому, вивчено результати спіроґрафії та пікфлоуметрії.

Результати. Аналіз досліджень показав, що у контрольній ґрупі такий швидкісний показник бронхіальної прохідності, як потужність форсованого видиху (ПТХМвид), становив 3,6±0,5 л/с, а після закінчення лікування - 3,8±0,6 л/с, тоді як у дослідній ґрупі ПТХМвид збільшився з 3,5±0,8 л/с до 3,9±0,7 ($p>0,05$). Пікфлоуметрія, яка

характеризує пікову швидкість, становила у контрольній ґрупі до початку лікування 432,0±8,3 л/хв ($p<0,05$), після лікування - 464,2±9,3 ($p>0,05$), тоді як у дослідній збільшився з 422,0±8,3 л/хв ($p<0,05$) до 471,0±9,3 ($p>0,05$), що свідчило про наявність бронхообструкції та було орієнтиром для призначення лікування. Оцінка цих показників свідчить, що ефективність лікування у хворих дослідної групи була сильнішою порівняно з контрольною ґрупою($p<0,01$).

Висновки. Отримані результати дослідження підтвердили, що відмова від куріння сприяє позитивній динаміці у комплексномму лікуванні хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень II-III стадії. Таким чином, тільки боротьба з тютюнопалінням може зумовити суттєві зрушення в структурі захворюваності на ХОЗЛ.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ СТУДЕНТІВ, ЩО ЗМУШЕНІ БУЛИ ПЕРЕВЕСТИСЬ ІЗ МЕДУНІВЕРСИТЕТІВ ОКУПОВАНИХ КРИМУ І ДОНБАСУ

Чаплинська Катерина
Сборщик Оксана
Самко Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. О. Я. Яцкевич

Актуальність. Гібридна війна Росії проти України несе загрозу не тільки очевидних миттєвих наслідків, страшне її відлуння. Загроза здоров'ю і життю, зміна місця проживання і навчання, матеріальні негаразди, відсутність впевненості у завтрашньому дні – серйозне випробування для людини. Це може призвести до виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), порушення функцій нервової та серцево-судинної систем, маркером функціонування яких є варіабельність серцевого ритму (ВСР). Вона дає інформацію про регулятивні впливи на ритм серця, автономний нервовий баланс, психоемоційну стійкість. Визначення параметрів ВСР дасть змогу краще проаналізувати процеси адаптації організму в осіб, переселених з окупованої території.

Мета. Дослідити ВСР студентів, що змушені були перевестись із медуніверситетів окупованих Криму і Донбасу.

Матеріали та методи. У рандомізований спосіб із попередньою стратифікацією відібрана ґрупа з 23 студентів ЛНМУ імені Данила

Галицького, переведених 3 роки тому з окупованої території (дослідна ґрупа – ДҐ) та 15 практично-здорових студентів, корінних жителів Львівської області (контрольна ґрупа – КҐ). Проведено анкетування за Міссісіпською шкалою для оцінювання ПТСР, а також вимірювання ВСР за допомогою приладу «Полі-спектр», проґрама «Нейрософт», методом запису ЕКҐ 5,0 хв. у положенні лежачи та 6,0 хв. у ортостатичній пробі. Визначали часові та спектральні параметри ВСР. Для аналізу використовували проґраму Statistica 6.0 (StatSoftInc., USA). Розбіжності між показниками ґруп вважали достовірними за $p<0,05$.

Результати. Згідно результатів анкетування за Міссісіпською шкалою бал у ДҐ був вищий, ніж у КҐ, проте різниця виявилася недостовірною (87 ДҐ проти 80 КҐ, $p=0,058$). Виявлена певна різниця між основними параметрами ВСР у дослідній та контрольній ґрупах. У ДҐ порівняно з КҐ (у положенні лежачи і в ортостатичній пробі) спостерігалися недостовірні зниження амплітуди коливань ритму серця,різниці показників TP, SDNN, RMSSD, pNN50; TP; VLF;та достовірне зростання активності симпатичної нервової системи, що характеризувалося відносними підвищенням потужності LF-хвиль та зменшенням вкладу HF-коливань,. Зокрема, у положенні лежачи (ДҐ до КҐ): SDNN 56,24та 59,37 мс, відповідно; RMSSD 52,23 та54,60 мс; pNN50 – 18,65 та24,35 %; TP 3057 та3248,22 мс^2; VLF 1161 та1052,73 мс^2; LF 1239,07 та1089,35 мс^2; HF 956,31 та 1106,14 мс^2; LF/HF 4,86 та 2,9*; (де * - $p<0,05$). Подібні зміни спостерігались і в ортостатичній пробі, відповідно: SDNN 48,24 та52,90 мс; RMSSD 20,67 та 23,53 мс; pNN50 – 3,12 та5,75; TP 3470,13 та3505,97 мс^2; LF 1689,56 та 1584,81 мс^2; HF 318,67 та323,76 мс^2; LF/HF 7,86 та 6,34.

Висновки. Отже, серед студентів, котрі були змушені перевестись з окупованих територій, порівняно з місцевими колеґами, не виявлено достовірної різниці за Міссісіпською шкалою, проте виявлено зміни ВСР, що полягають у відносному зменшенні парасимпатичного та зростанні симпатичного впливів на ритм серця.

ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ У ВОДІЇВ

Шанигін А.В.
Гетманець А.О.
Одеський національний медичний університет
Кафедра професійної патології, клінічної, лабораторної і функціональної діагностики
Завідувач кафедри - проф. О. М. Ігнатьєв
Науковий керівник - проф. О. М. Ігнатьєв

Актуальність. За умовами праці автотранспортна сфера продовжує залишатися в числі найбільш неблагополучних. Водій - це професія, що пов'язана з підвищеним рівнем небезпеки.

Сьогодні спостерігається зростання професійної захворюваності серед працівників автотранспортної галузі. Воно посилюється високою аварійністю і поганим станом доріг.

Фізичні навантаження негативно впливають на шийно-плечові суглоби і зв'язковий апарат. Постійне натискання на педалі, використання важелів, штурвалів, вимушена поза та інші фактори призводять до розвитку метаболічних захворювань кісткової системи.

Мета. Підвищити ефективність терапії при захворюваннях опорно-рухової системи у водіїв шляхом комплексного використання медикаментозної терапії в поєднанні з фізичними вправами.

Матеріали та методи. З метою оцінки стану опорно-рухової системи водіїв було проведено обстеження 64 осіб, які скаржилися на болі в спині. Пацієнти чоловічої статі у віці від 27 до 52 років і стажем водіння не менше 7 років були розділені на 2 групи. Основна група складалася з 34 водіїв, які перебувають за кермом не менше 4 годин за зміну. Контрольна група включала 30 водіїв, які використовують автомобіль не більше 2 годин на день. Лікування пацієнтів основної групи складалося з медикаментозної терапії і кінезіотерапії, для лікування контрольної групи використовувалася тільки медикаментозна терапія.

Оцінка стану опорно-рухової системи проводилася на початку і через 6 місяців лікування загальноклінічними (індекс маси тіла, скарги на розлади опорно-рухового апарату), інструментальними (спіральна комп'ютерна томографія) і функціональними методами. З метою оцінки стану кісткової системи проводилося рентгенологічне дослідження.

Результати. До початку лікування пацієнти в обох групах мали приблизно однакові показники. Кількість пацієнтів основної групи з хронічними захворюваннями в анамнезі склало - 12 пацієнтів (35,3%), а в контрольній - 10 пацієнтів (33,3%). Перевищення індексу маси тіла (ІМТ) в основній групі у 17 пацієнтів (50%), в контрольній у 19 пацієнтів (63,3%), скарги на розлади опорно-рухового апарату пред'являли всі пацієнти.

Через 6 місяців лікування було відзначено поліпшення загального стану у пацієнтів обох груп. Найбільший приріст спостерігався в основній групі.

Через 6 місяців лікування відзначалося зниження ІМТ у пацієнтів основної групи на 23,5% на відміну від контрольної групи, де ІМТ знизився лише на 10%. Зменшилася кількість пацієнтів, пред'являли

скарги на розлади опорно-рухового апарату в контрольній групі на 52, 9%, в контрольній на 20%.
Після 6 місяців лікування було відзначено поліпшення всіх показників нейро-спінальної функції хребта.
Висновки. Практичним застосуванням результатів даного дослідження є розробка комплексу вправ, які слід впровадити на весь підрозділ транспортного комплексу, для попередження розвитку патології опорно-рухового апарату і підвищення маси тіла. Комплекс вправ слід проводити кожні 2-3 години усім водіям транспортних засобів.

ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА ДЕЯКІ ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Федорів Олена
Ройчук Павло
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник - ас. А. Б. Федець

Актуальність. Серцево-судинні захворювання посідають перше місце у структурі смертності громадян України (62,5%), а в основі їх патоґенезу домінують атеросклеротичні зміни судин. Проте певні аспекти впливу модифікації способу життя на деякі чинники виникнення атеросклерозу (АС) потребують детальнішого вивчення, оскільки їх своєчасне виявлення та адекватна корекція є надзвичайно важливими.
Мета. З'ясувати вплив модифікації способу життя на деякі чинники виникнення АС.
Матеріали та методи. В основу дослідження покладено результати обстеження 60 пацієнтів віком 46,0±5,0 років (48 чоловіків і 12 жінок), вибраних у рандомізований спосіб з попередньою стратифікацією за наявністю одночасно деяких факторів ризику виникнення АС (аліментарно-конституційного ожиріння, гіподинамії, дизліпідемії) з відсутністю клінічних ознак АС, які перебували на лікуванні у 3 міській клінічній лікарні. Усі вони були розділені на дві аналоґічні за віком та статтю ґрупи: контрольну ґрупу (КҐ) (30 хворих) та основну (30 осіб). Пацієнти обох ґруп обстежені згідно наказу № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»» від 19.03.2007 року. Лікувальний комплекс хворих обох ґруп включав аторвастатин (20,0 мґ один раз на добу) та аспірин (75,0

мґ двічі на добу), проте хворі основної ґрупи чітко дотримувалися рекомендацій лікарів щодо корекції способу життя: мали дієту з низьким вмістом жирів та щоденно виконували дозоване фізичне навантаження. Пацієнти КҐ не змінили притаманного для них способу життя.

Через три місяці було вивчено ефективність проведених заходів в обох ґрупах. Усім хворим проводилося загальноклінічне обстеження з обов'язковим визначенням індексу маси тіла (ІМТ), коефіцієнту співвідношення талія/стегна (КТС) та вивченням показників ліпідного профілю крові. Отримані результати опрацьовано програмою Statistica 6.0 (StatSoftInc., USA). Розбіжності між показниками ґруп вважали достовірними $p<0,05$.

Результати. У пацієнтів КҐ після проведених заходів ІМТ та КТС істотно не змінилися (до лікування ІМТ=37±4 кґ/м^2; КТС=0,87±0,09, після лікування ІМТ=36,0±4,0 кґ/м^2; КТС=0,88±0,03), а рівень загального холестерину (ЗХ) та рівень ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) знизилися: ЗХ з 6,7±0,7 ммоль/л до 5,9±0,4 ммоль/л, рівень ЛПНЩ з 6,3±0,7 ммоль/л до 5,7±0,4 ммоль/л. У пацієнтів основної ґрупи у наслідок проведених заходів істотно знизилися всі досліджувані показники: ІМТ з 37±4 кґ/м^{2}до 25,0±3,0 кґ/м^2 ($p<0,05$ порівняно з результатом КҐ); КТС з 0,88±0,09 до 0,81±0,02 ($p<0,05$); рівень ЗХ знизився з 6,8±0,8 ммоль/л до 4,7±0,3 ммоль/л ($p<0,05$); а рівень атероґенних ліпопротеїнів – з 6,2±0,7 до 4,4±0,5 ($p<0,05$). Отже, у ґрупі, де хворі дотримувалися модифікованого способу життя, через 3 місяці спостерігалося статистично достовірне зниження усіх досліджуваних показників у порівнянні з результатами КҐ, де пацієнти застосовували лише медикаментозне лікування.

Висновки. Модифікація способу життя з корекцією дієти та гіподинамії є ефективним заходом та позитивно впливає на деякі чинники виникнення атеросклерозу (АС): сприяє швидшому зниженню ІМТ, КТС та показників ліпідоґрами.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ L-АРҐІНІНУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ З КОМОРБІДНОЮ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПАЦІЄНТІВ-ЧОРНОБИЛЬЦІВ

Копанська Дзвенислава
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович

Науковий керівник – доц. О. Я. Яцкевич

Актуальність. Незважаючи на проґрес, досягнутий як у вивченні неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), так і гіпертонічної хвороби (ГХ), проблема лікування цих хвороб у пацієнтів-чорнобильців залишається актуальною. У цьому аспекті, одним із найбільш перспективних напрямів є використання природного попередника NO – L-аргініну, захисний вплив якого полягає у попередженні апоптозу гепатоцитів, зменшенні токсичних впливів, своєчасній корекції ендотеліальних порушень, вазодилятаторному та антіопротекторному ефектах. У той же час ефективність таких препаратів, у випадку поєднання НАСГ та ГХ у пацієнтів-чорнобильців вивчені недостатньо.
Мета. Вивчити вплив розчину L-аргініну аспартату на клінічні прояви НАСГ з коморбідною ГХ у пацієнтів-чорнобильців під час їх комплексного лікування.
Матеріали та методи. Нами на базі 4 міської клінічної лікарні м. Львова обстежено 40 пацієнтів ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС віком від 50 до 70 років із НАСГ у поєднанні з ГХ, з яких 20 осіб (100,0%), що становили дослідну ґрупу (ДҐ) застосовували розчин L-аргініну аспартату 4,2% (по 100 мл на добу внутрішньовенно краплинно впродовж 10 днів), як доповнення до комплексного лікування. Контрольна ґрупа становила 20 осіб (КҐ). Результати опрацьовано за допомогою проґрамного забезпечення STATISTICA 10. (StatSoftInc., USA). Розбіжності між показниками ґруп вважали достовірними за $p<0,05$*.
Результати. Вже через один тиждень лікування у 19 (95,0%) чоловіків ДҐ та у 14 (70,0%)* пацієнтів КҐ зникли неприємний присмак у роті, нудота; поганий апетит, відчуття важкості у правому підребер'ї – у 17 (85,0%) та у 10 (50,0%)*, відповідно; ниючі болі у животі – 16 (80,0%) та 10 (50,0%)*; важкість у голові, періодичні цефальґії, відчуття дзвону у вухах – у 14 (70,0%) та у 7 (35,0%)* хворих; також інші симптоми, зокрема загальна слабість, швидка втомлюваність – у 15 (75,0%) та у 8 (40,0%)* пролікованих. Зростання задишки, дискомфорту в грудній клітці, кардіальґії, суттєвого коливання (більше 35/10 мм рт. ст.) артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (більше 20-30 уд./хв.) у хворих ДҐ, порівняно з контролем, не спостерігалось. Неприємний присмак у роті, нудота перестали турбувати усіх пацієнтів через 9 днів у ДҐ та 15 днів у КҐ; поганий апетит, відчуття важкості у правому підребер'ї, минули через 10 та 19 днів, відповідно; ниючі болі у животі – 11 та 18 днів; також інші симптоми, зокрема загальна слабість, швидка втомлюваність – пройшли через 13 та 21 день.

Побічних ефектів від внутрішньовенного краплинного введення розчину L-аргініну аспартату не спостерігалось.
Висновки. Таким чином, лікарські засоби на основі L-аргініну аспартату, покращують самопочуття пацієнтів з НАСГ та коморбідною ГХ, сприяють стабілізації артеріального тиску, а тому є доцільними, як доповнення до комплексного лікування.

СТРЕС-ЗАЛЕЖНА ДИСФУНКЦІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА – КАРДІОМІОПАТІЯ ТАКОТСУБО (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Тимчишин Мар'яна
Чапля Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – ас. О. Ф. Файник

Актуальність. Кардіоміопатія (КМПТ) Такотсубо («Takotsubo») – транзиторне балоноподібне розширення середніх відділів або верхівки серця (apicalballooning), що супроводжується акінезією верхівки і середніх сегментів лівого шлуночка (ЛШ) у поєднанні з гіперкінезією його базальних відділів. Ці ознаки виникають як відповідь на інтенсивний емоційний чи фізичний стрес і нагадують гострий інфаркт міокарда. Але у разі КМПТ немає ознак атеротромбозу вінцевих артерій і значного гемодинамічного стенозу. Вперше КМПТ Такотсубо була описана в 1990 р. японськими дослідниками H. Satoh із співавторами, тоді як вЄвропі перший опис пацієнтів із КМПТ був здійснений у 2003 році. Невідомо якою є істинна розповсюдженість цього захворювання, але за результатами досліджень КМПТ серед хворих із гострим коронарним синдромом діагностують у 1,0–2,0 % випадків. Етіологія та патогенез КМПТ Такотсубо на сьогодні до кінця не вивчені, але попри це своєчасне діагностування та адекватне лікування цього захворювання дають підстави для сприятливого прогнозу у хворих, здоров'я яких у 95,0 % випадків може відновитися за декілька тижнів. А це свідчить про актуальність подальшого дослідження.
Мета. Продемонструвати клінічні прояви, перебіг, етапи діагностики та лікування кардіоміопатії Такотсубо.
Матеріали та методи. Історія хвороби пацієнтки Н., 50років, викладача музичного училища, що лікувалася у стаціонарі

терапевтичного відділення лікарні Львівської Залізниці. Під час роботи були застосовані аналітичні методи дослідження.

Результати. Пацієнтка Н. поступила у стаціонар із скаргами на сильний біль в грудях, задишку, кашель з виділенням рожевого пінистого мокротиння, які почалися гостро після перенесеного сильного психоемоційного стресу. Біль був інтенсивним, тривав більше 30 хвилин і не знімався нітрогліцерином. Аускультативно: дихання везикулярне, ослаблене, вологі дрібно- та середньоміхурцеві хрипи, що займають

≤50,0 % площі легень. Тони серця ритмічні, ослаблені, систолічний шум над верхівкою, ЧСС – 84 уд./хв, АТ – 130/80 мм рт. ст.Результати лабораторних обстежень: мінімальне підвищення кардіоспецифічних ферментів – рівня тропоніну та МВ-фракції креатинінфосфокінази у крові. ЕКГ: елевація сегмента ST у V1-V4 відведеннях; ЕхоКГ: ЛШ у вигляді перевернутого глечика, ділянки гіпокінезу, акінезу в передньо-верхівкових сегментах ЛШ. На основі скарг, результатів об'єктивного обстеження, лабараторних та інструментальних методів дослідження встановлено клінічний діагноз: «Кардіоміопатія Такотсубо». Лікування:режим – загальний, дієта № 10, лізиноприл 5,0мг 1р/д, варфарин 2,5 мг 1р/д, бісопролол2,5 мг 2 р/д. Після 14-денного стаціонарного лікування у хворої спостерігалось значне покращення стану.

Висновки. Описана нами стрес-залежна дисфункція лівого шлуночка – кардіоміопатія Такотсубо трапляється рідко, але, зустрівши її у клінічній практиці, фахівець зобов'язаний знати про її існування, принцип діагностики, в алгоритмі якого, серед констеляції діагностичних критеріїв, центральне місце займає Ехо-КГ. Вчасно діагностована, а значить адекватно лікована, кардіоміопатія Такотсубо у більшості випадків є зі сприятливим прогнозом.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА (ГІМ) У ХВОРИХ МОЛОДОГО ТА ЗРІЛОГО ВІКУ

Сорока Ірина
Орищин Анастасія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 1
Завідувач кафедри – проф. О. О. Абрагамович
Науковий керівник – доц. М. Т. Панасюк

Актуальність. Відомо, що 8,0–11,0% хворих перенесли ГІМ у віці до 44 років і їх кількість має тенденцію до подальшого поступового збільшення. Проблема не нова, однак досі не знайдено переконливих відповідей на запитання, а які ж причини виникнення ГІМ у хворих молодого та зрілого віку, і які чинники ризику запускають або прискорюють патологічний процес у вінцевих артеріях?

Мета. Виявити і оцінити чинники ризику виникнення гострого інфаркту міокарда у хворих молодого та зрілого віку.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано відібраних в рандомізований спосіб 1599 архівних медичних карт пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у ЛОДКЛДКЦ у2015-2016 роках, з яких попередньо стратифіковано 128 карт (8,0 %) з діаґнозом ГІМ (Наказ МОЗ України №455 від 02.07.2014). Вік пацієнтів становив від 21 до 44 років (середній вік – 39,7 року, медіана – 41рік). Найчисельніша вікова ґрупа 41-44 роки (73 пацієнти (57,0 %)), 124 чоловіки та 4 жінки. За ґендерною ознакою переважали чоловіки (96,9%). Аналізували частоту чинників ризику загалом і в окремих вікових ґрупах з урахуванням:статі, інфаркта міокарда (ІМ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) в анамнезі, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, куріння, вживання алкоголю, ожиріння, гіперхолестеринемії, результатів лабораторних (рівень холестерину та ґлюкози крові, фібриноґен, протромбінів індекс) та інструментальних досліджень (ступінь ураження коронарних артерій підчас коронароанґіоґрафії).

Результати. В результаті аналізу 128 медичних карт пацієнтів з ГІМ були виявлені наступні чинники ризику:

Стать чоловіча – 124 хворих (96,9 %), з max (100,0 %) у 20-25 років.

Куріння – 67 хворих (52,3%), зmax (52,2%) у 41-44років.

Гіпертонічна хвороба – 61 хворих (47,0%), зmax (50,8%) у 41-44років.

Гіперхолестеринемія – 51 хворий(39,9%), зmax (58,8%) у 41-44років.

Ожиріння – 43 хворі (33,5%), зmax (66,7%) у 31-40 років.

Надмірне вживання алкоголю – 20 хворих (15,6%), зmax (56,4%) у 26-40 років.

Цукровийдіабет – 12 хворих (9,4%),зmax (58,3%) у 41-44років.

ІМ та ІХС в анамнезі – 10 хворих(7,8%),зmax (40,0%) у 26-40 років.

З 97 пацієнтів, яким була проведена коронароанґіоґрафія, у гострому періоді ІМ у 70 (72,2 %) виявили критичний стеноз/оклюзію вінцевих артерій (78,8% у загальній популяції ГІМ).У решти 27 хворих (27,8 %) з ГІМ ознак орґанічного ураження та обструктивної вінцевої хвороби серця не виявлено, були ознаки змін вінцевих артерій тромботично-спастично-компресійного ґенезу (10,0–15,0 %у загальній популяції ГІМ).

Висновки. 1.Найчастішими чинниками ризику гострого інфаркту міокарда у хворих молодого та зрілого віку є чоловіча стать, куріння, гіпертонічна хвороба. 2.У хворих молодого та зрілого віку, у порівнянні з загальною популяцією, переважає гострий інфаркт міокарда без анґіоґрафічних ознак орґанічного ураження та обструктивної вінцевої хвороби серця.

ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Абузаід Алі Насер
Гончарук Людмила
Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Завідувач кафедри - проф. О. І. Федів
Науковий керівник – ас. Л. М. Гончарук

Актуальність. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) являються найбільш популярними засобами для купування симптомів остеоартрозу (ОА). Використання неселективних НПЗП збільшує ризик кровотеч із шлунково-кишкового тракту більше ніж в 4 рази. Слід особливо підкреслити відсутність чіткого зв'язку між суб'єктивними (симптоматичними) побічними ефектами, ендоскопічно виявляються виразками і важкими ускладненнями.
Мета. Дослідити прояви больового синдрому при гастродуоденопатіях, спричинених НПЗП, у хворих на остеоартроз, залежно від структури вживання НПЗП та ступеня ураження травного каналу.
Матеріали та методи. Було обстежено 70 хворих на ОА із супутніми гастродуоденопатіями (ГДП), індукованими НПЗП. Розподіл хворих на групи здійснювався залежно від ступеня ураження травного каналу (ТК). група I - 40 пацієнтів із НПЗП-індукованим гастритом+дуоденітом (ГД), група II – 30 осіб із ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУ), індукованими НПЗП. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО), всім хворим для діагностики ГДП було проведено фіброгастродуоденоскопію з прицільною біопсією за загальноприйнятою методикою за допомогою фіброгастродуоденоскопа «Olimpus».
Результати. Найчастіше (62,85%) пацієнти приймали неселективні НПЗП (препарати диклофенаку - наклофен, берлан, диклак, диклоберл,

вольтарен). Селективними інгібіторами циклооксигенази-2 лікувалися 37,15% обстежених. Хворі із ЕВУ достовірно частіше відмічали прийом неселективних НПЗП, ніж хворі із ГД та значно рідше використовували селективні НПЗП. ГДП, спричинені НПЗП, у хворих на ОА переважно супроводжувалися наявністю больового синдрому в епігастрії та підребер'ях. Найчастіше біль був ниючого та тупого характеру, виникав періодично та поступово розвивався. Зокрема, у 42 (60%) обстежених були скарги на біль, тільки у 40% пацієнтів із різним ступенем ураження ТК больовий синдром був відсутній. Не скаржились на біль 45,0% хворих із ГД, у 23,3% пацієнтів із ЕВУ больовий синдром був відсутній. Достовірно частіше больовий синдром турбував хворих, які приймали препарати диклофенаку порівняно із пацієнтами, що отримували мелоксикам та німесулід. У хворих, які отримували целекоксиб, больовий синдром був відсутній.

Висновки. Отже, обстеженим хворим на остеоартроз із супутніми гастродуоденопатіями, індукованими НПЗП, був притаманний переважно больовий синдром в епігастрії, лівому та правому підребер'ях, що залежав від селективності обраного НПЗП і мало залежав від ступеня ураження травного каналу.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЯХ, СПРИЧИНЕНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ HELICOBACTERPYLORI

Гончарук Людмила
Васкан Віталія
Буковинський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Завідувач кафедри - проф. О. І. Федів
Науковий керівник - ас. Л. М. Гончарук

Актуальність. Фізико-хімічні властивості еритроцита є чутливим та інформативним індикатором порушень кровообігу, зокрема мікроциркуляції, що визначає важливість морфофункціональних змін еритроцита у патогенезі розладів гемокоагуляції при гастродуоденопатіях (ГДП), спричинених нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), у хворих на остеоартроз (ОА).

Мета. Дослідити морфофункціональні властивості еритроцитів при гастродуоденопатіях, асоційованих із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів, у хворих на остеоартроз залежно від наявності Helicobacter pylori.

Матеріали та методи. Було обстежено 45 хворих на ОА із супутніми ГДП, індукованими НПЗП. Розподіл хворих на групи здійснювався залежно від наявності Helicobacterpylori (Hp). І групу склали 30 осіб із Hp-асоційованими ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, індукованими НПЗП. До ІІ групи увійшли 15 осіб із зазначеною патологією, проте інфікування Hp у них не виявлено. Контрольну групу (ІІІ групу) склали 30 практично здорових осіб (ПЗО). Всім хворим для діагностики ГДП було проведено фіброгастродуоденоскопію з прицільною біопсією. Наявність Hp визначали за допомогою імунохроматографічного тесту на виявлення антигенів Hp у зразках фекалій (CerTestBiotec, S.L., Іспанія, «Фармаско»). Морфофункціональний стан еритроцитів вивчали за індексом деформабельності еритроцитів (ІДЕ) та відносної в'язкості еритроцитарної суспензії (ВВЕС).

Результати. У хворих на ОА із супутніми ГДП, індукованими НПЗП, спостерігали достовірне зниження ІДЕ та зростання ВВЕС, що свідчить про порушення морфофункціонального стану еритроцитів. У хворих Іб групи ІДЕ знижувався на 47,6% ($p<0,05$) у порівнянні із ІІІ групою. ВВЕС у Іб групі зростала на 64,5% ($p<0,05$) у порівнянні із здоровими особами. У хворих ІІ б групи ІДЕ знижувався 1,6 раза, а ВВЕС збільшувалась в 1,6 раза відповідно у порівнянні з ПЗО ($p<0,05$). Інфекція Hp сприяла дещо більшому достовірному зниженню ІДЕ, спостерігали тенденцію до зростання ВВЕС. Підвищення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії та зниження їх здатності до деформації свідчить про структурно-функціональну реорганізацію мембран еритроцитів при ГДП, спричинених НПЗП, у хворих на ОА. Еритроцит відіграє важливу роль у транспорті та зв'язуванні плазмових факторів згортання крові та фібринолізу.

Висновки. Отже, у хворих на остеоартроз із супутніми гастродуоденопатіями, індукованими нестероїдними протизапальними препаратами, спостерігається зниження ІДЕ і зростання ВВЕС, що свідчить про порушення в ланці гемостазу. Наявність супутньої Helicobacterpylori, з огляду на отримані дані, ймовірно, призводить до більш виражених морфофункціональних змін еритроцитів.

СТАН СИСТЕМИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ З АСОЦІЙОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХОЗЛ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Гунько Ганна
Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри - проф. О. Я.Бабак
Науковий керівник – ас. К. О.Ситник

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є одним з найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань дорослого населення. В останні роки увагу вчених привертає асоціація ХОЗЛ з іншими патологічними станами. Так у хворих на ХОЗЛ артеріальна гіпертензія (АГ) діагностується з частотою від 6,8% до 76,3%. Це обумовлено спільними факторами ризику та ланками патогенезу, такими як тютюнопаління, ожиріння, хронічне запалення, ендотеліальна дисфункція.
Мета. Визначення стану системи оксиду азоту та виявлення взаємозв'язків між рівнем продукції NO з порушенням функції зовнішнього дихання та ІМТ у хворих на артеріальну гіпертензію.
Матеріали та методи. В дослідження були включені 60 пацієнтів з ХОЗЛ. Всім обстеженим вимірювали такі антропометричні параметри як зріст, маса тіла, ІМТ. Хворим була проведена комп'ютерна спірометрія з визначенням основних спірометричних показників. Вміст стабільних метаболітів оксиду азоту, а саме нітратів та нітритів (NO3 та NO2) визначали спектрофотометричним методом з використанням реактиву Грісса, сума NO3 та NO2 розглядалася як маркер продукції NO (NO3+NO2). Пацієнтів розподілили на групи залежно від значення ІМТ та проявів бронхообструктивного синдрому. До першої групи увійшли 30 хворих на ХОЗЛ з АГ, а до другої - 30 пацієнтів з ХОЗЛ. Групу контролю було сформовано з 20 практично здорових осіб.
Результати. Згідно із проаналізованими даними щодо стану системи оксиду азоту у хворих на ХОЗЛ, можна зазначити, що спостерігається достовірна відмінність між концентраціями NO3+NO2 у сироватці крові хворих на ХОЗЛ у порівнянні з контрольною групою, а вміст досліджених параметрів досягає найнижчих показників при асоціації ХОЗЛ з АГ.
Висновки. Зниження рівнів оксиду азоту та його метаболітів у хворих на ХОЗЛ може розглядатися як один із маркерів розвитку дисфункції ендотелію та підґрунтя до формування і прогресування артеріальної гіпертензії.

ПОРІВНЯННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ І ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Іванів Наталія
Іллюк Поліна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра сімейної медицини

Завідувач кафедри - проф. О. Н. Надашкевич
Науковий керівник - доц. І. В. Шалько

Актуальність. Особливої актуальності та значущості проблеми жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ) надають ріст поєднаних захворювань органів травлення, хронічний перебіг, схильність до частих загострень, складності в лікуванні, часта інвалідизація осіб молодого та працездатного віку. Дослідження показали, що у 25% пацієнтів з ЖКХ розвивається вторинний хронічний гастродуоденіт (ГД). Основним лікуванням ЖКХ є холецистектомія (ХЕ), яка в більшості випадків призводить до одужання пацієнта, але у ряді випадків розвивається постхолецистектомічний синдром (ПХЕС).

Мета. Порівняти ендоскопічну картину верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою і з ПХЕС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 98 пацієнтів з ЖКХ (1 група) і 104 з ПХЕС (2 група), яким виконано езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) у 2014-15 рр. (неперервні серії). Не включали у дослідження хворих з механічною жовтяницею як до, так і після холецистектомії (ХЕ). В обох групах переважали жінки: 86,7% у групі ЖКХ і 82,7% у групі ПХЕС. Вік хворих був істотно вищим ($p<0.05$) у групі ПХЕС: (62,5±12,8) р; у групі ЖКХ: (54,5±16,6) р.

Результати. В обох групах у більшості пацієнтів виявлено дуоденогастральний рефлюкс, але частіше він спостерігався в осіб після ХЕ: 78,8% проти 55,1% ($p<0.05$), частіше в них рефлюксендоскопістом оцінювався як важкий (велика кількість концентрованої жовчі у шлунку): 34,6% проти 27,6%. Відповідно, у групі ПХЕС частіше виявляли еритематознугастропатію: 86,5% проти 73,5%. Зміни у стравоході та щлунково-стравохідгного з'єднання виявлені у 42 (42,9%) пацієнтів з ЖКХ та у 31 (29,8%) ($p<0.1$ (пограничная значущість)) хворих з ПХЕС. При порівнянні цих змін встановлено, що кила стравохідного отвору діафрагми діагностовано у 22 (22,4%) хворих 1 групи та у 21 (20,2%) пацієнтів 2 групи, недостатність нижнього стравохідного сфінктера – у 38 (38,8%) та у 29 (27,9%), рефлюкс-езофагіт у 17 (17,3%), 8 (7,7%) ($p<0.1$ (пограничная значущість)), стан після фундоплікації (з приводу кили СОД) – 1 (1,02%) та у 1 (0,96%) відповідно та стравохід Баррета виявлений у 7 (6,73%) ($p<0.05$) пацієнтів у групі хворих з ПХЕС. Насамперед привертає увагу зменшення частоти рефлюксезофагіту і розвиток стравоходу Баррета, що можна пояснити пов'язаними з віком атрофічними змінами у шлунку і більшою тривалістю експозиції слизової стравоходу до жовчного рефлюксу.Щодо кислотоасоційованих виразково-ерозивних гастродуоденальних змін: у першій групі діагностовано виразково-

ерозивними змінами – у 40 (40,8%) пацієнтів, а саме: гострі ерозії шлунка діагностовано у 13 (13,27%), хронічні ерозії і папули (варіолоформнагастропатія) – у 12 (12,24%), виразки шлунка - у2 (2,04%), рубцеві зміни шлунка - 1 (1,02%), виразки ДПК - у 2 (2,0%), рубцеві зміни ДПК – у 10 (10,2%) ерозії ДПК – у 11 (11,22%). У другій групі виразково-ерозивні ушкодження виявлені у 37 (35,6%) хворих, детально: гострі ерозії шлунка діагностовано у 13 (12,50%), хронічні ерозії і папули (варіолоформнагастропатія) – у 9 (8,65%), виразки шлунка - у2 (1,92%), рубцеві зміни шлунка - 1 (0,96%), виразки ДПК - у 7 (6,7%), рубцеві зміни ДПК – у 17 (16,4%), ерозії ДПК – у 6 (5,77%). Таким чином, істотної різниці у частоті виразково-ерозивних змін гостро-дуоденальної зони між групами не виявлено, загалом їх частота є високою. Еритематознубульбопатію виявлено відповідно в першій та другій групах 24 (24,5%) і 22 (21,2%), що теж без істотної різниці. Водночас атрофія слизової шлунка була виявлена в 4 (4,08%) у хворих з ЖКХ і 5 (4,81%) хворих з ПХЕС, гіпертрофічні зміни – в 1 (1,02%) і 4 (3,85%) відповідно, кишкова метаплазія – в 1 (1,02%) (група хворих з ЖКХ) і 2 (1,92%) (група з ПХЕС).

Висновки. 1. В обох групах домінує ДГР, його частота після ХЕ зростає, що вимагає відповідної корекції. 2. В обох групах відмічається висока частота виразково-ерозивних уражень гастродуоденальної зони, що спонукує до ретельного передопераційного обстеження хворих на ЖКХ та відовідної інтерпретації скарг після операції з наступним лікуванням

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №2

Лекційна аудиторія кафедри внутрішньої медицини №2
Четвер, 27.04.2017р.

Наукова рада – проф. О.М. Радченко, проф. О.Г. Яворський, проф. Є.І. Дзісь, проф. О.Я. Томашевська, доц. Р.С. Івасівка, доц. А.Б. Гайдук, доц. О.М. Матущак, доц. О.В. Бевз, доц. М.М. Буфан, доц. Н. С. Бек

Головуючі – Бєлова Лілія, Гриб Марія-Мирослава

ДО 400-ЛІТТЯ НАПИСАННЯ ПЕРШОЇ НАУКОВОЇ РОБОТИ З МЕДИЦИНИ У М. ЛЬВОВІ

Данилишин Марія
Макар Тарас
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини №2
Завідувач кафедри - проф. О.М. Радченко
Науковий керівник - проф. Є.І. Дзісь

Актуальність. Історія Львова тісно пов'язана з видатними особистостями, які розвивали медичну науку впродовж багатьох віків. У цьому році виповнюється 400 років з часу написання та видання першої на теренах Львівщини фундаментальної наукової медичної праці, автором якої є унікальна постать Еразма Сикста.
Мета. Проаналізувати здобутки Еразма Сикста в галузі медицини, його наукової та громадської діяльності з позицій сучасності.
Матеріали та методи. Аналіз історичної, наукової літератури й інтернет-джерел щодо життя та діяльності Еразма Сикста, зокрема таких: Польський біографічний словник, Енциклопедія українознавства за редакцією В. Кубійовича, дослідження В. Лозинського «Патриціат і мешканці Львова у 16-17 століттях» та інші.
Результати. Еразм Сикст (1570-1635 р.р.) народився у м. Львові, а медичну освіту здобув у Краківській Академії та Падуанському Університеті, працював лікарем і професором Замойської академії, а також обіймав посаду бургомістра Львова. Його книжка – фактично перший фундаментальний науковий трактат з медицини «OcieplicachweSkle» (Про мінеральні води в місті Шкло), написаний на наших теренах, була видана в 1617 році в Замості та складається з 3 частин. Перша частина (20 розділів), фактично, є філософським трактатом про значення води в житті людини, друга (22 розділи)

присвячена фізико-хімічним властивостям мінеральної води, а в третій (19 розділів) описані способи бальнеотерапії та показання й протипоказання до її проведення. Про цінність цієї праці свідчить і те, що вона була перекладена латинською мовою та перевидана в 1780 році. Дякуючи цим дослідженням, ще в 1619 році в місті Шклі було збудовано дві бальнеологічні лічниці. Одна для пацієнтів монастиря св. Лазаря, де лікарем працював Еразм Сикст, а друга платна. Еразм Сикст також був автором інших наукових праць: «KomentarzmedycznydopracSeneki» (Медичний коментар до творів Сенеки, 1672), «KomentarzdopracPubliaSyra» (Коментар до праць Публія Сира, 1600), «KomentarzdopracyHerkulesaSaksońskiegookołtunie» (Коментар до праці Геркулеса Саксонського про ковтун; правдоподібно, не збереглась). Як лікар, перебуваючи на посаді бургомістра Львова, значно поліпшив санітарний стан міста та ефективно впроваджував протиепідемічні заходи.

Висновки. Життя та діяльність Еразма Сикста засвідчує, що на початок 17 сторіччя у Львові розвиток медицини був на високому рівні. Його творчість та впровадження демократичних принципів в життя громадян є взірцем для наслідування.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ДЕКОМПЕНСОВАНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ НИРОК

Антонюк Юлія
Джунь Яна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра внутрішньої медицини №2
Завідувач кафедри - доц. Г.В. Мостбауер
Науковий керівник - ас. І.І. Горда

Актуальність. Дисфункція нирок є несприятливим прогностичним чинником при гострій декомпенсованій серцевій недостатності (ГДСН). Прогноз перебігу пацієнтів з ГДСН залежить від численних факторів, серед яких швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). [Seong Woo Han, MD, Kyu Hyung Ryu, MD, Korean Circulation Journal, 2011]. Порівняльна оцінка перебігу основного захворювання у пацієнтів з ГДСН та з супутньою патологією нирок залишається маловивченою та потребує уточнень.

Мета. Оцінити вплив дисфункції нирок у пацієнтів з ГДСН.

Матеріали та методи. У ретроспективному дослідженні проаналізовано 107 історій хвороб стаціонарних хворих, які були

госпіталізовані в кардіологічні відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва протягом 2013 року з приводу ГДСН внаслідок хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ) або дилятаційної кардіоміопатії (ДКМП) незалежно від фракції викиду (ФВ). ШКФ визначали розрахунковим методом за формулою MDRD (Modification of Diet in Renal Disease).

Всі хворі були розділені на дві групи в залежності від ШКФ при госпіталізації. Перша група (зі зниженою ШКФ) включала 46 хворих (середній вік 64,8±2,72), ШКФ яких була < 60 мл/год. Друга група (зі збереженою ШКФ) включала 61 хворих (середній вік 55,3±2,32), ШКФ яких була ≥ 60 мл/год. Для аналізу перебігу основного захворювання було використано дві комбіновані кінцеві точки: перша − смерть в стаціонарі + фібриляція шлуночків + шлуночкова тахікардія, друга – смерть в стаціонарі + кардіогенний шок в стаціонарі.

Результати. Хворі зі зниженою функцією нирок (група I) в порівнянні з пацієнтами зі збереженою функцією нирок (група II) мали більш несприятливий перебіг основного захворювання як за першою (16,4% проти 2,2%, $p<0,01$), так і за другою (14,8% проти 4,3%, $p<0,05$) комбінованою кінцевою точкою.

Висновки. Отримані результати дають змогу зробити висновок про те, що порушення фільтраційної функції нирок за даними ШКФ у хворих з гострою декомпенсованою серцевою недостатністю зумовлює несприятливий перебіг основного захворювання.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ ІЗ ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ НИРОК

Олєйнікова Юлія
Іванцюра Михайло
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра внутрішньої медицини №2
Завідувач кафедри - доц. Г.В. Мостбауер
Науковий керівник - ас. О.В. Василенко

Актуальність. Зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) у пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) із елевацією сегменту ST має несприятливий вплив на розвиток ускладнень, таких як серцево-судинна недостатність та летальність. Гендерні відмінності у клінічному перебігу ГКС із елевацією сегменту ST зумовлюють

необхідність більш детального вивчення цього питання з метою підвищення ефективності лікування та профілактики ускладнень.
Мета. Дослідити гендерні відмінності у виникненні ускладнень ГКС із елевацією сегменту ST у пацієнтів із зниженою ШКФ.
Матеріали та методи. Ретроспективно було проаналізовано 360 пацієнтів з діагнозом ГКС із елевацією сегменту ST, які були госпіталізовані у відділення кардіологічної реанімації Олександрівської клінічної лікарні міста Києва у період з 01 січня 2015 року по 01 січня 2016 року. Всі хворі були співставними за віком, супутніми захворюваннями та лікуванням. Пацієнти обох статей були розподілені на 3 групи за результатами ШКФ, що була розрахована за формулою CKD-EPI: група I – пацієнти із ШКФ ≥ 90 мл/хв/1,73 м², група II – пацієнти із ШКФ від 60 мл/хв/1,73 м² до 90 мл/хв/1,73 м², група III – пацієнти із ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м². Усі хворі отримали лікування згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів та була проведена реперфузійна терапія у перші 4 години від появи симптомів. Спостереження проводилося протягом усього госпітального періоду до моменту виписки зі стаціонару. Оцінювали частоту летальних наслідків, рецидиву інфаркту міокарда, пароксизму фібриляції передсердь, пароксизму тріпотіння передсердь, рецидиву ранньої постінфарктної стенокардії, гострої лівошлуночкової недостатності більше II класу за Killip-Kimba.
Результати. У I, II та III групах чоловіки мали більшу частоту ускладнень ГКС з елевацією сегменту ST у порівнянні з жінками протягом усього госпітального періоду (в середньому 20 ± 3,4 доби). Це проявлялось зростанням частоти ускладнень ГКС з елевацією сегменту ST у чоловіків у вигляді рецидиву інфаркту міокарда, серцево-судинної летальності, пароксизмів фібриляціїї та тріпотіння передсердь, гострої лівошлуночкової недостатності більше II класу за Killip-Kimba (всі $p<0,05$).
Висновки. Отримані результати свідчать про те, що у чоловіків частота ускладнень ГКС з елевацією сегменту ST зі зниженням ШКФ більша, ніж у жінок відповідних груп.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЧЕРЕЗШКІРНОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ

Ланова Юлія
Івано-Франківський національний медичний унівепситет
Кафедра внутрішньої медицини №2
Завідувач кафедри – проф. І.П. Вакалюк
Науковий керівник – проф. Н.М. Середюк

Актуальність. В структурі причин смерті з приводу ХСК серед дорослих України, найчастіше основною причиною смерті є ІХС - 67,8%.

Через велику поширеність і смертність внаслідок ІХС і ГКС постала необхідність своєчасного виявлення і лікування цих захворювань,ефективним методом рішення якої є ендоваскулярний метод лікування зокрема черезшкірне коронарне втручання.

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих з гострим коронарним синдромом шляхом своєчасного застосування ЧКВ.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базах Івано-Франківського ОККД, КЛДЦ, відділення ІМДЛ ЦМКЛ. Обстежено 30 хворих з гострим коронарним синдромом. Всім хворим проводили ургентну коронарографію та стентування інфаркт-залежної артерії.

Результати. Після проведеного ЧКВ резолюція сегмента ST більше 50% була у 25 хворих, а менше 50%-у 5-ти. Причиною недостатньої ефективності ЧКВ у 5-ти хворих стало несвоєчасне поступлення в стаціонар.

ЧКВ було ефективним у хворих з багатосудинним і односудинним ураженням (у 4-ьох хворих з багатосудинним ураженням резолюція сегмента ST становила менше 50%, у всіх пацієнтів з односудинним ураженням резолюція сегмента ST була більше 50%).

Висновки. Метод ЧКВ стає все більш поширеним в Україні (132 ЧКВ на 1 млн. населення за 2015 рік) при лікуванні пацієнтів з ГКС.

Процедура стентування має переваги над іншими маніпуляціями і процедурами: низька травматичність; відсутність необхідності в загальному наркозі; короткий реабілітаційний період; мінімальна кількість ускладнень.

ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ В ДІАГНОСТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УМОВАХ МЕДИЦИНИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

Архіпов Олександр
Конкуловська Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2
Завідувач кафедри - проф. О.Г. Яворський
Науковий керівник - доц. А.Б.Гайдук, доц. Л.В. Ющик

Актуальність. Серцево-судинні захворювання – найпоширеніша причина смертності і в Україні, і в світі. За даними МОЗ показник смертності від серцево-судинних захворювань в Україні є одним із найвищих у світі і становить близько 66% . Хвороби серцево-судинної системи нерідко призводять до загибелі хворого, а ще частіше до обмеження його працездатності. З огляду на це, важливою є рання діагностика захворювання на першій ланці надання медичної допомоги – у медицині невідкладних станів.

Мета. Довести важливість використання індексів функціонального стану для диференційної діагностики серцево-судинних захворювань в умовах медицини невідкладних станів.

Матеріали та методи. Проведено опитування 100 пацієнтів за допомогою розроблених анкет та реєстрацію електрокардіограми на базі Львівської станції швидкої медичної допомоги та 8-ої міської клінічної лікарні, а також вивчення наукової літератури стосовно даної тематики. Для оцінки отриманих даних використовувались показник адаптаційного потенціалу, індекс Кердо та індекс Руф'є.

Результати. Всіх пацієнтів ми розділили на 3 групи в залежності від показників адаптаційного потенціалу та індексу Кердо.

У 1 групи хворих (20 анкет) з напруженням механізмів адаптації: спостерігалось переважання парасимпатичної нервової системи, у пацієнтів даної групи було відчуття страху, спостерігались різні захворювання серцево-судинної системи.

У 2 групи (37 анкет) з незадовільною адаптацією: виявлено переважання парасимпатичного впливу; пекучі болі в проекції серця; часто спостерігались гострі стани, які загрожують життю, зокрема гострі коронарні синдроми та нестабільні стенокардії.

У 3 групи (10 анкет) з зривом механізмів адаптації: пацієнти з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи із декомпенсацією серцевої діяльності та розвитком легеневої патології, характеризується переважанням симпатичного впливу та неправильним ритмом на електрокардіограмі.

Висновки. В ході виконання роботи виявлено, що переважання різних типів нервової системи впливають на перебіг та загострення хронічних захворювань серцево-судинної системи, а також доведено, що визначення адаптаційного потенціалу та індексу Кердо є важливим діагностичним та прогностичним тестом для оцінки важкості захворювання пацієнта в умовах надання невідкладної догоспітальної допомоги.

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЗОФАГО-ГАСТРО РН-МОНІТОРИНГУ В ОПТИМІЗАЦІЇ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИБОРУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Сисак Оксана
Буфан Ростислав
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри - проф. Р.Я. Дутка
Науковий керівник - доц. М.М. Буфан

Актуальність. Актуальність проблеми гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) зумовлена значною розповсюдженістю серед дорослого населення (40-60%), наявністю як типових, так і атипових клінічних проявів, часто тривалим та прогресуючим перебігом, що в сукупності ускладнює своєчасну діагностику захворювання та погіршує якість життя хворих. Оптимізація алгоритму діагностики ГЕРХ могла б позитивно вплинути як на достовірність верифікації різних форм захворювання, так і на ефективність подальшого лікування кислотозалежних станів, пов'язаних із порушенням моторики верхніх відділів шлунково-кишкового каналу.

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу різних форм ГЕРХ, співставити діагностичні можливості ендоскопічного і функціонального методів діагностики ГЕРХ.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 68 хворих у віці 18-65 років, серед них - 62% складали чоловіки, 38% - жінки. Вивчення клінічних симптомів здійснювали методом анкетування хворих та аналізу медичної документації. Усім пацієнтам, окрім загальноклінічних методів обстеження, було проведено езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС) і комп'ютерну внутрішньопорожнинну експрес pH-метрію та езофаго-гастро-pH-моніторування з наступною інтерпретацією та співставленням результатів.

Результати. Найчастішими скаргами, які виявляли пацієнти з ГЕРХ були печія, регургітація, відрижка, також пацієнти скаржилися на постійні болі або болі після їди, як правило, в епігастральній ділянці, відчуття гіркоти у роті, дисфагію, неприємні відчуття за грудниною, загальну слабкість. За результатами ЕФГДС у 72% обстежуваних з помірними клінічними проявами ГЕРХ спостерігалися виражені явища езофагіту. Натомість, у 28% хворих при яскраво виражених клінічних симптомах ГЕРХ – ендоскопічні ознаки наявності рефлюксу чи зміни

слизової оболонки стравоходу не підтверджувались. Водночас, у цієї категорії пацієнтів реєстрували наявність вираженого рефлюксу за даними езофаго-гастро-pH-моніторингу за наступними критеріями: відсоток часу, коли pH≤4,0 од.; загальна кількість рефлюксів за добу; кількість епізодів рефлюксу тривалістю більше 5 хв тощо. За результатами анкетування та аналізу медичної документації часто зустрічалися атипові (позастравохідні) прояви ГЕРХ: біль в грудній клітці (42%), хронічна охриплість голосу (73%), бронхіальна астма (34%), а лікування хворих з атиповими проявами ГЕРХ не приносило очікуваного ефекту. Таким пацієнтам було запропоновано персоналізований підбір анисекреторних засобів за допомогою гастро-pH-моніторингу з фармакопробами, враховуючи при цьому індивідуальний тип кислотоутворення та реєстрацію рефлюксів.

Висновки. ГЕРХ сьогодні є частим явищем, незалежно від віку, статі чи матеріального стану хворих. Якість життя у пацієнтів з ГЕРХ погіршується паралельно з тяжкістю симптомів, незалежно від наявності чи відсутності ендоскопічно підтвердженого езофагіту.

Найбільш об'єктивним та інформативним тестом для визначення патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу, особливо при нетипових клінічних та ендоскопічних симптомах, є проведення комп'ютерного езофаго-гастро-pH-моніторингу з метою оцінки його інтенсивності та вибору індивідуальної антисекреторної фармакотерапії.

КЛІНІЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ НОВОГО МАРКЕРУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Оніщенко Марія Василівна
Ковтун Вадим Богданович
Харківський Національний Медичний Університет
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2 та медсестринства
Завідувач кафедри – проф. Т.С. Оспанова
Науковий керівник – ас. А.Б. Борзенко

Актуальність. За останні 10 років зросла смертність від серцево-судинних захворювань. На сьогоднішній день за підрахунками епідеміологічних досліджень кожен 6 мешканець світу, віком від 40 років має кардіопатологію. Приблизно 40-60 % серцево-судинних захворювань проявляються як інфаркт міокарду або ж раптова смерть, без будь яких попередніх симптомів. Необхідно знати й використовувати нові біомаркери, які допоможуть заздалегіть попередити ускладнення кардіопатології.

Мета. Метою даного дослідження є вивчення лабораторних маркерів для подальшої оцінки патогенезу, моніторингу, прогнозу, діагностики

та терапії серцево-судинних захворювань. Зокрема, велике клінічне значення відіграє ST2 – маркер серцевої недостатності (стимулюючий фактор росту, експресуючий геном 2, також відомий як IL1RL1 – інтерлейкін першого рецептору типу 1)

Матеріали та методи. Було обстежено 30 пацієнтів віком від 40 до 60 років.

Основна група досліджуваних складалася з людей які страждали на серцево-судинні захворювання, а в групу для порівняння входили люди, які мали ризик до розвитку серцево-васкулярних захворювань та хворі без серцево-васкулярних захворювань.

Результати. У пацієнтів першої групи, які мали серцево-судинні захворювання, відмічалося значне підвищення рівня ST2 (>35 нг/мл, при нормі 18 нг/мл). У пацієнтів другої групи, які мали ризик до розвитку захворювання серцево-васкулярних захворювань відзначалося незначне підвищення рівня ST2 (20-25нг/мл). І у третьої досліджуваної групи хворих, які не страждали серцево-судинними захворюваннями рівень ST2 був на межі норми (16-18нг/мл).

Висновки. Підвищена концентрація ST2 в крові може свідчити про розвиток ускладнень і навіть смерті пацієнтів страждаючих на серцеву недостатність та серцево-судинні захворювання різної етіології. Своєчасне визначення рівня ST2 в крові у пацієнтів, котрі страждають серцево-судинними захворюваннями може попередити їх госпіталізацію та раптову смерть. Пацієнтам, у котрих відзначається концентрація ST2 >35 нг/мл потрібно назначити спеціальне лікування, яке основане на моніторингу пацієнта, діагностичних процедурах, медичних препаратах, та додаткових обстеженнях. ST2 може підвищуватися за декілька років до появи серцево-васкулярних захворювань, що допоможе нам завчасно виявити патологію, ще на безсимптомній стадії.

ХВОРОБА КАВАСАКІ,ДІАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕННЯ

Заболотна Зоряна
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини
Завідувач кафедри – проф. П.В. Вакалюк
Науковий керівник - проф. Н.М. Середюк

Актуальність. Дане захворювання є поширеними у представників "жовтої" раси. В нашій країні воно зустрічається рідко, тому й виявляють його надто пізно,коли вже є незворотні ускладнення зі сторони серця

Мета. Метою роботи є вивчення особливостей перебігу рідкісного для України захворювання, дослідження ускладнень з боку серцево-судинної системи у дорослих.
Матеріали та методи. Було досліджено історію хвороби дорослого пацієнта з хворобою Кавасакі,та вивчено ускладнення з боку серця, а саме множинні аневризми коронарних артерій .
Результати. Захворювання вперше проявилося у непритаманному для нього дорослому віці.Пацієнта турбував сильний біль за грудниною, що іррадіював у ліву лопатку та ліву щелепу. При коронарографії було виявлено : ПКА - повністю виповняється контрастною речовиною; ЛКА - стовбур та проксимальні сегменти ПМШГ та ОГ множинні аневризми, а також 1-ї діагональної гілки.
"Ампутація" (100%) стеноз ПМШГ та ОГ ЛКА в проксимальних сегментах, множинні аневризми ПМШГ ЛКА, ОГ ЛКА;безуспішна ангіопластика, анатомічна неможливість стентування коронарних артерій.
Висновки. дане захворювання піддається терапії імуноглобулінами в дитячому віці, в іншому випадку зростає ризик ускладнень у вигляді множинних аневризм коронарних артерій,які неможливо усунути за допомогою стентування.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ФАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Малиш-Комогорцева Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 2
Завідувач кафедри - проф. О.М. Радченко
Науковий керівник – ас. Н. С. Бек

Актуальність. У пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) виникають ураження органів-мішеней: серця, судин, нирок. На цьому тлі, особливо за умов наявності відомих чинників ризику (дисліпідемія, куріння, ожиріння), зростає ризик фатальних кардіоваскулярних ускладнень.
Мета. Дослідити гендерні особливості ступеня кардіоваскулярного ризику фатальних ускладнень за шкалою SCORE у пацієнтів з ГХ, поєднаною з надлишковою масою тіла чи ожирінням I ступеня, з урахуванням рівнів клінічних та лабораторних показників та кореляційних зв'язків між ними.

Матеріали та методи. Обстежено 32 пацієнти з ГХ, II стадії, 2 ступеня. Група 1 – 14 чоловіків, віком 50,8±13,3 років, тривалість ГХ 10,3±1,4 років, з індексом маси тіла (ІМТ) 31,9±2,1 кг/м2.; група 2 – 18 жінок, віком 60,1±9,2 років, тривалість ГХ 12,3±4,4 років, з ІМТ 28,6±2,7 кг/м2.. Проведено планове обстеження згідно протоколу надання допомоги хворим на артеріальну гіпертензію, антропометричні виміри, визначався рівень гормонів щитоподібної залози (ЩЗ), швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Результати опрацьовані за допомогою пакета програм "StatisticaforWindows 6.0". Порівняння показників між ґрупами здійснювали за допомогою U-критерію Манн-Вітні (рівень істотності $p<0,05$). Для з'ясування сили і направленості кореляційних зв'язків визначали критерій (τ) Кендалла.

Результати. Групи істотно різнились за оцінкою ризику за шкалою SCORE: 13,1 [6,8; 18,9] балів в чоловіків проти 3,4 [3,0; 5,2] балів у жінок, $p=0,0003$) відповідно. В групі 1 у 28,6% пацієнтів встановлено дуже високий ризик, у 28,6 % – високий, у 35,7 % – помірний, у одного – низький. У 6 пацієнтів виявлено структурні зміни ЩЗ, еутиреоз. В групі 2 у однієї жінки встановлено дуже високий ризик, у 27,8 % – високий, у 66,7 % – помірний. У 66,7% пацієнток виявлено структурні зміни ЩЗ, еутиреоз. Групи істотно розрізнялись за ШКФ (86,7 [83,0; 91,7] проти 69,7 [66,7; 81,9] мл/хв/1,73 м, $p=0,02$) та за рівнем ТТГ (3,2 [2,1; 3,8] проти 1,8 [1,4; 2,7] мМО/л, $p=0,04$) відповідно. Кореляційні зв'язки в ґрупах різнились. У чоловіків вміст ТТГ корелював з вмістом загального холестерину ($\tau=0,66$, $p=0,02$), що може вказувати на асоціацію дисліпідемії зі зниженням функції ЩЗ. У жінок кількість балів за шкалою SCORE корелювала з ТТГ ($\tau=-0,64$, $p=0,03$) і товщиною задньої стінки лівого шлуночка ($\tau=0,80$, $p=0,02$), а вміст ТТГ корелював з товщиною міжшлуночкової перегородки ($\tau=-0,82$, $p=0,02$), вмістом фібриногену ($\tau=-0,90$, $p=0,04$), ШОЕ ($\tau=-0,69$, $p=0,02$).

Висновки. У чоловіків з ГХ, поєднаною з надлишковою масою тіла чи ожирінням І ступеня, значно частіше виявляється дуже високий та високий ступінь кардіоваскулярного ризику фатальних ускладнень, тоді як в жінок переважає помірний ризик, часто зустрічаються структурні зміни ЩЗ та зниження функції нирок. У жінок зростання ступеня ризику фатальних кардіоваскулярних ускладнень може відбуватись на тлі збільшення гіпертрофії лівого шлуночка та підвищення функції ЩЗ, яке асоціюється зі збільшенням маркерів запалення.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ВПЛИВОМ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ

НЕФРОПАТІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ

Довгопола Тетяна
Березова Мирослава
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Кафедра внутрішньої медицини
Завідувач кафедри - проф. О. І. Федів
Науковий керівник - ас. М.С. Березова

Актуальність. Ожиріння та надлишкова вага є одним з вагомих факторів ризику погіршення функції нирок. При ожирінні (ОЖ) також має місце дисліпідемія, що на сьогодні також вважається вагомим чинником прогресування патологічного процесу. Діабетична нефропатія (ДН) є одним з найбільш прогностично несприятливим ускладненням цукрового діабету 2 типу, що невпинно прогресує та призводить до розвитку термінальної стадії ниркової недостатності.

Мета. Мета роботи: визначити переваги використання аторвастатину у хворих на діабетичну нефропатію з супутнім ожирінням та без у комплексному лікуванні.

Матеріали та методи. Матеріали і методи. Для проведення наукового дослідження було відібрано 92 хворих на ДН з цукровим діабетом 2-го типу та супутнім ОЖ. Методи дослідження, які використовували: загально клінічні, вміст β2-мікроглобуліну (β2-МГ) крові та сечі, ліпідограма крові. Дослідження проводили в динаміці. Показники β2-МГ крові та сечі, а також показники ліпідного спектра крові проводили до включення в лікування аторвастатину та через три місяці його прийому у комплексному лікуванні.

Аналізуючи клінічно-лабораторні показники пацієнтів, що підлягали обстеженню, було виявлено порушення ліпідного обміну. Спостерігалося вірогідне збільшення рівнів загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) на фоні зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) у порівнянні з показниками практично здорових осіб ($p<0,05$). Найвищими показникоми порушення ліпідного обміну було виявлено у групі хворих на ДН IV стадії з ожирінням II ступеня ($p<0,05$). У пацієнтів з ДН з та без наявності ожиріння було виявлено підвищення рівнів β2-МГ крові та сечі ($p<0,05$). Після проведеного лікування аторвастатином показники ліпідного спектра (рівні ЗХС, ТГ, ХСЛПНЩ, та ХСЛПВЩ) у всіх пацієнтів нормалізувалися чи наближалися до норми. У хворих на ДН III ст. рівні β2-МГ крові та сечі нормалізувалися, у пацієнтів із ДН IV ст. вірогідно знизилися($p<0,05$).

Результати. У хворих на діабетичну нефропатію з наявністю супутнього ожиріння спостерігається значне підвищення β2–мікроглобуліну крові та сечі, а також дисліпідемія зі зниженням ліпопротеїдів високої щільності, гіперхолестеринемією та гіпертригліцеридемією.
Висновки. У результаті тримісячної терапії аторвастатином виявлено вагоме зниження вмісту β2-мікроглобуліну крові та сечі та нормалізація показників ліпідного спектру крові порівняно з визначеними показниками до проведеного лікування ($p < 0,05$).

ПОРІВНЯННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВЛИВУ СИМВАСТАТИНУ І ПРЕПАРАТУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ЛЄТІУМ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ

Орел Віталій
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра неврології
Завідувач кафедри - проф. Л. І. Соколова
Науковий керівник – доц. Н.С. Турчина

Актуальність. В патогенезі ішемічного інсульту провідна роль належить дисфункції ендотелію (ДЕ) судин, яка сприяє в прогресуванні атерогенезу. Доведено, що окислені ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) сприяють розвитку ДЕ. Гіполіпідемічні препарати, зокрема статини, покращують функціональний стан ендотелію. Побічними ефектами прийому статинів є диспепсичні розлади, міопатії, рабдоміоліз, ниркова недостатність. Деякі лікарські засоби і харчові продукти, що впливають на активність печінкових цитохромів Р-450, можуть модифікувати дію статинів. Статини протипоказані пацієнтам з активними захворюваннями печінки та при стійкому безсимптомному підвищенні рівня печінкових трансаміназ. У 1979 р з екстрактів гриба Aspergillusterreus було виділено речовину - конкурентний інгібітор ГМГ-КоА-редуктази - монаколін К, що входить до складу препарату Лєтіум.
Мета. Порівняння динаміки функціонального стану ендотелію судин у пацієнтів з ДЕ під впливом статинів і препарату рослинного походження Лєтіум.
Матеріали та методи. Дослідження проведилось на базі відділення неврології Олександрівської клінічної лікарні міста Київ. Обстежено 40 пацієнтів віком 45-65 років, яких було розділено на 2 групи по 20 хворих. Перша група приймала по 40 мг симвастатину щодня. Друга група – Лєтіум по 1 капсулі на добу. Для визначення функціонального

стану ендотелію всім хворим проводилося дослідження ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) плечових артерій в пробі з реактивною гіперемією за методикою Celermajer (1994) в модифікації Іванової О.В.

Результати. При оцінці показників функціонального стану ендотелію приріст діаметра плечової артерії з 8,3 ± 1,6% (норма - більше 10%), збільшився до 16,3± 2,6% у хворих, що приймали симвастатин і до 14,9± 2,4% у пацієнтів, що використовували Лєтіум. Збільшення ступеня ЕЗВД в обох групах мало статистично значимий характер ($p<0,05$). Показник парадоксальної вазоконстрикторної реакції з 15% пацієнтів на початку експерименту знизився до 7% і 9% відповідно. Результати дослідження ЕЗВД у хворих в динаміці лікування свідчили про вплив інгібіторів ГМГ-КоА-редуктази на ендотелій, а саме попередження розвитку гіперхолестеринемії, зменшення утворення в ендотелії оксиду азоту, розвитку ДЕ.

Висновки. 1. Застосування монаколіну К, що входить до складу Летіума, призводить до виразного позитивного впливу на функціональний стан ендотелію.

2. Дослідження підтвердило ефективність використання препарату Лєтіум у випадку наявних протипоказів до призначення статинів через їх побічну дію.

ВЕРИФІКАЦІЯ СИНДРОМУ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ ЯК КРИТЕРІЮ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)

Мельникова Катерина
Черніга Олег
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри - проф. Р.Я. Дутка
Науковий керівник - доц. Р.С. Івасівка

Актуальність. Синдром гіперреактивності бронхів (СГБ) є основним патофізіологічним механізмом бронхообструкції, що лежить в основі нестабільності дихальних шляхів при ХОЗЛ, тому його верифікація є одним з актуальних питань ранньої діагностики даного захворювання.

Мета. Визначити ступінь інформативності скринінгового анкетування як клінічного еквівалента синдрому гіперреактивності бронхів.

Матеріали та методи. За даними анкетування відібрано 50 осіб (24 жінки та 26 чоловіків) віком від 30 до 50 років з двома факторами ризику (куріння та часті респіраторні вірусні інфекції) з клініко-анамнестичними ознаки СГБ за позитивною відповіддю на 4

запропонованих нами запитання (наявність кашлю в сиру та холодну погоду; виникнення дихального дискомфорту при переході з теплого приміщення в холодне, або навпаки; збереження кашлю або задишки протягом 2-3 тижнів після перенесеного ГРВІ; поява утрудненого дихання при контакті з фарбами, пральним порошком, хімічними речовинами), та з відсутністю вентиляційних розладів за даними комп'ютерної спірографії. Для функціональної верифікації СГБ використано неспецифічний провокаційний інгаляційний тест з аерозолем дистильованої води.

Результати. Із 50 скринінгово відібраних осіб сформовано 4 групи дослідження: перші дві групи склали відповідно жінки та чоловіки зі стажем куріння від 1 до 5 років. У третю і четверту групи - з 5-10 річним стажем куріння.

За даними бронхопровокаційного тесту функціонально верифіковано СГБ в осіб усіх чотирьох груп, проте, якщо у жінок з невеликим стажем куріння (I група) зниження ОФВ1 на 20 % виникає після 4-ї інгаляції (ПД20 = 16,07±0,24 при tg□=0,09±0,003), то у третій групі, у яку ввійшли жінки, що курять впродовж 5-10 років – після трьох (ПД20 =8,31±0,15*** з tg□=0,33±0,01***). Натомість, у чоловіків II групи, що курять впродовж 1-5 років, ПД20 = 3,92±0,09 *, а ОФВ1 знижується на 20 % після 2 інгаляції (tg□ = 0,63±0,008*). У IV групі, яку склали чоловіки з багаторічним анамнезом куріння, порогова доза водного аерозолю, що викликає 20% падіння ОФВ1 , відповідає дозі 1 інгаляції.

Висновки. 1. Зі зростанням стажу куріння вірогідно зростає ступінь бронхіальної гіперреактивності як у жінок, так і у чоловіків, проте у чоловіків він істотно вищий.

2. Позитивна відповідь на 4 запропонованих нами запитання анкети-опитувальника можна розцінювати як клінічний еквівалент СГБ, виявленого функціонально у бронхопровокаційному тесті з гіпоосмолярним стимулом. Це засвідчує високу інформативність анкетування як скринінгового методу виявлення осіб із схильністю до бронхообструкції та доцільність його застосування з метою ранньої діагностики ХОЗЛ.

РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ПАЦІЄНТІВ - КУРЦІВ З ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Порохнавець Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра внутрішньої медицини № 2

Завідувач кафедри - проф. О.М. Радченко
Науковий керівник – ас. Н.С. Бек

Актуальність. Компоненти тютюнового диму, насамперед нікотин, окис вуглецю, токсично впливають на слизову шлунка, викликають спазм судин, посилюють кислотоутворення. Може порушуватись кровопостачання і підшлункової залози, що впливає на її внутрішньосекреторну функцію і сприяє ризику розвитку цукрового діабету (РРЦД).
Мета. Оцінити РРЦД 2 типу у пацієнтів-курців з хворобами шлунково-кишкового тракту (ШКТ); дослідити особливості кореляційних зв'язків між показниками РРЦД, рівнем глюкози в крові, антропометричними, клінічними та лабораторними показниками.
Матеріали та методи. Обстежено 58 пацієнтів з хронічним гастритом типу В, пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, шлунка. Група дослідження – 43 пацієнтів-курців, 11 жінок, 32 чоловіки, віком 32,3±10,9 років, з індексом маси тіла (ІМТ) 24,2±3,3 кг/м2; стаж курця 13,1±7,7 років; група порівняння – 15 пацієнтів, 6 жінок, 9 чоловіків, віком 29,9±9,8 років, з ІМТ 24,1±6,2 кг/м2.. Проведено планове обстеження згідно протоколів надання допомоги хворим на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки; за спеціальністю "гастроентерологія" (накази МОЗ України № 613 від 3.09.2014; № 271 від 13.06.2005); антропометричні виміри; РРЦД 2 типу визначався за шкалою FINDRISK у балах. Результати опрацьовані за допомогою пакета програм "StatisticaforWindows 6.0" (StatsoftUSA). Показники порівнювали за допомогою непараметричного критерію Манн-Вітні (рівень істотності $p<0,05$) та подавали як медіану [нижній; верхній квартилі]. Кореляційні зв'язки між показниками порівнювали за критерієм τ Кендалла.
Результати. Оцінка сумарного РРЦД встановила, що групи істотно розрізнялись тільки за рівнем незначно підвищеного РРЦД (7-11 балів) – 23,3% пацієнтів у групі дослідження проти 13,3 % пацієнтів у групі порівняння ($p<0,05$). Крім того, у хворих-курців встановлено вищі рівні γ-ГТП (27,0[21,0;36,0] проти 19,0[15,0;21,0] ммоль/л, $p=0,001$) та лужної фосфатази (86,0[68,0;108,0] проти 68,0[58,0;89,0] ммоль/л, $p=0,002$). У групі дослідження рівень РРЦД корелював з віком ($\tau=0,25$, $p=0,02$), рівнем систолічного артеріального тиску (САТ) ($\tau=0,71$, $p=0,02$), об'ємом талії (ОТ) ($\tau=0,21$, $p=0,04$) та вмістом глюкози в крові ($\tau=0,21$, $p=0,04$). Вміст глюкози в крові корелював з віком ($\tau=0,27$, $p=0,009$), масою тіла ($\tau=0,28$, $p=0,008$), ІМТ ($\tau=0,22$, $p=0,04$), ОТ ($\tau=0,31$, $p=0,03$), САТ ($\tau=0,31$, $p=0,003$). У групі порівняння рівень РРЦД корелював з ОТ ($\tau=0,62$, $p=0,009$) та кількістю тромбоцитів ($\tau=0,51$, $p=0,03$).

Висновки. 1. У пацієнтів-курців з хворобами ШКТ істотно частіше, ніж у некурців виявляється незначно підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу. 2. Ризик розвитку ЦД 2 типу та вміст глюкози крові у пацієнтів-курців збільшується з віком, зростанням абдомінального ожиріння та систолічної артеріальної гіпертензії.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ФОРМИ КРИВОЇ «ПОТІК-ОБ'ЄМ» ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ РЕЗЕРВ КОМП'ЮТЕРНОЇ СПІРОГРАФІЇ У ВЕРИФІКАЦІЇ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ОБСТРУКТИВНИХ СИНДРОМІВ

Пилипів Оксана
Сосновська Ксенія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри - проф. Р.Я. Дутка
Науковий керівник - доц. Р.С. Івасівка

Актуальність. Аналіз кривої «потік-об'єм» (КПО) дозволяє більш глибоко, ніж звичайна спірограма, проникнути у функціональні характеристики як верхніх, так і нижніх дихальних шляхів, оцінити часові параметри дихального циклу, одержати показники патерну спокійного дихання.
Мета. Топічна діагностика виду обструкції дихальних шляхів на основі кількісного і якісного аналізу кривої «потік – об'єм».
Матеріали та методи. Опрацьовано 158 спірограм. Поряд з кількісним аналізом кривої «потік – об'єм», проводився якісний аналіз на основі наступних критеріїв:
1. Об'ємна швидкість форсованого видиху в інтервалі від 25% до 75% ФЖЕЛ (ОШ25%, ОШ50%, ОШ75%) не залежить від прикладеного зусилля при видиху, а визначається станом бронхіальної прохідності і еластичності легеневої тканини.
2. Порушення окремих ділянок діаграми «потік – об'єм» пов'язані, як правило, з патологічними процесами достатньо чіткої локалізації.
Результати. На основі кількісного і якісного аналізу КПО нам вдалося виявити декілька варіантів обструктивних синдромів.
1. Синдром ізольованої обструкції верхніх дихальних шляхів верифіковано у 3 осіб з діагнозами пухлини середостіння, дифузного токсичного зобу III ступеня та аневризми аорти. Стабільна обструкція екстраторакальної локалізації проявляється формуванням плато як на вдиху, так і на видиху.

2. Синдром обструкції середніх бронхів вдалося виявити у 8 осіб з частими ГРВІ без верифікованої легеневої патології. Порушення форми середньої третини діаграми «потік – об'єм» проявляється зменшенням ОШ50%, ОШ25-75% при нормальному ОФВ1(об'єм форсованого видиху за 1 с.) і вказує на ураження бронхів середнього калібру.
3. Синдром ізольованої обструкції дрібних бронхів визначено при аналізі спірограм 36 пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), стажем куріння понад 10 років і 15 осіб з інтермітуючою бронхіальною астмою (БА) у фазі нестійкої ремісії. На діаграмі «потік – об'єм» вказаний синдром проявляється втратою лінійності останньої третини видиху і зміщенням її до осі абсцис при збереженні ФЖЕЛ, ОШ 25-50%.
4. Синдром генералізованої обструкції встановлено у 111 хворих на БА та ХОЗЛ. При збереженні швидкого лінійного підйому кривої ПОШ (пікова об'ємна швидкість) не досягає нормальних величин, а низхідна її частина утворює дугу, ввігнуту до осі об'єму за рахунок значного зниження потокових показників, які характеризують прохідність середніх і дрібних бронхів (зменшення ОФВ1 і індекса Тіфно. ОШ50% і ОШ75% знижені більшою мірою, аніж ПОШ).
Висновки. Висока інформативність кількісного і якісного аналізу КПО може слугувати альтернативою бронхоскопії при верифікації типу обструктивних розладів.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СИМВАСТАТИНУ І ПРЕПАРАТУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ЛЄТІУМ

Марчук Маргарита
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра неврології
Завідувач кафедри - проф. Л. І. Соколова
Науковий керівник – доц.. Н.С. Турчина

Актуальність. Дисліпідемія, зокрема, підвищений рівень загального холестерину (ХС) реєструють у 48,5% чоловіків і у 56,3% жінок віком 40–60 років. Медикаментозні препарати призначають додатково до дієти та заходів з модифікації стилю життя у випадку, якщо останній не сприяє цільовому зниженню рівня ліпідів у крові. На сьогодні основними фармакологічними засобами для усунення дисліпідемій є статини. Побічними ефектами прийому статинів є диспепсичні розлади, міопатії, рабдоміоліз, ниркова недостатність. Деякі лікарські засоби і харчові продукти, що впливають на активність печінкових

цитохромів Р-450, модифікують дію статинів. Статини протипоказані пацієнтам з активними захворюваннями печінки та при стійкому безсимптомному підвищенні рівня печінкових трансаміназ. У 1979 р з екстрактів гриба Aspergillusterreus було виділено речовину - конкурентний інгібітор ГМГ-КоА-редуктази - монаколін К, що входить до складу препарату Лєтіум.

Мета. Порівняння динаміки показників ліпідного спектра крові у пацієнтів з гіперхолестеринемією при застосуванні статинів і препарату рослинного походження Лєтіум.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено на базі відділення неврології Олександрівської клінічної лікарні міста Київ. Овстежено 60 пацієнтів віком 45-68 років з гіперхолестеринемією, диспротеїнемією, які були розділені на 2 групи по 30 хворих. Перша група приймала по 40 мг симвастатину щодня. Друга група – Лєтіум по 1 капсулі на добу, що містить 10 мг діючої речовини. Через 1 і 3 місяці було проведення контрольне дослідження ліпідного спектру крові.

Результати. У пацієнтів при прийомі симвастатина і Лєтіума була відзначена позитивна динаміка всіх вихідних показників ліпідного спектра крові - тенденція до зниження рівня ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ зафіксована вже через один місяць лікування. Через три місяці терапії відбулося статистично значуще зниження вмісту в плазмі крові ХС в середньому на 2,1 ммоль/л в групі, яка приймала симвастатин, і на 1,9 ммоль/л в групі, що використовувала Лєтіум, ТГ - на 1,2 г/л і 0,9 г/л відповідно, і ХС ЛПНЩ - на 1,8 ммоль/л (Симвастатин) і 1,6 (Лєтіум) в порівнянні з їх рівнем до початку лікування ($p < 0,05$ для всіх показників). Також було зафіксовано підвищення антиатерогенного ХС ЛПВЩ на 1,1 ммоль/л в групі, яка приймала симвастатин і на 1,2 ммоль/л в групі, що застосовувала Лєтіум ($p < 0,05$).

Висновки. 1.Таким чином, монаколін К, що входить до складу Летіума, має виразний гіпохолестеринемічний і гіпотригліцерідемічний ефекти.

2.Виявлено зниження рівня атерогенного ХС ЛПНГ, ТГ і підвищення вмісту в крові ХС ЛПВЩ.

3.Дослідження підтвердило ефективність використання препарату Лєтіум у випадку наявних протипоказів до призначення статинів через їх побічну дію.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА (ГЕРХ)

Кліщ Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1

Завідувач кафедри - проф. Р.Я. Дутка
Науковий керівник - доц. О.М. Матущак

Актуальність. Проблема гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) полягає в її великій розповсюдженості,наявності як типових проявів у вигляді ерозії,виразки стравоходу,стравоходу Барретта (СБ),раку,так і нетипових клінічних проявів,які утруднюють діагностику ГЕРХ,наприклад:ішемічна хвороба серця(ІХС),бронхіальна астма,ларингіти,фарингіти;Крім медико-соціальної проблеми,ГЕРХ представляє і значну економічну проблему. ГЕРХ - хвороба XXI століття.

Мета. Вивчити і порівняти особливості клінічної і ендоскопічної картини у пацієнтів з ГЕРХ та коморбідною патологією.

Матеріали та методи. В дослідження було залучено 42 пацієнти,середній вік яких коливався 40,5 роки,з них 22 чоловіків і 20 жінок .У всіх пацієнтів застосовано загально-клінічні методи обстеження: збір анамнезу,дані з інших лікувальних закладів,метод анкетування,фізикальне обстеження,лабораторні методи(загальний аналіз крові,біохімічний аналіз крові).

Проводилася:езофагофіброгастродуоденоскопія (ЕФГДС),визначення хелікобактерної інфекції за допомогою Хелік -тесту,УЗД внутрішніх органів,pH –метрія.

Результати. Обстежені пацієнти були розподілені на II групи. I група-пацієнти з ГЕРХ (30 пацієнтів) та II група (12 осіб) ГЕРХ з коморбідною патологією, зокрема ГЕРХ+ларингіти,фарингіти,ішемічна хвороба серця(ІХС).

Аналіз анкетування виявив 80 % пацієнтів обидвох груп мають надлишкову вагу,в переважній більшості жінки. Домінуючими факторами є носіння тісного одягу,підіймання ваги понад 8-10 кг,переїдання і пізній прийом їжі перед сном. Анамнестично у 22 пацієнтів були присутні гастрит,виразкова хвороба 12-палої кишки (ВХДПК). Спадковий анамнез обтяжений у 34 пацієнтів.

За даними ЕФГДС у I групі ендоскопічна картина представлена дистальним езофагітом,ерозивним езофагітом. Helicobacterpylori (Hp) за допомогою дихального Хелік - тесту виявлена у 25 пацієнтів .У 60 % пацієнтів I групи домінував диспептичний синдром,який був представлений печією,відрижкою кислим вмістом та повітрям (у 40 % - печія носила постійний характер,відрижка повітрям – 30%,сухість в роті -10%). Больовий синдром з локалізацією в епігастрії був у 15 пацієнтів. У 4 пацієнтів виявлена ковзна кила стравохідного отвору діафрагми,що значно посилювало інтенсивність больового синдрому.

У пацієнтів ІІ групи клінічна картина вирізнялася більшим поліморфізмом за рахунок проявів ларингіту,фарингіту та болів стенокардитичного характеру. Ендоскопічна картина представлена в більшості ерозивним езофагітом.У 2 пацієнтів виявлені виразки стравоходу. Визначення Нр показало позитивний результат у 5 пацієнтів. За даними рН -метрії виявлено І – ІІ групи рН -1,5-2 на вході і на виході .

При аналізі даних ендоскопії в обох групах виявлено дуодено-гастральний рефлюкс,практично у 100 % пацієнтів І групи. Очевидно закид жовчі в сукупності з іншими чинниками виступає фактором агресії. Ознаки хронічного холециститу виявлені у 60 % пацієнтів І групи та 50 % відсотків ІІ групи.

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчить про те,що у пацієнтів ІІ групи клінічна картина захворювання вирізняється значно ширшим спектром симптомів і ендоскопічною картиною. Очевидно,це обумовлено тривалістю хвороби,замаскованою клінікою супутніх захворювань та пізнім зверненням до гастроентеролога,що призводить до неадекватного лікування пацієнтів.

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №3

Наукова рада — доц. А. М. Урбанович, доц. Р. Д. Макар, доц. О. В. Сафонова, доц. І. Д. Бабак, доц. О. А. Білинська, ас. М. О. Дашко

Головуючі – Туркевич Данило**,** Куляба Назар, Чихрак Софія

ПРОБЛЕМИ ГІПОДІАГНОСТИКИ АКРОМЕГАЛІЇ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Ланюш Федір
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри – доц. А. М. Урбанович
Наковий керівник – доц. А. М. Урбанович

Актуальність. Акромегалія – захворювання гіпофіза, що зумовлене надлишковою секрецією соматотропіну (СТГ) та інсуліноподібного фактору росту (ІФР-1) у людей із закінченим фізіологічним ростом і характеризується патологічним диспропорційним ростом кісток, м'яких тканин, внутрішніх органів з порушенням їх функції. Поширеність акромегалії складає 40-60 випадків на 1 млн загальної популяції. Надлишковий рівень соматотропіну призводить до порушення вуглеводного обміну, яке виявляють у більшості хворих на акромегалію, а явний вторинний ЦД – у 25% хворих. Оскільки при акромегалії можуть переважати симптоми вторинного ЦД, захворювання може розцінюватися як ЦД 2 типу. Несвоєчасна діагностика акромегалії призводить до інтенсифікації цукрознижувальної терапії, яка дає незначний ефект та не вирішує проблему пацієнта

Мета. Представити історію хвороби пацієнтки 39 років, що протягом 4 років лікувалася із діагнозом ЦД 2 типу, який виявився ускладненням акромегаліїМета. Представити історію хвороби пацієнтки 39 років, що протягом 4 років лікувалася із діагнозом ЦД 2 типу, який виявився ускладненням акромегалії.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історії хвороби пацієнтки з діагнозом: Макроаденома гіпофіза. Акромегалія. Гіперпролактинемія. Активна фаза. Вторинний ЦД, середньої важкості, стадія декомпенсації. Генералізована діабетична мікро- та макроангіопатія (діабетична

полінейропатія 2 стадія, діабетична непроліферативна ретинопатія 2 стадія, діабетична нефропатія 3-4 стадія , діабетична гепатопатія). Вузловий зоб без порушення функції щитоподібної залози. Метаболічна кардіоміопатія. Синусова тахікардія, СН0.

Опрацьовані результати об'єктивного обстеження; лабораторних досліджень: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (АСТ, АЛТ, загальний холестерин, β-ліпопротеїди, тригліцериди, креатинін, сечовина, Са2+, Р), визначення рівня гормонів (СТГ, ІФР-1, пролактин), глікемічний профіль; інструментальних досліджень: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, нирок, щитоподібної залози, магнітно-резонансна томографія головного мозку; консультація інших спеціалістів.

Результати. При проведенні параклінічних досліджень було виявлено підвищений рівень СТГ, ІФР-1 та пролактину, а при застосуванні МРТ ГМ була візуалізована макроаденома гіпофіза, що і підтвердило діагноз акромегалії. Відхилення глікемічного профілю від фізіологічної норми та значне збільшення HbA1c підтвердило наявність вторинного ЦД. Під час консультації невропатолога було виявлено дистальну діабетичну полінейропатію 2 ступеня, офтальмолога – непроліферативну ретинопатію, які були спричинені вторинним ЦД. УЗД щитоподібної залози виявило вузловий зоб.Пацієнтці було проведено видалення пухлини гіпофіза. Після проведення оперативного втручання спостерігалося покращення загального самопочуття, відновлення працездатності, компенсація ЦД. Залишається відкритим питання щодо тиреоїдектомії, від якої пацієнтка відмовляється.

Висновки. Вторинний ЦД і досі лишається часто непоміченим і розцінюється як ЦД 2 типу. Це призводить до тривалого інтенсивного лікування, яке не дає помітного ефекту. Тому при будь-якому виявленні порушення вуглеводного обміну необхідно пам'ятати про можливість наявності у пацієнта ЦД як ускладнення основного захворювання та розширити діагностичний пошук.

ОСОБЛИВОСТІ КОЛАГЕНОУТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ, ЯК ПРОЯВ РЕАКЦІЇ ШКІРИ НА ВВЕДЕННЯ РІЗНИХ ІМПЛАНТАТІВ

Туркевич Данило
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра дерматології та венерології
Завідувач кафедри - доц. О.О. Сизон
Науковий керівник – доц. О. Ю. Туркевич

Актуальність. Колаген - це основний білок сполучної тканини, однією з функцій якого є підтримання пружності шкіри. Стимуляція вироблення колагену з метою збереження молодого вигляду є актуальною проблемою естетичної медицини сьогодні. Застосування спеціальних імплантів, одна з популярних сьогодні методик стимулювання неоколагеногенезу, що при цьому не має під собою достатньої доказової бази.
Мета. Вивчити вплив колагеностимулюючих імплантів на процес неоколагеногензу, дослідити зміни в шкірі, їх характер та порівняти з заявленими виробником результатами.
Матеріали та методи. Досліди проводили на 50 (5 контрольних і 45 дослідних) статевозрілих білих нелінійних щурах-самцях і самках масою 150 – 180 г. Щурам було введено підшкірні імпланти-нитки (поліпролен, капролак+полімолочна кислота(30/70 та 50/50). Імпланти вживлювали інєкційно під шкіру вздовж хребта на термін 2 тижні. Евтаназію тварин проводили шляхом передозування ефірного наркозу. Гістологічний матеріал фіксували у 4 % нейтральному формаліні, заливали у парафінові блоки. Зрізи товщиною 6-8 мкм виготовляли на ротаційному мікротомі, проводилось фарбування гематоксиліном та еозином, гістохімічне та імуногістохіміне дослідження.
Результати.
1)Нитки PDO(полідіоксанон) – в результаті дослідження спосетерігаємо мінімальний колагеногенез, поодинокі волокна колагену, несформована сполучна тканина
2)Нитки PLA(полімолочна кислота) – поруч з мінімальним колагеноутвореннням, спостерігаємо значну травматизацію суміжних тканин, хронічний запальний процес
3)Нитки NV та EV(поліпропілен) - значний неоколагеногенез із утворенням колагену 1 типу, мінімальна травматизація навколишніх тканин, швидке відновлення тканини, швидкозатухаюча запальна реакція.
Висновки. На основі проведеного дослідження можна стверджувати про те, що різні імплантати викликають різні за характером і наслідками реакції, а в деяких випадках, негативні наслідки переважають на позитивними

СИНДРОМ МЕРША- ВОЛЬТМАНА ЯК КОМПОНЕНТ АУТОІМУННОГО ПОЛІГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМУ 2 ТИПУ

Чихрак Софія
Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького

Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - доц. М.Є. Гоцко

Актуальність. Автоімунний поліглandулярний синдром (АПС) 2 типу вважається найбільш розповсюдженим варіантом імуноендокринних порушень і характеризується ураженням ендокринних залоз з розвитком первинного гіпокортицизму, первинного гіпотиреозу, цукрового діабету (ЦД) 1 типу, міастенії, стеатореї. Одним із рідкісних проявів АПС є синдром «ригідної людини» (синдром Мерша-Вольтмана) – це захворювання невідомої етіології, що характеризується прогресуючою ригідністю та болючими м'язовими спазмами в аксіальних м'язах та проксимальних відділах кінцівок і пов'язані з гіперактивністю рухових одиниць.
Мета. Проаналізувати історію хвороби пацієнтки з синдромом Мерша – Вольтмана як компонента АПС 2 типу для визначення особливостей даного захворювання, діагностики та лікування.
Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз медичної картки та історій хвороб із результатами клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень для аналізу та трактування отриманих даних .
Результати. Пацієнтка З., 1990 р. звернулась зі скаргами на сильну м'язеву слабкість, напруження м'язів спини, живота і шиї, спазми паравертебральних м'язів, судоми верхніх та нижніх кінцівок.
Із анамнезу відомо, що у 2011 році був діагностований дифузний токсичний зоб з однобічним екзофтальмом, лікувалась тиреостатиками, бета-блокаторами, седатиками, глюкокортикоїдами. Внаслідок неодноразових рецидивів захворювання у 2013 році була проведена тиреоїдектомія, призначено замісну терапію тироксином 120/125 мкг, на якому наступив стан еутиреозу. Через пів року після тиреоїдектомії діагностовано ЦД 1 типу, початковий рівень НвА1с складав 9,35%, призначено замісну інсулінотерапію Лантус і Епайдру в сумарній дозі 48 МО/добу, на якій наступила компенсація діабету (НвА1с складав 6,5-7,0%). В 2014 році пацієнтка завагітніла, проведено кесарський розтин (дитина здорова, вага при народженні 3600 г), Протягом 3 триместру вагітності у хворої відмічався постійний гіпертонус матки. 3-4 місяці після пологів почали турбувати скарги на епізодичні болі і напруження м'язів спини, живота та шиї, що хвора пов'язувала з вагітністю та доглядом за дитиною. Пацієнтка мала можливість пройти обстеження в Клініці Неврології в Міннеаполісі, де було проведено ряд лабораторних та інструментальних досліджень. Остаточний діагноз було встановлено на основі скарг пацієнтки,

анамнезу захворювання, результатів лабораторного обстеження: гіперглікемія, підвищений рівень HbA1c, низький – С- пептиду, високий рівень Анти- GAD антитіл, дані неврологічних та інструментальних досліджень. Діагностовано АПС 2 типу: ЦД 1 типу, середньої важкості, стан після тиреоїдектомії післяопераційний гіпотиреоз середньої важкості, аутоімунна офтальмопатія, синдром Мерша- Вольтмана (синдром ригідної людини). На даний час пацієнтка знаходиться в задовільному стані, проводиться динамічне амбулаторне спостереження.

Висновки. АПС 2 типу перебігає з первинними множинними ураженнями ендокринних залоз, які можуть розвиватись поступово. Слід звернути увагу на можливість розвитку таких захворювань як хронічна надниркова недостатність, міастенія, целіакія, алопеція, аутоімунний гастрит, полісерозити. Враховуючи застосування великих доз глюкокортикоїдів та цитостатиків слід коректувати дози інсуліну та тиреоїдних гормонів у динаміці. Враховуючи наявність у пацієнтки дитини, необхідно провести її детальне обстеження з метою виявлення аутоімунних захворювань чи схильності до їх розвитку.

ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА ДЕТОКСИКАЦІЯ У ТЕРАПІЇ НАЙБІЛЬШИХ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ДЕРМАТОЗІВ З ХРОНІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ (ПСОРІАЗ)

Васько Віталія
Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького
Кафедра дерматології, венерології
Завідувач кафедри - д.м.н., доцент Сизон О.О.
Науковий керівник - доцент Асцатуров Г.Є

Актуальність. Псоріаз характеризується високим рівнем поширеності, що коливається в межах 1,2–5%, а середній показник становить близько 3% від загальної популяції (більше 1 млн. хворих в Україні). А тривалий, рецидивуючий перебіг, наявність ускладнень, які можуть призводити до інвалідизації, до кінця не з'ясований етіопатогенез та недостатньо ефективна терапія залишаються і надалі одними з найактуальніших питань сучасної дерматології, що, в свою чергу, спонукає до пошуку нових, нестандарнтих підходів до лікування, одним з яких є екстракорпоральна детоксикація.

Мета. вивчити доцільність застосування екстракорпоральної детоксикації при лікуванні хворих на псоріаз.

Матеріали та методи. Нами було проведено аналіз наукових публікацій відносно етіопатогенезу, клініки та сучасних методів лікування псоріазу, причому, особливу увагу звертали на публікації, в яких йшлося про дослідження ефективності та безпечності екстракорпорального методу детоксикації. Пошук публікацій здійснювався через GoogleBooks, jamanetwork.com та інші спеціалізовані ресурси мережі Internet.

Результати. При аналізі наукових джерел ми виділили декілька найбільш цікавих, на наш погляд, досліджень. В одному з яких приймали участь 20 пацієнтів з розповсюдженим вульгарним псоріазом віком від 14 до 66 років (13 чоловіків і 7 жінок) з тривалістю захворювання від 3 місяців до 27 років. Пацієнтів розділили на дві групи, в I проводили гемодіаліз, в II - перитонеальний діаліз. Медикаментозна терапія була припинена за тиждень до початку еферентної терапії. Серед осіб I групи покращення спостерігалося лише в 1 пацієнта, ще в 1 - загострення з розвитком ексфоліативного дерматиту. Позитивні зміни відзначалися у 8 пацієнтів (7 покращення, 1 клінічне одужання). У двох пацієнтів I групи розвинулись інфекційні процеси у місці шунта. У хворих II групи лише 6 пацієнтів з 10 завершили 4 курси перитонеального діалізу, а 4 хворих відмовились приймати участь у дослідженні після перших 2-х процедур. У 5 пацієнтів відмічалось тимчасове покращення, але протягом 6 місяців стан погіршився. В одного пацієнта покращення стану відбулось аж наприкінці 6 місяця. В наступному дослідженні описується довготривала ремісія хлопчика 13 років, який хворів на псоріаз протягом 8 років з супутньою хронічною нирковою недостатністю. Незважаючи на річну медикаментозну терапію, стан дитини погіршувався, псоріаз прогресував. За три місяці до початку діалізу псоріатичні висипання поширились на шкіру в/ч голови, обличчя, розгинальні поверхні верхніх і нижніх кінцівок. Через два тижні від початку діалізу, папули і бляшки суттєво регресували, відмічалось зменшення лущення та свербежу. До кінця другого місяця псоріатичні ураження зникли майже на 80%. У третьому дослідженні приймали участь троє хворих з резистентністю до всіх видів терапії, яким проводили перитонеальний діаліз 32 години в тиждень протягом 10 тижнів. У 2 пацієнтів відбувся регрес висипань після завершення терапії на 80%, в 1 з яких рецидив псоріазу наступив через 2 місяці, а в іншого - через 12. Третій хворий відмічав регрес висипань на 50%, рецидивів протягом 2 місяців не відмічалось.

Проте, деякі лікарі заперечують ефективність плазмофорезу, про що свідчать результати досліджень Віденського університету. Дев'ятьом пацієнтам віком від 20 до 61 року з гістологічно-верифікованим

діагнозом «псоріаз» проводили контрольований плазмофорез. У 6 з 9 хворих спостерігався короткочасний позитивний ефект. Враховуючи, що плазмофорез є вартісною процедурою, після якої наступає лише короткочасне покращення, на думку дослідників, цей метод є непридатним в якості альтернативного методу лікування псоріазу.

Висновки. Отже, у хворих на псоріаз, особливо з важким перебігом, спостерігається розвиток синдрому ендогенної інтоксикації. Еферентні методи здійснюють системний детоксикаційний вплив, при якому, в результаті усунення різноманітних токсичних факторів, здійснюється стимуляція систем природного імунітету та фізіологічних механізмів саногенезу з подальшею нормалізацією життєвих процесів. Враховуючи суперечливі дані літературних джерел, перспективним і актуальним залишається подальше дослідження сучасних методик екстракорпоральної детоксикації з метою розширення можливостей щодо його використання при лікуванні хворих на псоріаз.

НОВОУТВОРЕННЯ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЗВ'ЯЗОК З ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Куляба Назар

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра ендокринології

Завідувач кафедри – доц. А.М. Урбанович

Науковий керівник – доц. В.О. Сергієнко

Актуальність. Протягом останніх років спостерігається зростання частоти проліферативних процесів, зокрема новоутворень молочної залози. Одночасно, спостерігається все частіший їхній розвиток на тлі коморбідних станів (ожиріння, цукровий діабет, дисфункція щитоподібної залози (ЩЗ)). Рак грудної залози - одна з найбільш поширених пухлин людини, по частоті займає 2-е місце серед злоякісних захворювань після раку легень та складає 25% раку у жінок. Відповідно до статистичних даних захворюваність на різні форми мастопатії складає 30-50% в популяції. Результати останніх досліджень свідчать про те, що на розвиток пухлин молочної залози можуть впливати гормони ЩЗ, зокрема відіграючи важливу роль в морфогенезі та функціональній диференціації епітеліальних клітин останньої.

Мета. Провести аналіз структури захворюваності новоутвореннями молочної залози шляхом статистичної обробки показників та аналізу дослідження біопсійного та операційного матеріалу за 2011-2016 роки.

Встановити наявність взаємозв'язку дисгормональних процесів і раку молочної залози з дисфункцією ЩЗ.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб та біопсійних матеріалів пацієнтів з новоутворами молочної залози.

Результати. Аналіз проведених досліджень свідчить, що кількість онкозахворювань молочної залози була найвищою у 2013 році. Серед пухлин молочної залози у 2011-2016 рр. переважали доброякісні, проте у кожної 9 жінки діагностовано рак, який частіше виникав у віці від 40 до 65 років.

В даний час рак молочної залози підрозділяється більш ніж на 30 форм, до найбільш поширених належать вузлова та дифузна. До рідкісних форм можна віднести медулярний рак, муцинозну карциному, хворобу Педжета, інвазивну папілярну карциному.

Тиреоїдні гормони регулюють синтез і метаболізм статевих гормонів. Естрогени підвищують чутливість тканин до тиреоліберину, що веде в подальшому до розвитку гіперпролактинемічних станів у ланцюзі дисгормональних порушень.

Результати проведених досліджень свідчать, що паралельно зі зростанням захворюваності на дисгормональні процеси та рак молочної залози зростає відсоток хвороб ЩЗ, зокрема у 42,3% випадків спостерігались різні захворювання ЩЗ. Найчастіше у пацієнток з патологією молочних залоз в структурі щитоподібної залози виявляли вузлові утворення, а при дослідженні функціонального стану - гіпотиреоз.

Висновки. Зростання частоти захворюваності на новоутворення молочної залози вимагає проведення вчасної діагностики, широкого впровадження скринінгових програм. Враховуючи взаємозв'язок дисгормональних порушень, скринінгове дослідження молочних залоз повинне бути включене до плану обстеження пацієнток із захворюваннями ЩЗ, а корекція тиреоїдної дисфункції враховуватись при лікуванні мастопатій.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ОФТАЛЬМОПАТІЇ ПРИ ХВОРОБІ ҐРЕЙВСА-БАЗЕДОВА

Урбанович Мирослава
Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького
Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - доц. Р.Д. Макар

Актуальність. Ендокринна офтальмопатія (ЕО) – автоімунне захворювання, яке характеризується набряком та лімфоїдною інфільтрацією, а в подальшому фіброзними змінами ретробульбарної клітковини та окорухових м'язів. В 90 % випадків ЕО діагностується у пацієнтів із хворобою Ґрейвса-Базедова (ХҐБ), приблизно у 5 % випадків поєднується з автоімунним тиреоїдитом, а в решті випадків виникає ізольовано. Такі чинники як паління, проблеми з зором до виникнення ЕО та наявність певних HLA-антигенів збільшують ризик виникнення ЕО та тяжкість її перебігу.

Мета. Продемонструвати клінічний випадок ЕО з прогресуючим перебігом на тлі ХҐБ та проаналізувати лікувальну тактику.

Матеріали та методи. Проаналізовано літературу та історію хвороби пацієнта М., 51 рік, який перебував на лікуванні в ЛОДКЛДЕЦ.

Результати. Чоловік вперше звернувся в ЛОДКЛДЕЦ у червні 2015 року зі скаргами на схуднення, тремор кінцівок, дратівливість, періодичне відчуття слабкості, пітливість. Вказані ознаки з'явились 2 місяці тому після стресу. З анамнезу: зоб у матері та двоюрідної сестри, бронхіальна астма, вірусний гепатит А; палить. Клінічний діагноз: ХҐБ, дифузний зоб ІІ ступеня, маніфестний тиреотоксикоз. Розпочата антитиреоїдна терапія (мерказоліл 30 → 5 мг/добу), досягнуто компенсації, однак у лютому 2016 року наступив рецидив тиреотоксикозу. Після повторної медикаментозної компенсації хворому запропоновано хірургічне лікування, від якого він відмовився. Після чергового стресу, 06.02.2017 пацієнт госпіталізований в ЛОДКЛДЕЦ зі скаргами на прогресуючу витрішкуватість, відчуття сухості та піску в очах, значне погіршення зору, диплопію. На підставі клінічної картини та комплексного обстеження (консультації офтальмолога, кардіолога, невролога; УЗД щитоподібної залози та очей, визначення в сироватці крові ТТГ, вільних Т4 і Т3, антитіл до рецептора ТТГ) встановлений діагноз: ХҐБ, 2-й рецидив тиреотоксикозу; ЕО 3-4 ступеня, активна стадія; метаболічна кардіоміопатія, НК 0-І ст.; тиреотоксична енцефалопатія І ст. з явищами внутрішньочерепної гіпертензії на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта. Основу лікування склало парентеральне застосування дексаметазону (стартова доза 4 мг/добу) на тлі інтенсифікації антитиреоїдної терапії (мерказоліл 20 → 10 мг/добу). Виписаний 24.02.2017 в стані еутиреозу (медикаментозної компенсації), з частковим зменшенням симптоматики ЕО. Враховуючи особливості перебігу захворювання (повторний рецидив гіпертиреозу внаслідок ХҐБ, прогресування ЕО), фактори ризику (спадкова схильність, чоловіча стать, паління) та відсутність стійкого ефекту від тривалої терапії, ─ хворому все ж рекомендовано хірургічне лікування в об'ємі тиреоїдектомії.

Висновки. Наведене спостереження демонструє особливості перебігу ЕО та труднощі курації таких пацієнтів. Поєднання кількох факторів ризику в одного пацієнта спонукає до активнішої лікарської тактики, не чекаючи розвитку серйозних ускладнень.

РОЛЬ ЕРАДИКАЦІЇ HELICOBACTERPYLORI У ЛІКУВАННІ АКНЕ ТА АКНЕФОРМНИХ ДЕРМАТОЗІВ

Гринь Надія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра дерматології, венерології
Завідувач кафедри - д.мед.н. доц. О. О. Сизон
Науковий керівник - к.мед.н. ас. Дашко М.О.

Актуальність. Акне – хронічне рецидивуюче захворювання сально-волосяних фолікулів, переважно осіб молодого віку, у розвитку якого основне значення мають ретенційний гіперкератоз устя волосяного фолікула, гіперсекреція шкірного сала, розмноження P. Acnes, розвиток перифолікулярної запальної реакції.

Важливо враховувати можливу участь у розвитку акне захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема роль Helicobacterpylori. Є гіпотези, що бактерії, через вироблення специфічних цитотоксинів і вивільнення медіаторів (гістамін), можуть бути пусковим фактором для розвитку акне та акнеформних дерматозів. Це дозволяє припустити, що Helicobacterpylori може брати активну участь в патогенезі цих дерматозів.

Традиційні схеми терапії акне включають в себе необхідність застосування ерадикаційних препаратів (наприклад, тетрациклін і метронідазол), що не тільки не призводить до елімінації H. pylori, але і сприяє формуванню резистентних штамів, що в свою чергу збільшує тривалість загострень і вкорочує період ремісії обидвох захворювань.

Мета. Обгрунтувати доцільність ерадикації Helicobacterpylori в лікуванні акне.

Матеріали та методи. У ретроспективне дослідження було залучено 25 пацієнтів Львівського обласного шкірно-венерологічного диспансеру з діагнозом акне віком від 16 до 25 років та тривалістю захворювання від 1 до 5 років.

Результати. Серед обстежених хворих було 17 (68%) жінок та 8 (32%) чоловіків. У 21 (84%) з них були виявлені маркери Hp-інфекції, які перед призначенням патогенетичного лікування з приводу акне, отримали тижневу потрійну терапію з метою ерадикації

Helicobacterpylori: омепразол (2 × 30 мг), кларитроміцин (2 × 500 мг) і метронідазол (2 × 500 мг), строго притримуючись протоколу. Інші 4 (16%) отримали лікування лише згідно протоколів лікування акне. Крім того, всім хворим рекомендували зовнішню антибактибактеріальну, себорегулюючу симптоматичну терапію.
У результаті проведеної терапії в 15 (60 %) хворих досягнуто клінічної ремісії, у 10 (40 %) – значного покращення. Рецидиви захворювання спостерігались лише у 3 (12 %) через 4 місяці та у 5 (20%) через 5 місяців при спостереженні за хворими протягом 6-ти місяців.
Висновки. Отримані результати ретроспективного дослідження, а також аналіз вітчизняних та іноземних джерел літератури, свідчать про ефективність включення в комплексну терапії акне антибактеріальних препаратів, спектр дії яких направлений на ерадикацію Helicobacterpylori.

ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ

Паук Марта-Марія
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - доц. О.В. Сафонова

Актуальність. Вроджена гіперплазія кори наднирникових залоз є найчастішою формою жіночого інтерсексуалізму. Рання діагностика цього захворювання спрямована на попередження розвитку маскулінізації плодів жіночої статі, що дає змогу як найшвидше почати лікування, яке буде спрямоване на нормалізацію гормонального фону плода і матері та попередження негативних ефектів терапії.
Мета. Проаналізувати загальні підходи до діагностики та лікування вродженої гіперплазії кори наднирникових залоз в пренатальному періоді з метою попередження внутрішньоутробної вірилізації плода жіночої статі та вибору правильного лікування.
Матеріали та методи. Нами була опрацьована та проаналізована наукова література на дану тематику.
Результати. На даний час існують достатньо ефективні методи ранньої внутрішньоутробної діагностики вродженої гіперплазії кори наднирникових залоз, які дозволяють розпочати лікування захворювання ще до народження дитини.

Встановлено, що рання діагностика та лікування в пренатальному періоді є ефективнішою, ніж більш пізнє виявлення захворювання, оскільки лікування у внутрішньоутробному періоді сприяє розвитку первинних жіночих статевих ознак і попереджує пренатальну вірилізацію плода жіночої статі.
Висновки. Рання пренатальна діагностика і лікування дозволяє попередити вірилізацію плода жіночої статі із даним захворюванням та відмінити терапію дексаметазоном, якщо плід чоловічої статі або захворювання плода не підтвердилось, але наявне у матері.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФЕНОТРОПІЛУ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В НАПРУЖЕНИХ, ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

Горобівська Тетяна
Чудінович Ірина
Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
Завідувач кафедри - док. мед. наук, проф. Л. Р. Бобронніков
Науковий керівник - д. мед. н., доц. Г.С.Шалімова

Актуальність. На сьогоднішній день велика увага приділяється вивченню лікарських засобів, які селективно діють на вищі функції мозку людини, в першу чергу - це ноотропні лікарські засоби.
Мета. Вивчення схем застосування фенотропілу людям, професія яких пов'язана з екстремальними умовами (працівники служби порятунку, шахтарі, сапери, електромонтажники).
Матеріали та методи. Проводився моніторинг змін стану психіки 30 чоловіків у віці 18-45 років, робота яких пов'язана з екстремальними умовами при застосування фенотропілу (в дозі 0,05-0,5г / діб) протягом двох тижнів.
Результати. Встановлено, що фенотропіл володіє широким діапазоном дії. При проведенні дослідження акцентувалася увага на вплив препарату на астено-невротичний, астено-депресивний і астенічний синдроми. При застосуванні препарату позитивна динаміка спостерігалася вже на другу добу лікування, а в надзвичайних умовах протягом 6-7 годин після його використання. Доза препарату підбиралася з урахуванням вираженості зазначених синдромів у пацієнтів та індивідуальної чутливості. Пацієнти з вираженим астено-депресивним синдромом потребували більш тривалого лікування (більше 14 днів) для корекції стану в дозі 0,1-0,5 г / добу. При

вираженності астено-невротичного синдрому були потрібні менші дози препарату 0,05-0,2 г / добу. При проведенні дослідження встановлено, що даний препарат не погіршував координацію рухів, не впливав на здатність адекватно реагувати на те, що відбувається.

Висновки. Фенотропіл - це новий високоефективний ноотропний препарат. Він не викликає звикання, синдрому відміни, тяжких побічних реакцій. Застосування даного препарату доцільно як в період залишкових явищ, так і відразу після екстремальної ситуації. Використання фенотропілу в якості корекції функціонального стану рекомендовано в дозі 100 мг особам, професія яких пов'язана з фізичним та психічним навантаженням.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Меркуленко Зоряна
Півень Вікторія
Харківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології
Завідувач кафедри - проф. Л. Р. Бобронніков
Науковий керівник - доц. А. С. Шалімова

Актуальність. Артеріальна гіпертензія і цукровий діабет 2 типу часто є коморбідними станами. Поширеність артеріальної гіпертензії серед хворих з цукровим діабетом 2 типу складає від 20 до 60%.

Мета. Визначити особливості і оцінити ефективність комбінованого лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено і проведено лікування 40 пацієнтам, віком 45-60 років з гіпертонічною хворобою 2 стадії, 2 ступеню у сполученні з цукровим діабетом 2 типу, субкомпенсованим. Пацієнти були поділені на дві групи. У 1-ій групі проводилася терапія: лозартан, індапамід, метформін, аторвастатин і аспірин. У 2-й групі: раміприл, індапамід, метформін, аторвастатин і аспірин.

Результати. Після трьох місяців проведеного лікування у двох групах достовірно знизився артеріальний тиск з 173/98 мм.рт.ст. до 136/89 мм.рт.ст., показники ліпідного спектру (загальний холестерин з 5,5 ммоль/л до 4,8 ммоль/л; ліпопротеїди низької щільності з 3,8ммоль/л до 3,5 ммоль/л; тригліцериди з 2 ммоль/л до 1,7 ммоль/л); індекс HOMA – з 9,2 до 7; рівень глюкози з 7,8 ммоль/л до 6,1 ммоль/л. При цьому достовірної різниці динаміки
показників в обох групах не знайдено.

Висновки. Вказані комбінації позитивно впливали на динаміку гемодинамічних і метаболічних показників при відсутності різниці в ефективності призначення лозартану чи раміприлу у складі комбінованої терапії.

МЕЛАНОМОРФНІ НЕВУСИ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Лагно Єлизавета
Вінницький національгий медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра шкірно-венеричних хвороб
Завідувач кафедри - д.м.н. Бондар Сергій Анатолійович
Науковий керівник - ас. Пічкур Олег Миколайович

Актуальність. Дослідження пігментних новоутворень шкіри меланоцитарного генезу диктується необхідністю диференціальної діагностики ранніх стадій меланоми з доброякісними меланоцитарними новоутвореннями - невусами. У той же час необхідні чіткі диференційно-діагностичні критерії для невусів різних варіантів будови, оскільки деякі з них, на думку ряду авторів, відносяться до передмеланомних новоутворень, є фоном для виникнення меланоми (диспластичний невус). Виявлення малих ознак у хворих на меланому на ранній стадії попереджає фатальний прогноз.

Мета. Встановлення частоти і морфологічної характеристики різних видів невусів за даними дерматологічних та гістологічних досліджень по Вінницькій області за 2015 рік за даними обласного патологоанатомічного бюро.

Матеріали та методи. Дерматоскопічний, гістологічний (мікроскопічне дослідження препаратів, забарвлених гематоксиліном-еозином), статистичний (суцільного переліку та малої вибірки), опитування, анкетування.

Результати. Ми опитали 80 студентів ВНМУ та дослідили 560 видалених невусів у 350 осіб.

24 опитаних (30%) стверджують, що мають підозрілі родинки. При дерматоскопічному обстеженні не виявлено жодного злоякісного утворення.

Найбільш поширеним є внутрішньодермальний невус (322 препарати, що скл. 57%). Разом з тим вражає велика кількість змішаних – 205 (37%). Спостерігали, також, диспластичні, пограничні, бородавчаті, блакитні, Спітц-невуси та невуси сальних залоз.

З 560 розглянутих нами зразків виявили 3 меланоми.

При дослідженні препаратів було виявлено, що у 38% видалені невуси множинної локалізації.. У 32% випадків зустрічаються супутні патології. Найпоширенішими є: папіломи, кавернозні та капілярні гемангіоми, себорейний дерматит.

Висновки. 1. Невус – поширене новоутворення у Вінницькій обл. Він рідко перероджується в меланому (0,54%). Вінничани достатньо часто видаляють утворення для профілактики переродження та з косметичною метою.

2. Найбільш поширеним є внутрішньодермальний (57%) та змішаний (37%) невуси. Вони є одними з найбільш доброякісних.

3. У більшості випадків невуси видаляють жінки віком від 11 до 30 років з косметичною метою. У дітей подібні утворення висікаються лише у небезпечних випадках (вроджений гігантський невус, велика ймовірність малігнізації).

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ПСИХОМЕТРИЧНИХ ШКАЛ

Войцехівська Ірина
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра дерматології, венерології
Завідувач кафедри - доц. О.О. Сизон
Науковий керівник - ас. І.Я. Возняк

Актуальність. Медичне поняття якості життя (ЯЖ), насамперед, включає в себе ті показники, які пов’язані зі станом здоров’я людини. Оцінка ЯЖ дає змогу точніше оцінити порушення стану здоров’я пацієнтів, ясніше побачити суть клінічної проблеми, визначитися у виборі найбільш раціонального методу терапії, а також дати оцінку очікуваним результатам за параметрами, які знаходяться на межі наукового підходу та суб’єктивної точки зору пацієнта. В дерматології надзвичайно велика питома вага хронічних захворювань, які самі по собі рідко несуть пряму загрозу пацієнтові, але хронічний і невиліковний характер деяких з них (наприклад, псоріазу) має негативний вплив на всі аспекти життя хворого: кар’єру, соціальну сферу, статеве життя та сімейні відносини. Для оцінки показників ЯЖ розроблені психометричні шкали, які, за висловом професора Grob, являються об’єктивним способом оцінити суб’єктивні фактори. Для оцінки ЯЖ хворих на хронічні дерматози використовуються спеціальні дерматологічні шкали, серед яких DLQI.

Мета. Вивчення впливу псоріазу на різні складові якості життя пацієнтів.
Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 26 стаціонарних хворих на псоріаз вульгарний із різним ступенем важкості перебігу (16 жінок та 10 чоловіків), віком від 23 до 67 років. Для вивчення ЯЖ даних осіб використовувалася шкала DermatologyLifeQualityIndex (DLQI), вплив дерматозу на ЯЖ пацієнта визначався за шкалою Likert від 0 до 4 балів.
Результати. В ході анкетування даних виявили істотний негативний вплив на ЯЖ (20,33±1,4). Виявлена деяка гендерна залежність показників ЯЖ: якість життя пацієнтів чоловічої статі незначно нижча (23,18 ± 1,5), ніж у жінок (17,47 ± 1,2), що може свідчити про те, що жінки являються більш адаптованими. Опитані мужчини свідчать, що псоріаз найбільш суттєво впливає на їх суспільну активність (3,68± 1,6) та на інтимні стосунки (5,16± 1,2). Також виявилося, що суттєвіший вплив псоріазу на якість життя відмічають респонденти, які працюють або/і навчаються, ніж ті, що не працюють. Вік пацієнтів вірогідно не впливав на зміну якості життя пацієнтів. Між значенням індексу DLQI та рівнем життя існує обернена залежність. Нижчими є показники якості життя у пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років; часті рецидиви також особливо негативно впливають на показники якості життя. Спільною для усіх респондентів ознакою являється обернена залежність рівня ЯЖ пацієнта від ступеня важкості перебігу псоріазу.
Висновки. Отримані результати ілюструють негативний вплив псоріазу на основні параметри ЯЖ пацієнтів. Психометричні шкали являються простим доступним методом оцінки стану пацієнта, включаючи всі аспекти його життя, дозволяючи більш влучно підібрати лікування, оцінити результати терапії та ін.

РОЛЬ ГОРМОНІВ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ДІАБЕТУ

Затхей Світлана
Левко Наталя
Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького
кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - доц. О.В. Сафонова

Актуальність. Частота гестаційного діабету (ГД) за різними даними коливається від 6% до 62% серед жінок з ожирінням. Прогресуюче

збільшення частоти надмірної маси тіла в останні десятиліття призвело до того, що ожиріння є однією з найсерйозніших проблем в сучасному світі. Поширеність цієї проблеми серед жінок репродуктивного віку за даними ВООЗ становить від 1,8 до 25,3 % у різних країнах. Саме тому поєднання ожиріння і ГД заслуговують на особливу увагу.

Мета. Проаналізувати вплив гормонів жирової тканини на ризик виникнення гестаційного діабету у жінок з надмірною масою тіла.

Матеріали та методи. Методом аналізу та порівняння було опрацювано наукову літературу, яка стали матеріалами цієї наукової роботи.

Результати. При ожирінні ряд факторів призводять до метаболічних змін в організмі, які впливають на перебіг вагітності. Особливу увагу заслуговують гормони жирової тканини, які приймають участь у розвитку ГД. Проведені дослідження чітко показали, що надмірна маса або ожиріння у жінок до вагітності обумовлюють інший рівень лептину упродовж вагітності порівняно з вагітними в яких нормальна маса тіла (лептин - гормон, рівень якого в сироватці крові зазвичай пов'язаний з масою жирової тканини і корелює з ІМТ). В одному з досліджень було обстежено 823 жінки в період з 13 тижнів вагітності до пологів. Вагітні з рівнем лептину понад 31 нг/л на 13 тижні вагітності мали 5-разове збільшення ризику виникнення ГД порівняно з жінками у яких рівень лептину був 14.3 нг/л. Інші гормони жирової тканини, такі як резистин, вістфатин, ретинол-звязуючий білок-4, що секретуються плацентою людини та адипоцитами, і в надмірній кількості при надвазі збільшують ризик виникнення ГД.

Висновки. У жінок з ожирінням ризик розвитку ГД у 2-3 рази вищий порівняно з жінками з нормально масою тіла. Патофізіологічною основою цього взаємозв’язку є надмірний рівень гормонів жирової тканини (лептин, резистин, вісфатин, РЗБ-4), які ще й додатково секретуються плацентою і мають контрінсулярні властивості. Таким чином, нормалізація маси тіла у жінок може профілактувати розвиток ГД.

ВРОДЖЕНИЙ ГЕРМАФРОДИТИЗМ – АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ

Левко Наталія
Затхей Світлана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ендокринології

Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - ас. Г.І. Суслик

Актуальність. Гермафродитизм – наявність в одному організмі чоловічих та жіночих статевих органів. Розрізняють гермафродитизм істинний та хибний. При істинному гермафродитизмі в будові статевих органів простежується як чоловічі, так і жіночі ознаки, а статеві залози виробляють обидва типи гамет. При хибному гермафродитизмі статеві залози сформовані правильно за чоловічим або жіночим типом, але статеві органи поєднують ознаки двох статей. Досі зостається відкритим питання про ранню діагностику, тактику ведення та соціальну адаптацію таких пацієнтів у світі.
Мета. Дослідити особливості ранньої діагностики та тактики ведення дітей з ознаками гермафродитизму.
Матеріали та методи. Опрацьовано дані вітчизняної та зарубіжної наукової літератури, у яких висвітлена проблема діагностики, клініки та лікування пацієнтів з істинним та хибним гермафродитизмом.
Результати. Для ідентифікації статі необхідно на 3-5-й день життя дитини визначити статевий хроматин. У хроматинпозитивних дітей з чоловічими зовнішніми статевими органами діагностують хибний жіночий гермафродитизм. В цьому випадку необхідно визначити екскрецію 17-кетостероїдів з сечею. При підвищенні цих показників діагностують вроджену гіперплазію кори надниркових залоз. Діагностична лапароскопія і/або лапаротомія у віці 6-18 міс. життя з гістологічним дослідженням гонад допоможуть остаточно встановити діагноз при різних формах хибного жіночого гермафродитизму. У новонароджених з негативним статевим хроматином необхідно дослідити кров на каріотип, визначити рівень тестостерону та інших андрогенів, провести радіологічне та УЗД(ультразвукове дослідження) для з'ясування будови внутрішніх органів. При збільшенні тестостерону в крові у новонароджених необхідно провести пробу з людським хоріонічним гонадотропіном. При відсутності збільшення тестостерону в крові на тлі проведеної терапії діагностується тестикулярна фемінізація, а новонародженого слід віднести до жіночої статі, так як маскулінізація у цих дітей ніколи не наступить навіть при введенні екзогенних андрогенів. Найважливіше в лікуванні – збереження таємниці на користь батьків і дитини під час проведення діагностичних досліджень. Оперативна корекція зовнішніх геніталій проводиться до 2 років. При необхідності в періоді статевого дозрівання призначається замісна гормональна терапія. Видалення гонад і внутрішніх геніталій, які не відповідають обраній статі, можливе при проведенні лапаротомії

у віці 6-18 міс. життя при позанаднирникових формах хибного жіночого гермафродитизму.
Висновки. На жаль, в даний час пацієнти з хибним та істинним гермафродитизмом не завжди отримують своєчасну допомогу. Це пов'язано з недостатнім висвітленням цієї проблеми в медицині та небажанням пацієнтів афішувати свою стать, з огляду на специфічні клінічні прояви цього захворювання у вигляді гомосексуалізму, транссексуалізму та ставленню до них суспільства. Прогноз для життя пацієнтів з гермафродитизмом сприятливий, проте висока можливість малігнізації аномальної гонади.

ПЕРСПЕКТИВНІ МЕТОДИ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Місюк Ольга
Яцунда Лілія
Львівський національний медичний імені Данила Галицького
Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц.А.М.Урбанович
Науковий керівник - доц.В.О.Сергієнко

Актуальність. Системи управління біологічними ритмами є генетично-опосередкованим базисом забезпечення оптимального фізіологічного функціонування клітин, тканин, органів і систем. Результати стаціонарного вимірювання артеріального тиску (АТ) традиційними способами далеко не завжди є об'єктивними, не володіють достатньою інформативністю, зокрема, яскравим прикладом є «гіпертонія білого халата». Цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2Т) вважається аналогом ІХС, а розвиток артеріальної гіпертонії (АГ) тісно пов'язаний з інсулінорезистентністю й компенсаторною гіперінсулінемією. Необхідність точної діагностики, контролю за ефективністю терапії вимагають застосування сучасних та чітких методів контролю, зокрема методу добового моніторингу АТ(ДМАТ).
Мета. З'ясувати переваги ДМАТ над традиційними методиками, встановити особливості змін добового профілю АТ у пацієнтів із ЦД 2Т.
Матеріали та методи. Аналіз даних інтернет-ресурсів та наукової літератури. Проведено обстеження 44 пацієнтів, віком від 45 до 60 років, яких розподілено на три групи: 1-а (контрольна, n = 12), 2-а (пацієнти з АГ та незміненими показниками глюкозо-толерантного тесту, n = 15), 3-я (пацієнти із ЦД 2Т та АГ, n = 17). Пацієнти не

відрізнялись за віком, статтю та показниками індексу маси тіла (p> 0.05). ДМАТ здійснювали осцилометричним методом за допомогою монітора АТ “АВРМ-04” (“Meditech”, Угорщина).

Результати. Проведений аналіз літературних даних свідчить, що використання ДМАТ необхідне з метою ранньої діагностики АГ, верифікації прогностично несприятливих категорій «non-dippers» та «night-peakers», проведення контролю ефективності лікування і визначення подальшого прогнозу захворювання. Доведено значні переваги даного методу
над традиційними методами контролю артеріального тиску.

Проведені нами дослідження свідчать, що у групі пацієнтів з ЦД 2Т та АГ визначено більш високі середні значення систолічного (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) за добу, активний та пасивний періоди порівняно з рештою груп. Показники навантаження тиском, а саме індекси площі та часу гіпертонії, також в більшій мірі перевищували нормальні значення у пацієнтів даної групи. Нами встановлено, що у 65 % хворих на ЦД 2Т з АГ визначено порушення добового ритму АТ: 47 % віднесено до групи "non-dippers" та 18 % до "night-peakers", за відсутності ЦД 2 типу до даних груп віднесено 27 % та 7 % відповідно. Серед пацієнтів даної групи варіабельність САТ та ДАТ перевищує аналогічні показники пацієнтів решти груп.

Висновки. ДМАТ - новий напрямок у вивченні артеріальної гіпертензії, що володіє вагомими перевагами над традиційними методиками. Розвиток ЦД 2Т асоціюється з порушенням добового ритму АТ, зокрема збільшується відсоток пацієнтів з патологічними добовими ритмами АТ.

МЕЛАНОМА

Ігнатьєва Катерина
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра дерматології, венерології
Завідувач кафедри - д.мед.н. доц. О. О. Сизон
Науковий керівник - д.мед.н. доц. О. О. Сизон

Актуальність. Меланома – одна з злоякісних пухлин шкіри з швидким розвитком. Раннє виявлення підозрілих пігментованих пухлин надає можливість вчасного хірургічного лікування.

За останні десятиліття спостерігається подвоєння захворюваності на меланому кожні 10 років. Щороку в Україні виявляється понад 3250 випадків меланоми, з них у Львівській

області понад 150.
Причиною виникнення меланоми вважають надмірну засмагу, наявність множинних пігментованих невусів та спадковість. Найчастіше уражаються відкриті ділянки шкіри. Небезпечна меланома раннім гематогенним метастазуванням.
Меленома виглядає як пухлина темного кольору, інколи кровоточить, з нерівними краями. Сучасні дерматоскопи дозволяють оглянути підозрілі утвори шкіри. Остаточно діагноз встановлюється після видалення утвору та гістологічного дослідження.
Результати лікування залежать від вчасного виявлення. Так, у першій стадії (товщина пухлини до 2 мм), шанси на вдале лікування є у 95% пацієнтів. «Золотим стандартом» прийняте хірургічне лікування. Однак при виявленні пухлини у четвертій стадії більшість пацієнтів помирає до року. Загалом до року з моменту встановлення діагнозу у Львівській області гине майже кожень восьмий пацієнт.
Впродовж останніх 6 років в Україні щороку проводяться Дні діагностики меланоми.
Мета. Мета соціальної акції – привернути увагу людей до небезпеки, яку таїть довге перебування на сонці, а також провести обстеження для раннього виявлення раку шкіри.
Матеріали та методи. У Львівській області теж щороку протягом 2011-2016 рр. проводилася низка заходів щодо профілактики раку шкіри з нагоди Всеукраїнського Дня меланоми. У рамках проекту брали участь дерматологи вищої категорії у співпраці з лікарями-онкологами. Обстеження проводили у всіх дерматологічних установах Львівської області.
Усім бажаючим фахівці надавали безкоштовну консультативну допомогу щодо необхідності діагностики родимок, проводили скринінгове обстеження осіб з наявністю новоутворів шкіри за допомогою дерматоскопа. Також, привертали увагу людей до небезпеки, яку таїть довге перебування на сонці та необхідності використання засобів профілактики сонячних опіків. Усім обстеженим роздали абревіатурну таблицю, яка допомагає стежити за станом невусів «АККОРД».
Результати. За вказаний період у Львівській області обстежено 79249 осіб із наявністю новоутворів. Найчастіше спостерігали пігментні невуси, папіломи, дерматофіроми, фіброми, кератоми. У ході обстеження виявлено 77 меланом, 393 раків шкіри та 3855 диспластичних невусів. Хворих скеровано у Львівський онкоцентр на дообстеження та лікування.

Після аналізу результатів обстежень кожного року проводилась прес-конференція по підсумках днів діагностики раку шкіри у населення Львівської області.
На завершення акції для дерматологів організовувалось щорічне навчання по методиці скринінгового обстеження осіб з наявністю новоутворів шкіри за допомогою дерматоскопа.
Висновки. Отримані результати вказують на необхідність та доцільність проведення щорічних акцій для раннього виявлення раку шкіри, навчання мешканців Львівської області оглядати і спостерігати за власними пігментними новоутворами, що має вирішальне значення для збільшення шансів перемогти хворобу.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ В УКРАЇНІ ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ

Ягодинський Андрій
Маліков Мустафа
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ендокринології
Завідувач кафедри - доц. А.М. Урбанович
Науковий керівник - ас. М.Р. Красний

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) міцно займає своє місце в «трійці лідерів» - хвороб, які найчастіше є причиною смерті людини. На сьогоднішній день проблема ЦД є особливо актуальною, зокрема значно зріс рівень захворюваності, як у цілому світі, так і в Україні. Не поступаються йому в першості тільки рак і атеросклероз. За неофіційними даними, близько половини хворих на ЦД навіть не здогадується про своє захворювання, яке супроводжується розвитком великої кількості ускладнень, які часто стають причиною першого звернення по медичну допомогу.
Мета. Проаналізувати статистичні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо сучасної епідеміології цукрового діабету в світі та Україні, з'ясувати особливості етіології та патогенезу цукрового діабету ІІ типу.
Матеріали та методи. Статистичні дані, оприлюднені ВООЗ щодо сучасного стану епідеміологічної ситуації у світі та Україні; наукові видання з ендокринології.
Результати. Цукровий діабет – група етіологічно гетерогенних ендокринних захворювань, пов'язаних з порушенням засвоєння

глюкози, що розвиваються внаслідок абсолютної чи відносної недостатності гормону інсуліну, в результаті чого розвивається гіперглікемія - стійке збільшення вмісту глюкози в крові. Захворювання характеризується хронічним перебігом, а також порушенням всіх видів обміну речовин: вуглеводного, жирового, білкового, мінерального та водно-сольового.

Протягом останніх 10-ти років спостерігається неухильна тенденція до зростання поширеності ЦД серед населення України, що можна пояснити зміною способу життя населення і поширеністю таких явищ як:

1) гіподинамія, пов'язана з сидячою трудовою діяльністю;
2) ожиріння, пов'язане із вживанням фастфуд-їжі;
3) недостатня фізична активність;
4) шкідливі звички – вживання алкоголю, куріння.

Це підтверджується також даними, оприлюдненими ВООЗ щодо поширеності ЦД та
супутніх факторів ризику в Україні за 2016 р.

Висновки. Протягом останніх років спостерігається неухильна тенденція до зростання поширеності ЦД серед населення України, що зумовлено переважанням малорухомого способу життя, низькою фізичною активністю та поширенням шкідливих звичок. Тому надзвичайно важливим є проведення первинної профілактики захворювання, зокрема щодо раціонального харчування, фізичного навантаження та боротьби зі шкідливими звичками. Необхідно регулярно проходити медичні обстеження, перевіряти рівень глюкози в крові, щоби не пропустити початок захворювання, адже попередити хворобу завжди легше, аніж лікувати її наслідки.

СЕКЦІЯ ТЕРАПІЇ №4

Лекційна аудиторія кафедри клінічної імунології та алергології
Четвер, 27.04.17р., 14:00

Наукова рада —проф. О. О. Кіцера, проф. О. П. Костик, проф. М. І. Сахелашвілі, доц. О. Є. Москалик, доц. А. М. Гаврилюк, доц. Х. О. Ліщук-Якимович, доц. Г. О. Потьомкіна, ас. Н. М. Галишич,ас. О. В. Чорній.

Головуючі — Іллюк Поліна, Петейчук Тарас

ВІТАМІН Д ЯК МАРКЕР КЛІНІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ХРОНІЧНОЇ КРОПИВ'ЯНКИ

Кархут Софія - Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. В. В. Чоп'як
Науковий керівник – доц. Х. О. Ліщук-Якимович

Актуальність. Хронічна кропив’янка (ХК) через свою поширеність є не лише мультидисциплінарною медичною, а й соціальною проблемою. Поширеність ХК і їй належить третє місце серед алергічних захворювань. Хронічна кропив’янка – це захворювання, що характеризується наявністю пухирів та свербежу, які утримуються більше шести тижнів і частіше зустрічається у дорослих, ніж у дітей. 25(OH)D є основною циркулюючою формою вітаміну D та найкращим індикатором моніторингу рівня вітаміну D в макроорганізмі.
Мета.Визначення рівня вітаміну D у хворих на хронічну кропив'янку та вивчення можливого його впливу на особливості клінічного перебігу захворювання.
Матеріали та методи. Нами було проаналізовано дані 48 карт імунологічного спостереження хворих на хронічну кропив'янку, які були проконсультовані в Регіональному центрі алергології та клінічної імунології за період 2014-2016 рр. Серед ретроспективно обстежених нами пацієнтів було 29 (60,4%) чоловіків та 19 (39,6%) жінок віком 18-62 років.
Результати. Залежно від тригерного фактору та імунологічного механізму розвитку виділено наступні форми ХК: атопічно-інфекційна – у 18 (37,5%) випадків; вірус-індукована – 9 (33,3%); атопічна – 7 (14,6%); аутоімунна – 6 (12,5%); медикаментозно-опосередкована – 5 (10,4%); ідіопатична – 3 (6,25%) випадків. У 16 (88,9%) пацієнтів з атопічною формою кропив'янки було

виявлено алергію до пилків тимофіївки та полину, до кліщів домашнього пилу. У всіх пацієнтів з вірус-індукованою кропив'янкою було зафіксовано гостру реплікацією Епштейна-Барр віруса і/або інфекції, спричиненої вірусом герпесу 6 типу. Серед хворих з медикаментозно-залежною формою кропив'янки тригерами розвитку виявилися цефалоспорини – у двох пацієнтів, комбіновані контрацептиви – у двох пацієнтів, вітаміни групи В – у одного пацієнта. Рівень вітаміну D виявлено в межах нормальних величин тільки у пацієнтів з медикаментозно опосередкованою та ідіопатичною ХК. У решти пацієнтів його рівень був нижчим норми на тлі високої концентрації IgE та яскраво виражених клінічних проявів ХК.

Висновки. Виявлено, що у хворих на атопічно-інфекційну (вірус-індуковану) хронічну кропив'янку рівень вітаміну D знижений, що корелює з високою концентрацією загального IgE та вираженими проявами кутанного синдрому.

СЕМІОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО СЕКРЕТУ МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ

Коваленко Сергій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної імунології т алергології
Завідувач кафедри - проф. В. В. Чоп’як
Науковий керівник - доц. А. М. Гаврилюк

Актуальність.Зростання частоти чоловічого неплідддя в Україні є актуальною проблемою. Репродуктивне здоров'я є складовою частиною загального стану здоров'я людини. Тому проведення профілактичних оглядів та визначення семіологічних та імунологічних показників еякуляту має важливе значення для чоловіків, які вважають себе практично здоровими. Існуючі на сьогоднішній день лабораторні методи дослідження повною мірою не відображають активність місцевого імунітету в яєчках, передміхуровій залозі, сім’яних міхурцях, стан якого впливає на якість еякуляту та фертильність. Тому, застосування сучасної методології щодо вивчення впливу різноскерованих цитокінів на якість еякуляту відкриває нові можливості для прогнозування фертильної функції.

Мета. Визначити основні показники спермограми та вміст прозапальних цитокінів ІЛ-1β, ІЛ-6 у сім'яній рідині практично здорових молодих чоловіків.

Матеріали та методи. Було обстежено 21-го практично здорового молодого чоловіка віком 21-28 років. Матеріалом для дослідження був еякулят, який піддавали стандартному семіологічному аналізу з оцінкою морфології сперматозоїдів. Вміст ІЛ-1β та ІЛ-6 у сім'яній рідині визначали з використанням методу імуноферментного аналізу.

Результати. Низка показників спермограми (кількість сперматозоїдів у 1 мл в еякуляті та прогресивна їх рухливість типу А+В) у групі обстежених не відрізнялися від норми, затвердженої ВООЗ у 2010 році. Кількість лейкоцитів у еякуляті була в межах норми. Відсоток морфологічно нормальних сперматозоїдів у групі обстежених осіб був у 2 рази нижчий норми, а відсоток їх патологічних форм перевищував нормальні показники у 2,5 рази. У 68,0% обстежених була виявлена аглютинація сперматозоїдів, яка в нормі відсутня. Вміст прозапального цитокіну ІЛ-1β у обстеженій групі молодих чоловіків був у 2,14 разів, а ІЛ-6 – у 2,8 рази вищим референтних показників норми. Отримані нами дані свідчать, що у практично здорових молодих чоловіків кількість патологічних форм сперматозоїдів є підвищеною на тлі вираженої аглютинації сперматозоїдів. Підвищений вміст прозапальних цитокінів вказує на запальний стан сім'яної рідини, що може впливати на функціональний стан сперматозоїдів, а відтак створювати ризик порушення фертильності чоловіка.
Висновки. Для прогнозу фертильної функції чоловіків. які вважають себе здоровими, рекомендована динамічна оцінка спермограми та визначення показників місцевого імунітету, в тому числі дослідження концентрації прозапальних цитокінів у сім'яній рідині.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНОЇ ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6 ТИПУ В ДІТЕЙ

Копач Мар'яна
Клюс Тетяна
Кіт Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. В. В. Чоп’як
Науковий керівник - доц. Г. О. Потьомкіна

Актуальність. Вірус герпесу людини 6 типу (ВГЛ-6) – нейротропний, імуносупресивний вірус з групи β-герпесвірусів, який володіє опортуністичними та трансактивуючими властивостями і призводить до ураження різних органів і систем, в першу чергу нервової. Інфікованість населення цим вірусом становить 80-100%. Інформація щодо патогенезу, клініки, діагностики та лікування ВГЛ-6-інфекції є обмеженою, що робить перспективними дослідження в даному напрямку.
Мета. Проаналізувати клініко-імунологічні особливості перебігу нейроінфекції у дітей на тлі вірусної реплікації хронічної персистенції ВГЛ-6.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 16 пацієнтів віком 2-16 років: хлопчиків – 10 (62,5%), дівчаток – 6 (37,5%) з клінічним та лабораторно верифікованим діагнозом хронічної ВГЛ-6-інфекції у стадії реплікації з ознаками нейроінфекції. Для верифікації діагнозу використано дані анамнезу, клінічного огляду, результати інструментальних (МРТ, ехоенцефалографія з картуванням головного мозку) і лабораторних досліджень, в тому числі імунологічних (визначення популяцій і субпопуляцій лімфоцитів й активності фагоцитозу на проточному цитофлюориметрі; визначення специфічних IgG-ВГЛ-6 імуноферментним аналізом; дослідження ДНК ВГЛ-6 з використанням кількісної полімеразної реакції).

Результати. Анамнестичні дані показували, що в хворих дітей відмічалися судоми, гостра екзантема, що хибно діагностувалася як краснуха, кір чи медикаментозна алергія на антибіотики. Одним із найчастіших проявів ВГЛ-6 нейроінфекції була асоціація гарячки чи тривалого субфебрилітету з епінападами, резистентними до протисудомної терапії. У більшості пацієнтів спостерігалися відставання психофізичного розвитку, порушення мови, емоційна лабільність; апатія/депресія або психомоторне збудження. Етіологічними чинниками ураження нервової системи у дітей виступали: ВГЛ-6 самостійно у 17,6% випадків та його комбінація з іншими герпесвірусами (Епштейна-Барр, цитомегаловірусом) – в 76,5% випадків. У 5,9% хворих причиною нейроінфекції була асоціація Епштейна-Барр вірусу й цитомегаловірусу. При імунологічному дослідженні у більшості пацієнтів було виявлено зниження числа імунорегуляторних кілерних NKT лімфоцитів (CD3+CD56+), натуральних кілерних клітин (CD3-CD16+CD56+); поглинаючої й перетравлюючої здатності фагоцитів на тлі підвищеного рівня циркулюючих імунних комплексів. Хворі отримували: противірусні препарати (фамвіри, валацикловіри), препарати інтерферонів, внутрішньовенні імуноглобуліни, симптоматичне лікування. У переважного числа хворих спостерігалась регресія симптомів, в тому числі зникнення судом та значне покращення загального та емоційного стану.

Висновки. Причиною нейроінфекції в дітей (частіше у хлопчиків) був комбінований вплив ВГЛ-6, Епштейна-Барр вірусу та цитомегаловірусу з формуванням імунодефіцитних порушень інфекційного генезу за комбінованим лімфоцитарно-фагоцитарним типом на тлі гіперімунокомплексемії. Для забезпечення ефективного лікування необхідна комплексна терапія з використанням противірусних препаратів, інтерферонів та внутрішньовенних імуноглобулінів.

ЗВ'ЯЗОК РІВНІВ ВІТАМІНУ D З ФАКТОРАМИ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Мороз Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної імунології та алергології
Завідувач кафедри - проф. В. В. Чоп'як
Науковий керівник - ас. С. О. Зубченко

Актуальність. За сучасними даними недостатність вітаміну D зустрічається у 2/3, а його дефіцит - у кожного 5-го хворого на системний червоний вовчак (СЧВ). У дослідженнях invitro продемонстровано здатність вітаміну D інгібувати функціонування дендритних клітин й активувати продукцію інтерферонів (IFN), зокрема, гама-IFN, який є опсоніном. Вважають, що негативна кореляція між вмістом IFN та рівнем сироваткового вітаміну D лежить в основі патогенезу розвитку та активації СЧВ. Є дані про протективну роль високих рівнів вітаміну D щодо розвитку ішемічної хвороби серця та інсульту.

Мета. Вивчити зв'язок рівнів вітаміну D з факторами ризику кардіоваскулярної патології у хворих на СЧВ.

Матеріали та методи. Аналіз історій хвороб, оцінка індексу маси тіла (ІМТ), визначення артеріального тиску (АТ), визначення показників ліпідограми (холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВШ) та ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ)), загального сироваткового вітаміну D (D2+D3), фагоцитарної активності (тест з нітросинім тетразолієм (НСТ), фагоцитарний показник (ФП)). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Результати. Проведено аналіз 22-х історій хвороб пацієнтів ревматологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) з верифікованим діагнозом СЧВ, з них 72,7% - жінки, 27,3% - чоловіки, середній вік – 43,2±5,7 років. Визначено, що у 8 (36,4%) осіб були понижені рівні вітаміну D, а саме: у 3 (13,6%) осіб виявлена недостатність (<30 нг/мл), а в інших 5 (22,7%) – його дефіцит (<15 нг/мл). Виявлено, що зниження рівня загального вітаміну D у хворих на СЧВ достовірно асоціювалось з високим ІМТ (>25,0 кг/м2), артеріальною гіпертензією і підвищеними показниками ліпідограми: холестерином, тригліцеридами, ЛПНЩ. Визначено, що у пацієнтів на тлі дефіциту вітаміну D показники важкості та активності СЧВ були більшими порівняно з хворими з недостатністю цього вітаміну, аналогічно як і показники фагоцитарної активності.

Поширеність недостатності вітаміну D виявлена у 4 (20,0%) осіб контрольної групи, що в 1,82 рази менше ніж у хворих на СЧВ. Решту досліджених показників були в межах норми.

Висновки. Поширеність недостатнього рівня вітаміну D в 1,82 рази частіше зустрічалась у хворих на СЧВ порівняно зі здоровими особами. Низький рівень вітаміну D може виступати предиктором формування кардіоваскулярної патології у пацієнтів з СЧВ. Спостерігався зворотній асоціативний зв'язок між рівнем загального сироваткового вітаміну D і важкістю перебігу СЧВ та фагоцитарною активністю.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АУТОІМУННОГО ПРОГЕСТЕРОНОВОГО ДЕРМАТИТУ

Пемпусь Олена
Соболь Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної імунології та алергології.
Завідувач кафедри - проф. В. В. Чоп'як
Науковий керівник - ас. М. П. Ломіковська

Актуальність. Аутоімунний прогестероновий дерматит - це рідкісне захворювання з реакцією гіперчутливості до екзогенного чи ендогенного прогестерону, що характеризується рецидивуючою висипкою на шкірі та слизових в лютеїнову фазу менструального циклу. Клінічними проявами є кропив'янка, ангіонабряк, екзема, виразкування слизових, рідко - прояви анафілаксії. Патогенез не вивчений. Лікування малоефективне. У літературі описано шість випадків успішної десенсибілізаціі прогестероном.

Мета. Визначити ефективність лікування автоімунного прогестеронового дерматиту з використанням методу десенсибілізації прогестероном.

Матеріали та методи. Скарги, дані анамнезу з амбулаторної картки хворої та результати лабораторного, в тому числі імунологічного обстеження.

Результати. Жінка, 33 роки хворіє близько 13 років. Перші ознаки захворювання спостерігались в 2003 р., коли на тлі першої вагітності раптово з'явились алергічні еритематозні висипання по всьому тілу, що супроводжувались набряком Квінке, на 6-му тижні вагітності відбувся спонтанний викидень. У 2008 році, на ранніх термінах другої вагітності спостерігався виражений алергічний дерматит, набряк Квінке, біль та припухлість дрібних суглобів, втрата ваги на 15 кг за тиждень. На 5-му тижні повторно відбувся самовільний викидень, після якого симптоми алергії припинились. У 2011 р. на тлі третьої вагітності спостерігались шкірні висипання та запалення дрібних суглобів

кистей і стоп. Призначення препарату "Duphaston" (2 табл. на день) з метою збереження вагітності привело до значного посилення болю в м'язах з різким скороченням м'язів та появи ядухи. На 5-му тижні лікування відбувся повторний самовільний викидень, після якого симптоми зникли. При зверненні були скарги на болючість та набряк суглобів, еритематозні висипання на шкірі, біль в м'язах, загальну втому, які починалися на 10-й день менструального циклу і зменшувалися з 2-го дня менструацій. Протягом 2016 р. скарги турбували безперервно. За результатами проведених досліджень: загальний аналіз крові в межах норми, загальний IgE 47kU/L. Проведена внутрішкірна проба з прогестероном, яка виявилась різко позитивною. Проведено десенсибілізацію з наростаючою дозою прогестерону у вигляді внутрівагінальних суппозиторій від 0.05 до 100 мг кожні 20 хв на 22 день менструального циклу. На 25 день менструального циклу було призначено 100 мг прогестерону тричі на день. При введенні перших доз прогестерону з'явились відчуття печії в місці введення, які зникли при введенні наступних доз. Вночі з'явились симптоми печії стоп, долонь, біль в суглобах, які зменшились на наступний день. При введенні на 25 день менструального циклу прогестерону симптоми посилились, приєднались біль в серці, тахікардія, пітливість, ядуха. Через 3 дні скарги поступово зникли. Після десенсибілізаціїї протягом 5 місяців почувається набагато краще.

Висновки. Десенсибілізація розширює варіанти лікування жінок з аутоімунним прогестероновим дерматитом і є чи не єдиним варіантом лікування, який зберігає фертильність пацієнтки.

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ У ДІТЕЙ ІЗ PFAPA-СИНДРОМОМ

Земскова Мар'яна
ВДНЗУ "Буковинський державний медичний університет"
Кафедра отоларингології
Завідувач кафедри - проф. Б. М. Боднар
Науковий керівник - проф. С. А. Левицька

Актуальність.PFAPA-синдром характеризується комбінацією чотирьох симптомів: періодичної лихоманки (periodicfever), афтозного стоматиту (aphthousstomatitis), враження слизової оболонки і мигдаликів глотки (pharingitis), запаленням шийних лімфатичних вузлів (cervicaladenitis).

Етіологія синдрому все ще залишається невідомою, так само як не існує специфічного лабораторного тесту і розробленого алгоритму лікування. В науковій літературі описані випадки ефективності тонзилектомії у випадках PFAPA-синдрому, проте, отримані дані поодинокі і несистематизовані.

Мета. Визначити частку PFAPA-синдрому в структурі тонзилектомованих пацієнтів, а також ефективність проведення їм тонзилектомії.
Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 180 дітей віком від 3 до 15 років, що зазнали тонзилектомію в період 2014-2016 років з приводу хронічного тонзиліту. PFAPA-синдром діагностували у 6 дітей (3,3%) за критеріями Thomas. Контрольну групу склали 24 дитини із клінічними даними, що дозволили спростувати у них PFAPA-синдром. Протягом року після операції визначали кількість епізодів гострого бактеріального фарингіту, аналізували результати ехокардіографії, ревмопроб і бактеріологічного засіву з глотки. Статистична обробка результатів проведена із використанням критерію χ.
Результати. Частота зустрічання PFAPA-синдрому серед тонзилектомованих дітей склала 3,3% із переважанням осіб чоловічої статі. Середній вік склав 4,25 років, період між епізодами загострення - 28,0 днів, тривалість гіпертермії – 4,0 дні. Захворювання проявлялося тонзилітом, шийним лімфаденітом, гарячкою, котра погано реагувала на вживання антипіретиків і добре піддавалася лікуванню стероїдами. Ознаки афтозного стоматиту виявляли у 2 пацієнтів, болі в животі – у одного. Видалення мигдаликів приводило до зникнення епізодів тонзилофарингітів у дітей із PFAPA-синдромом, в той час як в контрольній групі у 6 (25%) дітей мали місце два і більше епізодів гострого бактеріального фарингіту. В жодному випадку у дітей із PFAPA-синдромом з ротоглотки не висівали β-гемолітичний стрептокок, не виявили зміни клапанного апарату серця, характерні для важких бактеріальних фарингітів. Натомість β-гемолітичний стрептокок і рихлість стулок клапанів серця при проведенні ехокардіографії ідентифіковані у 3 (2,5%) дітей контрольної групи. Результати ревмопроб через 3 і 6 місяців після тонзилектомії засвідчили, що рівні антристрептолізину О (122,3 ± 2,1 МО/мл проти 175,5 ± 2,7 МО/мл через 3 місяці; 114,6 ± 1,8 МО/мл проти 196,4 ± 2,4 МО/мл через 6 місяців) і ревматоїдного фактору (1,2 ± 0,03 МО/мл проти 3,4 ± 0,12 МО/мл через 3 місяці; 2,1 ± 0,04 МО/мл проти 3,4 ± 0,02 МО/мл) у дітей із PFAPA-синдромом були статистично значимо нижчими в порівнянні із відповідними показниками контрольної групи ($p<0,05$).
Висновки. Видалення піднебінних мигдаликів виявилося ефективним методом лікування дітей із PFAPA-синдромом. В розвитку епізодів тонзилофарингітів, властивих синдрому, β-гемолітичний стрептокок не мав суттєвого значення.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН КРОВІ ПРИ ОБМЕЖЕНИХ І ПОШИРЕНИХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Карамян Артур

Харківський національний медичний університет
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Завідувач кафедри - проф. О. С. Шевченко
Науковий керівник – ас. О. І. Чопорова

Актуальність. Вивчення механізмів імунологічної толерантності до збудника туберкульозу є актуальною задачею, оскільки в формуванні та перебігу патологічного процесу важливу роль відіграє не тільки наявність патогенного штаму мікобактерій, але також й імунологічна реактивність організму.
Мета. Вивчення популяційного складу імунокомпетентних клітин крові у хворих обмеженими і поширеними формами туберкульозу легенів.
Матеріали та методи. У Харківському обласному протитуберкульозному диспансері №1 було обстежено 60 осіб, які склали 4 груп по 15 пацієнтів в кожній. До першої увійшли хворі з діагнозом «туберкульома», в другу - пацієнти з діагнозом «інфільтративний туберкульоз легень», мала поширеність процесу (1 - 3 сегменти), давність захворювання не більше 1 року, в третю - хворі з діагнозом «інфільтративний туберкульоз легенів» , процес поширювався на 3 і більше сегменти, прогресуючий перебіг, захворювання викликане збудником з множинною лікарською стійкістю (МЛС), четверту склали практично здорові люди, донори крові. Субпопуляції лімфоцитів визначали методом проточної цитофлюориметрії з використанням моноклональних антитіл виробництва фірми BeckmanCoulter (USA). Підраховували загальна кількість Т-лімфоцитів (CD45+ CD3+), число Т-цитотоксичних клітин (CD45+ CD3+ CD8+), Т-хелперів (CD45+ CD3+ CD4+), TNK-клітин (CD45+ CD3+ CD16+ CD56+), визначали кількість В- (CD45+ CD19+) і NK-клітин (CD16+ CD56+). Розраховували імунорегуляторний індекс (CD4+/CD8+).
Результати. Встановлено, що рівень лейкоцитів у перших двох групах практично не відрізнявся від показників контрольної групи (6,36х109/л), значна різниця спостерігалася лише у хворих третьої грипи (інфільтративний туберкульоз з МЛУ), яка становила 7,34х109/л. Кількість В-лімфоцитів було незначно - на 13,2% - знижено у хворих на інфільтративний туберкульоз в порівнянні з контрольною групою. Разом з тим відзначалося збільшення числа цих клітин у хворих на інфільтративний туберкульоз з МЛУ до 17,5% (0,35х109/л), тоді як в контролі їх було 11,4% (0,24х109/л). Загальна кількість Т-клітин кілька знижувалася в обох групах з інфільтративним туберкульозом і становила відповідно: 1,32х109/л (74,7%), 1,45х109/л (70,0%) проти 1,58х109/л (76,2%) в контрольній групі. Рівень Т-хелперів достовірно відрізнявся тільки у хворих на туберкульому: він був на 21% вище, ніж у контрольній групі. Схожа закономірність спостерігалася і при дослідженні кількості Т-цитотоксичних клітин - їх число було зниженим у хворих на інфільтративний туберкульоз в обох групах (0,45х109/л, 0,52х109/л відповідно проти 0,59х109/л у

контрольній групі). Рівень NK-клітин не мав значущих відмінностей в досліджуваних групах, кількість цих клітин змінювалася від 0,24х109/л у хворих на туберкульому до 0,28х109/л у пацієнтів з інфільтративним туберкульозом малої поширеності. У контрольній групі цей показник склав 0,26х109/л. Значення імунорегуляторного індексу у всіх хворих на туберкульоз виявилися вищими, ніж у контрольній групі. При цьому, у хворих на інфільтративний туберкульоз цей показник досягав максимуму і склав 2,0 одиниці при значеннях в контрольній групі 1,73 одиниць.

Висновки. Таким чином, встановлені відмінності популяційного складу імунокомпетентних клітин крові у хворих обмеженими і поширеними формами туберкульозу легенів відображають різну ступінь активації імунної системи.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ВУШНОГО ШУМУ У ДІТЕЙ

Шікасюк Віталіна
Москаленко Олександра
Гродненський державний медичний університет
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри - проф. О.Г. Хоров
Науковий керівник - доц. І.Ч. Алещік

Актуальність. Під шумом у вухах розуміють відчуття людиною стороннього звуку, походження якого не пов'язане з будь-якими зовнішніми акустичними джерелами. Дослідження визначається насамперед тим, що в останні роки у зв'язку з технократизацією суспільства, прискоренням ритму життя і збільшенням кількості стресових ситуацій зростає число дітей, що страждають вушним шумом.

Мета. Вивчити епідеміологію та особливості вушного шуму у дітей від 8 до 17 років.

Матеріали та методи. Всього обстежено 1746 дітей, учнів навчальних закладів міста Гродно, а також перебуваючих на лікуванні у Гродненській обласній клінічній лікарні. З них: перша група - діти 8-11 років - 365 (20,9%) особа, друга група - 12-13 років - 377 (21,6 %) осіб, третя група - 14-15 років - 597 (34, 2%) осіб, четверта група - 16-17 років - 407 (23,3%) осіб .

Результати. Серед усіх обстежених дітей вушний шум відзначали 836 дитини, що склало 47,9%. Серед всіх пацієнтів з вушних шумом слухають гучну музику, музику в навушниках 624 (74,6%) проанкетованих. В 1 групі - 99 (15,9%) осіб, у 2 групі - 131 (21%) осіб, в 3 групі - 230 (36,8%) осіб, в 4 групі - 164 (26,3%) людини. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між віком проанкетованих і наявністю у них вушного шуму. Коефіцієнт кореляції склав $r = 0,71$, $p \leq 0, 05$. Була проведена оцінка періодичності шуму: періодичний шум

відзначають 597 дітей (95,7%), постійний вушний шум відзначають 27 дітей (4,3%). За локалізацією шум відзначили: відчуття в голові у 243 (39%) дітей, в обох вухах 175 (28%) дітей, в лівому вусі у 137 (22%) дітей, у правому вусі у 69 (11%) дітей. Характер шуму діти описували так: дзвін - 271 (43,5%) осіб, писк - 185 (29,6%) осіб, інші види (шум вітру, стукіт, шум моря, шелестіння, писк комара і ін.) - 85 (13,6%) осіб, свист - 69 (11,1%) осіб, шипіння - 14 (2,2%) осіб. Вплив шуму на якість життя, за десятибальною системою, оцінюється у середньому у 1,94 ± 0,28 балів.

Висновки. За результатами дослідження виявлено, що практично половина дітей (47,9%) відчувають шум у вухах. Більшість з обстежуваних пов'язують наявність шуму з частим прослуховуванням голосної музики і музики в навушниках. Кількість дітей, часто слухають гучну музику, музику в навушниках збільшується в старших вікових групах одночасно зі зростанням частоти уш¬ного шуму, що свідчить про необхідність проведення профілактичних заходів серед школярів. Аналіз отриманих результатів показав, що моніторинг вушного шуму серед дитячого населення інформативний і застосуємо для раннього виявлення даної патології. Профілактика тіннітуса вимагає початкових заходів, спрямованих на інформування громадян по цій темі і коригування етіологічних факторів в зв'язку з тим, що дана проблема є не тільки общемедицинской, а й соціальною проблемою держави, оскільки надалі може призводити до приглухуватості і стійкої втрати працездатності. Раннє виявлення тіннітуса дозволяє ефективно і в найкоротші терміни реабілітувати дітей, а в подальшому, знизити загальну чисельність непрацездатних громадян через погіршення слуху.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ, ЗУМОВЛЕНОГО ХОЗЛ АБО БА У ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Нікітчук Ольга Миколаївна
Ганноха Катерина Олександрівна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фтизіатрії і пульмонології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Костик
Науковий керівник - проф. О. П. Костик

Актуальність. Значною проблемою сучасної пульмонології є зростання частоти захворювань, що супроводжуються бронхообструктивним синдромом (БОС), який є універсальним патологічним синдромом, характерним для більшості захворювань респіраторної системи, в тому числі і туберкульозу легень (ТБ).

Мета. Вивчити імунологічні особливості перебігу бронхообструктивного синдрому, зумовленого ХОЗЛ або БА у хворих на туберкульоз легень.
Матеріали та методи. Хворі на туберкульоз з БОС, зумовленим ХОЗЛ (31 хворий – I група) та зумовленого БА (27 хворих – II група).Імунологічні показники: Е-РУК, РБТЛ з ФГА, CD-лімфоцити, інтерлейкіни, ЦІК, Імуноглобуліни класів А, М, Е, G
Результати. Встановлено значне зниження показника CD3+-лімфоцитів у хворих I групи (39,1 ± 1,1) % порівняно з другою (52,1 ± 1,6) %, $p < 0,05$. РБТЛ з ФГА становила (57,6 ± 1,8) % порівняно з другою групою (62,9 ± 1,4) %. Зниження хелперної і супресорної ланок клітинного імунітету у обстежених групах хворих підтверджено зниженням імунорегуляторного індекса, більш вираженого у хворих першої, ніж другої груп (1,15 ± 0,09 і 1,26 ± 0,08).Дисфункція імунної системи супроводжувалася також активацією В-ланки імунітету, що проявилося підвищенням рівня IgG (1392,3 ± 25,8) мг/дл, IgE (192,4 ± 18,6) МО/мл та ЦІК (210,5 ± 16,2) у.о.Встановлено вищий вміст в сироватці крові прозапальних цитокінів IL-1β, IL-6, TNF-α у пацієнтів першої групи, в той же час рівні IL-4 та IL-2 були нижчими за відповідні показники у донорів. У хворих II групи рівні IL-1β та TNF-α суттєво перевищували аналогічні у контрольній групі, IL-2 були нижчими за такі у донорів, IL-6 – не відрізнялись від даних у донорів, проте рівні як IL-2, так і IL-6 перевищували аналогічні у контрольній групі (відповідно (1,49 ± 0,43) пг/мл проти (1,18 ± 0,40) пг/мл та (16,8 ± 1,26) пг/мл проти (14,80 ± 1,62) пг/мл.У рідині БАЛ встановлено нижчі рівні цитокінів, ніж у сироватці крові, але вони характеризувалися аналогічними змінами.
Висновки. 1. Перебіг БОС, зумовленого ХОЗЛ у хворих на туберкульоз, характеризується порушенням імунної відповіді організму за рахунок пригнічення клітинної ланки імунітету як хелперної, так і супресорної, зниженням імунорегуляторного індексу (на 20 %), зниженням проліферативної активності Т-лімфоцитів на ФГА, більш суттєвим підвищенням вмісту CD16+-клітин (19,7 ± 1,1 %) та зниженням CD25+-клітин (22,7 ± 2,7 %) порівняно з даними при БОС, зумовленому БА у хворих на туберкульоз.
2. Пригнічення клітинної ланки імунітету при БОС, зумовленому ХОЗЛ або БА, у хворих на туберкульоз супроводжується активацією гуморальної ланки неспецифічного імунного захисту, що проявляється більш вираженими змінами при БОС зумовленому ХОЗЛ.

ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Петейчук Тарас Михайлович

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фтизіатрії і пульмонології
Завідувач кафедри – проф. О. П. Костик
Науковий керівник – проф. О. П. Костик

Актуальність. Визначається триваючою в Україні епідемією туберкульозу, що є злободенною проблемою сучасної медицини. В сучасних умовах туберкульоз легень у 60-85% випадків супроводжується бронхообструктивним синдромом (БОС), який є факультативним проявом при цьому захворюванні.

Мета.Вивчення особливостей клінічного перебігу та результатів інструментальних методів обстеження хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з БОС.

Матеріали та методи. Хворі на ВДТБ з БОС, викликаним ХОЗЛ (56 хворих – I група) та викликаним БА (30 хворих – II група). Клініко-рентгенологічні, загально-лабораторні та інструментальні методи.

Результати. Приступи ядухи реєструвалися у 24,2 % обстежених I групи. Серед скарг частіше переважав вологий кашель, ніж сухий (39,4 % проти 60,6 %, ($p < 0,05$), але кашель зустрічався рідше, ніж у хворих II групи 60,6 % проти 84,4 %, ($p < 0,05$). Хворі I групи частіше виділяли гнійне мокротиння (62,5 %), а хворі II групи – слизове (12,0 %). Рентгенологічно виявлено ознаки емфіземи легень та полісегментарний пневмофіброз, деформацію і посилення легеневого малюнка, ущільнення і тяжистість коренів легень виявляли у (69,7 %) хворих I групи та рідше II групи (40,6 %). Зміни на спірограмі у хворих обох груп носили односпрямований характер, що проявлялося зниженням значення ЖЄЛ, ФЖЄЛ, $ОФВ_1$, $МОШ_{25}$ та $МОШ_{75}$. Після проби з бронхолітиком короткої дії приросту показника $ОФВ_1$ у хворих I групи не визначалося, показник $ОФВ_1$/ФЖЄЛ також не перебільшував 70 %, а у хворих II групи приріст $ОФВ_1$ був більше 12 %. Бронхоскопічне дослідження у хворих I групи порівняно з II групою виявило, що хронічний дифузний катаральний ендобронхіт зустрічався рідше (12,1 % проти 21,9 %, $p < 0,05$) проте у них переважав хронічний катарально-гнійний ендобронхіт (66,7 % проти 34,4 %, $p < 0,05$), були наявні рубцеві стенози субсегментарних бронхів. Цитологічний склад рідини БАЛ характеризувався більш інтенсивною вираженістю місцевого запалення у хворих I групи.

Висновки: 1.Найбільш інформативними ознаками клінічного перебігу захворювання були кашель сухий або вологий, задишка (експіраторна або змішана), приступи ядухи, температура тіла. 2.Гострий початок захворювання, стан середньої важкості, наявність приступів ядухи свідчили про БОС, викликаний БА. Швидке формування ознак емфіземи легень, переважання запальних проявів, та більш виражені рентгенологічні зміни свідчили про

БОС, спровокований ХОЗЛ у хворих на ТБ. З.У хворих обох груп інтенсивність змін ЖЄЛ і ФЖЄЛ зменшувалися до 60-62,3 % від належної величини, але більш виражено ці зміни спостерігалися при БОС внаслідок БА, ніж внаслідок ХОЗЛ. У слизовій оболонці бронхів у хворих на ТБ з БОС внаслідок ХОЗЛ був більш виражений запальний компонент, а внаслідок БА – домінував алергічний.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БЕТАГІСТИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНОГО ПОЗИЦІЙНОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ЗАПАМОРОЧЕННЯ

Демид Лідія
ЛНМУ імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри - доц. А. В. Цимар
Науковий керівник - ас. О. В. Чорній

Актуальність. Доброякісне позиційне пароксизмальне запаморочення (ДППЗ) - це патологічний стан, який виникає або підсилюється при наданні голові хворого певної позиції, яка називається критична позиція. ДППЗ виражається в короткочасних, але періодичних приступах запаморочення (vertigo), яке виникає при русі і зміні положення тіла, нахилах голови і т. д. Так, наприклад, навіть при незначних фізичних навантаженнях під час присідань або нахилів тулуба або голови відразу проявляються симптоми захворювання ДППЗ є, імовірно, найчастішою причиною запаморочення і відзначається у 18–25% хворих зі скаргами на запаморочення. У віковій групі старше 60 років його частка у питомій вазі (vertigo) досягає 50%. Частота цього захворювання - близько 17% від усіх випадків запаморочення. Частіше хворіють жінки, ніж чоловіки.
Мета. Оцінити ефективність застосування бетагістину при лікуванні ДППЗ.
Матеріали та методи. Було обстежено 42 пацієнти зі скаргами на запаморочення (vertigo). При обстеженні ДППЗ хворих було поділено на 2 групи. В першій групі 20 пацієнтів, в залежності від першопричинного захворювання, і після його діагностування здійснювали відповідний вибір лікування. У разі виникнення запаморочення на фоні соматичного захворювання призначали (седативні препарати, вазодилятатори, діуретики, нейролептики). Для поліпшення кровообігу судинні препарати. У другій групі 22 пацієнти застосовували бетагістин в добовій дозі 48 мг. Який зменшує збудливість центральних та периферичних відділів вестибулярного аналізатора.
Результати. Оцінювання даних проводили по ВАШ (візуально аналогічній шкалі). Лікувальний ефект у першій групі хворих з ДППЗ: скарги

зменшились, суб'єктине відчуття покращилось на 10-й день лікування. У другій групі при застосуванні бетагістину, на 7-й день лікування стан хворих позитивний, зменшились приступи vertigo. У контрольній групі 30% хворих не отримали позитивний результат лікування, тільки у 2-х пацієнтів зменшились приступи vertigo.

Висновки. Після курсу лікування бетагістином спостерігалася позитивна динаміка. Препарат зменшує частоту, час тривання і силу приступів vertigo. На основі вищевикладеного можна зробити висновок, що найефективнішим є застосування бетагістину, який легко переноситься хворими і його можна застосовувати при лікуванні ДППЗ. Інші групи ліків, які застосовують з етіотропною метою (седативні препарати, нейролептики, вазодилятатори, діуретики, судинні препарати та ін.), призначають хворим відповідно до визначеної причини, віку хворого, та з урахуванням можливих протипоказів до їх застосування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ УВУЛОПАЛАТОПЛАСТИКИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОПІННЯМ

Заза Кристина
Ченчак Михайло
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри - доц. А. В. Цимар
Науковий керівник - ас. О. В. Чорній

Актуальність. За статистичними даними кожна 5 людина, незалежно від статі і віку, хропе уві сні. Проте, ці дані відносні. У віці 30-35 років хроплять 20% чоловіків і 5% жінок, але з віком порушення сну частішають: після 60 років хропіння спостерігається у 70 % людей обох статей. Хропіння – це акустичний феномен, який викликається вібрацією м'яких тканин глотки при неповній обструкції дихальних шляхів. Це ознака, що свідчить про затруднене проходження повітря через верхні дихальні шляхи. Небезпеку хропіння недооцінюють, проте це один із симптомів синдрому нічних апное – розладу дихальної функції, що характеризується періодичними зупинками дихання уві сні. Ця небезпечна патологія може бути фактором ризику при розвитку артеріальної гіпертензії, гострого порушення мозкового кровообігу, інфаркту міокарда та навіть раптової кардіальної смерті.

Мета. Оцінити ефективність застосування лазерної увулопалатопластики у лікуванні хворих із хропінням.

Матеріали та методи. Опрацювавши дані медичної літератури, отримано статистичні дані з приводу ефективності лазерної пластики піднебіння у лікуванні хворих із хропінням.
Результати. Лазерна увулопалатопластика – хірургічна операція, при якій за допомогою лазера видаляють частину м'якого піднебіння і зменшують або видаляють язичок. Операцію проводять під місцевою анестезією. В результаті м'яке піднебіння вкорочується і його вільний край менше звужує дихальні шляхи, а рубці на місці розрізів ущільнюють м'яке піднебіння, тому м'які тканини менше вібрують під впливом повітря. Зазвичай для цього потрібно від 3 до 5 сеансів, щоб ефект був досягнутий максимально. За результатами досліжень лише 20% пацієнтів повністю позбавилися від хропіння, 35% відмічають зниження вираженості хропіння і 45% не мають жодного результату. При цьому у 10% спостерігаються такі ускладнення: 5% – інтенсивні болі, 2% – кровотечі з ран, 2% – запалення та нагноєння тканин навколо розрізів, 1% – набряклість піднебіння і глотки та посилення хропіння.
Висновки. На основі результатів досліджень можна зробити висновок, що невисока ефективність лазерної увулопалатопластики у лікуванні хворих із хропінням пов'язана з неправильною оцінкою основної причини хропіння та недооцінкою ступеню тяжкості обструкції. У більшості випадків причинами хропіння є ожиріння, куріння, гіпертрофія мигдаликів, міопатії, середньоважкі та важкі форми обструкції, які поширюються на язик та навіть надгортанник. На основі вищевикладеного можна зробити висновок, що лазерну увулопалатопластику ефективно застосовувати лише у випадках неускладненої обструкції, обмеженої м'якими тканинами піднебіння.

ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ НА ПОЛІПОЗ НОСА

Лопатинська Тетяна
Даниляк Олег
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оториноларингології
Завідувач кафедри - доцент Цимар А.В.
Науковий керівник - асистент Чорній О.В.

Актуальність. Головною складовою частиною комплексної терапії поліпозних риносинуситів є функціональна ендоназальна ринохірургія, але через певний час у більшості пацієнтів (за даними різних авторів – до 70%) наступає рецидив захворювання. Актуальним є питання дії на конкретні ланки патологічних процесів, які призводять до розвитку поліпозних утворень у слизовій оболонці порожнини носа хворих на поліпозний риносинусит,

доцільним є застосування комбінованих методів хірургічного лікування в поєднанні з медикаментозною корекцією.

Мета. Визначення ефективності застосування назальних спреїв після проведеної поліпотомії у хворих із хронічним поліпозним риносинуситом.

Матеріали та методи. На базі ЛОР-відділення ЛОКЛ проводилось обстеження 34 хворих, середій вік яких становив 46 років(від 19 до 65 років), із діагнозом хронічний поліпозний риносинусит, що встановлювався на основі тривалих скарг хворих, даних анамнезу та риноскопічної картини. Усім пацієнтам було виконано ендоназальну поліпотомію. Після двобічних ендоскопічних втручань призначали пацієнтам мометазону фуроат в одну половину носа і сольовий розчин – в іншу, що дозволило нівелювати індивідуальні особливості репарації і отримати достовірні порівняльні дані. Критеріями ефективності були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на носове дихання, відчуття більш швидкого одужання), риноскопічна картина (вираженість ознак запалення слизової оболонки порожнини носа, наявність виділень з носа) до операції та на 5-7 добу після поліпотомії.

Результати. При оцінці показників лікування за суб'єктивними критеріями в контрольній групі 10 пацієнтів(71%) відмічали покращення носового дихання, виділення з носа незначні 4 хворих(29%) його відновлення; виділення з носа відсутні; у другій групі покращилось дихання у 4 пацієнтів(20%), відновилось у 16(80%). За об'єктивними ознаками риноскопічної картини: у першій групі в 3 хворих(22%) слизова оболонка носової порожнини була рожевою, нормальної вологості та консистенції, носові раковини зменшилися у розмірах, у 11(78%) дещо набряклою, рожево-червоного кольору, підвищеної вологості, нормальної консистенції, відмічались виділення з носа. У другій групі нормалізація спостерігалась у 15(75%), а покращення риноскопічної картини- у 5 пацієнтів(25%).

Висновки. Призначення ІНГКС у ранньому післяопераційному періоді після функціональних ендоскопічних втручань на приносових пазухах і внутрішньоносових структурах, виконаних з приводу хронічного поліпозного риносинуситу, прискорює процес загоєння, зменшує секрецію, утворення шкуринок і гальмує спайковий процес.

СЕКЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Лекційна аудиторія загальної гігієни
Четвер, 27.04.2017р.,14:00

Наукова рада -проф. Н. О. Виноград, проф. З. Д. Воробець,проф. В. І. Федоренко, доц. І. Д. Байдалка, доц. Є. Є. Євстратьєв, доц. Л. М. Кіцула, доц. Л. П. Козак, доц. Л. П. Козак, доц. Р. Г. Шикула,, доц. О. Я. Чупашко, асист. У. П. Єфремова
Головуючі - Байло Юрій, Хрип'як Христина

АДАПТАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Байло Юрій
Ярка Галина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра загальної гігієни з екологією
Завідувач кафедри - проф. В. І. Федоренко
Науковий керівник - проф. В. І. Федоренко

Актуальність. У сучасних умовах життєдіяльності і навчання студентів неабиякого значення набуває первинна і зокрема вторинна профілактика, яка передбачає виявлення донозологічних станів – задовільної адаптації, напруження, перенапруження та зрив адаптації, і корекцію адаптивного процесу.
Мета. Оцінити у студентів-медиків у період навчання окремі ланки загального адаптаційного процесу: функціональний стан серцево-судинної системи, систолічну роботу серця та аеробні можливості організму; обмін речовин, а також стан вегетативної нервової системи, що координує діяльність всіх органів та систем під час процесів адаптації.
Матеріали та методи. Обстежено 30 студентів (хлопців) віком 20 років, у кожного було визначено зріст (м), масу тіла (кг), частоту серцевих скорочень (уд/хв), систолічний та діастолічний тиск у стані спокою (мм.рт.ст.), які в подальшому використані для підрахунку Індексу маси тіла, індексу Рорера, індексу Робінсона та вегетативного індексу Кердо. Статистична обробка здійснена за допомогою програмного забезпечення MicrosoftOfficeExcel.
Результати. Установлено, що за значенням Індексу маси тіла 83% студентів отримують нормальне харчування, близько 13% мають ожиріння І ступеню, а у решти спостерігається гіпотрофія І ступеню. У

90% обстежених артеріальний тиск у стані спокою знаходиться у межах 110/70 – 130/90, а у решти знаходиться нижче цієї межі. Частота серцевих скорочень коливається в межах від 60 до 90 ударів за хвилину. При одночасній оцінці 3 індексів (Рорера, Робінсона, Кердо) виявлено, що близько 43% обстежених мають високий ступінь адаптації, близько 40% мають напруження регуляторних механізмів (функціональні можливості організму у стані спокою не знижені, а зазнають змін при фізичному навантаженні), а у решти спостерігається виражене перенапруження процесів адаптації.

Висновки. Виявлено, що лише близько половини обстежених студентів мають задовільну адаптацію у процесі навчання, що потребує підвищення резистентності організму. Рекомендації: моніторинг за станом здоров'я студентів, раціональне харчування, дотримання режиму дня, навчання і відпочинку та контрольоване помірне заняття фізкультурою.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ІШЕМІЧНИМ ТИПОМ

Хрип'як Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра епідеміології
Завідувач кафедри - проф. Н. О. Виноград
Науковий керівник - доц. Л. П. Козак

Актуальність. Судинні захворювання мозку є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасності. Найбільш поширеними та тяжкими за своїми наслідками у цій групі уражень є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Згідно з даними ВООЗ, щороку в світі спостерігається близько 7 млн мозкових інсультів. Приблизно у 30 % пацієнтів ГПМК та ускладнення після них призводять до летального результату. Судинні захворювання головного мозку – це не локальний церебральний процес, а системна патологія серцево-судинної системи, з ураженням головного мозку, порушенням коронарного і периферичного кровообігу, що взаємообумовлені.

Мета. Визначити чинники ризику виникнення ГПМК за ішемічним типом у пацієнтів, котрі проходили курс лікування в неврологічному відділенні однієї з клінічних лікарень м. Львова в 2016 році.

Матеріали та методи. Для досягнення мети використано аналітичний прийом комплексного епідеміологічного методу дослідження за типом випадок-контроль. У дослідну групу (1) включено 50 пацієнтів, з яких

33 особи чоловічої статі та 17 жінок віком 40-80 років, які перенесли мозковий ішемічний інсульт. Контрольна група (2) становила 20 осіб із рівномірним гендерним розподілом.

Результати. Встановлено, що ризик виникнення ГПМК за ішемічним типом в осіб старше 50 років у 1,14 разу вище у порівнянні з молодшими віковими категоріями (R1=0,86, R2=0,75, RR=1,14; t=1,0 (p=0,85)). Основним внутрішнім чинником, котрий асоціювався з виникненням мозкових інсультів, була артеріальна гіпертензія, абсолютний ризик виникнення якої становив в основній групі R1=0,90, а контрольній R2=0,20. Відносний ризик при цьому склав RR=4,50, t=6,9 (p≥0,99). Наявність у пацієнтів гіперліпідемії, що супроводжувалась атеросклерозом, суттєво збільшувала шанси виникнення ГПМК (R1=0,60, R2=0,15, RR=4,0, t=4,19, (p≥0,99)), в той час як у хворих із супутніми порушеннями серцевого ритму при порівнянні двох вибірок відносний ризик захворіти на гострий ішемічний інсульт становив RR=1,4, t=0,47 (p≤0,7), а при цукровому діабеті другого типу – RR=1,2, t=0,24 (p≤0,7).

Висновки. Чинниками ризику, що мали достовірно суттєвий вплив на виникнення ГПМК за ішемічним типом у пацієнтів основної групи дослідження, визначено наявність артеріальної гіпертензії та гіперліпідемії з атеросклерозом судин. Порушення провідності серця, цукровий діабет другого типу, вік пацієнтів (старше 50 років) незначно збільшували відносний ризик виникнення ішемічних інсультів. Мінімізація впливу встановлених чинників ризику – важливе завдання в профілактиці ГПМК.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕХІНОКОКОЗУ В УКРАЇНІ ТА ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2000 - 2016 РР

Сергієнко Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра епідеміології
Завідувач кафедри - проф. Н. О. Виноград
Науковий керівник - доц. З. П. Василишин

Актуальність. Ехінококоз поширене захворювання в усьому світі з найвищим рівнем ураженості в Австралії, Новій Зеландії, Північній Африці, Південній Америці, Південній Європі, Центральній Азії (137-385 на 100 тис. нас.). На ендемічних територіях частка ураженого ехінококом населення досягає 5-10 % і більше. Соціально-економічна значимість ехінококозу обумовлена тяжким та тривалим перебігом

хвороби, що нерідко призводить до інвалідності, а також летального завершення.

Мета. Вивчити епідемічну ситуацію та оцінити динаміку епідемічного процесу з ехінококозу в Україні та Львівській області за 2000-2016 рр.

Матеріали та методи. Використовуючи прийоми комплексного епідеміологічного методу опрацьовано звітно-облікові форми ДСЕС України за 2000-2016 рр.

Результати. В Україні ехінококоз реєструвався в Одеській, Миколаївській, Запорізькій, Херсонській, Донецькій, Хмельницькій, Вінницькій, Житомирській, Тернопільській, Рівненській, Волинській, Львівській, Дніпропетровській, Харківській, Сумській, Луганській областях. Впродовж 2000-2016 рр. в Україні збудником ехінококозу було інвазовано 2425 осіб. Найбільша кількість випадків ехінококозу реєструвалася в Одеській (986), Хмельницькій (148), Львівській (145) областях. Рівень інвазованості людей в Україні за даний період коливався від 79 до 188 вип. на рік. Від 2000 до 2008 рр. спостерігалася тенденція до стабілізації ураженості ехінококозом із показниками від 143 до 188 вип. на рік, а починаючи з 2009 р. відзначалася динаміка до зменшення кількості хворих. Найменша кількість випадків ехінококозу реєструвалася у 2014 та 2015 рр. – 91 і 79 вип. відповідно, а найбільша у 2004 і 2008 рр. (по 188 вип.).

Рівень захворюваності на ехінококоз у Львівській області в середньому становив 5,29 на 100 тис. нас., інцидентність мала тенденцію до зростання від 3,92 до 6,68 випадків на 100 тис. нас., із періодичністю 4 роки. Найнижчий рівень захворюваності реєструвався у 2005, 2006 та 2012 рр. – 3,92 на 100 тис. нас., що у 1,3 рази нижче середнього показника, а найвищий у 2016 р. – інтенсивний показник 6,68, що у 1,2 рази вище середнього. Ехінококоз реєструвався у 56 % випадків серед сільського населення та у 44 % випадків – у містян. Серед хворих на ехінококоз 17 % випадків становили діти до 17 років, 50 % – особи від 17 до 55 років, старші 55 років складали 33 %. Встановлено, що особи жіночої статі хворіють в 1,6 рази частіше, чим чоловіки.

Висновки. Таким чином, ехінококоз залишається актуальною медико-соціальною проблемою в Україні та крайовою патологією Львівської області, епідемічний процес має тенденцію до зростання, що необхідно враховувати при плануванні та проведенні профілактичної роботи.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГРИПУ ЯК ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ, ЙОГО МУТАЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ТА ОБРАХУНКИ ЕКОНОМІЧНИХ ВИТРАТ ПРАЦЮЮЧИХ ГРОМАДЯН

Гальченко Павло
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної біології, паразитології та генетики
Завідувач кафедри - проф. З. Д. Воробець
Науковий керівник - ст. викл. М. Є. Кушинська

Актуальність. Значну шкоду здоров'ю населення та економіці країн наносить захворюваність на вірусні хвороби. Віруси є причиною гострих масових інфекцій, на їх частку припадає 90% усіх інфекційних захворювань. Крім того, віруси можуть бути причиною розвитку злоякісних захворювань та викликати загострення хронічних хвороб. Грип є однією з найпоширеніших, але недостатньо вивчених вірусних захворювань. Епідемії інфлуенци, іспанки, гонконгського та брисбенського грипу спричинили пандемічну ситуацію у світі, тому дослідження захворювання має бути пріоритетним під епідеміологічною, імунологічною мікробіологічною, генетичною та в особливості загальнобіологічною призмами. Існують різні форми грипу, кожна з яких потребує детального комплексного аналізу, зокрема важливим є вивчення безсимптомних форм хвороби та механізму дрейфу генів. Надзвичайна поширеність захворювання впливає на мікро-, а іноді й макроекономічні показники, що робить грип пріоритетною проблемою держави і нації.
Мета. Виявити історичні передумови виникнення і перебігу хвороби, розглянути закономірності поширення та впливу на людину вірусів грипу, дослідити мутаційні зміни вірусу, дати характеристику сучасним дослідженням мутацій, проаналізувати економічні збитки, спричинені захворюванням.
Матеріали та методи. системний аналіз, порівняння, моделювання та узагальнення наукової літератури.
Результати. Вірус грипу А викликає захворювання середньої або сильної тяжкості. Він трапляється не тільки у людей, а й у деяких тварин (птахи, свині, коні). Віруси грипу А – найбільш мінливі з усіх типів вірусів грипу. Віруси типу В не викликають пандемії і зазвичай є причиною локальних спалахів і невеликих епідемій грипу, найчастіше у дітей. Цей тип вірусу вражає тільки людей. Вірус грипу С інфікує людей, собак і свиней, вивчений менше за інших, його антигенна структура не схильна до таких змін, як у вірусів типу А.
Висновки. У роботі проаналізовано процеси історичного розвитку вірусу грипу, виявлено закономірності його перебігу, встановлено вплив вірусу грипу типів А, В і С на організм людини. З'ясовано, що віруси грипу найбільш мінливі як в експериментальних, так і в

природних умовах. Виділяють два шляхи, якими відбувається мутаційний процес, їх називають «антигенний дрейф» і «антигенний зсув». Крім поступового антигенного дрейфу, еволюція вірусу грипу характеризується також антигенними зрушеннями – радикальними змінами властивостей вірусу, які зазвичай пов'язані з реасортацією.

ЛЯМБЛІОЗ – ЕНДЕМІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

Мерцало Богдан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної біології, паразитології та генетики
Завідувач кафедри - проф. З. Д. Воробець
Науковий керівник - доц. О. С. Корчинська

Актуальність. На сьогодні відмічається стрімкий ріст паразитарного забруднення навколишнього середовища. Лябліоз – одне із захворювань, яке виникає на фоні цих забруднень. Медичною проблемою лямбліозу є складність виявлення цього захворювання зумовлена тим, що його клінічні прояви часто маскуються під різні клінічні варіанти гастроентерологічної патології: функціональні порушення травного каналу, синдром надлишкового росту кишкової мікрофлори в тонкій кишці. Комітетом експертів ще в 1988 р. відзначено, що лямбліоз – ендемічне захворювання для багатьох країн світу, де періодично виникають його спалахи. Незважаючи на той факт, що в більшості людей інвазія має безсимптомний перебіг, клінічні прояви лямбліозу щорічно реєструють у понад 500 млн людей.
Мета. Проаналізувати статистику захворюваності на лямбліоз та визначити причини прояву цього захворювання на певних територіях.
Матеріали та методи. Аналіз статистичних даних отриманих в Центрі медичної статистики, аналіз літературних даних.
Результати. У дитячих популяції поширеність лямбліозу становить 350 випадків на 100 тис. дитячого населення. Масові обстеження показали, що на цю інфекцію страждають 10–20% мешканців США, 18% – Бразилії, 5% – Італії, близько 6% – Франції, більше 10% – Іспанії, 8% – Польщі. У тропічних і субтропічних країнах лямблії є найчастішою причиною гострих діарей (20%). Серед дорослого населення розвинених країн інвазованість лямбліями становить 3–5%, а в тих, що розвиваються, – понад 10%. Зараженість лямбліями серед дітей у 2–5 разів перевищує таку серед дорослих. Діти можуть інфікуватися ними вже з першого місяця життя, що пов’язано з відсутністю в них імунітету, високим рівнем пристінкового травлення. В Україні кількість

інвазованих лямбліями серед дорослих сягає приблизно 10%, серед дітей, особливо молодшого віку – 30–40%, а в деяких закритих дитячих колективах – 70%.

Висновки. Поява лямбліозу залежить від кліматичних, соціально-побутових умов, якості питної води, рівня комунального благоустрою місцевості, приналежності до груп ризику (працівники харчових підприємств і каналізаційних споруджень, діти й персонал дитячих установ, сільське населення), імунного статусу. Потрапляння лямблій в організм може здійснюватися через харчові продукти, хоча харчові спалахи лямбліозу виникають досить рідко. Вживання сирих продуктів може призвести до істотного поширення паразитарних хвороб, у тому числі й лямбліозу. Ґрунт, особливо в сільській місцевості, є одним з додаткових проміжних факторів передачі цього захворювання. Контактно-побутові спалахи частіше реєструють у дитячих колективах. Найбільш вірогідний період для захворювання дитини на лямбліоз 3–6 місяці від початку відвідування дитиною дитячої установи. Контактні спалахи лямбліозу пов'язані з порушенням санітарно-гігієнічного режиму й правил особистої гігієни серед дітей і персоналу.

СТРУКТУРА СИСТЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Оленюк Любов
Ковальчук Валентина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медицини катастроф і військової медицини
Завідувач кафедри - доц. В. В. Чаплик
Науковий керівник - доц. Є. Є. Євстратьєв

Актуальність. В останній час питання надання медичної допомоги населенню при різних природних і техногенних катастрофах стали турбувати громадськість і державні органи багатьох розвинутих країн світу. Виникає необхідність докорінних змін щодо надання допомоги потерпілому при катастрофах населення. Тому необхідне створення системи, що дозволяє своєчасно та якісно надавати медичну допомогу постраждалим.

Мета. Ефективність медичного забезпечення постраждалого населення на догоспітальному та госпітальному етапах в умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (НС) буде залежати від функціональних можливостей організаційної структури системи фармацевтичного обслуговування населення. У зв'язку з цим, метою

даної роботи є теоретичне обґрунтування рекомендацій стосовно вдосконалення організаційної структури системи фармацевтичного обслуговування населення для підвищення стійкості функціонування у період ліквідації наслідків НС.

Матеріали та методи. Предметом дослідження обрано організаційну структуру системи фармацевтичного обслуговування (СФО) населення, медичних формувань та лікувальних закладів у період ліквідації наслідків НС.У процесі дослідження використовувались методи системного підходу, методу узагальнення і статистико-економічний метод.

Результати. Проведене нами вивчення організаційної структури системи фармацевтичного обслуговування показало, що СФО організаційно поділяється на три рівні: державний, регіональний місцевий та ряд структурно-функціональних підсистем, основними з яких є підсистема управління, підсистема контролю якості лікарських засобів(ЛЗ), підсистема накопичення і зберігання ЛЗ та підсистема реалізації або забезпечення населення ЛЗ. Аналіз організаційної структури підсистеми управління СФО, показав, що її елементи розміщені на усіх трьох рівнях, але функціональні зв’язки між елементами підсистеми як по горизонталі(на кожному рівні),так і по вертикалі (між усіма трьома рівнями),відсутні, що є основною причиною формальної організації діяльності й відносин в підсистемі управління СФО. Основним елементом підсистеми управління на республіканському рівні є Департамент регуляторної політики у сфері обігу лікарських засобів та продукції у системі охорони здоров'я МОЗ України (ДРП). Однак прямих функціональних зв’язків ДРП з регіональними та місцевими елементами СФО нами не виявлено. На регіональному і місцевому рівнях органи управління СФО практично відсутні. ДКП “Фармація”, АТ”Фармація”, ОВО“Фармація” та Фармацевтичні корпорації, утворені на місці колишніх аптечних управлінь, нездатні виконувати функції управління в умовах НС. Вони здійснюють управління тільки тими структурними елементами СФО, які організаційно входять до їх складу на договірних умовах. Втратили своє значення як органи управління і центральні районні аптеки.

Висновки. Для оптимізації структури підсистеми управління і підвищення стійкості функціонування СФО в умовах НС, необхідне відновлення вертикальних і горизонтальних управлінських взаємозв'язків між усіма елементами СФО різної форми власності шляхом утворення відповідних органів централізованого управління на регіональному і місцевому рівнях

НОВІ ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ МІТОХОНДРІАЛЬНИХ ХВОРОБ

Дудок Діана
Курус Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної біології, паразитології та генетики
Завідувач кафедри - проф. З. Д. Воробець
Науковий керівник - доц. С. Я. Парижак

Актуальність. Серед сучасних спадкових хвороб, які зустрічаються у людей і залишаються невиліковними, вагома роль належить мітохондріальним хворобам – мітохондропатіям. Було встановлено, що вони не такі рідкісні, як вважалося спочатку, і виявляються у одного на 4,3 тис. новонароджених. Мутації, що виникають у 37 мітохондріальних генах, найчастіше виявляють себе порушеннями клітинного дихання і окисного фосфорилювання, а оскільки ці процеси найактивніше відбуваються в клітинах центральної нервової системи, скелетних і серцевому м'язах, печінці і нирках, то саме ці органи стають об'єктом уражень. Прикладом можуть бути спадкова нейропатія зорового нерва (хвороба Лебера), синдром Барта, синдром Кернса-Сейра, синдром Пірсона, синдром MELAS, синдром MERRF та інші.

Мета. Ознайомитись з новітніми методами мітохондріального донорства для подолання мітохондріальних хвороб.

Матеріали та методи. Пошук і підбір джерел наукової медичної літератури з обраної теми та аналіз інтернет-ресурсів в процесі наукового дослідження.

Результати. Особливість спадкування мітохондріальних хвороб полягає в тому, що в зиготу потрапляють мітохондрії виключно з яйцеклітиною, адже сперматозоїди, які практично позбавлені цитоплазми, майже не містять цих органел. Для запобігання народженню дітей, хворих на мітохондропатії, перспективним напрямком видається застосування мітохондріального донорства. Це різновид допоміжних репродуктивних технологій, які ще називають трансфером мітохондріальної ДНК або ЕКЗ (екстракорпоральне запліднення) від трьох батьків. Воно передбачає заміну мутованої мітохондріальної ДНК з материнської яйцеклітини на здоровий матеріал від жінки-донора.

Відомі два можливі методи мітохондріальної заміни.

Перший – це перенесення материнського веретена поділу (англ. Maternal spindle transfer), яке містить 99,9% ДНК клітини. З яйцеклітини матері з дефектними мітохондріями і донора зі здоровими видаляється

ядро, що містить основну масу генетичного матеріалу. Ядро донорської клітини знищується. Материнське ядро пересаджують у здорову донорську яйцеклітину і запліднюють спермою батька. 6.04.2016 у Мексиці, завдяки використанню цієї техніки, у матері, яка страждала синдромом Лея, народився здоровий хлопчик (генетичний аналіз підтвердив наявність генів від трьох осіб).

Другий спосіб називається пронуклеарним перенесенням ядер (англ. Pronucleartransfer) і полягає у тому, що яйцеклітини генетичної матері (яка має дефектні мітохондрії) та здорові яйцеклітини донора запліднюють спермою батька. Як тільки ядра клітин починають ділитися, з одноклітинного ембріона донора видаляють запліднене донорське ядро клітини і переміщують на це місце ядро генетичних батьків дитини. 5.01.2017 у Києві народилася дівчинка – перша в світі дитина після пронуклеарного переносу (дитина «від трьох батьків»).

Висновки. Спадкування патологічних мітохондріальних генів і мітохондропатій відбувається виключно по материнській лінії. На даний час мітохондріальні хвороби залишаються невиліковними, тому багато науковців вірять, що мітохондріальне донорство може стати справжнім порятунком для жінок, які хочуть народити здорових дітей і звільнити свій рід від тяжкого генетичного вантажу.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ХАРЧУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ КРАЇН З РІЗНОЮ ТРИВАЛІСТЮ ЖИТТЯ ТА РІВНЯМИ СМЕРТНОСТІ

Конєва Анастасія
Киричок Альбіна
Сумський державний університет
Кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. М. В. Погорєлов
Науковий керівник – ст. викл. Н. А. Галушко

Актуальність. Захворювання, які обумовлені порушенням харчування, посідають провідне місце в структурі причин смертності населення України. Встановлення відмінностей у харчуванні населення країн з різним рівнем смертності та тривалості життя здатне пролити світло на проблему нестримного скорочення чисельності населення нашої країни через передчасну смертність.

Мета. Порівняти структуру харчування населення України, Лесото (має схожі показники смертності), Японії та Гонконгу (мають найкращі демографічні показники).

Матеріали та методи. У роботі використані офіційні данні Держкомітету статистики України та Продовольчої і сільськогосподарської організації ООН щодо кількості спожитої їжі населенням за період 2000-2013 рр. Для порівняльної характеристики раціонів харчування, розрахунку середніх значень споживання окремих харчових продуктів використовували санітарно-статистичні методи.
Результати. Основою харчування населення України, як і населення Лесото, Японії та Гонконгу, є три групи продуктів - овочі, зернові і молоко, які містять значну кількість вуглеводів і насичених жирних кислот та мають виражені енергетичні властивості. Проте питома вага цього продуктового набору у складі харчуванні українців складає 70%, що на 20% вище, ніж у харчуванні жителів Лесото, Японії та Гонконгу. Основною овочевою культурою у харчуванні населення України і Лесото є картопля, яка відрізняється від інших овочів найбільшим вмістом крохмалю. Її споживання Україні складає у середньому 135 кг/рік на 1 особу, що у 2,8 рази більше, ніж у Лесото, та у 6,5 разів більше, ніж у Японії та Гонконзі.
В Україні найвищий показник споживання молока, але з урахуванням високої розповсюдженості серед українців первинної гипогалактазії (42%) це мало виправдано.
Річний рівень споживання українцями вершкового масла складає у середньому 2 кг/особу, що в 2,8 разів вище, ніж в Японії та в 1,6 вище, ніж у Гонконзі. Споживання українцями рослинних жирів щорічно зростає, проте остається на 40% нижчим, ніж в Японії, та на 71% нижчим, ніж у Гонконзі.
Питома вага продуктів пластичного значення (м'ясо, риба, яйця) в структурі харчування українців складає 8%, в Лесото - 6%, в Японії - 19 %, в Гонконзі - 34%. Цікаво, що Україна, маючи вихід у море, споживає у 5 разів менше морської риби (джерело ω-3 поліненасичених жирних кислот), ніж у Японії, та в 14 разів менше, ніж у Гонконзі.
Споживання продуктів біорегуляторного значення, насамперед фруктів, в Україні і Лесото дуже низьке і складає 5,2% та 4,3% відповідно, що вдвічі менше, ніж в Японії та в Гонконзі.
Споживання цукру українцями на 70% перевищує цей показник в Японії та на 30% - у Гонконзі.
Висновки. Розробка концепції харчування населення України, на нашу думку, могла би сприяти поліпшенню здоров'я нації.

СТАН І ОЦІНКА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ЗОНІ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Музика Марія

Липівський Григорій
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра медицини катастроф та безпеки життєдіяльності
Завідувач кафедри – доц. М. В. Матвійчук
Науковий керівник – ас. С.О. Петрук

Актуальність. На теперішній час однією з актуальних проблем в країні є соціально-політична ситуація на сході, в ній важливу роль відіграє організація медичного забезпечення військ. Існують істотні відмінності між тактичною та цивільною медициною. Бойові умови диктують алгоритм дій, які необхідно застосувати, щоб врятувати життя. Саме тому тактична медицина розроблена та розрахована на надання медичної допомоги постраждалим у зонах активного конфлікту та їх евакуацію у безпечну зону.
Мета. Оцінити аспекти надання невідкладної медичної допомоги в зоні проведення антитерористичної операції медичним персоналом та транспортування поранених медичними бригадами до лікувальних закладів для подальшого надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.
Матеріали та методи. За даними літератури проаналізувати діяльність частин і підрозділів з питань медичного забезпечення військ в зоні антитерористичної операції (АТО) та визначити ефективність їх діяльності.
Результати. Вирішення завдань, які стоять перед медичною службою Збройних Сил України досягається хорошою організацією і чітким здійсненням медичного забезпечення військ. В Збройних Силах України надаються такі види медичної допомоги як: перша медична допомога (рота, батальйон), долікарська (батальйон), перша лікарська (бригада, армійський корпус), кваліфікована медична допомога (бригада, армійський корпус, оперативне командування), спеціалізована медична допомога, спеціалізоване лікування, реабілітація (оперативне командування). Основні етапи медичної евакуації: медичний пункт батальйону (МПБ); медичний пункт полку (МПП), медичний пункт бригади (МПБр), медична рота бригади (Медр.); військовий мобільний госпіталь (ВМГ); військово-медичний клінічний центр (ВМКЦ м. Львів, м. Вінниця, м. Одеса, м. Харків; Головний військово-медичний клінічний центр (“ГВКГ” м. Київ)). Проведений нами аналіз даних свідчить, що санітарні втрати в зоні АТО становили: бойова травма - 44%; терапевтична патологія - 54%; поранення: вогнепальні кульові - 26%, вогнепальні осколкові - 21%, контузії - 32%, опіки - 1 %, інші - 19%; по важкості: важкі - 25%, середні - 60%, легкі - 15%, комбіновані - 36%, системні - 14%. Особливості медичного забезпечення в зоні АТО:

максимальне наближення кваліфікованої з елементами спеціалізованої медичної допомоги до зони бойових дій; широке застосування аеромедичної евакуації з поля бою (80% - гелікоптери, 20% - автомобільний транспорт); необхідність підтримання постійної бойової готовності (протидія розвідувально-диверсійним групам, захист від застосування противником важкої артилерії).

Висновки. На даний час важливим є удосконалити медичне забезпечення в зоні АТО, а також провести необхідні зміни до українського законодавства та впровадити європейські стандарти та принципи у функціонуванні Збройних Сил України.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА РОЗУМОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ ПІДЛІТКІВ-СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В ОДНОРОБІВСЬКОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ АГРАРНОМУ ЛІЦЕЇ

Писаренко Геннадій
Богачова Ольга
Харківський національний медичний університет
Кафедра гігієни та екології №1
Завідувач кафедри - проф. В. О. Коробчанський
Науковий керівник - проф. В. О. Коробчанський

Актуальність. Інтенсифікація процесу навчання у професійному навчальному закладі, відповідно до вимог науково-технічного прогресу, призводить до збільшення навчального навантаження, яке нерідко викликає значні погіршення працездатності і стану здоров'я учнів, що чітко відзначаються вже на першому році навчання. Сьогодні існує нагальна потреба оцінки та визначення ступеню ризику виникнення порушень здоров’я учнів професійних аграрних ліцеїв та їхньої адаптації з більш широких позицій, з урахуванням не тільки кількісних, а й якісних характеристик.

Мета. Метою дослідження було розширення уявлень про хід психологічної адаптації підлітків-учнів професійного аграрного ліцею до умов навчання шляхом оцінки впливу способу життя на розумову працездатність ліцеїстів.

Матеріали та методи. Згідно з метою дослідження, нами був проведений порівняльний аналіз ступеню впливу факторів ризику у життєдіяльності підлітків 15-18 років, які опановують найпоширеніші сільськогосподарські спеціальності: «слюсар 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 з використанням опитувальника «Спосіб життя». Подальше наше дослідження було спрямоване на вивчення динаміки розумової працездатності того ж контингенту учнів, яке здійснювалось коректурним методом із використанням таблиць О.Г. Іванова-Смоленського .

Результати. Життєдіяльність ліцеїстів всіх курсів навчання характеризувалася гарними умовами психологічного мікроклімату, дотриманням раціонального режиму харчування, наявністю добрих навичок особистої гігієни та виконанням вимог здорового способу життя, але спостерігалася тенденція щодо поступового зниження рухової активності у ліцеїстів з 1 по 3 курс, та присутність режимно - організаційних порушень в навчанні та структурі вільного часу, про що свідчить зниження показників за шкалою рухової активності. У динаміці періоду спостереження розумова працездатність підлітків характеризувалася різноспрямованістю змін окремих показників, Достовірне зниження таких показників, як коефіцієнт точності і коефіцієнт стійкості уваги на 2 році навчання та істотне зниження коефіцієнта стійкості уваги на 3 курсі дозволяє віднести цей час до періодів ризику, що говорить про складності процесів адаптації підлітків до умов навчання в ліцеї.

Висновки. Виявлені під час дослідження зміни вимагають впровадження психогігієнічних заходів щодо корекції режиму дня та адаптаційного процесу в цілому.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Пільгуй Інна
Харківський національний медичний університет
Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології
Завідувач кафедри - проф. М. І. Березка
Науковий керівник - ас. Є. В Гарячий

Актуальність. В результаті надзвичайних ситуацій страждають не тільки дорослі, але часто і діти. Захист здоров'я і життя дітей в будь-яких надзвичайних ситуаціях - одна з найгуманніших і найважливіших завдань. За минулі 20 років внаслідок природних катаклізмів загинуло близько 3 млн. людей. Кожен третій з них - дитина. Під час надзвичайних ситуацій діти особливо схильні до травматизму.

Мета. Вивчення особливостей надання медичної допомоги дітям в надзвичайних ситуаціях. Проаналізувати статистику найбільш часто

виникають пошкоджень в структурі травм дітей під дією вражаючих факторів; вивчити особливості надання медичної допомоги дітям, враховуючи специфіку будови дитячого організму.

Матеріали та методи. Літературний огляд, аналіз даних засобів масової інформації.

Результати. Надання медичної допомоги дітям повинно здійснюватися з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму, що обумовлюють відмінності в клінічних проявах і перебігу посттравматичного захворювання і ускладнень в порівнянні з дорослими. Досвід ліквідації медико-санітарних наслідків НС свідчить, що серед усіх втрат діти можуть складати 12-25%. У структурі травм дітей переважають ушкодження голови (52,8%), верхніх (18,6%) і нижніх (13,7%) кінцівок. При організації першої медичної допомоги в екстремальних ситуаціях у дітей виключається такий елемент, як самодопомога і в більшості випадків - взаємодопомога. Екстрена медична допомога в осередках ураження надається дітям в першу чергу. При організації лікувально-евакуаційного забезпечення слід передбачити посилення етапів медичної евакуації, на яких кваліфікована і спеціалізована медична допомога надається спеціалізованими педіатричними бригадами.

Висновки. Таким чином, екстрену медичну допомогу дітям рекомендовано надавати в першу чергу в зв'язку з особливостями дитячого організму; переважаючі пошкодження, що виникають у дітей при НС - травми голови, а також верхні і нижні кінцівки.

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №1

Аудиторія кафедри хірургії №1
Четвер 27 квітня, 14.00

Наукова рада – проф. О. В. Лукавецький, проф. В. П. Андрющенко, проф. У. А. Фесенко, доц. Т. Є. Баб'як, доц. В. Р. Міщук, доц. В. А. Магльований, доц. Т. М. Іванків, доц. Ю. С. Лисюк, доц. Ю. Ф. Кушта, ас. О. В. Філик, ас. Р. Є. Вацеба, ас. Р. О. Чукла

Головуючі – Вовк Наталія, Саян Галина

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ПРИ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗКАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Вовк Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. О. В. Лукавецький
Науковий керівник - ас. Ю. О. Маркевич

Актуальність. Станом на 1 жовтня 2016 року у Львівській області нараховується 63015 хворих на цукровий діабет. Синдром діабетичної стопи (СДС) ускладнює перебіг ЦД майже у 25 % пацієнтів. Ризик виникнення гангрени нижніх кінцівок у цих хворих у 20 разів вищий, а їх ампутація виконується в 15–40 разів частіше, ніж у загальній популяції. Синдром діабетичної стопи - виразка, інфекція і/чи деструкція глибоких тканин, пов'язана з неврологічними порушеннями і зниженням магістрального кровотоку в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості. Лікування цієї категорії пацієнтів повинно бути патогенетичним, етапним та комплексним.

Мета. Дослідити ефективність гіалуронової кислоти в лікуванні трофічних виразок нижніх
Кінцівок у хворих із синдромом діабетичної стопи.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі хірургічного відділення №3 Львівської обласної клінічної лікарні. До дослідження було залучено 30 хворих віком від 33 до 70 років, у яких діагностували синдром діабетичної стопи. Чоловіків було 12, жінок – 18. Залежно від застосованої терапії хворих розподілили на дві групи. До першої групи увійшло 16 осіб віком від 33 до 68 років. Ці хворі у комплексній терапії отримували гіалуронат натрію («Лацерта» 1,5% ін'єкційний розчин) за

схемою: у 1-й день препарат вводили по краях трофічної виразки в дозі 0,5 мл, на 3-тю добу ввели знову.До програми терапії входили також традиційні засоби: судинні препарати, антиагреганти, вітаміни, антибіотики тощо. До другої (контрольної) групи увійшли 14 хворих віком від 35 до 70 років, які отримували лише традиційну терапію.Вираженість проявів синдрому діабетичної стопи оцінювали за зовнішніми ознаками.Усім хворим проводили загальноклінічні, біохімічні, бактеріологічні, рентгенологічні дослідження.

Результати. Гіалуронова кислота («ЛАЦЕРТА») сприяє розростанню колагенових волокон і проліферації еластичних волокон у складі дерми. Після курсу введення матеріалу відзначено у першої групи хворих формування молодих капілярів у дермі, швидшої регенерації та процесу загоєння трофічних виразок. У хворих другої (контрольної) групи спостерігались ознаки сповільненого загоєння та крайової епітелізації трофічних виразок, хронізації процесу. Площа рани в досліджуваній групі зменшилась на 50%, в контрольній групі на 23%.

Висновки. Отже, препарат гіалуронової кислоти стимулює темпи фізіологічної регенерації трофічних виразок нижніх кінцівок у хворих із СДС. При застосуванні даного препарату скорочується термін перебування хворих у стаціонарі. Внаслідок прискореної крайової епітелізації трофічної виразки мінімізується ризик розвитку інфікування. Препарат гіалуронової кислоти є важливим компонентом в комплексному лікуванні хворих із СДС.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ ЯК УДОСКОНАЛЕНИЙ МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРОГРАМИ У ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ

Гузенко Олександр
Вінницький національний університет ім. М.І.Пирогова
Кафедра травматології та ортопедії
Завідувач кафедри - проф. В. О. Фіщенко
Науковий керівник - ас. О. В. Фіщенко

Актуальність. Остеоартроз є захворюванням синовіальних суглобів людини з високим відсотком передчасного обмеження робочої здатності та значним погіршенням якості життя людини. Остеоартроз колінних суглобів – поширене захворювання, патогенетичною основою якого є порушення сполучно-тканинного метаболізму з переважною клінічною маніфестацією процесу, що проявляється деградацією суглобового хряща. Сучасні уявлення про етіопатогенез, клініку та прогнозування, оцінку ризику гонартрозу базуються на вивченні даних

клініко-інструментальних проявів захворювання, яке може розвинутись навіть у підлітків, у яких виявлено зміни в метаболізмі сполучної тканини.

Мета. Оцінити безпечність та дати клінічну оцінку локального застосування збагаченої тромбоцитами плазми при остеоартозі колінних суглобів.

Матеріали та методи. На етапах клінічного моніторингу задіяно 32 пацієнта, з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях захворювання, включаючи 19 жіночої статі та 13 чоловічої статі. Лікування пацієнтів передбачало використання двох терапевтичних програм; зокрема стандартна терапевтична програма базувалась на виконанні лікувальних заходів у відповідності до клінічного протоколу , була застосована серед 10 жінок та 6 чоловіків. Удосконалена терапевтична програма відрізнялась від стандартної проведенням диференційованого лікування з використанням аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми (АЗТП). Удосконалена програма застосовувалась у 9 жінок та 7 чоловіків. На етапах клінічного моніторингу перед і після лікування, було виконано динамічну оцінку результатів клінічних досліджень включаючи стандартизований опитувальник «WOMAC».

Результати. Перш за все були відсутні будь-які локальні та загальні ускладнення після застосування аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми, як удосконалення терапевтичної програми лікування гонартрозу. У хворих з гонартрозом внутрішньо-суглобове введення аутологічної плазми крові призводило до значного зменшення вираженості суглобових болей, які оцінювалися по шкалі «WOMAC» в різних групах. Найбільші значні позитивні клінічні ефекти застосування АЗТП у хворих з гонартрозом спостерігалися при відсутності вираженого синовіїту у порівнянні з групою контролю.

Висновки. За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів на початкових стадіях захворювання визначено, що використанням АЗТП більш ефективно впливає на клінічні прояви тяжкості захворювання. Доведено, що хворі які лікувались за удосконаленою терапевтичною програмою з використанням АЗТП, вплив на структурні складові узагальненого показника «WOMAC», можуть істотно коливатись.

АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ (ОГЛЯДОВА СТАТТЯ)

Різниченко Олексій
Свинаренко Станіслав
Харківський національний медичний університет
Кафедра травматології та ортопедії

Завідувач кафедри - проф. Голка Г. Г.
Науковий керівник - ас. Істомін Д. А.

Актуальність. Асептичний некроз голівки стегнової кістки (АНГСК) є причиною інвалідизації та обмеження життєдіяльності дієздатного населення: його частка складає 2-2,5% усіх ортопедичних діагнозів, а серед причин інвалідності його частка складає 7% і продовжує зростати. Найчастіше цим захворюванням страждають чоловіки 30-50 років. **Мета.** З'ясувати сучасні уявлення про особливості етіопатогенезу, діагностики та лікування АНГСК.
Матеріали та методи. Було проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури впродовж усього часу дослідження та спостереження за АНГСК.
Результати. Причини первинного АНГСК досі достатньо не вивчені. Основними причинами вторинного АНГСК є патологічні стани, які впливають на васкуляризацію кістки (переломи та вивихи, які пошкоджують судини; емболії; променева хвороба, автоімунні захворювання; захворювання ендокринної системи; вплив зовнішніх факторів, (тривале вживання кортикостероїдів, алкоголь, паління)). Рентгенологічно, патологічний процес містить 4 стадії. Перша стадія - рентгенологічних змін немає, але вони можуть бути знайдені при медулографії або біопсії. Друга стадія - ранні ознаки зміни густини кісткової тканини, суглобова поверхня змінена не завжди. Третя стадія - зміни густини кістки виявляються за рентгенологічними ознаками зміни голівки стегнової кістки. Четверта стадія - до наявних змін додаються ознаки остеоартрозу стегнового суглоба. Ураження починається з тривалої ішемії ділянки, на яку припадає найбільше навантаження – передньоверхню ділянку голівки стегнової кістки. Спільно з несприятливими факторами процес створення остеогенної тканини порушується і дефект заповнюється фібринозною тканиною. Мікроциркуляція кістки погіршується, що призводить до подальшого некрозу, кістозної перебудови та появи ознак артрозу. АНГСК маніфестує з глибокого, пульсуючого болю у проекції ураженої ділянки, який з'являється при фізичному навантаженні. В подальшому біль стає постійним, а ротація, відведення ноги спричиняють його посилення. Найпоширенішим способом ранньої діагностики АНГСК є магнітно-резонансна томографія - завдяки можливості зафіксувати патологічні зміни у тканинах голівки стегнової кістки чутливість сягає 90-100%. Також для ранньої діагностики використовується ультрасонографія, радіоізотопні дослідження, рівень внутрішньокісткового тиску. При консервативному лікуванні на ранніх стадіях застосовується медикаментозна терапія (антикоагулянти,

вазодилататори, хондропротектори), дозоване фізичне навантаження, фізіотерапія. При прогресуванні проводиться операція корегуючої остеотомії з ціллю вивести ішемізовану ділянку з зони найбільшого тиску і сприяти її реваскуляризації. Літнім пацієнтам рекомендується ендопротезування стегнового суглоба. Перспективним у лікуванні АНГСК є використання стовбурових клітин. Було встановлено, що у хворих АНГСК у зоні некрозу знаходиться недостатньо остеогенних клітин, тому для запобігання руйнуванню кістки мезенхімальні стовбурові клітини вводяться безпосередньо у зону ураження.

Висновки. На сьогодні відмічається значний прогрес у вивчені етіопатогенезу, діагностики та лікування АНГСК. Новітні технології лікування, такі як мезенхімальні стовбурові клітини, фактори зростання є перспективними та багатообіцяючими, тому потребують подальшого розвитку і вивчення для використання у майбутньому.

ВПЛИВ ГІПЕРАМІЛАЗУРІЇ НА БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ТА ФОРМУВАННЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ (ГП)

Суханов Андріан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри - проф. В. П. Андрющенко
Науковий керівник - доц. В. А. Магльований

Актуальність. Проблема діагностики та лікування ГП продовжує залишатись актуальним питанням невідкладної хірургії. Зростання хворих з важкою формою ГП та рівня летальності вимагає постійного удосконалення та оптимізації діагностично-лікувальної тактики. Діагноз ГП вимагає присутності щонайменше двох з трьох діагностичних критеріїв - абдомінальний біль, підвищення рівнів амілази або ліпази у сироватці крові і візуалізаційного підтвердження панкреатиту за допомогою інструментальних досліджень.

Мета. Визначення впливу рівня амілазурії на вираженість больового синдрому та виникнення гострих парапанкреатичних скупчень .

Матеріали та методи. На базі клініки загальної хірургії - міського панкреатичного центру м. Львова 2-ге хірургічне відділення - проведено ретроспективне дослідження. Методом сліпого конверту відібрано 24 клінічні випадки ГП середньої та важкої форм перебігу. Жінок було 8, чоловіків – 16. Вік пацієнтів коливався від 31 до 86р. (50±6). Обстеження та лікування пацієнтів проводилось у відповідності

до загальноприйнятих стандартів. Амілазурія та ультразвукове дослідження проводилось у всіх пацієнтів під час поступлення та в динаміці. Ступінь больового синдрому розцінювали за вираженістю від легкої до нестерпної.

Результати. При поступленні в стаціонар рівень діастази сечі відзначався від 28 до 8050 ОД. Основну групу склали 15 осіб (62.5%), рівень діастази в яких перевищував 1024 ОД. Відповідно, до контрольної групи увійшли 9 пацієнтів з рівнем діастази від 28 до 1024 ОД. Загалом, з нормальним рівнем діастази при поступленні було 9 пацієнтів. На момент поступлення в клініку больовий синдром спостерігався у всіх обстежених, а у 10 (41.7%) пацієнтів, на основі об'єктивних даних, під час стаціонарного лікування були застосовані наркотичні анальгетики (біль не знімався стандартними нестероїдними протизапальними препаратами та ненаркотичними анальгетиками, що розцінювався за інтенсивністю та ступенем вираженості як сильний, нестерпний біль). В основній групі наркотичні анальгетики використано у 9 (60%) пацієнтів, в той час як у контрольній лише у 1 (11.1%). У всіх хворих при поступленні спостерігалось збільшення розмірів підшлункової залози під час проведення ультразвукової діагностики (УЗД). В процесі консервативного лікування на 3-5 день збільшення розмірів підшлункової залози на УЗД залишалось у 14(58.3%) осіб, при чому 12 (85.7%) були пацієнтами основної групи в порівнянні з 2-ма (14,3%) обстеженими з контрольної. Формування гострих рідинних скупчень під час динамічних
контрольних УЗД виявлено у 11(45.8%) пацієнтів, з яких - 8 (72.7%) належали до пацієнтів основної групи.

Висновки. Проведене дослідження дозволяє ствердити, що у пацієнтів з ГП існує прямий взаємозв'язок впливу гіперамілазурії на вираженість больового синдрому та ультрасонографічну картину перебігу гострого панкреатиту – тривалості збільшення розмірів підшлункової залози та формування гострих парапанкреатичних та некротичних скупчень.

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ НА ВІТАЛЬНІ ФУНКЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ У ВІДДІЛЕНІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Курдина Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії ФПДО
Завідувач кафедри - проф. Я. М. Підгірний

Науковий керівник - доц. В. Р. Міщук

Актуальність. Внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ) - супроводжує багато патологічних станів і може стати причиною поліорганної недостатності у пацієнтів, що знаходяться в критичних станах. Критерії ВЧГ чітко виражені для пацієнтів дорослого віку. У дітей значення ВЧГ є питанням дискусії і потребує подальшого дослідження.
Мета. Визначити вплив внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) на вітальні функції у дітей з абдомінальною патологією. З'ясувати середнє значення ВЧТ у дітей різного віку без абдомінальної патології.
Матеріали та методи. На базі КЗ ЛОДКЛ "ОХМАТДИТ у відділені анестезіології та інтенсивної терапії було проведено вимірювання ВЧТ у 35 хворих. Усім хворим визначався ВЧТ шляхом непрямого вимірювання через сечовий катетер. Об'єм наповнення сечового міхура становив дітям до 20 кілограм 1мл/кг. У старших пацієнтів об'єм наповнення не перевищував 25 мл. Усім хворим визначались показники: частота дихання, пульс, артеріальний тиск, сатурація, ударний об'єм, серцевий індекс, діурез та їх відхилення від вікових середньостатистичних значень у відповідності до зростання ВЧТ. Пацієнти були поділені на 2 групи. 1 група (n=21) – хворі з абдомінальною патологією. 2 група (n=14) – хворі без абдомінальної патології.
Результати. Згідно отриманих даних серед хворих 1-ї групи підвищений ВЧТ виявлено у 6 хворих (29%). Середнє значення ВЧТ у цих пацієнтів становило 14.3 мм.рт.ст. Зі сторони вітальних функцій у 50%(n=3) дітей з ВЧГ була підвищена частота дихальних рухів (більше 30/хв.); у 33.3%(n=2) збільшення серцевого індексу; у 83.3%(n=5) збільшення частоти серцевих скорочень; у 16.7%(n=1) зменшення діурезу (менше 1мл/кг/год). У решта пацієнтів ці показники відповідали середньостатистичним віковим значенням.
Серед дітей з ВЧГ 83.3% мали ускладнений післяопераційний перебіг.
Висновки. Отримані результати свідчать що внутрішньочеревна гіпертензія впливає на вітальні функції дітей. Стійке підвищення внутрішньочеревного тиску у хворих з абдомінальною патологією може бути предиктором ускладненого післяопераційного перебігу.

НОВІ ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДО ВИБОРУ НЕНАТЯЖНОГО СПОСОБУ ПЛАСТИНКИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

Власенко Ольга

Нго Тхі Туйєт Нга
Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії № 1
Завідувач кафедри - проф. Р.С. Шевченко
Науковий керівник - доц. М.А. Селезньов

Актуальність. Найчастіше хірурги, які виконують втручання з приводу ПОВГ (післяопераційні вентральні грижі), недооцінюють серйозність такого ускладнення, як абдомінальний компартмент синдром (АКС) і вважають за краще вшити черевну стінку з натягом, але не розширювати обсяг операції. В комплекс заходів, спрямованих на лікування неминуче розвивається при цьому респіраторної недостатності, входить високе становище тіла.
Мета. Виявити вплив зміни положення тіла на внутрішньо черевний тиск у хворих, оперованих з приводу ПОВГ з високим ризиком розвитку респіраторної недостатності. **Матеріали та методи.** Була розроблена біохімічна модель тіла хворого, оперованого з приводу ПОВГ з відновленим доменом черевної порожнини. Клінічна частина дослідження була проведена в 85 хворих із ПОВГ, що були прооперовані у хірургічному відділенні 17 КБЛ м. Харкова в період з 2011 по 2014 роки, яким були виконані комбіновані способи ненатяжної пластики грижових воріт із застосуванням алотрансплантатів. Вік хворих коливався від 20 до 75 років. Жінок було 50 (58,8%), чоловіків 35 (41,2%). Середній вік склав 50±6,5 років. Серед супутньої патології переважали серцево-судинні захворювання, ожиріння і цукровий діабет.
Результати. В ході дослідження було виявлено, що у хворих, оперованих з приводу ПОВГ з вихідним ВЧТ (внутрішньо черевний тиск) до15 мм рт. ст., при підйомі головного кінця ліжка на 15° ВЧТ змінювалося на 1,5 мм рт. ст. ± 0,87 (р <0, 05). При зміні головного кінця ліжка на 30° ВЧТ змінювалося на 3,7 мм рт. ст. ± 1,7 (р <0, 05). Також стало відомо, що чим гостріше кут між грудною кліткою і віссю таза, тим вище ВЧТ.
Висновки. 1. У хворих з високим ризиком розвитку респіраторних ускладнень необхідна ретельна передопераційна підготовка, спрямована на зменшення вісцерального обсягу, компенсації респіраторних захворювань 2. У хворих з високим ризиком розвитку респіраторних ускладнень, оперованих з приводу ПОВГ, необхідно віддавати перевагу не натяжному способу пластики. 3. З урахуванням можливого застосування піднесеного положення тіла, як профілактичного заходу у пацієнтів з високим ризиком розвитку респіраторних ускладнень, після виконання герніопластики ВЧТ не

повинно перевищувати 15 мм рт. ст. 4. У разі неможливості пластики передньої черевної стінки без надмірного натягу, необхідно використовувати різні способи декомпресії черевної порожнини, як бриджинг-метод, зменшення вісцерального обсягу або зовсім відмовитися від закриття черевної порожнини.

ДУОДЕНАЛЬНА НЕПРОХІДНІСТЬ ЯК НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ПСЕВДОТУМОРОЗНОГО ПАНКРЕАТИТУ (ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Стадник Леся
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. О. В. Лукавецький
Науковий керівник - ас. Р. О. Чукла

Актуальність. Хронічний панкреатит – безперервне або рецидивуюче запальне захворювання підшлункової залози (ПЗ), що характеризується незворотними морфологічними змінами та призводить до загибелі панкреатоцитів і заміщення їх сполучною тканиною. Псевдотуморозний панкреатит є окремим різновидом хронічного запалення ПЗ, що розвивається в процесі багаторічного його перебігу і відсутності відповідного лікування. Клініка захворювання включає в себе панкреатичні симптоми та симптоми раку ПЗ. Останніми роками спостерігається тенденція до зростання захворюваності населення на хронічний панкреатит, тому важливим є вирішення проблеми своєчасної диференційної діагностики хронічного панкреатиту з онкологічними процесами в ПЗ.
Мета. Показати складність верифікації захворювань підшлункової залози навіть при використанні різноманітних візуалізуючих методів дослідження, без проведення додаткового інтраопераційного морфологічного дослідження.
Матеріали та методи. для підтвердження такого заключення приведено історію хвороби пацієнта, який знаходився на лікуванні у ІІІ хірургічному відділенні ЛОКЛ.
Результати. Пацієнт О., 43 р., звернувся в ІІІ хірургічне відділення ЛОКЛ зі скаргами на біль помірної інтенсивності, ниючого характеру в правій підреберній ділянці та епігастрії з іррадіацією в поперекову ділянку, відчуття важкості в епігастрії, блювання без попередньої нудоти, підвищення температури тіла до 38о С, загальну слабість, схуднення на 15 кг протягом 2 міс. З анамнезу хвороби було відомо,

що хворіє протягом 2 років, останні 4 тижні почав відмічати посилення симптомів захворювання. Об'єктивно: шкіра та склери субіктеричні, живіт при пальпації м'який, болючий в правому підребер'ї та епігастрії. Симптоми подразнення очеревини – від'ємні; Кера, Мерфі – слабопозитивні. За даними УСГ: паренхіма печінки однорідна, без видимих об'ємних утворень, внутрішньопечінкові ходи розширені, загальна жовчна протока 14-15 мм; паренхіма ПЗ неоднорідна, в головці об'ємний утвір діаметром 37 мм з центральним розрідженням, відтискає дванадцятипалу кишку. Вірсунгова протока -7,5 мм. Заключення КТ органів черевної порожнини з контрастуванням: ознаки об'ємного утвору стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки з інвазією в головку ПЗ. За результатами ФГДС:стравохід вільно прохідний. Кардіальний відділ шлунка змикається не щільно. Слизова оболонка шлунка гіперемійована. Воротар вільно прохідний. Просвіт цибулини дванадцятипалої кишки звужений, пройти в parsdescendensduodeni не вдалося. Оперативне втручання: панкреатодуоденальна резекція(накладено холедохо-єюноанастомоз, панкреато-єюноанастомоз та гастро-ентероанастомоз за типом кінець в бік).

Висновки. Гістологічного заключення препарату підшлункової залози: на значному протязі тканина залози заміщена фібротизованою сполучною тканиною з великовогнищевими запальними інфільтратами, скупченнями гіперплазованих проток; збережені лише поодинокі часточки ПЗ звичайної будови. Остаточний діагноз отримано за результатами післяопераційного гістологічного дослідження препарату, незважаючи на застосування найточніших методів діагностики, зокрема КТ органів черевної порожнини з контрастним підсиленням. Для верифікації діагнозу під час операції та вирішення подальшої тактики хірургічного лікування можливе проведення інтраопераційної біопсії ПЗ з гістологічним дослідженням отриманого зразка.

ВПЛИВ НАНОВМІСНИХ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ НА ПРОЦЕС ЗАГОЄННЯ РАН (експериментальне дослідження)

Воронич Віталій
Харченко Андрій
Чибрик Павліна
Івоно-Франківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри - проф. І. М. Гудз
Науковий керівник – доц. О. Я. Попадюк

Актуальність. Інфікування рани може супроводжуватись розвитком патологічного процесу, вираженість якого залежить від інтенсивності мікробного забруднення, порушення життєздатності тканин рани, опірності організму та ряду інших чинників. При цьому в ділянці рани може розвинутися інфекція, що найчастіше викликається стафілококами і стрептококами. За таких умов загоєння рани може мати складний перебіг.

Мета. Метою роботи було вивчення ефективності застосування полімерних матеріалів при лікуванні інфікованих ран.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на 36-ти морських свинках, яких утримували на стандартному харчовому раціоні віварію навчально-практичного центру «Хірургія» університету. Для експерименту застосовані полімерні плівки (патент UA 110594 від 10.10.2016, Бюл. №19) насичені нанооксидом цинку (ZnO), розроблені на базі кафедри загальної хірургії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Усі досліди на тваринах проводились із дотриманням вимог належного поводження з тваринами (Страсбург, 1986; Київ, 2001; Київ, 2006). Після введення тварин у наркоз (кетамін, 8 мг/100г маси тіла) та обкладання операційного поля, формували вирізану рану d=3 см (S=7,06 см2) шляхом висікання тканин. Тварини були поділені на групи: 1-ша дослідна група – рана без інфікування; 2-га дослідна група – рана інфікована стафілококом; 3-тя дослідна група – для лікування інфікованих ран застосовували розчин декаметоксину кожноденно; 4-та дослідна група – для лікування інфікованих ран застосовували плівки з нанооксидом цинку у концентрації 5%. Оцінку ран та забір матеріалу для патогістологічного дослідження здійснювали на на 3-тю, 7-му та 14-ту добу експерименту після виведення тварин із експерименту шляхом евтаназії. У ході дослідження вивчали поведінку тварин, рани оцінювали візуально (колір, наявність запалення, гнійні виділення), площу ран вимірювали лінійною сіткою. Оцінку результатів здійснювали з використанням методів статистичного аналізу з урахуванням t-критерію Стьюдента. Статистично достовірною вважали різницю при $p<0,05$.

Результати. У результаті проведених досліджень установлено: неінфікована рана у тварин 1-ї групи загоювалась класично вторинним натягом; тварини у 2-ій групі гинули внаслідок розвитку інфекційних процесів; у тварин 3-ї та 4-ї групи рани загоювались добре. Тварини 3-ї групи потребували перев’язки кожноденно, а тварини 4-ї групи перев’язувались один раз у два дні. Рани у тварин 4-ї групи загоювались швидше у порівнянні з 3-ю групою тварин, про що

свідчило зменшення площі рани, відсутність вираженого запального процесу та утворення грануляцій у дні ран.
Висновки. Отже, отримані нами результати експерименту свідчать про те, що нановмісна полімерна плівка виявляє позитивний ефект на процес загоєння ран, зменшує кількість перев'язок та запобігає розвитку інфекції у рані.

ПРАКТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ ЗА КОМП'ЮТЕРНО–ТОМОГРАФІЧНИМИ ІНДЕКСАМИ BALTHAZAR І MORTELE

Паранчишин Василина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри - проф. В. П. Андрющенко
Науковий керівник - доц. Ю. С. Лисюк

Актуальність. Комп'ютерно–томографічні індекси Balthazar та Mortele є високоінформативними для оцінки важкості гострого панкреатиту (ГП), однак у вітчизняній практиці застосовуються недостатньо часто.
Мета. Вивчити можливості застосування комп'ютерно–томографічних індексів важкості гострого панкреатиту за Balthazar та Mortele.
Матеріали і методи. Дані спіральної комп'ютерної томографії підшлункової залози із болюсним контрастним підсиленням у 19 пацієнтів із гострим панкреатитом за 2014–2017 рік. Ретроспективну оцінку важкості гострого панкреатиту виконано за комп'ютерно–томографічними індексами Balthazar (1990) та модифіканим Mortele (2004) з участю лікаря променевої діагностики. Проведено огляд літератури щодо застосування цих індексів у публікаціях за останні роки, в основних загальнохірургічних журналах.
Результати. Комп'ютерно–томографічне обстеження виконувалося в період прогресуючого розвитку гострого панкреатиту. Вік досліджуваної групи пацієнтів коливався від 28 до 75 років; чоловіків було 13, жінок – 6. Ураження підшлункової залози за КТ–градацією Balthazar стверджено: ступінь С – (2 пацієнти; 11 %), ступінь В – (8; 42 %), ступінь Е – (9; 47 %). Із об'ємом некрозу до 30 % підшлункової залози було 8 (42,1 %) пацієнтів, із некрозом 30–50 % – 4 (21,1 %) пацієнти, понад 50 % – 7 (36,8 %) пацієнтів. Середня важкість ГП (4–6 балів) за даними комп'ютерної томографії була однакова за обома застосованими комп'ютерними індексами: у 9 (47,4 %) пацієнтів, важка форма (7–10 балів) – у 10 (52,6 %) пацієнтів. Середні показники

комп'ютерних томографічних індексів становили 7,26 балів за Balthazar і 8,42 балів за Mortele. Вищі показники індексу Mortele були за рахунок врахування позапанкреатичних уражень (наявності плевральних випотів). Водночас, пацієнти за індексами Balthazar і Mortele залишалися в одній категорії важкості гострого панкреатиту. Однак, вказаний модифікований КТ–індекс Mortele має спрощений спосіб обчислення за рахунок чіткішого врахування парапанкреатичних рідинних скупчень (їх відсутність або наявність). У ретроспективному огляді вітчизняної літератури за останні роки публікації щодо градації важкості гострого панкреатиту за КТ–індексами Balthazar та Mortele практично відсутні.

Висновки. 1) Комп'ютерно–томографічні індекси важкості гострого панкреатиту недостатньо широко висвітлені у вітчизняній фаховій літературі. 2) Індекси Balthazar і Mortele практично однаково інформативні щодо оцінки середньої важкості та важкого панкреатиту. 3) Модифікований КТ–індекс важкості гострого панкреатиту Mortele є простішим у практичному застосування.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОЄННЯ РІЗАНИХ РАН ПІД ВПЛИВОМ НАНОВМІСНИХ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ

Панчишин Михайло
Семченко Владислав
Дацишин Наталя
Івоно-Франківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри - проф. І. М. Гудз
Науковий керівник – доц. О. Я. Попадюк

Актуальність. Актуальність дослідження. Загоєння ран та формування рубця залежить від різних чинників, зокрема, стану імунної системи організму, наявності хронічних захворювань, а також надання кваліфікованого допомоги (Винник Ю.С. зі співавт., 2016). Доволі часто причиною тривалого загоєння є інфікування рани, що супроводжується формуванням гнійних процесів (Спахі О.В. зі співавт., 2016). На сьогодні одним із актуальних та сучасних способів лікування таких ран є застосування лікарських засобів, що мають можливість деградувати та виділяти діючу речовину у ділянку ураження (Попадюк О.Я., 2015-2017).

Мета. Вивчити вплив деградуючих полімерних матеріалів на репаративні процеси різаних ран.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на 27-ти морських свинках, які перебували на стандартному харчовому раціоні в умовах віварію навчально-практичного центру «Хірургія». Для експерименту нами застосовувались полімерні плівки, розроблені на базі кафедри загальної хірургії ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (Біодеградуюча полімерна основа «Біодеп» UA 112145, 2016) у вигляді базової плівки та плівки з нанооксидом ZnO. Усі досліди на морських свинках проводились з дотриманням відповідних умов згідно положень Європейської конвенції (Страсбург, 1986), Загальних етичних принципів експериментів на тваринах (Київ, 2001), Закону України «Про захист тварин від жорстокої поведінки» (Київ, 2006). Після введення тварини у кетаміновий наркоз, проводили розріз шкіри на спині довжиною 5 см з наступним накладанням швів на рану. Усі тварини були поділені на групи: 1-ша – контрольна (тваринам робили аналогічний розріз та зашивали), 2-га – тваринам у рану розміщували базову плівку без лікарських засобів та накладали шви, 3-тя – тваринам у рану розміщували плівку з нанооксидом ZnO та накладали шви. На 3-тю, 5-ту та 10-ту доби тварин виводили з експерименту шляхом евтаназії та проводили забір матеріалу для патогістологічного дослідження. Рубець та органи (нирки, печінка, серце) висікали для патоморфологічного дослідження, а сам рубець вивчали на тензіометрі. Отримані результати заносили в таблицю. Результати аналізували за допомогою пакету математичних програм з використанням t-критерію Стьюдента. Статистично достовірною вважали різницю при $p<0,05$.

Результати. У жодному випадку не спостерігалось реакції тканин чи негативного впливу полімерних матеріалів на рану, рани заживали первинним натягом без інфікування чи нагноєння. Установлено, що на 3-тю добу експерименту розрив рани у тварин 1-ї дослідної групи відбувається при дії вантажу масою (238+15) г, у тварин 2-ї дослідної групи – (336+8) г, у тварин 3-ї дослідної групи – (341+6) г, що на 41,18% ($p1-2<0,05$) і на 43,28% ($p1-3<0,05$) відповідно більше щодо контролю. На 5-ту добу експерименту у тварин 1-ї дослідної групи розрив рани відбувається при дії вантажу масою (358+11) г, у 2-ї при – (413+9) г, а у 3-ї при - (409+8) г. Необхідно акцентувати, що міцність рубця у тварин 2-ї дослідної групи перевищила контроль на 15,36% ($p1-2<0,05$), а у тварин 3-ї – на 14,25% ($p1-3<0,05$). На 10-ту добу експерименту у тварин 1-ї дослідної групи розрив рубця спостерігали при дії вантажу масою (1257+17) г, у 2-ї - при (1426+13) г, а в 3-ї – при (1415+11) г, що на 12,57-13,44% ($p1-2<0,05$, $p1-3<0,05$) вище контрольних даних.

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що синтезовані полімерні матеріали не викликають реакції тканин, не мають токсичного впливу, є еластичні, добре розміщуються у рані, повністю деградують та пришвидшують репаративні процеси. Таким чином, експериментально доведено ефективність застосування полімерних плівок з нанооксидом ZnO у лікування різаних ран.

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Соловей М.
Грицак Г.
Соловей Ю.
Буковинський державний медичний університет
Кафедра загальної хірургії
Завідувач кафедри - проф. В. П. Польовий
Науковий керівник - проф. В. П. Польовий

Актуальність. Проблема лікування абдомінального сепсису набуває все більшого медичного та соціального значення, оскільки, незважаючи на удосконалення методів діагностики та лікування, спостерігається тенденція до зростання частоти зустрічальності цього ускладнення, летальності та економічних втрат, що зумовлюється тяжкістю та надзвичайною варіабельністю клінічного перебігу, труднощами в діагностиці та частими невдачами хірургічного лікування цієї недуги.
Мета. Метою нашої роботи стало покращання результатів лікування у хворих на абдомінальний сепсис шляхом розробки способу формування відтермінованих міжкишкових анастомозів через двохствольну стому .
Матеріали та методи. Клінічний матеріал становили 20 хворих абдомінальний сепсис. Розподіл хворих за шкалою APACHEII та вираженістю SIRS - синдрому : 1 група -12 хворих APACHEII (10-20) SIRS 3 (дифузний перитоніт). 2 група - 8 хворих APACHEII (>20) SIRS 4 (розлитий та тотальний перитоніт). Всі хворі прооперовані, об'єм операції відповідав характеру патології та клінічним протоколам лікування гострої хірургічної патології. Суть запропонованого способу полягає в наступному: після виконання резекції кишки, проксимальну та дистальну ділянки ушивали між собою двохрядним швом на відстані не менше 1,5 см по протибрижовим краям. На передній черевній стінці формували двохствольну кишечну стому (тонкотонкокишкову, тонкотовстокишкову, товстотовстокишкову в залежності від рівня резекції кишки), таким чином, щоб частина зшитої кишки знаходилась в черевній порожнині. Через привідну та відвідну петлі за допомогою

зажиму вводили компресійний прилад діаметром 1,5-2,5 см. («кнопка») на утримуючих нитках з фіксацією його зсередини в ізольованій серозно-м'язевими швами зоні . В результаті компресії кишечна стінка некротизувалась по лінії стиснення, і утворювалось міжкишечне співустя, компресійний прилад при допомозі утримуючих ниток виводився на зовні та видалявся на 5-7 добу після операції . Після відновлення пасажу по утвореному співусті стома ліквідувалась позаочеревинно .

Результати. Серед 20 пацієнтів прооперованих по даній методиці, часткова неспроможність швів розвинулась у 2-х (10%) другої групи, проте дані післяопераційні ускладнення не потребували релапаротомій, нориці закрились при консервативному лікуванні.

Висновки. Запропонований спосіб формування відтермінованих міжкишкових співусть через двохствольну стому може застосовуватись у хворих на абдомінальний сепсис при високому ризику неспроможності анастомозів, як альтернатива кінцевим стомам.

3D РЕКОНСТРУКЦІЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В КЛАСИЧНОМУ МІСЦІ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЛАНУВАННІ ОСТЕОСИНТЕЗУ

Білоус О.
Давиденко О.
Галій З.
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра травматології та ортопедії
Завідувач кафедри - проф. В.С. Сулима
Науковий керівник - проф. В.С. Сулима

Актуальність. Переломи становлять до 70% усіх переломів кісток передпліччя і до 10% - серед усіх переломів кісток людини. Відомі два класичні варіанти перелому - розгинальний (тип Colles) та згинальний (тип Smith). Найчастіше трапляється розгинальний (1000 : 1), рідше - згинальний перелом. Частка цих переломів суттєво зростає з віком.

Існують стандарти лікування хворих з різними пошкодженнями кісток та суглобів, дотримання яких дозволяє досягти найкращих функціональних результатів. Більшість переломів променевої кістки в класичному місці зі зміщенням фрагментів лікують шляхом закритого вправлення з фіксацією гіпсовою пов’язкою. Нестабільні багатофрагментарні переломи потребують відкритої репозиції та стабільного металоостеосинтезу, який дозволяє рано розпочати функціональне відновлення ушкодженого сегменту. Хірургічне

втручання складне вже на етапі проведення операційного доступу по долонній поверхні де розташовуються важливі судинні та нервові структури. Це потребує глибоких професійних знань анатомії, особливостей техніки виконання металоостеосинтезу, ретельної доопераційної рентгендіагностики, віртуальної підготовки та відпрацювання техніки втручання на муляжах.

Мета. Вивчити можливість віртуального моделювання(реконструкції) переломів дистального епіметафізу променевої кістки у передопераційному плануванні остеосинтезу.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 87 хворих з переломами дистального епіметафізу променевої кістки. Середній вік хворих становив 35±2 роки, серед яких 47 осіб було чоловічої статі, жіночої – 28. Позасуглобові переломи виявили у 8 хворих, переломи типу А2 - у 4, А3 - у 7. Внутрішньосуглобові переломи типу В1 виявили у 28 пацієнтів, переломи В2 - у 10, В3 - у 8. У 22 хворих спостерігали переломи типу С: С1- у 8 хворих, С2 - у 4; В основну групу увійшли 10 осіб з складними переломами(типу С3). Використали сучасні загально-клінічні, рентгенологічні та статистичні методи дослідження.

Результати. Створена віртуальна 3-D модель складного (типу С3) перелому проксимального епіметафізу променевої кістки, яка дозволяє в передопераційному періоді ретельно вивчити особливості перелому та оптимально вибрати хірургічний доступ, вид стабільного фіксатора.

Висновки. Створена віртуальна 3D-модель дозволяє суттєво покращити вибір тактики та техніки металоостеосинтезу сучасними стабілізаційними конструкціями, що дозволяє в оптимальний час розпочати раннє відновлення рухів та отримати позитивні клінічні функціональні результати.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ (МЖ) У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (РГПЗ).

Крупач Андрій
Галушко Олександр
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри проф. О. В. Лукавецький
Науковий керівник доц. Т. М. Іванків, ас. О. В. Огурцов

Актуальність. На момент первинного звернення тільки 20% пацієнтів з РГПЗ можуть бути прооперовані радикально. Решта підлягають

паліативному лікуванню - декомпресії жовчевих шляхів: малоінвазивному (ендобіліарнестентування (ЕС)) або хірургічному (накладання біліодигестивних анастомозів(БДА)). Сьогодні продовжується пошук оптимальної стратегії лікування пацієнтів із МЖ обумовленою РГПЗ.

Мета. Проаналізувати ефективність паліативного лікування пацієнтів із МЖ на грунті неоперабельного РГПЗ.

Матеріали та методи. Ретроспективно опрацьовано історії хвороб пацієнтів за період 2006-2016 років з РГПЗ, ускладнені МЖ, які лікувалися в хірургічному відділенні №2 та №3 ЛОКЛ. Як критерій ефективності лікування вираховували медіану тривалості життя після операції.

Результати. На протязі 10 років у клініці хірургії №1 проліковано 228 пацієнтів з РГПЗ. При цьому у 183 пацієнтів виявлено неоперабельний РГПЗ, з них чоловіки (55,3%) та жінки (44,7%). Середній вік склав 64,6+4,3 роки. Пацієнти розділені на 4 групи: 1 група – 81 хворий, яким накладено БДА (холедоходуодено (ХД) або холедохоєюноанастомоз (ХЄ) на виключеній за Ру петлі. 2 група – 38 хворих, яким проведено ЕС та згодом накладено БДА. 3 група – 29 хворих, яким виконано тільки ЕС. 4 група – 35 хворих, яким накладено завнішній дренаж холедоха або холецистоентеро-, гастроентеро- та ентероентероанастомоз за Браун. Медіана тривалості життя склала: 1 група – 283 дні, 2 група – 243 дні; 3 група – 152 дні; 4 група – 79 днів.

Висновки. ЕС є ефективним методом декомпресії жовчевих шляхів у пацієнтів з МЖ. Тривалість життя є довшою після накладання БДА. Передопераційна ЕС жовчних проток зменшує ризик операції. При не високій жовтяниці накладання БДА може бути виконане без ЕС. Тільки ЕС показане пацієнтам із метастатичним РГПЗ.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІКСАТОРА КІСТКОВИХ ВІДЛАМКІВ ДЛЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ КАРКСУ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кучабський Степан
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Завідувач кафедри - проф. А. А. Гудима
Науковий керівник - проф. А. А. Гудима

Актуальність.Особливістю сучасної травми є неухильне зростання частоти високо кінетичних уражень. Як свідчать дані багатьох авторів у понад 90 % випадків поєднаної травми мають місце пошкодження

кістково-хрящового каркасу грудної клітки. Серед них серйозну проблему складають флотуючі переломи ребер. За даними різних їх частота становить від 10 до 29 %, а летальність досягає понад 50 %.
Мета.Метою нашої роботи стало вдосконалити метод хірургічної стабілізації грудної клітки при травматичних пошкодженнях та апробувати його на трупному матеріалі та in vivo.
Матеріали та методи.Для реалізації поставленої мети ми використали спеціальний пристрій – фіксатор уламків кісток (Пат. 54842) і розробили спосіб його встановлення в кісткову тканину.
Результати. При розробці способу ми зосередили увагу на введенні і надійній фіксації в ребрі декількох фіксаторів уламків кісток, які в подальшому можуть бути зв'язані між собою системою зовнішньої фіксації, яка забезпечить стабілізацію травмованої грудної клітки.
Висновки.Застосування розробленого способу на трупному матеріалі та in vivo на лабораторній свині показало, що розроблений спосіб сприяє підвищенню точності, швидкості і надійності введення фіксатора кісткових відламків, не потребуючи великих розрізів шкіри, що дає змогу застосовувати цей пристрій у гемодинамічно нестабільних хворих, з пошкодженими шкірними покривами (наприклад, опіком) та використовувати різні методи стерилізації, а також дає можливість корекції відламків кісток у часі лікування.

СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №2

Лекційна аудиторія кафедри хірургії №2
Четвер, 27.04.2017р., 14:00

Наукова рада – проф. В. П. Федоренко, проф. Д.З. Воробець, проф. Т. Г. Фецич, доц. Г. Ю. Єлісеєв, доц. Н. О. Лукавецький, доц. О.А.Боржієвський ас. А. А. Савченко, ас. Р. Р. Сліпецький, ст. лаб. Ю.С. Кобільник

Головуючі – Баліцька Соломія, Сас Олег.

ПРОТЯЖНІСТЬ ПАТОЛОГІЧНОГО РЕФЛЮКСУ КРОВІ (ПРК) У ВЕЛИКІЙ ПІДШКІРНІЙ ВЕНІ (ВПВ) ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН (ХЗВ) НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ХІРУРГІЧНУ ТАКТИКУ

Романюк Андрій
Боднар Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - ас. М. Б. Соловій

Актуальність. ХЗВ нижніх кінцівок – одне із найбільш поширених хірургічних захворювань, яке зустрічається у 26–38% жінок і 14–20% чоловіків. Захворювання знижує якість життя пацієнтів, починаючи від естетичних проблем при ранніх проявах і закінчуючи важкою інвалідизацією при розвитку трофічних порушень і виразок.
Мета. Вивчити протяжність ПРК у ВПВ у пацієнтів з ХЗВ нижніх кінцівок на різних стадіях захворювання та можливість її впливу на хірургічну тактику.
Матеріали та методи. У дослідження включено 47 кінцівок 43 послідовних пацієнтів з ХЗВ нижніх кінцівок за період з жовтня 2016 до березня 2017 на базі хірургічного відділення ЛОГВВР імені Ю. Липи. Середній вік пацієнтів 47 ± 4,5 років, жінок 28, чоловіків 15. За клінічною класифікацією CEAP кінцівок на стадії С2-С3 було 40 (85,1%), на стадіях С4-С6 - 7 (14,9%). Пацієнтам проводилось доопераційне та інтраопераційне ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, під час якого вивчались анатомічна протяжність ПРК (більше 0,5с) у ВПВ. Пацієнтам виконували ендовенозну лазерну

абляцію ВПВ у сегменті з ПРК та мініфлебектомії варикозних гілок під повністю локальним знечуленням. В дослідження не включені пацієнти з недостатністю малої підшкірної вени та гострим тромбофлебітом.
Результати. У переважній більшості пацієнтів ПРК визначався тільки до межі верхньої та середньої третини гомілки – 27 кінцівок (57,4%), а на усьому протязі (аксіальний ПРК) лише у 3 кінцівках (6,4%). В 5 кінцівках (10,6%) ПРК визначався лише до середньої третини стегна, у 4 кінцівках (8,5%) до нижньої третини стегна, у 3 кінцівках (6,4%) до рівня коліна, а у 5 (10,6%) до нижньої третини гомілки. У відповідності до ультразвукової картини та протяжності ПРК у ВПВ, проведено ендовенозну лазерну абляцію лише їх недостатніх сегментів зі збереженням дистальних неуражених сегментів.
Висновки. Прицільне ультразвукове вивчення протяжності ПРК у ВПВ у пацієнтів з ХЗВ нижніх кінцівок дозволяє провести ендовенозну лазерну абляцію (або стріппінг) лише недостатніх сегментів вени зі збереженням неуражених та зменшити травматичність втручань без зниження їхньої ефективності.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТРОМБОЗОМ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Зубенко Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - ас. Р. І. Трутяк

Актуальність. Тромбоз поверхневих вен нижніх кінцівок (ТПВ НК) в Україні лікується активним хірургічним методом, проте на заході надається перевага консервативній терапії, операція допускається, за рекомендаціями AmericanCollegeofChestPhysicians 2016, лише при розповсюдженні тромботичного ураження на пригирлові ділянки великої або малої підшкірної вени (ВПВ/МПВ). Вважається, що консервативна терапія ТПВ несе значно менший ризик венозного тромбоемболізму (ВТЕ) ніж операція, це підтверджено численними роботами, в тому числі рандомізованими. За різними даними ризик розвитку супутнього тромбозу глибоких вен (ТГВ) або тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) на фоні ТПВ становить 5-20%. Лікування ТПВ нижніх кінцівок повинне бути спрямованим на попередження

поширення процесу на глибокі вени та зменшення ризику розвитку ТЕЛА.

Мета. Порівняти безпечність лікування тромбозу поверхневих вен нижніх кінцівок консервативним та хірургічним методом.

Матеріали та методи. В роботі ретроспективно проаналізовано результати обстеження та лікування 36 хворих з ТПВ нижніх кінцівок на базі КМК ЛШМД за 2015-2016 роки. Вік пацієнтів становив від 35-82 років. Для обстеження пацієнтів та постановки діагнозу,окрім об'єктивного обстеження, застосовувались лаболаторні та інструментальні дослідження: дуплексне сканування судин нижніх кінцівок, визначення рівнів D-димеру, ЕКГ, Ехо-КГ. Консервативне лікування проводилося 19 паціємнтам – група №1, хірургічне – 17, група №2. Консервативне лікування передбачало застосування антикоагулянтної терапії - Ривароксабан 20 мг/день на протязі 4 тижнів, компресійної терапії II класу, венотоніків.

Хірургічний метод лікування включав:кросектомію, стрипінг, флебектомію тромбованих приток, перевязку нездатних перфорантних вен, флебоцентез. Профілактику ВТЕ в післяопераційний період проводили, з врахуванням факторів ризику кровотечі за шкалою HAS-BLED, низькомолекулярним гепарином.

Результати. Пацієнтам групи №1 проведено лише консервативну терапію. Пацієнтам групи №2 проведено хірургічне лікування та консервативну профілактику ВТЕ. Консервативний метод лікування застосовувався у тих випадках коли пацієнти відмовлялися від хірургічного лікування. Усім пацієнтам діагноз ТПВ нижніх кінцівок верифікували за допомогою дуплексного сканування судин нижніх кінцівок. При його проведенні на момент звернення у жодного з пацієнтів обох груп не було виявлено ознак ТГВ. При проведенні дуплексного сканування судин нижніх кінцівок через 1 місяць у групі №1 не було виявлено ознак гострого чи перенесеного ТГВ, у всіх випадках наступила реканалізація місця тромбозу підшкірних вен. У групі №2 у одного пацієнта було виявлено поширення процесу на глибокі вени. Після 2-разоворого визначення рівнів Д-димеру: на момент звернення-спостерігалося достовірне підвищення у всіх пацієнтів, через 4 тижні–рівень Д-димеру нормалізувався у всіх пацієнтів, окрім одного з групи№2,в якого розвинувся ТГВ. Клінічні ознаки ВТЕ не виникли у жодного з пацієнтів.

Висновки. Консервативна терапія є безпечним та ефективним методом лікування ТПВ. Тривалість її проведення доцільно визначати за допомогою оцінки рівня Д-димеру.

ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ ТА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ПАТОГЕННОЇ ФЛОРИ У ПАЦІЄНТІВ З ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Маліков Мустафа
Руминська Тетяна
Ягодинський Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії № 2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - ас. А. А. Савченко

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Гангрена та ампутації нижніх кінцівок у даного контингенту хворих бувають у 20 разів частіше, ніж в населення в цілому. Поряд з хірургічною санацією гнійних осередків в хворих з ЦД важливе місце посідає адекватна антибіотикотерапія.

Мета. Покращити ефективність лікування пацієнтів з гнійно-некротичними ураженнями нижніх кінцівок на фоні ЦД.

Матеріали та методи. Проведено бактеріологічне дослідження флори та визначення чутливості до антибіотиків у 20 пацієнтів з гнійно-некротичними ураженнями нижніх кінцівок на фоні ЦД на 1-й та 7-й день лікування в стаціонарі 1 хірургічного відділення ЛОКЛ за період грудня 2016 р. по лютий 2017 р. Статистична обробка даних проведена за допомогою MicrosoftExcel 2010.

Результати. В результаті бактеріологічного дослідження на першу добу структура патогенної флори з гнійно-некротичних вогнищ на нижніх кінцівках пацієнтів була наступною: Staphylococcus aureus – 5 (25%), Staph. MRSA – 2 (10%), Staph. VRSA – 2 (10%) Klebsiella pneumoniae – 4 (20%), Pseudomonas aeruginosa – 4 (20%), Enterococcus faecalis – 2 (10%), Enterobacter spp. – 2 (10%), Candida albicans – 4 (20%). Вивчення антибіотикочутливості висіяних збудників показало тотальну стійкість до основних груп антибіотиків за виключенням групи карбапенемів та глікопептидів, де чутливість до іміпенему, меропенему виявлена в 16 пацієнтів (80%), до ванкоміцину у 18 (90%). У 2 пацієнтів з Staph. aureus (штам VRSA) флора стійка до усіх досліджуваних груп антибіотиків.

Бактеріологічне дослідження на сьому добу показало наступну структуру патогенної флори: Staphylococcus aureus – 8 (40%), Staph. MRSA – 2 (10%), Staph. VRSA – 2 (10%), Acinetobacter spp. – 4 (20%)

Enterobacter spp. – 4 (20%), Candida albicans – 4 (20%). Вивчення антибіотикочутливості в даній групі показало збереження чутливості патогенної флори до карбапенемів та глікопептидів у 14 (70%) пацієнтів, проте зростає кількість стійких штамів до 6 (30%) пацієнтів за рахунок Staph. aureus (штам VRSA) та Acinetobacter spp.

Висновки. Бактеріологічне дослідження патогенної флори у пацієнтів з гнійно-некротичними ураженнями нижніх кінцівок на фоні ЦД показав наявність високо резистентних до антибіотиків штамів. Антибіотикотерапію даному контингенту пацієнтів рекомендовано розпочинати з групи карбапенемів та глікопептидів, до яких зберігається чутливість більшості штамів.

БІЛАТЕРАЛЬНА АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЯ НИРОК З ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЮ РЕЗЕКЦІЄЮ АНЕВРИЗМ СЕГМЕНТАРНИХ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ

Ройко Гліб
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. І І. Кобза
Науковий керівник - доц. Г. Ю. Єлісєєв , доц. Р. А. Жук

Актуальність. Аневризми ниркових артерій є досить рідкісною патологією, яка
зустрічається у 0,01-1,3 % населення загальної популяції. При комп'ютерній томографії та ангіографії частота випадково виявлених аневризм ниркових артерії сягає від 0,3 % до 2,5 %. Досить рідко ця патологія діагностується і під час патологоанатомічного дослідження. Основним ускладнення аневризм ниркових артерій є виникнення розривів, частота яких сягає до 10 %.

Мета. Демонстрація клінічного випадку одномоментного втручання на ниркових артеріях обох нирок та екстракорпоральна резекція їх аневризм.

Матеріали та методи. Хвора 58 років госпіталізована у відділення судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні зі скаргами на періодичні болі у спині. При ультразвуковому дослідженні ниркових артерій та комп'ютерній томографії виявлено множинні аневризми артерій обох нирок. У зв'язку з наростанням больового синдрому та ризиком розриву аневризм пацієнтці була виконана білатеральна аутотрансплантація нирок з екстракорпоральною резекцією аневризм

сегментарних артерій. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На момент виписки у пацієнтки реконструкції функціонують, показники креатиніну та сечовини в межах норми. Кровоплин по правій нирковій артерії магістральний, V=134см/сек., по лівій – магістральний, V= 125см/сек. П/о рана загоїлася первинним натягом.

Результати. Успішне оперативне лікування аневризм ниркових артерій обох нирок.

Висновки. Вибір тактики лікування хворих з аневризмами ниркових артерій повинен залежати від розміру аневризм і місця їх розташування. У випадку розміщення аневризм розміром понад 2-ох см на дистальних гілках ниркових артерій найкращим методом лікування є екстракорпоральна реконструкція та аутотрансплантація нирки.

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ МІАСТЕНІЇ

Семенюк Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - проф. В. П. Федоренко

Актуальність. Міастенія – автоімунне нервово-м’язове захворювання. що клінічно характеризується патологічною слабкістю і стомлюваністю скелетних м’язів, пов’язане з ушкодженням ацетилхолінових рецепторів постсинаптичної мембрани поперечно-смугастих м’язів специфічними антитілами.

Мета. Поліпшення діагностики та результатів лікування міастенії.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження і лікування 25 хворих на міастенію (4 чоловіків віком 19,38,53,56 років та 21 жінки середнього віку 32,4±2,2 роки) лікарями 1-го хірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Діагноз верифікували на підставі скарг, анамнезу, результатів загальноклінічного, неврологічного, біохімічного, імунологічного (антитіла до рецепторів ацетилхоліну), інструментального (рентгенографія, КТ та МРТ органів грудної клітки, електронейроміографія), інтраопераційного та морфологічного досліджень. Комплекс лікування містив: компенсуючу симптоматичну терапію (антихолінестеразні препарати - АХЕ), кортикостероїди, плазмаферез, тимектомію під загальним знеболенням.

Результати. Після виконання тимектомії відновлення втрачених функцій і працездатності спостерігали у одного пацієнта, значне покращення на тлі прийому АХЕ препаратів – у 7, незначне при зменшенні передопераційної дози АХЕ препаратів або прийомі високих доз кортикостероїдів – у 17. Морфологічні ознаки тимоми (атипові мітози, низька мітотична активність, мономорфна клітинна популяція, надмірна васкуляризація, нечітка межа з оточуючою жировою та сполучною тканиною, прошарки фібротизованої та гіалінізованої сполучної тканини) підтверджено у 7, фолікулярної гіперплазії – у 16, атрофії тимусу – у двох випадках.
Висновки. Наявність тимоми, ураження краніобульбарних м'язів, прогресуючий перебіг захворювання служать показаннями до виконання тимектомії, що покращує результати лікування хворих на міастенію.

ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА МЕМБРАННА ОКСИГЕНАЦІЯ (ЕКМО) - СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ ТА ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Шимушовський Віталій
Баліцька Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії № 2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - доц. Г. Ю. Єлісєєв

Актуальність. Екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО) - стала безцінним інструментом в лікуванні хворих з тяжкою серцево-легеневою патологією. За 20 років розширення показів та зростання кількості випадків до проведення ЕКМО вказують на майбутнє вдосконалення та поширення ЕКМО по всьому світу. ЕКМО – методика, що надає тимчасову підтримку хворим з потенційно зворотною серцевою та/або дихальною недостатністю. Виходячи з цього, можна стверджувати , що ЕКМО дозволяє надати реальну допомогу пацієнтам у тимчасовій підтримці при серцевій та дихальній недостатності.
Мета. Ознайомити з процедурою ЕКМО, донести статистику використання та важливість даної методики для пацієнтів з дихальною та серцевою дисфункцією в якості мосту до подальшого лікування. Проаналізувати рівень зростання та використання процедури ЕКМО.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури, описи клінічних випадків, наукових статей та вивчені данні ExtracorporealLifeSupportOrganization (ELSO). Впровадження оксигенаторів та контурів нового зразка (застосування поліметилпентенової мембрани та фосфорилхолінового покриття), використання центрифу́жних та перистальтичних насосів, можливість постановки канюль для проведення ЕКМО за методикою Сельдінгера, все це створює передумови для широкого застосування даної методики. На основі цього можна стверджувати що ЕКМО може стати методикою вибору підтримки пацієнтів з нестабільною гемодинамікою.
Результати. За останні 25 років кількість клінік де було проведено ЕКМО зросла від 20 до 1568 для дихальної недостатності та від 1 до 1769 для серцевої недостатності. Значно покращились методики самої процедури, розширилися покази до використання ЕКМО. Станом на січень 2016 року, було здійснено понад 73000 процедур ЕКМО, з них 19000 у дорослих пацієнтів. Кількість процедур ЕКМО у США з 2006 по 2011 рік зросла на 433%. У відділені кардіохірургії ЛОКЛ дану методику використовують з 2015 року у дітей та дорослих. Станом на березень 2017 року було проведено три процедури ЕКМО, летальність склала 0%.
Висновки. ЕКМО являє собою сучасний метод підтримки пацієнтів з дихальною та серцевою недостатністю. Цілий ряд факторів вказують на високу ефективність даної методики та її доступність для широкого кола пацієнтів у майбутньому. ЕКМО є потужною зброєю в руках лікарів у боротьбі за життя пацієнта з тяжкою серцево-легеневою патологією.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПИЦЕВИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ

Матяшок Любомир
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра травматології та ортопедії
Завідувач кафедри - проф. О. А. Бур'янов
Науковий керівник - проф. О. І. Волошин

Актуальність. В останні роки консервативне лікування переломів (гіпсовою пов`язкою і скелетним витягненням) замінюються активними хірургічними методами, що приводить до росту запальних ускладнень. На сучасному етапі широко використовуються позавогнищеві черезкісткові апарати (Ілизарова, Волкова –Оганесяна та ін.), особливо при відкритих переломах. Основними причинами гнійно-запальних

ускладнень є технічні погрішності при виконанні та втрата стабільності апарата. Ранні ускладнення виникають, як результат інфікування спицевого каналу під час проведення спиць та стержнів під час остеосинтезу. Пізні характеризуються доброякісним протіканням- це біляспицевий абсцес, але при відсутності лікування може вражатися кістка і розвиватися «спицевий» остеомієліт.

Мета. Аналіз результатів лікування хворих з гнійно-запальними ускладненнями після проведення черезкісткового остеосинтезу.

Матеріали та методи. Матеріали і методи виконання. Дослідження проводилося шляхом аналізу даних, отриманих при викопіюванні історій хвороби пацієнтів, які проходили лікування в КМКЛ №9 з 2014 по 2016 рр.

Результати. Нами були вивчені історії хвороби 76 пацієнтів, 60 чоловіків (78%), і 16 жінок (22%). Середній вік- 44 +/- 10 років.

При аналізі лабораторних показників у фазу загострення хвороби виявлений лейкоцитоз у 68%, зсув формули вліво (ПЯ 6-12%) у 38%, прискорення ШОЕ (до 44 мм/год) у 86%. Після проведення лікування і купірування запалення : нормалізація всіх показників (у 91%), прискорення ШОЕ протягом 4 місяців від початку захворювання у 9%. Результати бактеріологічних досліджень: St. aureus – 68%, Ps. aureginosae- 16%, E. Coli- 9%, Protei- 4%, Str. Hemolyticus- 1%, немає росту- 2%.

Висновки. До розвитку «спицевого» остеомієліту більше схильні чоловіки (78%). Встановлений основний збудник гнійно-запальних ускладнень St. aureus- 68%.

ВАК-ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Слабий Максим
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії № 2
Завідувач кафедри - проф. І. І. Кобза
Науковий керівник - доц. Г. Ю. Єлісєєв

Актуальність. Посттромбофлебітичний синдром (ПТФС) - це хронічна венозна патологія, обумовлена перенесеним гострим тромбозом глибоких вен, частота якого коливається від 5 % до 28 % хворих із венозною патологією. Тяжким ускладненням ПТФС є трофічні виразки нижніх кінцівок, які характеризуються важким перебігом, частими

рецидивами та приєднанням вторинної інфекції. Лікування трофічних виразок, які не загоюються тривалий час, є складною та актуальною проблемою.

Мета. Покращення результатів лікування хворих з виразковою формою ПТФС шляхом оптимізації комплексної лікувальної тактики та використанні ВАК-терапії.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 10 пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з приводу ПТФС, ускладненого хронічними трофічними виразками нижніх кінцівок. Середній вік хворих становив 57,73±12,29 років. Тривалість існування трофічних виразок від 2 до 25 років. У хворих площа трофічних виразок стоп та гомілок становила у середньому від 30 до 550 см2.

Для оцінки стану периферичного кровообігу застосовували дуплексне ультразвукове сканування (УЗС) артерій і вен нижніх кінцівок та ультразвукову доплерографію артерій нижніх кінцівок. Проводили бактеріологічне дослідження вмісту рани.

Результати. Лікування трофічних виразок у досліджуваних хворих включало антикоагулянтну та метаболічну терапію, еластичну компресію, надання підвищеного положення кінцівці. Місцева терапія полягала у використанні розчинів антисептиків, мазьових препаратів на водорозчинній основі та колоїдних пов'язок (грануфлекс). Антибактеріальну терапію призначали згідно результатів бактеріологічного дослідження. Здійснювали первинну хірургічну обробку ран.

Усім пацієнтам проводили ВАК-терапію – вакуум-дренування рани за допомогою від'ємного тиску від -50 до -200 мм рт. ст. Призначали 2-3 курси ВАК-терапії тривалістю до 4 діб. Відмічено зменшення набряку, вираженості запалення, очищення рани, покращення відтоку серозно-гнійного виділення, зникнення нальоту фібрину та пришвидшення росту грануляції.

Для покращення мікроциркуляції та профілактики тромбозу використовували електростимулюючі прилади. На стадії грануляції для пришвидшення епітелізації проводили аутодермопластику.

Загоєння трофічних виразок досягнено у 10 (100%) пацієнтів. Середній термін загоєння трофічних виразок, які виникли при ПТФС становив 46,8 ± 10,6 доби.

Висновки. При постфлебітичних виразках нижніх кінцівок оптимальним є комбіноване лікування з використанням хірургічних, медикаментозних, фізіотерапевтичних методів лікування та ВАК-терапії. Використовувана нами комплексна лікувальна тактика

дозволила скоротити термін загоєння трофічних виразок і досягнути одужання усіх (100%) пацієнтів.

СПОСОБИ ПОЛІПШЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ

Орловська Ельвіра
Бойко Валерій
Меркулов Андрій
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. В. В. Бойко
Науковий керівник - проф. В. В. Бойко

Актуальність. Рак прямої кишки займає 3-е місце серед захворюваності на злоякісні новоутворення органів шлунково-кишкового тракту. Так, після резекції ураженого пухлиною сегмента і подальшого відновлення цілісності кишкової трубки в післяопераційному періоді у пацієнтів виникають різні ускладнення: в 5-8% часткова або повна неспроможність швів анастомозу; в 30-60% порушення резервуарної і евакуаційної функції неоректум; в 6-10% стриктура зони анастомозу.

Мета. Поліпшення функціональних властивостей неоректум при низьких резекціях прямої кишки шляхом розробки способів колопластики.

Матеріали та методи. У клініці ДУ «ІЗНХ їм В.Т. Зайцева НАМНУ» проведено ретроспективний аналіз 211 історій хвороби, пацієнтам яких виконано передня резекція прямої кишки за період з 2010 по 2016 рр. Нами запропонований спосіб колопластики з формуванням тріампулярного товстокишечного резервуара. На товстій кишці уздовж вільної лінії, відступаючи від резектованого краю 3 см виконуємо поздовжній розріз завдовжки 3 см, розсікаючи при цьому лише серозний та м'язовий шар. Поздовжній розріз зшиваємо безперервно в поперечному напрямку, тим самим виконуємо колопластику з формуванням трьох ідентичних ампул товстокишечного резервуару. Формуємо колоректальний анастомоз за допомогою одноразового циркулярного ендостеплера. За лінію проксимальніше сформованої ампули трансанально проводимо зонд. Операцію завершуємо екстраперітонізацією анастомозу з дренуванням малого тазу та черевної порожнини.

Результати. У 194 хворих після резекції формували анастомоз «кінець в кінець». 136 (70,1%) хворих в післяопераційному періоді відзначали збільшення частоти випорожнення кишечника до 6-8 разів на добу з нічними самовільними дефекаціями, у 12 (6,2%) близько п'яти, лише 33 (17,0%) хворих відзначали повністю контрольований 3 - 4 разовий стілець. У 10 (5,2%) спостерігалося часткова неспроможність анастомозу, яка ліквідована консервативним лікуванням і не вимагала додаткових оперативних втручань. Стриктура зони анастомозу в терміни 2 - 4 місяців була діагностована в 3 (1,5%) випадках - ліквідована шляхом балонної дилатації. У 17 хворих використовували запропоновану нами методику формування тріампулярного толстокишечного резервуара. 13 (76,5%) хворих в післяопераційному періоді відзначали оформлений, контрольований 2 - 3 разовий стілець на добу, у 4 (23,5%) 3 - 4 разовий, а до кінця першого року 88% відзначають 1 - 2 разовий стілець, що в два рази менше ніж при традиційних методиках. Ознак неспроможності і стриктури анастомозу у цих хворих не виявлено.
Висновки. Запропонований спосіб простий у виконанні, сприяє зменшенню частоти ускладнень і покращує післяопераційну реабілітацію і якість життя пацієнтів.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КАСТЛЕМАНА

Гупало Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра онкології та радіології ФПДО
Завідувач кафедри - проф. Т.Г. Фецич
Науковий керівник - ас. Р.Р. Сліпецький

Актуальність. Хвороба Кастлемана – це група рідкісних лімфопроліферативних захворювань, що маніфестує у вигляді надмірної проліферації В-лімфоцитів та плазматичних клітин у лімфатичній тканині. До 2017 року у закордонній літературі описано 335 випадків даного захворювання, в українській – 1.
Мета. Покращення діагностики та лікування хвороби Кастлемана у осіб з лімфаденопатією шиї.
Матеріали та методи. Проаналізовано особливості діагностики та лікування клінічного випадку хвороби Кастлемана у пацієнтки 33 років, що знаходилася на лікуванні у відділі пухлин голови та шиї Львівського державного онкологічного лікувально-діагностичного центру.

Результати. Пацієнтка 33 років звернулася із скаргами на пухлину на шиї зліва, яка турбує та поступово повільно збільшується протягом останніх 7 років. Об'єктивно: пухлина видовженої форми, 80х20х20 мм, рухома, не болюча, розташовується позаду медіального краю груднино-ключично-соскоподібного м'язу від рівня шиї IIA до VA. Розташовані поруч регіонарні лімфатичні вузли (ЛВ) не збільшені. ЛОР-огляд не виявив іншої патології. Цитологічно пункція утвору (14.02.17): дрібні витягнуті клітини фіброцитів. Дані лабораторних обстежень крові і сечі не виявили відхилень: еритроцити 5,06 Т/л, лейкоцити 4,8 Г/л, тромбоцити 238 Г/л, гемоглобін 120 г/л, загальний білок 66,7 г/л, загальний білірубін 11,2 мкмоль/л, сечовина 7,3 ммоль/л, креатинін 97 ммоль/л, глюкоза крові 4,5 ммоль/л. Показники ЕКГ та рентгенографії ОГК в межах норми. Прицільне УЗД шиї виявило тканинне утворення позаду m.sternocleidomastoideus, латеральніше a. carottiscommunisetexterna, з чітким контуром, щільною капсулою, розмірами 80х17х24 мм. Біля нижнього полюсу утвору кілька збільшених ЛВ 10х6, 13х6, 18х9 мм. У проекції лопатково-трапецієвидного трикутника збільшені ЛВ 12х8, 9х5, 6х6 мм. На контрлатеральній половині шиї збільшених ЛВ не виявлено. 20.02.17 – проведено видалення пухлини шиї. Макроскопово: пухлина 80х30х20 мм, у капсулі, на розрізі м'яка, жовтувата, однорідна; по краю пухлини вузли 10х10, 5х5, 5х5, 7х7 мм такого ж вигляду. Мікроскопово: пухлина представлена тканиною ЛВ з численними лімфоїдними фолікулами з гіпоцелюлярними центрами, з гіалінізованими судинами, що оточені зоною малих лімфоцитів. Інфрафолікулярна зона із значною кількістю капілярів, представлена лімфоцитами, плазматичними клітинами та зонами склерозу. У малих вузлах лише гіперплазія паракортикальної зони. Морфологічна характеристика відповідає локалізованій формі гіаліно-васкулярного типу хвороби Кастлемана. З метою виключення вірусної етіології у післяопераційному періоді проведено ПЛР HHV-8 та HIV, які виявилися негативними. На 10 день пацієнтка виписана у задовільному стані.

Висновки. Лімфаденопатія шиї має однакові клінічні симптоми і скарги, тому нерідко виникають труднощі у встановленні правильного діагнозу, особливо серед осіб молодого віку. Передморфологічна діагностика хвороби Кастлемана є малоінформативна та потребує подальшого вивчення. Післяопераційне лікування залежить від типу і поширення хвороби.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОНАННЯ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КРОВОТЕЧЕЮ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Півень Вікторія
Мірошниченко Дмитро
Бойко Валерій
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. В. В. Бойко
Науковий керівник - проф. В. В. Бойко

Актуальність. Однією з основних причин смерті хворих при синдромі портальної гіпертензії (ПГ) є кровотеча з варикозних розширених вен стравоходу і шлунка (ВРВСЖ). Летальність при першому епізоді кровотечі становить 30 - 70%. Рецидив кровотечі при першій госпіталізації, який виник у 20 - 40% хворих, збільшує летальність до 80%.

Мета. Оптимізація хірургічної тактики, методів гемостазу при кровотечах з ВРВПЖ у хворих з синдромом ПГ із застосуванням ендоскопічних і ендоваскулярних методів лікування.

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз результатів лікування 128 пацієнтів з ПГ, ускладненою кровотечею з ВРВСЖ, які перебували на лікуванні в ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України » з 2011 по 2016 рр. Основну групу склали 60 (46,9%) пацієнтів яким виконані комбіновані методи лікування. Групу порівняння склали 68 (53,1%) пацієнтів, яким проводилися традиційні методи лікування. Акцент виконання ендоскопічних методів грунтувався на визначенні локалізації джерела кровотечі та ризику розвитку кровотечі. Індивідуальний підхід ендоваскулярних втручань базувався на основі визначення і корекції порушень гепатоліенального кровообігу і патогенетичного впливу на шляху формування ПГ.

Результати. Рецидив кровотечі відзначений в основній групі у 8 (13,4%) пацієнтів, з них з летальним результатом у 6 (10%) пацієнтів. Однак, у 2 (3,3%) пацієнта прогресували ознаки мультиорганної недостатності з летальним результатом. У групі порівняння рецидив кровотечі відзначений у 14 (20,6%) пацієнтів, з них з летальним результатом у 10 (14,7%) пацієнтів, а 4 (5,9%) пацієнта померли від печінкової недостатності.

Висновки. Використання запропонованого лікувально-діагностичного алгоритму і хірургічної тактики лікування хворих ПГ, ускладненою кровотечею з ВРВСЖ дозволив підвищити ефективність лікування:

частота рецидиву кровотечі знизилася на 10,2%, і летальність від рецидиву кровотечі на 4,7%.

ПОШКОДЖЕННЯ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТРАВМАТИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

Поліков Георгій
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Завідувач кафедри - проф. – І. А. Криворучко
Науковий керівник - проф. С. М.Тесленко

Актуальність. Сьогодні, частота пошкоджень дванадцятипалої кишки (ДПК) становить 1,2% в структурі ушкодження органів черевної порожнини, 10% в структурі травм органів травлення. При ізольованих травмах ДПК летальність становить 11,8-30,4%. У випадках розвитку заочеревинної флегмони летальність може досягати 100%. Діагностика ушкоджень ДПК являє собою складну проблему в зв'язку з поліморфно клінічної картини, пов'язаної з різноманітністю пошкоджень ДПК та органів черевної порожнини.

Мета. Проаналізувати дані, щодо хірургічного лікування хворих з травмами ДПК.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз 35 постраждалих за період 2005 – 2016 р. у відділенні абдомінальної хірургії КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК», м. Харків, з ушкодженнями ДПК. Всі пацієнти були особами працездатного віку (від 22 до 54 років): чоловіків 20 (57%), жінок – 15 (43%).

Результати. Причиною травми ДПК послугував прямий удар в передню стінку, при падінні з висоти – 15 пацієнтів. ДТП – 10 пацієнтів. Ножове поранення – 6 пацієнтів. Вогнепальне поранення – 4 пацієнтів. Травми ДПК поєднувались з пошкодженням печінки - в 8 пацієнтів, травмою підшлункової залози - в 12 пацієнтів. У відділення були доставлені в перші 6 годин - 25 постраждализх, 7 - надійшли після 6 годин, 3 - доставлені до приймального відділення через 12 годин з моменту отримання травми. У 3 випадках переважала картина внутрішньочеревної кровотечі, у 4 потерпілих виявлено поширений перитоніт. Характер пошкодження оцінювався по шкалі E.Moore: I стадія – 12 (34,5%) пацієнтів, II стадія -11 (31%) пацієнтів, III стадія – 9 (26%) пацієнтів, IV стадія – 3 (8,5%) пацієнтів. Основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих с травмою ДПК, за нашими даними: панкеато-дуоденальная травма, розмір дефекту в

низхідному відділі ДПК, наявність заочеревинної флегмони і перитоніту, некроз країв стінки ДПК, термін більше 6 годин з моменту травми, неспроможність швів.
Важливими цілями операції являється ліквідація вогнища некроліза і впливу на організм патологічних речовин. Виконувалась лапаротомія з послідуючим ушиванням ДПК, її інтубацією, холецістостомією, дренуванням сальникової сумки і черевної порожнини, вимкненням ДПК, накладанням гастроентероанастомозу, холецістостомією, панкреатодуоденальною резекцією.
Післяопераційні ускладнення: деструктивний панкреатит – 6 пацієнта, сепсис – 4 пацієнта, поліорганна недостатність – 4 пацієнта, абсцес черевної порожнини – 3 пацієнта, заочеревинна флегмона – 2 пацієнта.
Летальність, при цьому, відмічалася у 12 (34%) пацієнтів.
Висновки. Пошкодження ДПК є складною патологією з великим числом післяопераційних ускладнень (до 54%) та високою летальністю (до 34%). Вибір методу оперативного втручання проводиться індивідуально інтраопераційно для кожного хворого.

ВИСОКОІНТЕНСИВНА СФОКУСОВАНА УЛЬТРАЗВУКОВА АБЛЯЦІЯ (HIFU-ТЕРАПІЯ) - АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПУХЛИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

Панцерно Катерина
Бородай Аліса
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра онкології і радіології ФПДО
Завідувач кафедри - проф. Т. Г. Фецич
Науковий керівник – ас. М. М. Мриглоцький

Актуальність.Лікування пухлин є важливою проблемою як для країн, що розвиваються, так і для високорозвинених країн. Постійно людство знаходиться в пошуках ефективних методів боротьби з онкопатологією. На даний час Україна так само шукає більш сучасні методи лікування онкологічних захворювань.
Мета. Метою праці є ознайомлення з застосуванням методу HIFU-терапії при пухлинах різної локалізації та подальшим впровадженням його на теренах нашої держави.
Матеріали та методи. Проведено огляд сучасної світової літератури, на підставі аналізу відібрано 45 оглядових публікацій та оригінальних досліджень, які присвячені тематиці HIFU-терапії.

Результати. Нестримне зростання онкологічної захворюванності в світі ставить перед науковцями питання пошуку та розробки нових методів лікування, серед яких високоінтенсивний сфокусований ультразвук - є перспективною неінвазивною методикою, що широко використовується для лікування онкопацієнтів, які мають ряд протипоказань щодо застосування традиційних методів курації. Зростаючий інтерес пов'язаний в основному з широким спектром потенційних ділянок застосування з мінімальними ускладненнями.

HIFU - терапія зайняла чільне місце в практиці європейських онкоурологів при раку простати. Перспективним напрямком використання HIFU терапії є злоякісні пухлини нирок, печінки та інших локалізацій.

Висновки. Таким чином HIFU технологія є клінічно ефективним, безпечним, економічно вигідним, а в ряді випадків єдиним методом лікування пацієнтів з пухлинним процесом і може застосовуватись у будь-якому віці.

ЛІКУВАННЯ НИРКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ НЕФРОЛІТОТРИПСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕФРОЛІТІАЗОМ

Безкоровайна Ольга
Чапля Наталія
Коваль Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра урології ФПДО
Завідувач кафедри - проф., Ю. Б. Борис
Науковий керівник - ас. М. М. Чапля

Актуальність. Нефролітіаз – поліетіологічне захворювання, пов'язане з порушенням обміну речовин, супроводжується формуванням каменів в нирках і складає 30-40% усіх урологічних захворювань. Сучасним малоінвазивним методом лікування нефролітіазу є черезшкірна нефролітотрипсія. Її перевагами над відкритими оперативними втручаннями є мінімальна травматизація нирки, менша кількість післяопераційних ліжкоднів, швидке відновлення працездатності пацієнта та його реабілітація. Незважаючи на свою малоінвазивність, для даного методу є характерним ряд ускладнень, серед яких одним із найнебезпечніших є ниркові кровотечі , що можуть спостерігатись в інтраопераційному та постопераційному періодах.

Мета. Проаналізувати ниркові кровотечі, які виникли після проведення черезшкірної нефролітотрипсії у хворих на нефролітіаз та встановити ефективність методів їх лікування.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз медичних карт стаціонарних хворих з нефролітіазом, яким була виконана черезшкірна нефролітотрипсія на базі урологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Всього було опрацьовано 63 випадки ускладнень нефролітотрипсії кровотечею. Дана група включала в себе пацієнтів, у яких об'єм крововтрати становив більше 300 мл та була необхідна гемотрансфузія в післяопераційному періоді.

Результати. В результаті аналізу медичних карт стаціонарних хворих з нефролітіазом, у яких виникли ниркові кровотечі внаслідок проведення черезшкірної нефролітотрипсії, було встановлено, що у 11 (17,46%) випадках геморагічні ускладнення спостерігались інтраопераційно, а у 52 (82,54%) випадках - в післяопераційному періоді. Серед постопераційних кровотеч слід виділити ті, що виникли у ранньому післяопераційному періоді (до 7 діб після оперативного втручання),а саме 46(88,46%) випадків, та ті, що виникли у пізньому післяопераційному періоді (після 7 діб після оперативного втручання) – всього 6 (11,54%) випадків.

Консервативне лікування ниркових кровотеч було ефективним у 49 (77,78%) випадках. Воно включало у себе використання гемостатичних та антигеморагічних препаратів, місцеве застосування холоду на ділянку оперованої нирки, перетискання нефростомічної трубки, симптоматичну терапію та переливання свіжозамороженої плазми крові. У 10 (15,87%) випадках консервативна терапія виявилась неефективною, тому була проведена ангіографія ниркових судин для додаткової діагностики причини кровотечі. З них у 3 (30,00%) пацієнтів діагностовано аневризму ниркової артерії, у 4 (40,00%) - артеріо-венозну фістулу, а у 3 (30,00%) випадках джерела кровотечі не було виявлено. У 9 із 10 (90,00%) випадків виконана суперселективна емболізація гілки ниркової артерії. У 5 (7,94%) пацієнтів було проведено нефректомію.

Висновки. Ниркові кровотечі є небезпечним ускладненням після виконання черезшкірної нефролітотрипсії , проте у більшості випадків усуваються консервативним методом. При неефективності консервативного лікування з діагностичною та лікувальною метою виконують болюсну ангіографію судин нирки з проведенням суперселективної емболізації травмованої судини. Нефректомія є методом вибору лікування ниркових кровотеч у випадку неефективності консервативної терапії та суперселективної емболізації ниркових судин.

МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОРНК-15А ВИЗНАЧЕНОЇ У СЕЧІ В ЯКОСТІ МОЛЕКУЛЯРНОГО БІОМАРКЕРА НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ

Максимович Ірина
Іллюк Поліна
Легович Жанетта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра урології ФПДО
Завідувач кафедри - проф., Ю. Б. Борис
Науковий керівник - доц. Ю. О. Мицик

Актуальність. Нирково-клітинний рак (НКР) – найбільш розповсюджена первинна пухлина нирки, 5-ти річна виживаність при даній патології становить всього 35%. для здійснення диференійної діагностики НКР та доброякісних пухлин нирок застосовують черезшкірні пункційні біопсії (ЧПБ) нирки, керованих за допомогою променевих методів дослідження,. Частка недіагностичних ЧПБ нирки за різними даними є неприйнятно високою і варіюється від 5 до 40%. Застосування сучасних променевих методів обстеження, таких як КТ чи МРТ не гарантує 100% чутливість та специфічність у діагностиці НКР, залишаючись у межах 88-96%. На даний момент активно вивчається роль мікроРНК (miR) у розвитку злоякісних пухлин та можливість їх застосування у якості біомаркерів раку методом вивчення їх експресії у тканинах та рідинах хворих.

Мета. Оцінити можливість застосування miRNA-15a у якості молекулярного діагностичного біомаркеру НКР шляхом визначення її експресії у сечі.

Матеріали та методи. У дослідження ввійшло 34 хворих із вперше виявленим НКР. Розмір пухлини знаходився у межах від 3,5 до 11,4 см, середній розмір пухлини становив 7,2±5,3 см у найбільшому вимірі. Усім хворим було проведено оперативне лікування: у 5 випадках парціальна та у 29 випадках радикальна нефректомія. Патоморфологічно діагноз НКР було верифіковано у 30 хворих, у в решти 4 пацієнтів було виявлено доброякісні пухлини нирок: онкоцитому (n=3) та папілярну аденому (n=1). Хворі із патологічно підтвердженим НКР складали основну групу. За 1 день до оперативного лікування у всіх хворих в стерильний контейнер була зібрана ранішня сеча в об’ємі 100-150 мл, всі зразки були піддані кріоконсервації при -25°С. Для контролю сеча аналогічним чином була зібрана і

консервована у 30 здорових волонтерів без ниркової патології. У хворих основної та контрольної груп було здійснено виділення miR-15a з сечі з подальшим визначенням її експресії за допомогою зворотної транскрипції та полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі. Для статистичної обробки отриманих даних за методом Ст'юдента-Фішера та розрахунку коефіцієнту кореляції використовувалась програма MicrosoftExel 2016. Статистично достовірним результат вважався при значенні $p<0,05$.

Результати. В результаті проведеного дослідження нами було виявлено експресію miR-15a в сечі хворих на НКР та здорових осіб. Ми спостерігали статистично достовірну ($p<0,05$) різницю у рівнях експресії miR-15a в основній та контрольній групах: у хворих із НКР її середнє значення становило 47,39±24,63 УО (діапазон - 0,42-99,34 УО) проти 0,04±0,02 УО (діапазон - 0,01-0,05 УО) у здорових волонтерів. Водночас, отримані нами результати дисонують із даними інших дослідників щодо туморопротекторної ролі miRNA-15a.

Висновки. В результаті нашого дослідження вперше було виявлено статистично достовірну різницю ($p<0,05$) між середніми значеннями експресії miR-15a в сечі хворих із НКР та здорових осіб. Визначена у сечі miR-15a може застосовуватись у якості біомаркеру НКР для діагностики та скринінгу цього захворювання. Перевагою давного методу дослідження є його неінвазивність, а недоліком – потреба у кріоконсервації зразків сечі при температурі -25°С до моменту виділення мікроРКН. Необхідні подальші дослідження із включенням більшої кількості хворих із різними гістологічними підтипами НКР та ступенями його диференціації, доброякісними пухлинами нирок для більш поглибленого аналізу діагностичної цінності miR-15a.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ СИГМОПОДІБНОЇ КИШКИ.

Бортник Катерина
Кітченко Сергій
Сапай Аліна
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №3
Завідувач кафедри – проф. В.І. Лупальцов
Науковий керівник – проф. В.І. Лупальцов

Актуальність. Актуальність. Зберігається висока частота дивертикульозу сигмоподібної кишки серед населення України, що збільшується прямо пропорційно віку.

Мета. Оцінити інформативність УЗД в діагностиці ускладнень дивертикульозу сигмоподібної кишки.

Матеріали та методи. Під наглядом перебувало 28 хворих з ускладненим дивертикульозом сигмоподібної кишки, які потребували оперативного втручання. Жінок - 19, чоловіків - 9, середній вік хворих склав 59,6 ± 6,6 років. За Hanson і Stock (1999) IIa стадія (флегмонозний дивертикуліт з перидивертикулітом) спостерігалася у 11 пацієнтів, IIb стадія (абсцедуючий дивертикуліт з прикритою перфорацією або формуванням свища) - у 10, IIc стадія (вільна перфорація) - у 7. Обстеження включало загальноклінічні та біохімічні аналізи, оглядову рентгенографію та УЗД органів черевної порожнини.

Результати. УЗ-ознаки дивертикулів та їх ускладнень (потовщення стінки сигмоподібної кишки з наявністю мішечкуватих утворень, що виходять за контур кишки, інфільтрація білякишечної жирової клітковини, порожнинні утворення) встановлені у 17 пацієнтів. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини дозволила визначити ознаки перфорації (вільний газ). Усі пацієнти оперовані: при флегмонозному дивертикуліті, ускладненому абсцесом (4), виконана черезшкірна пункція і дренування параколітичного абсцесу під контролем УЗД; первинна резекція сигмоподібної кишки з анастомозом виконана в 9 випадках (5 хворих з внутрішньобрижевими дивертикулярними абсцесами, 4 - при прикритій перфорації без явищ загального перитоніту). В інших випадках проводилося двоетапне оперативне лікування. На першому етапі виконані резекція кишки, що несе дивертикули, за типом операції Гартмана (6), ушивання перфоративного отвору з колостомією та дренуванням черевної порожнини (6), екстеріорізація перфоративного отвору з дренуванням черевної порожнини (2), заочеревинний розтин гнійника з колостомією і дренуванням черевної порожнини (1). Другим етапом виконано закриття колостом з резекцією зміненої сигмоподібної кишки.

Після одноетапного лікування відзначено: одна неспроможність анастомозу з утворенням абсцесу та в двох випадках – анастомозит; при двоетапному лікуванні - неспроможність анастомозу відзначена в 2 випадках.

Висновки. 1. УЗД є високоінформативним методом обстеження хворих з дивертикульозом сигмоподібної кишки, що дозволяє візуалізувати дивертикули та ознаки ускладнень.

2. Дренування параколітичних абсцесів під контролем УЗД при дивертикуліті сигмоподібної кишки без ознак перфорації може слугувати методом остаточного оперативного лікування.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Голованова Аліна
Петрук Богдан
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. В. В. Бойко
Науковий керівник - ас. Д. А. Кірієнко

Актуальність. Синдром Діабетичної Стопи (СДС) – це інфекція, виразка й/або деструкція глибоких тканин, пов'язана з неврологічними порушеннями й зниженням магістрального кровотоку в артеріях нижніх кінцівок різного ступеня важкості. СДС діагностується в 4-25% всіх хворих із цукровим діабетом (ЦД). Незважаючи на певні успіхи в профілактиці й лікуванні СДС, зазвичай 40-60% всіх не травматичних ампутацій нижніх кінцівок проводиться у хворих із ЦД у віці 46-65 років.

Мета. Вивчити основні напрямки в тактиці лікування та найближчі результати лікування хворих з СДС на принципах мультидисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. Для написання даної роботи використані данні історій хвороб 45 пацієнтів з нейроішемічною та ішемічною формами СДС які лікувалися у 2016 році на базі «Інституту загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України»

Результати. При проведенні аналізу було встановлено, що однією з клінічних ознак пацієнтів з СДС є ураження дистального артеріального русла.Усіх пацієнтів було розподілено на 2 групи. I група – 35 пацієнтів (78%)– ураження лише артерій гомілки, II група – 10 пацієнтів (22%) – пошкодження стегново-підколінного сегменту плюс стенози й оклюзії артерій гомілки. 28 пацієнтів (62%) I групи мали оклюзії усіх артерій гомілки, 7 пацієнтів (16%) – гемодинамічнозначущі стенози. Для усіх пацієнтів I групи першим етапом було виконано ангіопластику артерій гомілки (у 23 пацієнтів (51%) пластика єдиної артерії, у інших 12 (27%) була можливість виконати ангіопластику двох артерій). Пацієнтам II групи першим етапом була виконана ендоваскулярна корекція артеріального русла – 6 пацієнтам (13%) та "гібрідні операції"- 4 (9%) хворим. Другим етапом у лікуванні 32 пацієнтів були ампутації - 30 пацієнтам (66%) виконані "малі ампутацій" (15 (33%) за Лисфанком та 15 (33%) за Шопаром), 3 (7%) ампутації на рівні гомілки та 12 (27%) пацієнтів без ампутацій – заживлення ран на п'яті та стопі після алотрансплантації шкіри.

Алгоритм консервативної терапії включає: 1) компенсацію ЦД; 2) цілеспрямовану антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори; 3) купіювання явищ критичної ішемії кінцівки; 4) місцеве лікування ранневого процесу з використанням сучасних перев'язувальних матеріалів; 5) адекватне розвантаження стопи; 6) симптоматичну терапію з урахуванням супутніх захворювань.
Збереження кінцівки через 1 місяц та 1 рік – 94% та 89%, виживання – 96% та 86%, виживання без ампутації – 94% та 83%.
Висновки. Таким чином, комплексна терапія хворихіз СДС, заснована на принципах мультидисциплінарногопідходу, може суттєво покращіти результати лікування цієї категорії пацієнтів.

ОПТИМІЗІЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО АЛГОРИТМУ У ХВОРИХ З ГЕМАТОМАМИ БРИЖІ

Чудінович Ірина
Бойко Валерій
Лавриненко Андрій
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №1
Завідувач кафедри - проф. В. В. Бойко
Науковий керівник - проф. В. В. Бойко

Актуальність. Закрита травма живота (ЗТЖ) становить 20 - 40 % від загального числа травм, проте летальність залишається високою, в діапазоні 9 – 27,6%. Однак активна хірургічна тактика, яка передбачає екстрену лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини, що призводить до великої кількості (20 – 40 %) невиправданих операцій, коли хірург не виявляє в животі пошкоджень. Ще у 5 – 9 % випадків виявляються лише дотичні поранення порожнистих, паренхіматозних органів і сальника.
Мета. Оптимізація діагностики та хірургічного лікування хворих з гематомами брижі при ЗТЖ, шляхом розробки лікувально-діагностичного алгоритму із застосуванням ендохірургічних технологій.
Матеріали та методи. Дослідження проведено у 120 хворих, з них: 71,7% чоловіків (n=86), 28,3 % жінок (n=34), у віці від 25 до 56 років. Середній вік склав 38,5±3,4 року. Основну групу склали 57 (47,5%) хворих, яким застосовувався розроблений лікувально-діагностичний алгоритм. Групу порівняння склали 63 (52,5%) хворих, яким

застосовували традиційні методи діагностики і лікування (лапароцентез, вичікувальна тактика, ургентні лапаротомії).
Результати. Вивчення структури ЗТЖ показало, що 23% (n=27) випадків спостерігалися гематоми в зоні підшлункової залози, у 30% (n=36) – підкапсульні розриви селезінки з гематомами брижі тонкої кишки, у 30% (n=36) – гематоми брижі і підкапсульні розриви печінки, у 10% (n=12) – масивні заочеревинні гематоми, у 7% (n=9) розрив селезінки, масивні заочеревинні гематоми, гемоперитонеум. У разі виявлення при УЗД, а потім при КТ нечіткі, недостатньо певні ознаки пошкодження, які не дозволяли ні відкинути, ні остаточно підтвердити діагноз травми брижі. Тоді виконували невідкладне ангіографічне дослідження шляхом трансфеморальної катетеризації чревного стовбура і/або верхньої брижової артерії. Слід зазначити, що незважаючи на комплексне використання інструментальних методів діагностики, частота діагностичних помилок досягала 29,6+1,0%, що вимагало в подальших дослідженнях використовувати видеолапароскопію. Так, у 43 (35,8%) обстежених дане дослідження дозволило своєчасно виконати лапаротомію, так як були пошкодження органу різного ступеня тяжкості в поєднанні з іншими пошкодженнями органів черевної порожнини та заочеревинного простору.
Висновки. Результатом розробленого алгоритму діагностичної тактики стало підвищення інформативності з 38,6 ± 2,2% при традиційних методах діагностики до 94,3 ± 4,5% при використанні сучасних технологій, що привело до зниження частоти діагностичних помилок в 3,4 рази, а також зменшення часу діагностичного пошуку відповідно до 1,55+0,9 годин до 0,67+0,05, тобто в 2,3 рази ($p<0,01$) в 3 рази а також скорочення реанімаційно-діагностичного етапу в 2,7 рази ($p<0,05$).

ВПЛИВ ІНФЕКЦІЙ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ НА ФЕРТИЛЬНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ

Ясинецький Микола
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця
Кафедра урології
Завідувач кафедри - проф. С. П. Пасєчніков
Науковий керівник - доц. О. Д. Нікітін

Актуальність. Інфекції урогенітального тракту (ІУГТ) у чоловіків (ч) відносяться до захворювань, які потенційно здатні чинити негативний вплив на якість сперми, та впливати на фертильний статус жінок.
На даний час існують різноманітні погляди на вплив, який чинять ІУГТ на чоловічу фертильність та якість сперми: частина дослідників вказує

на негативні зміни у показниках сперматограми, інші автори - заперечують ці зміни. Згідно з рекомендаціями EAU за 2012 р., зараз відсутні безпосередні дані, які демонструють негативний вплив ІУГТ на якість еякуляту та чоловічу фертильність.

Мета. Дослідити вплив інфекцій урогенітального тракту на фертильність чоловіків

Матеріали та методи. Проаналізовані дослідження характеризують видовий склад мікроорганізмів (МО), виділених із сперми у 140 ч. з інфекцією геніталій при безплідді.Аналіз даних свідчить про різноманіття виявлених МО.: Staphylococcusepidermidis (52,1%), Enterococcussp. (17,8%) и Streptococcusgr. (15,0%). У 96 ч. (68,6%) виявлена асоціація збудників інфекції, а у 32 ч. (22,8%) - безсимптомна бактеріоспермія. Результати мікробіологічного аналізу сперми показали, що в 86,4% випадків бактеріоспермія супроводжується лейкоцитоспермією (лс).

Основну групу з лс склали 110 хворих (78,6%) з кількістю лейкоцитів (л) від 1,0 до 5,0×106/мл, і тільки у 11 пацієнтів (7,8%) виявлені кількість л. більше 5,0×106/мл. При цьому нормальна кількість л. за данимм спермограм при бактеріоспермії виявлена тільки у 19 хворих (13,6%).

Результати. Аналіз отриманих результатів показав: повне клінічне одужання у 91 (65,0%) ч., частота виникнення вагітності в подружніх парах протягом 24 місяців після закінчення лікування складала 26,4%. Залишкові запальні явища спостерігались у 36 (25,7%) пацієнтів, які вимагали проведення додаткового лікування. У 13 (9,3%) хворих при відсутності ІУГТ продовжувала зберігатись патоспермія, що свідчить про токсичний вплив інфекції не тільки на сперматозоїди, але й на сперматогенний епітелій.

Проведене дослідження показало, що лікування екскреторно-токсичного безпліддя у хворих привело до повного клінічного одужання у 91 (65,0%) пацієнта, а кількість вагітностей протягом 24 місяців складала 26,4%. Інші хворі, що не відмічали ефекту потребують подальшого дослідження та лікування.

Висновки. Урогенітальної інфекції - це одні з найбільш частих чоловічих захворювань, які можуть привести до безпліддя. Рання діагностика і сучасні принципи лікування дозволяють відновити фертильність чоловіків та запобігти розвитку ускладнень .

СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ

Лекційна аудиторія кафедри акушерства і гінекології
Четвер, 27.04.2017р., :00

Наукова рада – проф. Л.Б. Маркін, доц. О.В. Святоцька, доц. О.В. Беседін, доц. І.М. Анісімова, доц. О.О. Коритко, доц. О.В. Шахова, доц. О.М. Жемела

Головуючі – Іванишин Оксана, Мокра Христина

СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Іванишин Оксана
Патер Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.О. Коритко

Актуальність. Системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит, синдром Шегрена, системний васкуліт, дерматоміозит, системна склеродермія та інші) – група аутоімунних захворювань, морфологічною основою яких є системна дезорганізація сполучної тканини. Відомо, що жінки хворіють у 5 раз частіше, ніж чоловіки, а розвиток і максимальна активність більшості системних захворювань припадає на репродуктивний вік.
Мета. Обгрунтувати причини та ризики невиношування вагітності при системних захворюваннях сполучної тканини, враховуючи складність їх діагностики.
Матеріали та методи. Аналіз світових наукових досліджень в галузі ревматології, акушерства та гінекології.
Результати. Діагностика системних захворювань сполучної тканини – тривалий та складний процес, що пов'язаний із їх полісимптомними проявами та нерідким «маскуванням» під інші хвороби. Часто аутоімунні захворювання у жінок діагностуються після повторних випадків невиношування вагітності (самовільне передчасне переривання вагітності в термін від зачаття до 37 повних тижнів вагітності) та після народження дитини із затримкою внутрішньоутробного розвитку, а маніфестація симптомів захворювання співпадає із початком вагітності.

Це є результатом зміни імунологічного профілю вагітної жінки: при вагітності змінюється співвідношення регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів у бік супресії: збільшується кількість Т-супресорів і зменшується кількість Т-хелперів – збільшується співвідношення Т-супресор/Т-хелпер,а це, як відомо, стимулює проліферацію В-лімфоцитів і, відповідно, синтез антитіл. Деякі з цих антитіл зв'язуються з розчинними антигенами і у вигляді імунних комплексів відкладаються у тканинах, викликаючи запалення, а інші, безпосередньо зв'язуючись з тканинними антигенами і комплементом, призводять до пошкодження тканин. Також вагомий вплив на вагітність при наявних системних захворюваннях має і зміна гормонального фону жінки: естрогени сприяють імунологічній гіперреактивності.

Встановлено, що різні аутоімунні захворювання по-різному впливають на вагітність: найбільша кількість самовільних абортів та передчасних пологів (в середньому 20%) спостерігається у жінок, хворих на системний червоний вовчак, синдром Шегрена та системну склеродермію. На противагу цьому, при таких захворюваннях, як ревматоїдний артрит та системний васкуліт, за умови діагностики та лікування цих захворювань до вагітності, можливе покращення загального стану жінки (у 48-75% випадків).

Основними причинами невиношування вагітності у жінок з аутоімунними захворюваннями є: ураження нирок (люпус-нефрит, вторинний гломерулонефрит), гіпертензія, в т. ч. неконтрольована, прееклампсія, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, вроджена антитіло-асоційована блокада серця у плода, генетичні порушення у плода, а також наявність антифосфоліпідного синдрому.

Висновки. Системні захворювання сполучної тканини не є вироком для хворої жінки, яка мріє стати матір’ю за умов вчасної діагностики, патогенетичного лікування захворювання, а також комплексної підготовки до вагітності.

ІНФОРМОВАНІСТЬ ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ ПРО СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Мокра Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.О. Коритко

Актуальність. В Україні офіційно в рік роблять 250 тис. абортів. Число неофіційних та медикаментозних абортів нікому не відоме. Аборт сприймається як звичайний метод контрацепції, тоді як про сучасні методи контрацепції (такі як КОКи) велика частина населення не проінформована.
Мета. Оцінити проінформованість жіночого населення про сучасні методи контрацепції (КОКи), оцінити ефективність методів та надати основну інформацію про комбіновані оральні контрацептиви.
Матеріали та методи. Було створено анкету, на основі якої проведено математичний та статистичний аналіз 298 опитаних жінок.
Результати. У анкетуванні взяли участь 298 осіб жіночої статі, серед них 99 віком 16 років та менше (33.2%), 106 осіб віком 17-21 років (35,5%), 65 осіб віком 22-26 років (21,8%) та 28 осіб віком 27 років та більше (9,5%). Серед опитаних 203 особи проживають у містах (68,1%) та 95 – у СМТ та селах (31,9%). Статеве життя почали 171 особа (57,4%). Серед них статеве життя до 16 років почали 99 осіб (33,2%), у віці 17-21 років - 106 осіб (35,5%), у віці 22-26 років – 65 осіб (21,8%) та у віці 27 років і більше – 28 осіб (9,5%). Серед жінок, які почали статеве життя: вагітними були 42 (24,5%), переривали вагітність шляхом абортом 8 осіб (4,4%) та мали патологічні переривання вагітності 10 осіб (5,7%), користуються контрацепцією 141 особа (82,3%). Серед усіх опитаних щодо засобів контрацепції, які вони використовують отримано: презервативи – 114 (38,2%), перерваний статевий акт – 44 (14,7%), КОКи – 8 (2,7%), інші – 4 (1,8%) та 127 осіб не ведуть статеве життя (42,6%). Також серед усіх опитаних інформацію про комбіновані оральні контрацептиви мали 89 осіб (29,9%), з яких ними користуються 8 осіб.
Висновки. В результаті даного дослідження встановлено, що більшість дівчат починають вести статеве життя до 20 років. Не зважаючи на широку пропаганду контрацептивів обізнаність щодо них досі залишається досить низькою. Про такий засіб контрацепції, як комбіновані оральні контрацептиви, обізнані лише 30% опитаних, хоча він вважається одним із найефективніших. З цього можна зробити висновок, що обізнаність про контрацепцію як до початку статевого життя, так і після нього в Україні залишається низькою.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ХВОРОБІ ІЦЕНКО-КУШИНГА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Чапля Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. Л.М. Ященко

Актуальність. Хвороба Іценко-Кушинга (ХІК) відноситься до числа тяжких ендокринних захворювань, при яких розвиваються системні ураження. У 75-80% жінок дане захворювання перебігає із порушенням статевої функції у вигляді оліго-, опсо- чи аменореї, безпліддя, гірсутизму і вугрового висипу. Вагітність у жінок, що страждають активною фазою ХІК зустрічається рідко(4-8 % випадків). Після успішного лікування захворювання у багатьох жінок відновлюється генеративна функція, але здатність до зачаття залишається зниженою.
У 41% хворих довго зберігаються менструальні порушення. Розвиток вагітності в активній фазі хвороби є несприятливим як для матері, так і для плода. Часто вагітність у таких жінок переривається на ранніх стадіях. Висока гіпертензія веде до недостатності плаценти і внутрішньоутробної смерті плода.
Мета. Продемонструвати клінічний випадок перебігу вагітності та пологів у жінки із ХІК.
Матеріали та методи. Аналіз даних витягу та епікризу з історії хвороби, обмінної карти, історії пологів, протоколу операції , результатів лабораторних, гістологічних та інструментальних досліджень вагітної з ХІК; використання наукових літературних джерел, описових та аналітичних методів.
Результати. Пацієнтка 21 року звернулась у жіночу консультацію для постановки на облік з приводу першої вагітності. Було діагностовано вагітність 19-20 тижнів . Із витягу епікризу історії хвороби Львівського обласного державного клінічного лікувально-діагностичного ендокринологічного центру за термін лікування 14.04-27.04.2016р. відомо, що у пацієнтки: Стан після ендокапсулярного видалення аденоми гіпофіза з приводу ХІК (2012р.). Вторинний (стероїдний) цукровий діабет, середньої важкості, стадія компенсації. Гіперпролактинемічний синдром. І вагітність 8 тижнів. Скарг на період лікування виявлено не було. Із анамнезу життя відомо, що до вагітності менструальний цикл не був порушений. Із результатів УЗД дослідження станом на 02.08.2016р. було виявлено порушення матково-плацентарного кровоплину. На 28 тижні вагітності було діагностовано синдром затримки розвитку плода.
23.09.2016р. пацієнтка поступила до гінекологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Скарги у пацієнтки при поступленні і протягом всього періоду вагітності були відсутні.

20.10.2016р.у терміні 38-39 тижнів, у плановому порядку за показами було виконано лапаротомію за Пфанненштилем, кесарський розтин в нижньому сегменті матки.
Внаслідок родорозрішення народився живий доношений хлопчик масою 2770 г, довжиною 49 см. При гістологічному дослідженні плаценти - деструктивні зміни стовбурових та термінальних ворсин, ділянки амніона породіллі - розшарування стінки пуповинної артерії, еритроцитарні саджі у просвіті пуповинної артерії.
Висновки. Сприятливі наслідки для матері та дитини спостерігаються у вагітних жінок з ХІК в стадії ремісії після відповідного лікування. Перебіг вагітності залежить від стану жінки, лише при стійкій ремісії ХІК вона проходить без ускладнень. Ускладнений перебіг пологів є причиною високої частоти оперативних втручань для родорозрішення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З КОРЕГОВАНОЮ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Грицак Ганна
Буковинський державний медичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Завідувач кафедри – проф. О.В. Кравченко
Науковий керівник – доц. С.М. Ясніковська

Актуальність. Невиношування вагітності – одна із актуальних проблем сучасного акушерства, що зумовлена високою частотою та відсутністю тенденцій до зниження даної патології. Частота мимовільного переривання вагітності складає біля 15-20% від загального числа всіх вагітностей. На ранні терміни (в 6-8 тиж.) припадає 40-80% всіх мимовільних викиднів. Поширеною причиною невиношування є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН), на долю якої припадає від 14,5% до 65% пізніх викиднів та передчасних пологів.
Мета. Вивчення перебігу вагітності та її завершення у жінок з корегованою різними методами ісміко-цервікальною недостатністю.
Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз перебігу та завершення одноплідної вагітності у 84 пацієнток з корегованою ІЦН. Залежно від методу корекції жінки розподілені на три групи.
Першу групу склали 25 вагітних, яким був накладений круговий шов на шийку матки. До другої групи включені 34 жінки, для лікування яких

використовувався акушерський розвантажувальний песарій типу «Arabin». Третя група представлена 25 пацієнтками з комбінованою корекцією ІЦН (круговий шов на шийку матки з наступним введенням акушерського розвантажувального песарію).За епідеміологічними характеристиками (вік, сімейний стан, супутні екстрагенітальні захворювання, акушерський та гінекологічний анамнез) групи були однорідними. Математична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерного програмного забезпечення системи Excel.

Результати. Перебіг вагітності у досліджуваних пацієнток ускладнювався клінічно вираженою загрозою переривання. Всі вагітні до проведення корекції ІЦН мінімум один раз перебували на стаціонарному лікуванні загрози викидня. У 19 (22,6%) жінок вагітність після корекції ІЦН протікала без ускладнень. У інших спостерігалися різні ускладнення як з боку матері, так і з боку плода. Ефективність усіх трьох видів корекції ІЦН була достатньо високою. Так, кількість передчасних пологів у І групі склала 8%, у ІІ-й – 11,8% та у ІІІ-й – 12%, причому різниця між групами не була достовірною ($p>0,05$). Пологи через природні пологові шляхи частіше відбувалися у жінок І групи, а у вагітних ІІ і ІІІ груп кесарів розтин виконувався більше ніж у 30% обстежуваних, з яких у 37,8% - за ургентними показами.

Висновки. Виявлена відсутність статистично значимої різниці між результатами застосованих методів корекції ІЦН. Використання агресивних методів корекції (шов на шийку матки) слід виконувати тим пацієнткам, яким не можна запропонувати альтернативні методи лікування даної патології.

ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ У ВАГІТНИХ

Коваль Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. К.Ю. Ісаєва

Актуальність. На тлі існуючих соціальних та екологічних факторів,спостерігається прогресивне зростання кількості доброякісних пухлин яєчників серед жінок репродуктивного віку,внаслідок чого збільшується відсоток цієї патології серед вагітних. Наявність пухлинних утворень яєчників асоціюється з високим ризиком

акушерських ускладнень як з боку матері,так і з боку плода. Значна кількість досліджень присвячена пошуку сучасних методів діагностики й лікування даних захворювань у вагітних. Закордонні оглядові дослідження показали,що лапароскопічне видалення оваріальних утворень під час вагітності є технічно можливим і не повинно розглядатися як протипоказання при вагітності. Основними маловивченими проблемними питаннями лапароскопісних втручань є:термін вагітності,під час якого можливе проведення оперативного втручання,покази для оперативного втручання,точки накладання троакар них портів,необхідність та доцільність проведення специфічної післяопераційної реабілітації,перебіг вагітності в післяопераційному періоді та стан новонароджених.

Мета. Проаналізувати результати оперативного лікування доброякісних пухлин яєчників у вагітних при застосуванні лапароскопічних технологій.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 31 історії хвороби та історій пологів вагітних з доброякісними пухлинами яєчників,які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОКЛ впродовж 2009 – 2016 рр. Відібрано групу вагітних,у яких застосовувались ендоскопічні технології для хірургічного лікування пухлин яєчників. Проаналізовано перебіг та об`єм оперативних втручань,перебіг післяопераційного періоду та перебіг вагітності. Зазначені дані порівнювали з даними групи вагітних, у яких було застосовано лапаротомний доступ.

Результати. Критеріями розподілу були – термін вагітності, розміри пухлини, наявність ознак малігнізації. Середній вік вагітних жінок I та II групи становив 25,68±1,54 років. Термін вагітності знаходився в межах від 10 тижнів до 35 тижнів. У всіх вагітних проведено оперативне лікування. В ургентному порядку прооперовано 20 (64,5%) вагітних, з них лапароскопічні втручання у 10 (66,7%) вагітних, лапаротомні – у 10 (62,5%). Планові операції проведено у 11 (35,5%) вагітних: лапароскопічно – у 5 (33.3%) та лапаротомні – у 6 (37,5%) вагітних. Основними показаннями до оперативного лікування були больовий синдром, збільшення розмірів пухлини, великі розміри пухлини, можлива малігнізація. Тривалість операцій у вагітних I групи в середньому тривали 45,21±1,39 хв., та II групи – 60,21±10,02 хв. Рівень крововтрати у жінок I групи становив 50,25±20,24 мл. та 90,05±30,48 мл. – у вагітних II групи. Будь-яких ускладнень під час оперативного лікування та випадків конверсії з лапароскопії на лапаротомію не було. Основні ускладнення післяопераційного періоду такі як кровотеча, гнійно-септичні стани не відмічались у жодному випадку. Больовий синдром довше зберігався серед вагітних II групи.

Післяопераційний період супроводжувався явищами загрози переривання вагітності у 4 26,7% випадків серед вагітних І групи та у 7 43,7% випадків – ІІ групи відповідно. Середній ліжкодень у І групі становив 7,75±0,26 днів та відповідно у ІІ групі – 14,05±1,24.

Висновки. Згідно отриманих даних, лапароскопія є можливим та безпечним методом лікування пухлинних процесів яєчників у відібраного контингенту вагітних жінок зі сприятливими перинатальними та материнськими наслідками.

ЗМІШАНІ ГЕНІТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ – ПРИЧИНА ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Дудок Анна
Сушінець Вікторія
Гнатів Олена
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.М. Жемела

Актуальність.Сьогодні очевидним є збільшення частоти внутрішньоутробних інфекцій (ВУІ) у структурі акушерської та перинатальної патології. За даними Міністерства охорони здоров'я генітальне інфікування є причиною пери- і постнатальних втрат, значних порушень стану здоров’я, що призводить до інвалідизації та зниження якості життя.

Мета. Оцінка акушерської та перинатальної патології за матеріалами пологових відділень Львівської обласної клінічної лікарні у жінок з генітальними інфекціями.

Матеріали та методи. Проведено комплексний аналіз 500 історій передчасних пологів пацієнток за період з 2014 по 2016 роки, з яких - 150 історій пологів у пацієнток із змішаними генітальними інфекціями.

Результати. Найбільшу питому вагу становить вірусна інфекція (48%), друге місце займає уреаплазмово-мікоплазмова інфекція (35%), найменшу частку становить хламідійна інфекція (17%).

Виявлено такі патологічні стани: мимовільні викидні (36,1%), несвоєчасне вилиття навколоплідних вод (25%), передчасних пологів (16,7%), післяпологового ендометриту (13,8%), хоріоамніоніту (8,4%).

Висновки. Виявлено значний вплив змішаних генітальних інфекцій на перебіг вагітності та стан внутрішньоутробного плода, у зв’язку з чим постає необхідність повноцінного обстеження жінок при плануванні

вагітності, а також вагітних з подальшим етіопатогенетичним лікуванням в разі виявлення патології.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У ЖІНОК З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ

Данилко Марта
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового
Завідувач кафедри – проф. Н.І. Геник
Науковий керівник – ас. Н.Я. Курташ

Актуальність. Позаматкова вагітність- одна з основних проблем акушерства та гінекології, оскільки є провідною причиною материнської смертності в 1 триместрі вагітності, а також однією з частих причин безпліддя трубно-перитонеального генезу. На тлі зниження рівня народжуваності, фертильності, збільшення кількості екстрагенітальної патології та хронізації захворювань у жінок дітородного віку, позаматкова вагітність є одним з чинників репродуктивних втрат.

Мета. Зниження частоти порушень репродуктивної функції жінок із позаматковою вагітністю (ПВ) в анамнезі на основі вивчення патогенезу даної патології, типових скарг та клінічних проявів, інформативних критеріїв діагностики та удосконалення алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій 50 жінок із ПВ, що проходили лікування протягом 2014-2016 років в МКПБ, та були розподілені на дві групи (І - 25 жінок із ПВ, обстеження і лікування яких здійснювалось загальноклінічним методом, ІІ - 30 жінок із ПВ, із застосуванням доповненого алгоритму діагностики і лікування).

Клініко-анамнестичний аналіз, статистична обробка отриманих результатів.

Результати. Враховуючі основні проаналізовані клінічні параметри, було встановлено загальні закономірності виникнення ПВ. Чинниками ризику настання ПВ слід вважати порушений менструальний цикл (48,6%), перенесені захворювання, що передаються статевим шляхом (23,5%), оперативні втручання (15,1%), а також гінекологічні захворювання (84,7%).У І групі повноцінний об’єм необхідного обстеження на догоспітальному етапі було виконано лише у 40,3% пацієнток, а в ІІ групі- у 91,0%, і, як наслідок, у пацієнток ІІ-ої групи

був скорочений часовий інтервал з моменту первинного звернення до оперативного втручання. Визначення концентрації β-хоріонічногогонадотропіну (β-ХГ) проводилось лише у половини жінок I групи, і у 100% жінок II групи; ехографічне дослідження було проведено у 40,3% жінок I групи, і у 81,7% жінок II групи. В жінок I групи у 70,3% випадків проведено лапаротомічне хірургічне втручання, тоді як в II групі у 100% випадків було застосовано діагностично-лікувальну лапароскопію.

У I групі використання традиційної тактики ведення не забезпечило умов для проведення органозберігаючих операцій у 36,4%, тоді як в II групі органозберігаючі операції виконано у 85,7% жінок.

Висновки. Використання сучасних медичних технологій (УЗД моніторинг, β-ХГ-моніторинг, діагностично-лікувальна лапароскопія) дозволяє скоротити терміни обстеження жінок із ПВ на догоспітальному і госпітальному етапах, зменшити частоту діагностичних помилок, забезпечити умови для виконання органозберігаючих операцій у 85,7%, що в свою чергу призводить до збереження репродуктивної функції таких пацієнток в майбутньому.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ, ЯКІ НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ

Приймак Марія
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. В.В. Флуд

Актуальність. В останні роки все більшої актуальності набуває ведення вагітності та пологів у жінок старшої вікової групи. Зростає число жінок у віці старше 35 років, які вперше народжують, і, відповідно, висока частота ускладнень протягом вагітності та пологів.

Мета. Аналіз перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у жінок, які народжують вперше у віці старше 35 років.

Матеріали та методи. Для оцінки перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків проведено аналіз 30 історій пологів у вагітних старше 35 років.

Результати. Середній вік склав 37,1 ± 1,5 років. За соціальним станом 26,6% жінок перебували на посадах держслужбовців, 56,6% працівники освіти, 16,6% не працювали. При вивченні медичної документації встановлено, що у 14 (46,6%) жінок дана вагітність наступила вперше. У 9 (30%) пацієнток в анамнезі були медичні аборти, у 6 (20%) –

мимовільні викидні, у 1 пацієнтки – позаматкова вагітність. У 2 (6,6%) пацієнток діагностовано первинне безпліддя, і вагітність наступила з допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Серед гінекологічних захворювань в анамнезі у жінок пізнього репродуктивного віку переважали аднексит (33,3%), поліп ендометрію (6,6%), міома тіла матки (3,3%), хламідійна інфекція (6,6%) і ендометрит (3,3%). З екстрагенітальних захворювань у 11 (36,6%) пацієнток відзначена міопія середнього ступеня, у 4 (13,3%) варикозне розширення вен нижніх кінцівок. При аналізі перебігу вагітності у 53,3% пацієнток вагітність ускладнилася анемією вагітних і загрозою переривання на різних термінах гестації. Ранній токсикоз вагітних і гестаційний пієлонефрит спостерігалися у 30% вагітних, гестоз другої половини вагітності – у 13,3%, ГРВІ в першому триместрі вагітності – у 20%. З приводу перерахованих ускладнень вагітності 83,3% вагітних перебували на стаціонарному лікуванні. При аналізі перебігу пологів у жінок старшої вікової групи, що народжують вперше в 83,3% випадків пологи відбулись в термін і в 6,6% - передчасно. У 40% жінок розродження відбулось шляхом операції кесарського розтину, у 60% – через природні пологові шляхи. Показаннями до операції були прогресуюча внутрішньоутробна гіпоксія плода (33,3%), слабкість пологової діяльності (25%), прееклампсія важкого ступеня (16,6%), клінічно вузький таз (16,6%), тазове передлежання плоду (8,3%). У структурі ускладнень інтранатального періоду переважали передчасний розрив плодових оболонок (26,6%), аномалії пологової діяльності (20%), внутрішньоутробна гіпоксія плода (13,3%). В одному випадку було діагностовано щільне прикріплення плаценти. Всього народилася 31 дитина (1 двійня і 2 недоношених), 2 з них – у стані асфіксії середнього ступеня, 4 - легкого ступеня.

Висновки. Проведене дослідження показало, що жінки старше 35 років, які народжують вперше, відносяться до групи високого ризику по розвитку акушерської та перинатальної патології.

Таким чином, абсолютно очевидна необхідність удосконалення системи моніторингу для жінок пізнього репродуктивного віку.

НЕІМУННА ВОДЯНКА ПЛОДА, ДІАГНОСТИКА, ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ

Вовк Софія
Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. І.М. Анісімова

Актуальність. Неімунна водянка плода (НІВП) – поліетіологічне захворювання, характеризується високою летальністю, незважаючи на прогрес в діагностиці та лікуванні. З таким діагнозом виживають 20-33% новонароджених. НІВП виникає з частотою 1:3000-1:4000 вагітностей. НІВП – виражена загальна гідратація плода, що проявляється позаклітинним скупченням рідини у тканинах і серозних порожнинах без будь яких ознак циркулюючих антитіл до антигенів еритроцитів і становить до 90% від усіх випадків водянок плода. Факторами, які спричинюють виникнення цієї патології, є серцево-судинні захворювання, хромосомні порушення, гематологічні аномалії, внутрішньоутробні інфекції тощо. Деякі автори пов'язують значну роль парвовірусу В19 із розвитком водянки у плода, ризик вертикальної трансмісії складає 33-51%.

Мета. Проаналізувати дані літератури, історії пологів, розробити рекомендації щодо ведення вагітних з НІВП.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз історій пологів 20 вагітних з діагнозом: НІВП, які родорозрішені у відділенні патології вагітних Львівської обласної клінічної лікарні за період з 2013-2017 р.р.

Результати. При проведенні статистичного аналізу виявлено обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез: мимовільні викидні, завмерла вагітність, антенатальна загибель плода у 55% жінок. Вік вагітних коливався від 19 до 35 років, першовагітних було 20%, жительок сільської місцевості - 65%. Діагноз ставився на підставі виявлених ультрасонометричних змін у плода, таких як: асцит, ехонегативні зони в перикарді, кардіомегалія, гепатоспленомегалія, набряк шкіри. Набряк плаценти відмічено в 60% випадків, багатоводдя - у 40%. 80% вагітних поступили з антенатальною загибеллю плода в терміні вагітності 26-35 тижнів. При аналізі обмінних карт встановлено, що у 20% вагітних був змінений рівень PAPP-A (протеїн-А), але інвазивної пренатальної діагностики не проводилось. Обстежені на TORCH-інфекції 60% жінок, одна пацієнтка обстежена на парвовірус В19; виявлено токсоплозмоз, вірус герпесу, цитомегаловірусна інфекція, лікування не призначалось. У хворої М., у 18-19 тижнів вагітності виявлено асцит у плода, багатоводдя, потовщення плаценти; в 21 тиждень проведено плацентоцентез, цитогенетичне дослідження, каріотипування плода, антибактеріальна терапія; в 28-29 тижнів ультрасонометричних ознак НІВП не виявлено, народився доношений хлопчик. Родорозрішені шляхом операції кесарського розтину 20% вагітних (показання: гострий дистрес плода, 2 рубці на матці після кесарського розтину). Рання неонатальна смертність констатована в трьох випадках.

Висновки. 1. Жінкам з втратами плодів в анамнезі, при плануванні вагітності проводити інфекційний скринінг, включаючи обстеження на парвовірус В19, визначати індекс авідності. 2. Проводити контроль доплерометричних порушень кровоплину, визначати кровоплин у венозній протоці, в середній мозковій артерії, що дозволить більш повно оцінити стан плода. 3. При відхиленні рівнів сироваткових маркерів, при виявленні ультрасонометричних ознак НІВП рекомендувати вагітним інвазивні методи пренатальної діагностики, консультацію генетика.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ВАГІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З НАЯВНІСТЮ РУБЦЯ НА МАТЦІ

Якубовська Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. А.В. Старикович

Актуальність. У зв'язку зі збільшенням частоти абдомінального розродження і консервативно-пластичних операцій зросла кількість жінок з рубцем на матці. Перебіг вагітності при наявності рубця має ряд клінічних особливостей. Так, у цих вагітних частіше відзначається дефект посліду, передлежання та прирощення плаценти, гестози, неправильне положення плоду та високий ризик розриву матки. Занепокоєння з приводу можливих ускладнень, пов’язаних з неспроможністю рубця при пологах змушує рекомендувати кесарів розтин, однак вагінальні пологи привертають все більше уваги, як один з можливих шляхів зниження загального рівня кесарського розтину, частоти повторного кесарського розтину та ризику цілої низки патологічних станів, пов’язаних із повторним оперативним втручанням.
Мета. Проаналізувати перебіг вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці при вагінальному розродженні
Матеріали та методи. У дослідженні проведено аналіз медичної документації 17 вагітних жінок, віком 22-42 років з обтяженим акушерським анамнезом — рубець на матці та наступними вагінальними пологами. Вагітні знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділеннях екстрагенітальної патології та

патології вагітності Львівської обласної клінічної лікарні впродовж 2016 року.

Результати. При проведенні аналізу перебігу вагтності і пологів у жінок з рубцем на матці встановлено що причиною рубця на матці були у 15(88%) випадках кесарів розтин, у 1(6%) — консервантивнаміомектомія та 1(6%) — перфорація матки. Передчасні пологи відбулися у 8(47%) жінок, антенатальна загибель плоду 2(12%)випадки, дефект посліду 8(47%) випадків, передчасний розрив плідних оболонок у 3(17%) вагітних. Ручна ревізія порожнини матки була виконана 4(23%) жінкам, вишкрібання порожнини матки — 9(52%).

Висновки. Вагінальні пологи з рубцем на матці супроводжуються достовірно меншим ризиком материнської та неонатальної захворюваності у порівнянні з плановим КР. Одним із основних факторів безпеки ВПКР є ретельний відбір кандидатів. Перевагу надавати жінкам які вже мали вагінальні пологи в анамнезі.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГІПОГОНАДОТРОПНОЇ АМЕНОРЕЇ

Карімова Гульнара
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. Г.Б. Семенина

Актуальність. У структурі порушень менструальної функції аменорея посідає чільне місце, становлячи близько 27-29 %. Гіпогонадотропна аменорея розвивається в тому випадку, коли має місце зниження або повне припинення синтезу гіпофізом гонадотропінів – фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів – при збереженні продукції інших гормонів гіпофіза. Зниження гонадотропної функції гіпофіза може бути обумовлено різними причинами: спадковість, психоемоційні або фізичні перевантаження, недостатній раціон харчування, порушення харчової поведінки (нервова анорексія), об’ємні утвори гіпофіза, синдром Шихана, гіпофізарна кахексія, гемохроматоз, синдром Симмондса, саркоїдоз, прийом лікарських препаратів (гангліоблокатори, оральні контрацептиви, деякі гіпотензивні препарати та ін..)

Мета. З’ясувати основні діагностичні критерії гіпогонадотропної аменореї

Матеріали та методи. Обстеженю підлягали 33 жінки з діагнозом аменорея. Тривалість аменореї від 1 до 4 років. Пацієнткам проводились гормональні обстеження, функціональні проби, ультразвукове обстеження внутрішніх статевих органів (УЗД).
Результати. Усім пацієнткам проводилась прогестеронова проба, без ефекту. У зв'язку з чим проводилась проба з естроген-гестагенними препаратами. Після появи менструальноподібної реакції оцінювали результати гормональних обстежень: фолікулостимулюючий гормон – 0,5±0,1мМО/мл, лютеїнізуючий гормон – 0,4±0,1мМО/мл, естрадіол – 27,88 ±0,43 нг/мл, антимюллерів гормон – 3,48±0,19 нг/мл, тестостерон загальний – 1,12±0,17 нмоль/л, глобулін, що зв'язує статеві стероїди- 108,8±31,1 нмоль/л, індекс вільного андрогену – 1,02±0,17%, кортизол – 17,35±0,16 мкг/дл, дегідроепіандростерону сульфат – 288,3±41,93 мкг/дл, тестостерон вільний – 3, 071±0,291 нг/мл, андростендіон – 2,04±0,59нг/мл, пролактин – 8,19±0,65 нг/мл, 17- α-оксипрогестерон – 0,56±0,13нг/мл. Результати УЗД виявили гіпоплазію матки у 30 хворих, з них у 11 – I ступеня, у 10 – II ступеня, у 9- III ступеня; стоншений ендометрій: 2 мм у 27 хворих, 3 мм у 6 хворих; яєчники зменшені в розмірах у 27 хворих. Відсутність примордіальних фолікулів у яєчниках у 15 хворих.
Висновки. 1. Гіпогонадотропна аменорея є тяжким гінекологічним захворюванням , оскільки призводить до порушення гормонального гомеостазу впродовж всього менструального циклу. Діагностика захворювання базується на даних анамнезу, результатах гормональних та ультразвукових досліджень. 2. Основними порушеннями гормонального статусу при гіпогонадотропній аменореї є: низькі рівні фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів, виражена гіпоестрогенія у I фазі менструального циклу, абсолютна гіпопрогестеронемія, підвищення індексу естрадіол/прогестерон у II фазу менструального циклу. 3.Головними УЗ-критеріями гіпогонадотропної аменореї є: гіпоплазія матки, стоншення ендометрію, зменшення кількості примордіальних фолікулів у яєчниках. 4. Гіпоплазія матки корелювала з тривалістю аменореї (r=0,67). 5. Для гіпогонадотропної аменореї характерна негативна проба з прогестероном.

ЧОМУ СИН БАЖАНІША ДИТИНА АНІЖ ДОЧКА

Гарасим Уляна
Кацюба Юліана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. Т.В. Фартушок

Актуальність. Багато українців вірять, що краще народити хлопчика. Батькам, які виховують лише дівчаток, друзі та знайомі не рідко висловлюють співчуття. До новонароджених дівчаток ставилися менш прихильно. Подекуди навіть ритуал хрещення для них відбувався за скороченим сценарієм. А батьки та родичі усіма засобами намагалися сприяти народженню синів. Значною мірою це данина традиції, але також і прояв патріархальності українського суспільства. Якщо говорити про історичні витоки саме таких преференцій до статі дитини, то вони були викликані потребою чоловічої праці у сільському господарстві.

Для багатьох українських родин народження дитини будь-якої статі зараз викликає труднощі.

Питання про бажану чи небажану стать дитини відходить на задній план, бо куди важливіше питання – бути здатними мати просто здорову дитину.

Мета. Метою роботи було вивчення народжуваності за статями у Львові протягом 2016 року.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження стали історії пологів жительок Львова, які народжували протягом 2016 року у Львові, а також дані Головного управління статистики у Львівській області. Статистичну обробку матеріалу проведено з використанням програм MSExceliStatistica 6.0.

Результати. Кількість наявного населення у Львові, за оцінкою, на 1 вересня 2016 року становила 756,0 тис. осіб. Упродовж 2016 року населення Львова (включаючи м. Винники, смт. Брюховичі та смт Рудне) зменшилось на 2425 осіб.

Зменшення населення відбулося за рахунок природного (575 осіб) та міграційного скорочення (1850 осіб).

Природний приріст населення зафіксовано у Сихівському районі (274 особи), смт Брюховичі (4 особи). Порівняно з січнем–серпнем 2015року кількість народжених збільшилась на 0,6 %, а кількість померлих зменшилась на 3,0 %. Рівень народжуваності найвищий у Сихівському районі, смертності – у Галицькому районі.

Упродовж січня-серпня 2016 року у місті зареєстровано 4553 одружень. Порівняно з січнем-серпнем 2015 року кількість шлюбів зменшилась на 218 одиниць.

Протягом дев’яти місяців 2016 року у Львові народилося всього 6 008 немовлят.

У 2012 році у Львові народилось 4215 хлопчиків та 3806 дівчаток, у 2013 році –відповідно 4091 хлопчиків та 3776 дівчаток, у 2014 році – 4198 хлопчиків та 3987 дівчаток, у 2015 році – 3993 хлопчиків та 3651 дівчаток, протягом семи місяців 2016 року - відповідно 2170 хлопчиків та 2165 дівчаток.

Висновки. Сьогодні добробут сім'ї і високий заробіток більше не залежить від м'язової сили, а зміна прізвища чи місце проживання молодого подружжя є справою вільного вибору. Та чимало українців продовжують вірити, що краще народити хлопчика.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ІНФЕКЦІЯХ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ

Глушкова Ольга
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. М.М. Кучерова

Актуальність. Інфекції сечової системи (ІСС) є однією з найпоширеніших проблем у вагітних, так як у цей період відбуваються фізіологічні зміни в нирках і сечовивідних шляхах, завдяки чому створюються передумови для виникнення і рецидивування ІСС.

Мета. Визначити особливості дієтотерапії ІСС у вагітних жінок.

Матеріали та методи. Основну групу спостереження склали 30 жінок з ІСС при вагітності до 22 тижнів. Використано загальноклінічні, ультрасонографічні, доплерометричні методи.

Результати. При ІСС відбувається олужнення сечі, тому на початку лікування в перші 2 тижні доцільно рекомендувати продукти, що підкислюють сечу: м'ясо та м'ясні продукти, риба, рослинна олія, хлібобулочні вироби, журавлинний і брусничний морси. Наступні 2 тижні рекомендуються молочно-рослинні продукти, лужні мінеральні води. Також необхідно враховувати при проведенні антибіотикотерапії особливості фармакокінетики препаратів і згідно цього проводити корекцію pH сечі дієтотерапією: збільшення активності в кислому середовищі (pH<5,0) спостерігається при застосуванні нітрофуранів, амінопеніцилінів; збільшення активності в лужному середовищі (pH>7,0) – при використанні макролідів, цефалоспоринів, аміноглікозидів. До загальних рекомендацій при ІСС належать – обмеження кухонної солі до 6-8 грам за добу, гострих страв, приправ, екстрактивних речовин, збільшення вживання рідини до 2,5 літрів.

Висновки. 1) Лікування вагітних з ІСС окрім визначених методів повинно обов'язково включати дієтотерапію. 2) Всім вагітним потрібно проводити скринінг на безсимптомнубактеріурію при першому зверненні в жіночу консультацію. 3) При виявленні бактеріурії обов'язкове призначення антибактеріального лікування, щоб попередити розвиток маніфестних форм ІСС.

СТАН ПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ У ВАГІТНИХ ІЗ ВУЗЛОВИМИ УВОРЕННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Селяметова Леніє
Кузейків Марія
Дерда Аліна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.С. Паєнок

Актуальність. Вивчення перебігу вагітності при консервативному та оперативному лікуванні вузлового зоба залишається актуальним для розробки тактики спостереження за вагітними і профілактики ускладнень у плода і новонародженого.

Мета. Виявлення порушень фетоплацентарного комплексу у вагітних із вузловими утвореннями в щитоподібній залозі.

Матеріали та методи. Наступний етап дослідження полягав у вивченні особливостей перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок із вузловими утвореннями в щитоподібній залозі (ЩЗ) за умов йодної недостатності.

Під спостереження перебувало 159 вагітних, які постійно проживають за умов йодної недостатності. До першої групи увійшло 52 жінки з наявністю в анамнезі оперативного втручання на ЩЗ із приводу вузлового утворення. Друга група – 57 жінок, яким було призначено консервативне лікування з приводу вузлового зоба під час даної вагітності. Контрольну групу сформували 50 практично здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Термін вагітності і вік жінок у всіх групах достовірно не відрізнялися.

Результати. У першій групі плацентарна недостатність (ПН) була діагностовано в 11 (21,2%) вагітних у терміні 29-30 тижнів у поєднанні з розвитком прееклампсії і у 13 (25%) вагітних - у терміні 34-35 тижнів. У вагітних другої групи ПН встановлена відповідно у 16 (28,1%) і у 10 (17,5%) осіб.

За наявності анемії легкого ступеня ПН діагностовано у 4 жінок (7,7%) з терміном 34 тижні вагітності у першій групі і у 8 (14%) з терміном 30-32 тижні – у другій групі. Анемія середнього ступеня тяжкості та ПН спостерігалися у 2 (3,8%) жінок першої групи ц у 7 (12,3%) – другої групи з 30-32 тижня вагітності.

Загроза переривання вагітності поєднувалась з ПН у 4 (7,7%) вагітних у першій групі, яка розвивалася з 29-30 тижнів, у 8 (14%) жінок – у другій групі і розвивалася на 2-3 тижні пізніше, ніж у першій. Найбільший відсоток виявлення ПН припадав на скринінгові терміни у 32 та 34-35 тижнів. При УЗД відзначалися такі ознаки ПН: набряк, виснаження плаценти, розширення міжворсинчастих просторів, пришвидшене дозрівання плаценти, наявність кальцинатів.

Морфологічне дослідження плаценти було проведено в усіх жінок у трьох групах, оскільки ПН розглядається як клініко-морфологічний симптомокомплекс, що виникає внаслідок поєднаної реакції плода і плаценти на різні порушення стану материнського організму. У першій групі у 2 (3,9%) і в другій у 3 (5,3%) жінок виявлена хронічна ПН II ступеня, що проявлялася в облітеруючійангіопатії стовбурових ворсин, порушенні диференціювання кінцевих ворсин у вигляді їхнього хаотичного склерозування, вираженого склерозу строми ворсин усіх порядків, розповсюджених кальцинатах.

ПН I ступеня виявлена у 38 (73,1%) вагітних у першій групі і у 30 (52.6%) жінок у другій групі. За даними морфологічного дослідження не виявлено ознак ПН, морфо-функціональних змін у плацентах і пуповини відповідали терміну гестації у 12 (23,1%) вагітних у першій групі, у 24 (42,1%) жінок у другій групі.

У контрольній групі виявлена ПН I ступеня у 9 (18%) жінок; в інших 41 (82%) вагітних морфо-функціональні зміни відповідали терміну гестації.

Висновки. У вагітних із вузловими утвореннями ЩЗ спостерігається ПН I-II ступеня тяжкості в 4 рази частіше в першій групі і втричі частіше в другій групі у порівнянні з контрольною групою, що свідчить про внутрішньоутробну гіпоксію плода і труднощі в адаптації новонародженого.

Для вагітності, що поєднується з вузловими утвореннями ЩЗ притаманні пришвидшене старіння плаценти і раннє її дозрівання з 29-30 тижнів вагітності, ранній розвиток ПН (з 30-32 тижнів вагітності), порушення процесів міграції плаценти, її низьке прикріплення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАНЬ ВАГІТНОСТІ ТА БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Ебазеров Хайредін
Жигайло Софія
Крута Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. І.І. Ельяшевська

Актуальність. Ендометріоз є однією з актуальних проблем сучасної медицини, залишаючись в ряду найпоширеніших захворювань, що уражають переважно організм репродуктивного віку.На жаль, останнім часом дана патологія діагностується все в більш молодих жінок. Внаслідок безплідності хворих , ендометріоз є не тільки пріоритетною гінекологічною проблемою,а й соціальною та демографічною.
Мета. Дослідити проблематику захворюваності на ендометріоз жінок репродуктивного віку. Виявити вплив тригерних факторів їх способу життя на розвиток даного захворювання. Звернути увагу на високий ризик безпліддя та викиднів у жінок дітородного віку, хворих на ендометріоз, як на медико-соціальній проблемі сучасного суспільства. Дослідити ймовірність настання вагітності у хворих із різними формами ендометріозу.
Матеріали та методи. Анамнестичні дані, результати клінічних та лабораторно-інструментальних методів дослідження 30 пацієнток репродуктивного віку із різними формами ендометріозу, що перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні №1 3-ї комунальної лікарні м. Львова.
Результати. За результатами дослідження було встановлено залежність ймовірності настання вагітності від форми і ступеня важкості ендометріозу. Виявлено вплив обраного лікування, а також способу життя хворих на перебіг вагітності та ризик появи безпліддя.
Висновки. Ендометріоз є серйозною проблемою сучасності, що у багатьох випадках призводить до неплідця у жінок, зокрема молодого віку. Вивчення цього захворювання та шляхів його подолання займає важливе місце у розвитку сучасної репродуктивної медицини. У ході дослідження було встановлено, що попри негативний вплив ендометріозу на дітородну функцію жіночого організму, все ж залишається можливість запліднення та збереження життєздатності плода в жінок, хворих на ендометріоз.

ОЦІНКА ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ

Іванісік Вікторія
Скоромна Галина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.В. Шахова

Актуальність. Анемія відноситься до захворювань, що асоціюються з вагітністю та пов'язана з підвищеною потребою споживання заліза. За даними ВООЗ залізодефіцитна анемія(ЗДА) у вагітних становить від 17,4% в індустріальних країнах, до 56% в країнах, що розвиваються. В Україні частота ЗДА вагітних за офіційними даними МОЗ України становить близько 36%. Анемія виступає в ролі фактора, що знижує толерантність до крововтрати, що призводить до атонічних та гіпотонічних кровотеч в післяпологовому періоді. Рання діагностика та корекція анемії запобігає розвитку фетоплацентарної недостатності, синдрому затримки розвитку плода, антенатальній та інтранатальній гіпоксії плода, слабкості пологової діяльності, передчасним пологам та ін.

Мета. Оцінити гематологічні показники у породіль та вплив залізодефіциту на перебіг пологів та стан жінок у післяпологовому періоді.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій хвороби, опрацювання наукової літературу, лабораторний, математичний, статистичний.

Результати. Обстежено 50 пацієнток у післяпологовому періоді, які народжували на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Середній вік пацієнток склав 27±6,22років. Пологи були першими у 30 жінок, повторні у 20, із них 2 жінок мали в анамнезі більше 3-ох пологів, малий інтергенетичний проміжок був у 2-ох пацієнток. Анемія під час вагітності була діагностована у 37 жінок : у 23-анемія легкого ступеня, у 10-середнього та у 4-ох пацієнток-анемія важкого ступеня. Розродження відбулося у 6 вагітних у терміні до 37 тижнів, у 39 - в терміні 37-40 тижнів та у 5 - в 41-42 тижні вагітності. Дана вагітність завершилась пологами через проиродні пологові шляхи у 34 пацієнток, кесаревим розтином - у 15, операцією накладання вихідних акушерських щипців у-1. Пологи ускладнились гіпотонічною матковою кровотечею в ранньому піляпологовому періоді у 2

пацієнтокк, частковим щільним прикріпленням плаценти- у 1 пацієнтки. Середня крововтрата при пологах через природні пологові шляхи становила 210,9±49,8мл, при кесаревому розтині - 631±79,4мл. За отриманими результатами гематологічних показників у 1-й день після пологів анемія легкого ступеня діагностована у 30 породіль (Hb 90-109г/л), анемія середнього ступеня (Hb 70-89г/л) - 11 пацієнток, анемія важкого ступеня (Hb<70г/л) - 9 пацієнток. Найнижчий рівень гемоглобіну в наших спостереження становив 57г/л.

Висновки. Під час гестації значно підвищується споживання заліза, потреба якого в I триместрі вагітності складає 0,6-0,8мг/добу, в II-2-4мг/добу, в III-10-12мг/добу. Сумарна втрата заліза за час вагітності та лактації становить 1500мг. Запаси заліза організм жінки здатний відновити протягом 4-5років. При настанні повторної вагітності раніше, розвиток залізодефіциту є неминучим.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ЕНДОКРИННОГО НЕВИНОШУВАННЯ

Гут Діана
Ланюш Федір
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.О. Матвієнко

Актуальність. Частота невиношування вагітності протягом останнього півстоліття утримується на стабільно високому рівні попри величезні зусилля, що включають багатопланові наукові дослідження цієї проблеми та вдосконалення організаційних заходів. Від 30 до 70% ранніх репродуктивних втрат, особливо в I триместрі, зумовлені ендокринними порушеннями, зокрема: порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу (синдром Шихана); синдром полікістозних яєчників (СПКЯ); гіперпролактинемія; гіперандрогенія (яєчникового, надниркового, змішаного генезу); гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної і лютеїнової фаз циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність), при яких механізм переривання вагітності обумовлений здебільшого недостатньою продукцією прогестерону.

Мета. Проаналізувати сучасні підходи до лікування ендокринного невиношування вагітності.

Матеріали та методи. Аналіз наукових медичних матеріалів з ендокринологічних проблем в акушерстві та гінекології, а також даних медичної статистики по Україні з проблем невиношування вагітності.

Результати. Одним з основних гормонів для успішного пролонгування вагітності являється прогестерон. Він необхідний для забезпечення рецептивності ендометрію до зиготи, її імплантації і подальшого розвитку. Підвищуючи поріг збудливості м'язів матки, він запобігає відторгненню ембріона. Для профілактики і лікування невиношування вагітності протягом багатьох років широко застосовують препарати групи гестагенів. На сьогоднішній день вважається доцільнішим застосування препаратів натурального прогестерону для лікування ендокринного невиношування. Синтетичним гестагенам притаманні певні незручності пов'язані з наявністю виражених побічних ефектів, незручністю перорального прийому. Це значною мірою зумовлено недостатньою схожістю активних компонентів, що входять до складу синтетичних гестагенів з натуральним прогестероном. Одним із препаратів натурального прогестерону на вітчизняному ринку є Ендометрин (FerringPharmaceuticals). Мікронізований прогестерон, який входить до складу, зумовлює мінімальну кількість побічних ефектів. Вагінальний шлях введення надійніший для досягнення високого рівня прогестерону в тканині ендометрію порівняно з внутнішньом'язевим та пероральним введенням гестагенів. Важливим моментом є також уникнення метаболізму препарату в печінці. Очевидною перевагою препарату порівняно з іншими медикаментами цієї групи є той факт, що при меншій дозі та тривалості прийому він дає той самий рівень прогестерону в крові, що й інші засоби з тривалішим курсом застосування і у вищих дозах. Для прикладу: Ендометрин застосовують вагінально по 1 таблетці (100 мг) 2 рази на день, починаючи з дня імплантації ембріона, курс лікування проводиться протягом 10 – 12 тижнів гестації до моменту встановлення стабільної секреції прогестерону плацентою; Утрожестан застосовують по 2-3 таблетки (400-600 мг) на добу (200 мг на один прийом через кожні 8-12 год.) починаючи з дня ін'єкції хор іонічного гонадотропіну до 27 тижнів вагітності включно. Невід'ємною перевагою Ендометрину також є наявність аплікатора, що дозволяє уникнути потрапляння бактеріальної інфекції в піхву при введенні препарату. Ефективність даного препарату є представлена і підтверджена як в іноземних, так і у вітчизняних джерелах, зокрема, в нашому дослідженні.

Висновки. Вдосконалення ліків, оптимізація дозування і шляхів введення являється пріоритетним.

ПЕРСПЕКТИВИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГІДРОСАЛЬПІНКСІВ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Босий Сергій
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра акушерства та гінекології №2
Завідувач кафедри – проф. О.В. Булавенко
Науковий керівник – доц. В.О. Рудь

Актуальність. Трубно-перитонеальна форма безпліддя в структурі жіночого безпліддя складає за даними різних авторів від 29,5% до 83% Консервативна терапія трубного безпліддя, незважаючи на досить високий ефект відновлення прохідності труб (до 70%), приводить до настання вагітності тільки в 30-40% випадків , що змушує застосовувати хірургічні методи лікування. Однак і вони не завжди дають бажаний результат . Частота наступлення вагітності сягає всього 20-35%, а пологів - 12,5-15,8%. Впровадження лапароскопічної хірургічної техніки при операціях на маткових трубах дозволяє підвищити показник наступлення вагітності до 40-60% .

Мета. Оцінити клінічну ефективність проведення лапароскопічної неосальпінгостомії для лікування гідросальпінксів у жінок з безпліддям.

Матеріали та методи. Було обстежено 23 хворих, яким було проведено лапароскопічну неосальпінгостомію з приводу безпліддя на базі гінекологічного відділення Вінницького міського клінічного полового будинку №2. Були використанні наступні методи: клініко-анамнестичний, лабораторні, гінекологічний огляд, ультразвукове дослідження органів малого тазу, статистичний.

Результати. Вік пацієнток обстежених груп коливався від 20 до 40 років та не мав статистичних розбіжностей. При бімануальному дослідженні визначалалося туго-еластичне утворення овоїдної і округлої форми, неболюче в (69%). У частини жінок в анамнезі можна відмітити перенесені раніше запальні захворювання гені талій (65% спостережень). Репродуктивна функція: завагітніли за період спостереження 5 жінок (23%). Кількість проведених ліжко-днів в гінекологічному відділенні обстежуваних пацієнток склало 3-4 дні. В післяопераційний період здійснювалося активне ведення хворих: ранній підйом, антибактеріальна терапія, контроль показників крові. Післяопераційний період протікав без ускладнень у всіх пацієнток.

Висновки. Таким чином ,застосування методів ендохірургії дозволяє підвищити ефективність лікуваня трубного безпліддя у жінок з гідросальпінксами . Завдяки сучасним технологіям в оперативній

гінекології, лікарі в змозі допомогти жінці відчути радість материнства та виконати свій громадський обов'язок.

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПЛОДА ПРИ ЗАГРОЗІ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Коваль Марина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.В. Шахова

Актуальність. Проблема передчасних пологів визначається її впливом на народжуваність, перинатальну та ранню дитячу смертність, а також на розвиток і стан здоров'я потомства. На частку недоношених немовлят припадає 60–70% ранньої неонатальної смертності, 65–75% дитячої смертності; мертвонароджуваність при передчасних пологах у 8–13 разів частіша, ніж при своєчасних пологах.
Мета. Дослідити основні показники життєдіяльності плода при загрозі передчасних пологів.
Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій пологів, ультрасонографічний, доплерометричний, кардіотокографічний, математичний, статистичний.
Результати. Групу спостереження склали 30 жінок із загрозою передчасних пологів(ПП) при 31-34-тижневому терміні вагітності. Загроза ПП у 66,7% жінок виникла при 31-32-тижневому і у 33,3% - при 33-34-тижневому терміні вагітності. В усіх випадках загрози ПП при ультразвуковому дослідженні діагностувався виражений гіпертонус міометрію. В результаті патологічно високої активності матки спостерігалося вкорочення і розкриття шийки матки. Якщо при неускладненому перебігу вагітності величина відношення довжини шийки матки до її діаметру на рівні внутрішнього вічка (шийковий коефіцієнт) складає, в середньому, 1,74±0,07,то при загрозі передчасних пологів - 0,82±0,05 балів. В усіх спостереженнях спостерігався дистрес плода: базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) плода складала,в середньому, 174,7±3,4 уд/хв.Протягом 30-хвилинного спостереження реєструвалися поодинокі (2,3±0,5) акцелерації помірної амплітуди (17,8±1,8 уд/хв) і тривалості (24,6±3,6 с). Слід відмітити достовірне зниження амплітуди (3,4±0,3 уд/хв) і частоти (3,6±0,4 уд/хв) миттєвих осциляцій. Тривалість ділянок монотонності ритму частоти серцевих скорочень плода складала 38,8±3,2% запису. Оцінка кардіотокограми за

шкалою W.Fischer дорівнювала 6,1 ±0,4 балам, що вказувало на наявність компенсованого дистресу плода. Зниження рухової активності плода відзначено у 60% вагітних основної групи спостереження. Зниження кількості амніотичної рідини діагностовано у 20% вагітних. Показники судинного опору С/Д, ПІ і ІР в маткових артеріях і в судинах плацентарного ложа матки складали,відповідно, 1,92±0,05; 0,59±0,04; 0,32±0,04 і 1,66±0,04; 0,54±0,03; 0,31±0,03. Доплерометричне дослідження матково-плацентарного кровоплину при загрозі ПП виявило в усіх випадках наявність збільшення преплацентарного опору плину крові. Показники судинної резистентності в маткових(С/Д -2,25±0,07; ПІ - 0,67±0,06; ІР - 0,41±0,04)і спіральних артеріях(С/Д -1,88±0,06; ПІ - 0,63±0,04; ІР - 0,40±0,03) перевищували такі при фізіологічному перебігу вагітності.
Висновки. При загрозі передчасних пологів відзначається збільшення відношення довжини шийки матки до її діаметру на рівні внутрішнього вічка, а також спостерігається збільшення показників судинної резистентності в маткових артеріях,судинах плацентарного ложа матки і артерії пуповини на 20-25% від нормативних показників. В усіх спостереженнях виявлено дистрес плода - оцінка КТГ за шкалою W. Fischer дорівнювала 6,1 ±0,4 балам.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ

Ніколайчук Софія
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра акушерства і гінекології №1
Завідувач кафедри – проф. Г.В. Чайка
Науковий керівник – доц. С.К. Літвінов, ас. Б.О. Маркевич

Актуальність. Міома матки – це доброякісна, гормонзалежна, моноклональна пухлина міометрію, яка посідає друге місце у структурі гінекологічної захворюваності після запальних процесів матки та придатків. Останнім часом усе частіше констатують факти омолодження міоми: у 13,3-27% випадків дана патологія спостерігається у репродуктивному віці, саме тому виникає необхідність в оптимізації лікувальної тактики з метою збереження репродуктивної функції жінки. Альтернативою хірургічному лікуванню може бути емболізація маткових артерій, в основі якої – припинення кровопостачання міоматозного вузла, що призводить до зменшення розмірів міоми і клінічних проявів.

Мета. Оцінка ефективності застосування емболізації маткових артерій як альтернативного методу лікування міоми матки та показників якості життя після даного втручання у жінок репродуктивного та пременопаузального віку.

Матеріали та методи. Нами був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 85 пацієнток, віком від 24 до 56 років (середній вік 42,87±0,7), яким було проведено емболізацію маткових артерій з приводу міоми матки у ВОКЛ імені М.І.Пирогова за період з вересня 2010 р. до березня 2016 р. Всі досліджувані були розподілені на 2 групи: I група – 65 жінок репродуктивного віку (вік 37,7±0,6), II група – 20 жінок у пременопаузальному періоді (вік 48,05±0,7). А також проведено опитування 20 жінок, яким було проведено емболізацію маткових артерій (вік 34,1±0,6), 40 жінок (вік 38,2±0,5), після видалення матки з придатками та без, для дослідження якості життя за самостійно розробленою анкетою.

Результати. При ретроспективному аналізі встановлено: об'єм матки та міоматозних вузлів після проведення емболізації маткових артерій достовірно зменшився у пацієнток обох груп (за 3 міс. регресія відбулася в середньому на 20,3%, через 6 міс. – на 36,5%), враховуючи, що початковий розмір збільшеної матки становив у I групі – 11±0,4 тижнів, у II групі - 13±0,3 тижнів; лише у 2-ох пацієнток була необхідна повторна емболотерапія у зв'язку з не достатньою ефективністю попереднього втручання, що пояснюється анатомічними особливостями кровопостачання міоматозних вузлів. За результатами опитування виявлено загалом вищі показники якості життя у жінок після емболізації маткових артерій у порівнянні з пацієнтками після видалення матки: 72% відмітили покращення самопочуття, 62% вказали на поліпшення психо-емоційного стану та підвищення працездатності, у 67% нормалізувалась статева функція (у той час як, у жінок після видалення матки з придатками даний показник складає 37%), також 55% пацієнток після видалення матки з придатками та 41% після видалення матки без придатків вказали на наявність вазомоторних порушень.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження дозволяють впевнено сказати, що емболізація маткових артерій є високоефективним, малоінвазивним методом лікування міоми матки, після застосування якого спостерігається позитивна динаміка показників якості життя. Основною перевагою емболотерапії є органозберігаючий принцип, що особливо важливо для пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРАНДАЗОЛУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Прусак Ольга
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового
Завідувач кафедри – проф. Н.І. Геник
Науковий керівник – доц. О.М. Ласитчук

Актуальність. Згідно даних літератури, частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень становить від 2% до 20 %. Гнійно-септичні ускладнення проявляються як у легкій формі перебігу − біль в ділянці післяопераційної рани, так і в тяжкій формі сепсису. Розвиток цих ускладнень призводить до зростання тривалості лікування та збільшення витрат пацієнта та держави. Грандазол – сучасний лікарський засіб, який можна широко використовувати для профілактики гнійно-септичних захворювань в післяопераційному періоді.

Мета. Вивчити ефективність Грандазолу для профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих після проведення гінекологічних операцій.

Матеріали та методи. Обстежено і поділено на дві групи 78 пацієнток, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні оперативної гінекології. 39 пацієнткам І групи (основної) вводили довенно досліджуваний лікарський засіб Грандазол, розчин для інфузій по 100 та 200 мл у флаконах виробництва ТВО «Юрія-Фарм», в дозі 200 мл 1 раз в день протягом 5 днів. Пацієнтки ІІ (контрольної) групи, кількістю теж 39 осіб, отримували левофлоксацингемігідрат та Орнідазол, розчини для інфузій виробництва ТВО «Юрія-Фарм». Головний критерій ефективності – відсутність гнійно-запальних ускладнень в післяопераційному періоді. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням комп'ютерних статистичних програм.

Результати. Вік обстежених жінок становив від 20 до 61 року, середній вік – 45±1,15 років. Пацієнтки прооперовані в плановому порядку – 35 випадків (89,7 %) та 4 (10,3 %) – ургентно. 18 (46,16 %) операцій виконано лапароскопічним доступом, 20 (51,28 %) – лапаротомним та 1 (2,56 %) – комбінованим. Порівнюючи частоту суб'єктивних післяопераційних симптомів у І групі - біль над лоном відсутній в 24(61,5 %) пацієнток, незначний – 9 (23,1 %), помірний - 6 (15,4 %); болючість в ділянці попереку і тазу незначна – 33 (84,6 %), помірна – 6 (15,4 %), озноб відсутній у 39 (100 %) та в ІІ групі - біль над лоном

відсутній в 25 (62,8 %) пацієнток, незначний – 5 (23,3 %), помірний - 9 (15,4 %); болючість в ділянці попереку і тазу незначна – 4 (9,30 %), помірна – 3 (6,9 %), озноб відсутній у 39 (100 %), відмічається зниження їх вираженості в І групі. На фоні застосування досліджуваного препарату відмічено суттєве зниження кількості пацієнток з підвищеною (більше 37°С) температурою.

Висновки. Використання препарату Грандазол у хворих після проведення гінекологічних операцій є ефективним, що підтверджується відсутністю післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, зменшенням проявів суб'єктивних симптомів і прискоренням настання загоєння післяопераційних ран.

МЕТОД ЗВОРОТНЬОГО ВИТЯГАННЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ ПРИ КЕСАРСЬКОМУ РОЗТИНІ

Кук Марія
Сорока Богдана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. О.С. Рачкевич

Актуальність. Виведення голівки плода під час кесарського розтину в кінці першого-другому періоді пологів при глибоко вставленій голівці часто є досить складним та супрводжується ускладненнями як для матері так і для плода.

Мета. Проаналізувати та порівняти різні методики витягання плода під час кесарського розтину при глибоко вставленій голівці плода, обрання найбільш безпечного для матері і плода.

Матеріали та методи. Проаналізовано дослідження, проведені в різних країнах світу, які порівнювали материнські та перинатальні наслідки методик надання допомоги при кесарському розтині в кінці першого-другому періодах пологів.

Результати. Виведення низько розташованої голівки плода під час кесарського розтину в кінці першого – другому періоді пологів є достатньо складною маніпуляцією та часто супроводжується різноманітними ускладненнями як з боку матері, так і плода – продовження розрізу на матці, збільшена крововтрата та час операції, травматизм плода та ін. Для вирішння цієї проблеми були запропоновані різні методики – інтраопераційний токоліз, виведення голівки за допомогою вакуум-екстрактора або ложки акушерських

щипців, метод Патвардана (послідовне витягання плечиків, тулуба, сідниць, а тоді голівки плода), “push”-метод (підняття голівки плода асистентом зі сторони вагіни), “pull”-метод або метод зворотнього витягання плода за тазовий кінець, який полягає в захопленні і виведенні через рану спочатку ніжки пода, та подальшому послідовному народженню сідниць, тулуба та голівки. Дослідження, представлені в мережі Pubmed, проведені в різних країнах світу, продемонстрували значно нижчий рівень ускладнень при використанні методу зворотнього витягання плода за тазовий кінець. При цьому частота продовження розрізу на матці була приблизно в 6-8 разів нижчою, ніж при використанні “push”-методу, в декілька разів рідше виникала потреба в гемотрансфузії. Також деякі дослідження вказують на нижчий ризик розвитку післяпологового ендометриту, та вищу оцінку новонародженого за шкалою Апгар при використанні цієї методики.

Висновки. Метод «зворотнього витягання плода за тазовий кінець» під час кесарського розтину є найбільш безпечним для матері та плода.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ХІРУРГІЧНО КОРЕГОВАНОЮ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Селіванов Олександр
Кінах Андрій
Федорчук Мирослава
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.В. Беседін

Актуальність. Серед етіологічних чинників невиношування вагітності велике значення має істміко-цервікальна недостатність як одна з головних причин переривання вагітності в терміні 16–28 тижнів. Слід зазначити, що частота цієї патології в популяції вагітних становить, за даними різних авторів, 15–20 %, а серед жінок із звичним невиношуванням — 18–37 %. Окрім випадків із явно вираженими клінічними ознаками істміко-цервікальної недостатності і даних анамнезу із вказівкою на наявність звичного невиношування, особливо в пізні терміни вагітності, нині зросла кількість вагітних, яких можна віднести до групи ризику розвитку цієї патології. Серед них жінки з багатоплідям (збільшення частоти успішного екстракорпорального запліднення з розвитком багатоплідної вагітності), макросомією плода,

вродженою недиференційованою дисплазією сполучної тканини (порушення органічної структури шийки матки за рахунок патології колагену і, як наслідок, зниження замикальної функції внутрішнього зіва шийки матки). Діагноз істміко-цервікальна недостатність засновується на даних анамнезу, клінічних даних (вкорочення шийки матки, зміна її консистенції та розкриття цервікального каналу), ультразвукова діагностика (трансвагінальна методика виявляє розкриття внутрішнього зіва шийки матки та його ступінь, а також довжину шийки матки). Існуючі методи лікування істміко-цервікальної недостатності спрямовані, як правило, на механічне посилення замикальної функції внутрішнього зіва шийки матки і застосовуються вже на тлі вираженої клінічної картини (розкриття зовнішнього і внутрішнього зіва, вкорочення шийки матки, клінічні прояви загрози переривання вагітності тощо.

Мета. Проналізувати частоту виникнення ускладнень перебігу вагітності та родів у жінок з хірургічно корегованою істміко-цервікальною недостатністю під час даної вагітності.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації (історії хвороби, історії пологів), 20 вагітних які знаходились на стаціонарному лікуванні в гінекологічному та пологовому відділенні Львівської обласної клінічної лікарні в період 2016-2017р. З попередньо встановленим діагнозом істміко-цервікальної недостатності, та проведенням хірургічної корекції даної патології вагітності шляхом накладання лігатурних швів на шийку матки.

Результати. У вагітних яким проводилась корекція істміко-цервікальної недостатності шляхом накладання лігатурних швів найчастіше відмічались прояви загрози переривання вагітності в раньому післяопераційному періоді 15 (75%),передчасні пологи 5 (25%), прояви кольпиту 5 (25%) прояви гестозу другої половини вагітності 5 (25%), дистрес плода під час пологів 4 (20%),стрімкі пологи 2 (10%), в 5 (25%)жінок в пологах відмічався дефект посліду проводилось вишкрібання порожнини матки.

Висновки. Враховуючи вищезгадані ускладнення пацієнткам яким проводилась хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності доцільно призначення токолітичної терапії, призначення препаратів прогестерону, проведення санації піхви, та внесення в групу ризику по імовірності виникнення передчасних пологів.

ВАГІТНІСТЬ ТА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК: ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ, ЛІКУВАЛЬНІ АЛГОРИТМИ

Соляр Христина

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б.Маркін
Науковий керівник – доц. І.М. Анісімова

Актуальність. Системний червоний вовчак (СЧВ, Хвороба Лібмана-Сакса)- це багатосистемне захворювання сполучної тканини, яке розвивається переважно у жінок репродуктивного віку на фоні генетично зумовленої недосконалості імунорегуляторних процесів, які призводять до неконтрольованої продукції антитіл до власних клітин та їх компонентів з подальшим розвитком автоімунного хронічного запалення, ушкодження шкіри, опорно-рухового апарату і внутрішніх органів. Частота СЧВ серед жінок у 10 разів вища порівняно із чоловіками. В Україні рівень захворюваності на СЧВ становив 1,3 на 100 тис. населення, а поширеність — 17,1 на 100 тис. населення. Ця важка недуга може спричинити такі серйозні наслідки, як мимовільні викидні (14-51%), передчасні пологи (24-40%), гіпертензивні ускладнення (10-28%), акушерські кровотечі (18-20%),перинатальні втрати(18-34%).

Мета. Проаналізувати та оцінити основні принципи лікування СЧВ у вагітних, обрати найбільш безпечні та ефективні методи для використання у клінічній практиці.

Матеріали та методи. Всі вагітні з СЧВ належать до групи високого перинатального ризику. Раніше всім жінкам, хворим на СЧВ, не рекомендували вагітніти. Удосконалення діагностичних та лікувальних технологій ведення вагітних із СЧВ обумовлюють реалізацію репродуктивної функції у таких жінок.

Під спостереженням знаходились дві пацієнтки. Пацієнтка М, 37 років, з діагнозом: СЧВ: активна фаза, активність 0-1 ступеню, з ураженням шкіри (еритематозні висипання, дифузна алопеція, «метелик» в анамнезі), суглобів (поліартрит в анамнезі), судин (синдром Рейно), легень (люпус-пневмоніт, ДНІ), нирок (дифузний гломерулонефрит у фазі ремісії). В анамнезі: мимовільний викидень у терміні 8 тижнів, 1 роди. На 38 тижні вагітності відбулись пологи, які завершились народженням живого доношеного хлопчика.

Пацієнтка К, 34 роки, якій у 21 рік було поставлено діагноз СЧВ: активна фаза, активність 1 ступеню, з ураженням шкіри («метелик», еритематозні висипання), суглобів (поліартрит з переважним ураженням дрібних суглобів кистей, колінних), м'язів (міальгії), нервової системи (мігрень з аурою), нирок (люпус-нефрит, ХНН І ст.), синдром «сухого ока», автоімунний тиреоідит. В анамнезі:

мимовільний викидень у терміні 12 тижнів, завмерла вагітність у 8 тижнів. На 34 тижні вагітності хвора достроково родорозрішена шляхом операції кесарського розтину в зв'язку з наростанням симптомів прееклампсії, народився живий недоношений хлопчик. Обидві пацієнтки тривало отримували преднізолон, аспірин.

Результати. Важливого значення при лікуванні СЧВ набуває використання глюкокортикоїдів, які залишаються найбільш ефективними та швидкодіючими протизапальними препаратами з вираженою імуносупресивною активністю.

Висновки. 1. Ризик розвитку акушерських та перинатальних ускладнень залежить від активності СЧВ. 2. Планувати вагітність бажано при ремісії захворювання 6-12 місяців, коли імуносупресорні препарати відмінено більше ніж 6 місяців тому, доза преднізолону становить не більше 10мг/добу.

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Маланія Венера
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.В. Святоцька

Актуальність. Ожиріння - одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Результати численних досліджень підтверджують, що у жінок з надмірною массою тіла вагітність і пологи ускладнюються значно частіше, ніж у жінок з нормальною массою тіла. Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнток молодого віку, зниженням загальної тривалості життя у зв'язку з розвитком тяжких супутніх захворювань внаслідок незбалансованого харчування, сидячого способу життя, емоційної нестабільності та обтяженої спадковості. За даними Канадського товариства акушер-гінекологів близько 50% вагітних мають більшу масу тіла, ніж рекомендована.

Мета. Визначення проблематики ведення вагітності та пологів у жінок з ожирінням. Встановлення зв'язку ожиріння у вагітних з розвитком ускладнень вагітності та пологів при даній патології.

Матеріали та методи. Використання медичної літератури, інтернету (закордонні і вітчизняні статті). Метод статистичного аналізу випадкових статей по даній тематиці. Проведений клініко-статистичний

аналіз перебігу вагітності та пологів в 60 жінок за даними історій пологів Міського клінічного пологового будинку №1 міста Львова за 2013-2016 роки.

Результати. Аналіз отриманих результатів показав, що ожиріння I ступеня спостерігалось у 8 (27%), II ступеня - в 13 (43%), III ступеня - в 9 (30%) жінок, в порівнянні з контрольною групою (30 жінок) без ожиріння. Ускладнений перебіг вагітності, а сааме загроза внутрішньоутробного інфікування плода спостерігалась у 6 (20%) жінок, варикозна хвороба - у 7 (23%) жінок, прееклампсія легкого ступеня - у 9 (30%) жінок, вагітність великим плодом - у 7 (23%) жінок, а гігантським плодом - у 2 (7%) жінок. Ускладнений перебіг пологів, а сааме передчасний розрив плодових оболонок у 3 (10%) жінок, слабкість пологової діяльності з проведенням кесарського розтину - у 8 (27%) жінок, кровотеча в послідовому періоді - у 6 (20%) жінок. Встановлено, що у жінок з I ступенем ожиріння ризик народження великого або гігантського плода вищий у 2 рази, ніж у жінок з II і III ступенем ожиріння.

Висновки.Отже, вище вказані дані свідчать, що ожиріння вагітних потрібно віднести до групи високого акушерського ризику. У зв'язку з цим суворий контроль за массою тіла є найважливішою основою нормального перебігу вагітності і завершення пологів. В періоді планування вагітності жінка з ожирінням повинна бути проінформована щодо шкідливого впливу даної патології на її здоров'я, перебіг вагітності та підвищений ризик вроджених аномалій розвитку плода, що може допомогти сформувати мотивацію та сумлінне дотримання нею рекомендацій лікаря.

ГОРМОНАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦІЯ. ПРИНЦИП "РОЗУМНОЇ ОБЕРЕЖНОСТІ"

Михайлова Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – доц. О.О. Коритко

Актуальність. 700 ненароджених дітей в день, аборт як засіб контрацепції в Україні , 46,3 млн. населення України - не більше як ілюзія , по неофіційних даних СБУ в нашій державі проживає лише 36,1 млн громадян , щорічно в Україні свідомо проводиться більше як 255, 5 тис. абортів , кожна третя жінка, якій виконали штучне переривання

вагітності, ризикує назавжди позбутися можливості стати матір'ю,15% українок і без абортів страждають безпліддям, офіційна статистика невтішна: українки зробили 10 млн. абортів за роки незалежності нашої держави , у нашій країні тільки 2% жінок віком до 40 років не зробили жодного аборту.

Мета. Мета сучасної гормональної контрацепції - охорона репродуктивного здоров'я.

Матеріали та методи. Було проаналізовано закордонні та вітчизняні джерела літератури за 2010-2016 рр., а також власний клінічний досвід на базі Львівської обласної клінічної лікарні та кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Результати. Вибираючи препарат, також слід керуватися міркуванням "розумної обережності". Кожна жінка має право отримати засіб попередження небажаної вагітності. Естрогенний компонент комбінованих оральних контрацептивів (КОК) викликає ряд несприятливих ефектів які обмежують їх використання в післяпологовому періоді.

Сьогодні в українських аптеках з'явився принципово новий препарат від компанії " МСД " – препарат Чарозетта. Чарозетта – перший оральний контрацептив, який ідеально підходить для породіль, а також для тих жінок, яким не рекомендовані естрогени з приводу: артеріальної гіпертензії,при підвищеному ризику тромбозів, при зловживанні курінням, для жінок пізнього репродуктивного віку.

Висновки. У матерів, що годують груддю, які приймали участь в експеременталному дослідженні цього нового засобу в повній мірі підтверджена висока надійність запобігання незапланованої вагітності. Крім того Чарозетта не впливає на кількість і склад грудного молока та темпи приросту маси тіла дітей. Як показують результати багаторічної дослідницької програми (Великобританія 2007), мету створення нового препарату досягнуто: Чарозетта поєднює в собі ефективність КОК та безпечність гестагенів. Діюча речовина – дезогестрел швидко всмоктується в ШКТ і перетворюється в активний метаболіт – етоногестрел, який виявляє пригнічуючий ефект на гонадотропні гормони і гормони яйників в порівнянні з левоноргестрелом в дозі 30 мкг на добу.

СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ

Лекційна аудиторія кафедри педіатрії
Четвер, 27.04.2017р.

Наукова рада – проф. О. Л. Личковська, проф. Н. Р. Кеч, проф. Л. В. Беш, проф. Д. О. Добрянський, доц. А. В. Возняк, доц. М. С. Яцула, доц. Ю. Б. Кузьмінов, ас. А. А. Мальська, ас. О. П. Борисюк

Головуючі – Живіцька Христина, Стахняк Дарія

МОЖЛИВОСТІ ГЕНЕТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ПІДОЗРІ НА ГАЛАКТОЗЕМІЮ

Соловей Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри – проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник – ас. Н. В. Пронів

Актуальність. Для галактоземії характерним є поліморфізм клінічних симптомів, ураження різних систем та органів. Галаткоземія часто проявляється вродженою або швидко набутою катарактою, гепатомегалією, різким зниженням маси тіла, жовтяницею, яка не проходить 5 днів, що може спричинити у подальшому ураження ЦНС, порушення розумового та фізичного розвитку дитини, а у дівчат - гіпергонадотропного гіпогонадизму. Вчасна діагностика та призначення відповідної дієтотерапії дозволяє уникнути розвитку незворотних змін, значно здовжити та покращити якість життя хворих на це орфанне захворювання. За відсутності правильної дієти дитина може померти на першому році життя.
Мета. Провести молекулярно - генетичне дослідження та розробити програму дієтотерапії у сім'ї, де двоє дітей мають клінічні ознаки галактоземії.
Матеріали та методи. Проведено аналіз мутації гена GALTc.563A>G (p.Q188R), c.855G>T (p.K285N), c.940A>G (p.N314D) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з подальшим аналізом поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів ампліфікованого продукту у двох дітей з однієї родини та їх батьків.
Результати. Проаналізовано дані літератури щодо клінічної характеристики, частоти розповсюдження, можливостей діагностики і

лікування галактоземії. Проведено клінічні дослідження перебігу хвороби у двох дітей. В обох дітей, незважаючи на різні клінічні симптоми виявлено одинаковий генотип:[c.563A>]; [c.855G>T]. Обидвоє дітей були компаунд гетерозиготами за мутаціями c.563A>G та c.855G>T гена GALT, а їх батьки - гетерозиготними носіями цих мутацій. Разом з дієтологом розроблена програма дієтотерапії для цих двох дітей.

Висновки. ДНК - діагностика - малоінвазивний і достовірний спосіб діагностики, який дозволив верифікувати діагноз галактоземії. Виявленння мутацій дозволяє проводити дородову діагностику даної хвороби у родині при наступних вагітностях. Терапевтичний супровід при галактоземії потребує постійної корекції дієтотерапії та спостереження у невролога.

ТЕТРАДА ФАЛЛО ІЗ ВІДСУТНІСТЮ КЛАПАНУ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Живіцька Христина
Панченко Світлана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри – проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник – ас. А. А. Мальська

Актуальність. Щороку у Львівській області народжується близько 25000-30000 дітей і приблизно у 220-280 із них діагностуються вроджені вади серця (ВВС). Тетрада Фалло (ТФ) - найбільш поширена ціанотична ВВС, зустрічається у 10-15%. Уваги заслуговує надзвичайно рідкісний варіант ТФ з відсутністю клапану легеневої артерії, який виявляють лише у 2% пацієнтів із ТФ. Вада характеризується масивним дистальним розширенням гілок ЛА аневризматичного характеру. Стулки клапану ЛА повністю відсутні, або мають рудиментарну клапанну тканину. Більш ніж 75% новонароджених із важкими ускладненнями з боку дихальної системи помирають без оперативного втручання у грудному віці. Післяопераційна смертність у дітей із ускладненнями з боку дихальної системи становить 20-40%.

Мета. Представити рідкісний варіант ТФ, дослідити частоту та особливості клінічного перебігу такої вади у дітей у Львівській Області за період 2003-2017 рр.

Матеріали та методи. Клінічні, математичні, статистичні. Оцінка анамнезу, клінічного дослідження, інструментального обстеження та

ретроспективного аналізу амбулаторних карт та історій хвороб 4 дітей, яким було діагностовано ТФ із відсутністю клапану ЛА.

Результати. За період 2003-2017 у Львівській області народилося 4 дитини із цією патологією, що становить 0.28-0.56% дітей на рік (1 випадок на 4 роки). Пренатально ваду було діагностовано у 1 (25%) дітей. Середня маса тіла при народженні становила 3,2 кг, в 1(25%) матері в анамнезі була загроза переривання вагітності. Ціаноз спостерігався у – 2 (50%) дітей. Ознаки дихальної недостатності у неонатальному періоді були вираженими у 3(75%) дітей. Середній рівень сатурації становив - 92%. В усіх (100%) дітей визначався посилений верхівковий поштовх та аускультувався систолічний шум по лівому краю грудини та єдиний гучний ІІ тон над ЛА. На ЕхоКГ - середні розміри стовбура ЛА - 1,1 см, середні розміри гілок ЛА становили - 2,1 см, у 4(100%) спостерігався стеноз клапанного кільця та відсутність клапану ЛА із середнім градієнтом тиску 62 мм.рт.ст. та недостатністю клапану 3+. 1 (25%) Дитина померла у віці 4 міс., від пневмонії без хірургічної корекції. Двом дітям (50%) була проведена радикальна корекція ТФ та пластика гілок у віці 1 та 2 міс. відповідно, а 1(25%) дитині у віці 6 років була проведена ре операція - накладено кондуїт на клапан ЛА у зв'язку із вираженою недостатністю клапану ЛА. 1(25%) дитина консультована у Київському НПМЦДКК у віці 3 тижнів, операцію відкладено у зв'язку із важкою дихальною недостатністю до стабілізації загального стану.

Висновки. ТФ із відсутністю клапану ЛА - надзвичайно рідкісний варіант ТФ із різноманітною клінічною картиною, яка може варіювати від вираженого ціанозу із дихальною недостатністю до повної відсутності клінічних проявів. У випадку відсутності клінічних проявів, насторожити повинна характерна аускультативна картина та знижений рівень сатурації крові.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Клюс Тетяна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №1
Завідувач кафедри – проф. С. Л. Няньковський
Науковий керівник – ас. Ю. В. Пакулова – Троцька

Актуальність. Із 127000 дітей з інвалідністю в Україні - у 27000 діагностовано дитячий церебральний параліч (ДЦП) . Поширення цієї патології становить 25 - 27 на 10000 дитячого населення. Сумарна кількість хворих на ДЦП постійно зростає. За останній рік у Львівській області діагностовано вперше 592 дитини з різним ступенем пошкодження нервової системи, всього на обліку - 1345 дітей.

Мета. Оцінити фізичний та психомоторний розвиток дітей раннього віку з ДЦП та порівняти його з віковими нормами, виявити основні соматичні проблеми дітей раннього віку з ДЦП.

Матеріали та методи. Проаналізовано 30 історій хвороб дітей раннього віку з ДЦП різного ступеня важкості віком від 1 до 3 років (середній вік 24±6 міс.), з них 20 дітей (66.7%) 4-го ступеня важкості, 6 дітей (20%) 3-го ступеня важкості та 4 дітей (13.3%) 2-го ступеня важкості (за Т.А.Томберг,1989),які перебували на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова. Оцінку показників фізичного розвитку (зріст, маса тіла, ІМТ) проведено з використанням сигмальних таблиць (Наказ №149 (Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до трьох років від 20.03.2008)). Психомоторний розвиток оцінювали за модифікованою формалізованою картою дослідження психоневрологічних функцій у дітей перших 7 років життя (Н.А. Скворцов, 2003) із створенням профілю психомоторного розвитку дитини.

Результати. Із 30 досліджених дітей низький рівень фізичного розвитку виявлено у 9 дітей (30%),у 18 дітей(60%) - нижче середнього, і у 3 дітей(10%) - середній рівень фізичного розвитку. При оцінці психомоторного розвитку виявлено відставання в розвитку крупної і дрібної моторики, інтелекту, експресивної мови, ігрових навичок на 7 місяців – у 9 дітей (30%),на 8 місяців – у 9 дітей (30%),на 9 і більше місяців – у 12 дітей (40%). Згідно з літературними даними, основними соматичними проблемами дітей з ДЦП є наступні: сліпота, проблеми із зором-10%, глухота - 2%, порушення координації (атаксія)- у 5%,неможливість самостійно пересуватись - 30% (Ю.В. Пакулова-Троцька, С.Л. Няньковський, 2012).Згідно з нашими даними, діти обстежуваної групи мають різноманітні проблеми з харчуванням. Найтиповішими розладами з боку травної системи є зригування (73,3%), закрепи (60%), стійкий субкомпенсований дисбактеріоз (40%),з боку дихальної системи - ГРВІ (53.3%),бронхіти (30%),пневмонії(40%).

Висновки. Показники фізичного та психомоторного розвитку дітей з ДЦП є нижчими від аналогічних у практично здорових дітей. Для дітей з ДЦП характерні розлади з боку ШКТ, які можуть потребувати вчасної

профілактики та корекції харчування (збагачення вітамінами, мікроелементами, білком) для покращення показників фізичного розвитку та підвищення ефективності реабілітації. Це вказує на необхідність корекції лікувально - профілактичних заходів, зокрема раціону харчування дітей з ДЦП, з метою покращення показників їх розвитку.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ПОШУК ТА ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ СУДИННИХ КІЛЕЦЬ У ДІТЕЙ

Стахняк Дарія
Лига Ольга
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2
Завідувач кафедри – проф. Л. В. Беш
Науковий керівник – ас. О. І. Мацюра

Актуальність. Судинні кільця - це аномалії дуги аорти та її гілок, що утворюють повні та неповні кільця навколо трахеї, стравоходу та головних бронхів. Їх частота складає приблизно 1% серед усіх природжених вад серцево-судинної системи. До таких судинних аномалій відносяться правостороння дуга аорти, подвійна дуга аорти, різні варіанти відходження її гілок при лівосторонній дузі, а також аберентна легенева артерія. До найбільш частих клінічних ознак такої аномалії належать свистячі хрипи, стридор, апное, часті пневмонії та явища дисфагії.
Мета. Проаналізувати клінічну картину захворювань дихальної системи та результати інструментальних методів дослідження пацієнтів, у яких були діагностовані судинні кільця.
Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб двох пацієнтів, що лікувались на базі Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова та Західноукраїнського спеціалізованого дитячого медичного центру у 2014 та 2016 рр. з приводу захворювань дихальної системи, мали діагностичний пошук та успішну хірургічну корекцію природжених судинних аномалій.
Результати. Пацієнт М. Лікувався з приводу двобічної пневмонії із синдромом бронхообструкції. На комп'ютерній томографії органів грудної клітки з довенним контрастуванням виявлено аберантне відходження та звуження лівої легеневої артерії; емфізематозні зміни правої легені за рахунок помірної компресії правого головного бронха нижче рівня біфуркації трахеї аберантною лівою легеневою артерією. У

віці 4 міс проведена корекція аномального відходження лівої гілки легеневої артерії від правої гілки.
Пацієнт О. Лікувався з приводу гострого обструктивного бронхіту та гострої респіраторної вірусної інфекції. Комп'ютерна томографія з довенним контрастуванням дозволила виявити природжену аномалію артеріальної системи – подвійну дугу аорти, ускладнену частковим стенозом трахеї. У віці 42 дні, дитині була проведена хірургічна корекція природженої судинної аномалії.
У двох клінічних випадках обструкція дихальних шляхів мала вторинний характер і регресувала після проведення хірургічної корекції судинних кілець.
Висновки. 1.Бронхообструктивний синдром може бути проявом різноманітних захворювань, що потребує ретельного обстеження та диференційної діагностики.
2. При судинних кільцях обструкція дихальних шляхів має, як правило, вторинний характер і регресує після проведення хірургічної корекції.
3. Клінічна картина у пацієнтів із судинними аномаліями може варіювати в залежності від ступеня компресії дихальних шляхів та стравоходу, а також наявності інших асоційованих вад серцево-судинної системи.
4. Судинні аномалії можуть проявлятися по-різному: від безсимптомного перебігу впродовж усього життя до розгорнутих клінічних проявів, які потребують негайного хірургічного втручання вже у перші дні життя дитини.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ПАТОЛОГІЇ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ СЕРЕД НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2011-2015 РОКИ

Чугай Милана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри – проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник – ас. Є. Б. Шаргородська

Актуальність. Вроджена патологія системи кровообігу включає велику і різнорідну групу захворювань, в яку входять як відносно легкі форми, так і стани, несумісні з життям дитини. Значна кількість дітей при несумісних з життям вадах гине протягом першого року життя (до 70-90%), а решта з них протягом першого місяця. Після першого року життя смертність різко знижується, і в період від 1 року до 15 років

гинуть не більше 5% дітей. найбільш небезпечними для розвитку вродженої вади серця (ВВС) є перші 3-4 тижні вагітності. При дії тератогенного фактора в цей проміжок найбільш вірогідний розвиток важкої або поєднаної вродженої вади серця. Найчастіше при поясненні типу успадкування вдаються до так званої полігенно - мультифакторної моделі. За цією моделлю, чим більш складна вада серця є в родині, тим вище ризик її повторення, чим більше родичів страждають вродженою серцевою патологією, тим вище ризик повторного ураження.

Мета. Вивчення частоти вродженої патології системи кровообігу серед новонароджених дітей за 2011-2015 роки у Львівській області.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 9878 історій новонароджених дітей за 2011-2015 роки з архіву обласної клінічної лікарні м. Львова. Відібрано 172 історії новонароджених з вродженими вадами розвитку серця.

Результати. 1. Встановлено, що щорічно з 2011 до 2015 років народжувалось від 1.0% до 1.3% дітей з вадами серця.2. Серед них не було суттєвої різниці в кількості хлопчиків та дівчаток, за виключенням даних за 2014 рік, коли патологію серця діагностовано у 61% дівчаток та 39% хлопчиків, та у 2015 році – 33.3% дівчаток та 66.7% хлопчиків.3. Більша кількість вродженої патології серцево-судинної системи виявлено у доношених дітей (від 70.7% у 2014 році до 93.1% у 2012 році). Кількість вроджених вад розвитку серця у недоношених дітей виявлялась від 6.9% у 2012 році до 29.3% у 2014 році.

Висновки. Встановлено, що за останні 5 років перинатальна патологія за рахунок вродженої патології системи кровообігу складає 1,0-1,3% серед загальної кількості новонароджених дітей, та зустрічається майже з однаковою частотою в дівчаток та хлопчиків, причому, значно частіше діагностується у доношених дітей.

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ХІРШХОРНА: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Борачок Тарас
Копанська Дзвенислава
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2
Завідувач кафедри – проф. Л. В. Беш
Науковий керівник – доц. Г. В. Булак

Актуальність. Синдром Вольфа-Хіршхорна - надзвичайно рідкісне хромосомне порушення, яке виникає внаслідок часткової делеції

короткого плеча 4 хромосоми, що супроводжується затримкою розвитку, характерним зовнішнім виглядом і може включати в себе різноманітні вади розвитку. Частота синдрому становить 1 вип. на 50000 живих новонароджених.

Мета. Покращити можливості ранньої діагностики та лікування пацієнтів із синдромом Вольфа-Хіршхорна.

Матеріали та методи. Клінічне та лабораторно-інструментальне спостереження за дитиною із синдромом Вольфа-Хіршхорна, яка перебувала на стаціонарному лікуванні у Комунальній міській дитячій клінічній лікарні (КМДКЛ) м. Львова.

Результати. Хлопчик М., 2015 р.н., у віці 10 міс. був госпіталізований у І педіатричне відділення КМДКЛ із скаргами на підвищення температури до 38,9°С, судоми та млявість на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції.

З анамнезу життя: народився від І вагітності шляхом кесарського розтину. Оцінка за шкалою Апгар – 6/8 балів, маса – 2150 г, зріст – 47 см. У реанімації новонароджених КМДКЛ перебував з діагнозом: Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія. Внутрішньошлуночковий крововилив І ст.. Гіпоплазія нирок, гіпоспадія. Двостулковий аортальний клапан. Затримка внутрішньоутробного розвитку, симетрична форма.

З приводу затримки фізичного та нервового розвитку, стигм дисембріогенезу та характерного зовнішнього вигляду, у віці 3 міс. був консультований у медико-генетичному центрі, де був встановлений діагноз: синдром Вольфа-Хіршхорна.

На момент надходження: маса – 6000 г, зріст – 69 см. Загальний стан – середньої тяжкості; t– 37,6°С, ЧСС – 140/хв., ЧД – 40/хв. Спостерігалась груба затримка нервово-психічного розвитку. Характерні зовнішні ознаки: широко розставлені очі, плоске перенісся, високе готичне піднебіння. Об’єктивно: шкіра бліда, чиста; слизові гіперемовані, вологі. Підшкірна жирова клітковина розвинена незначно. Лімфатичні вузли: не пальпуються. Дихання через ніс затруднене, серозні виділення. Перкуторно – ясний легеневий звук. Аускультативно – жорстке дихання. Хрипи відсутні. Перкуторно – межі серця не змінені, аускультативно – систолічний шум на верхівці. Зів гіперемований, зернистий. Язик вологий, чистий. Живіт м’який, безболісний. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, край гладкий. Випорожнення та діурез – в нормі.

У загальному аналізі крові – лейкоцитоз. Рентгенографія органів грудної клітки: непрямі ознаки серцевої патології, легені без змін. ЕКГ: синусова тахікардія, ЧСС – 160 уд/хв., метаболічні зміни в міокарді. ЕхоКГ: двостулковий аортальний клапан зі стенозом легкого ступеня.

Консультація невролога: груба затримка психомоторного розвитку, міатонічний синдром. Консультація уролога: гіпоспадія.
На основі усіх даних заключний діагноз: Гостра респіраторна вірусна інфекція. Гострий фаринготрахеїт. Синдром Вольфа-Хіршхорна. Фебрильно провоковані судоми, затримка фізичного і психомоторного розвитку. Двостулковий аортальний клапан. Гіпоплазія нирок. Гіпоспадія.
Висновки. Даний випадок вкотре підтверджує, що спадкова патологія є однією з найбільших проблем сучасності. На сьогодні немає чітких механізмів, на які б можна було вплинути, щоб попередити хромосомні аномалії. Проте зараз є безліч лабораторно-інструментальних методів діагностики та новинок у лікуванні, які можуть покращити рівень життя пацієнтів з генетичними синдромами.

НЕСПЕЦИФІЧНА ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЬ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ІЗ ФЕНОТИПОМ АСТМИ ПІЗНЬОГО ПОЧАТКУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Дигодюк Юлія
Шахова Ольга
Кравчук Юлія
Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. К. Колоскова
Науковий керівник – ас. О. О. Шахова

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є гетерогенним захворюванням і може вирізнятися клінічними розбіжностями залежно від фенотипу захворювання та віку дитини. Астма дитячого віку розглядається як сукупність окремих фенотипів із визначеними механізмами розвитку і прогресування. Фенотип астми пізнього початку окремі автори пов’язують із клінічними проявами атопії, еозинофілією та підвищеним рівнем загального IgE у крові. Відмічено, що в дітей із пізнім дебютом БА гіршим є прогноз щодо одужання, тому рекомендується активніша лікувальна тактика.
Мета. Оцінити показники гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей, із фенотипом астми пізнього початку залежно від ацетиляторного статусу.
Матеріали та методи. Сформовані дві клінічні групи спостереження: перша (I) - 34 дитини із фенотипом астми пізнього початку та повільним характером ацетилювання, а другу (II) групу сформували 38 дітей, хворих на БА пізнього початку, зі швидким ацетиляторним

фенотипом. Дослідження гіперсприйнятливості бронхів проводили за допомогою стандартизованого інгаляційного спірометричного тесту з гістаміном з урахуванням рекомендацій щодо стандартизації дослідження. Інгаляційна провокаційна проба з гістаміном проводилася шляхом підвищення кількості препарату до досягнення 20% зниження показника ОФВ1 при максимальній концентрації провокуючої речовини.

Результати. При аналізі гіперсприйнятливості бронхів встановлена тенденція до більшої виразності даного феномена у дітей зі швидким характером ацетилювання по відношенню до дітей І клінічної групи. Зокрема, ПК20Г сягала 3,4±1,3 мг/мл у пацієнтів І групи проти 1,3±0,4 мг/мл у представників групи порівняння ($p>0,05$). Відмічено, що виразна гіперсприйнятливість бронхів (ПК20Г<2,0 мг/мл) спостерігається у 25% представників ІІ клінічної групи та лише у 8% дітей групи порівняння. Показники ризику розвитку виразної гіперчутливості дихальних шляхів у дітей, хворих на БА пізнього початку зі швидким типом ацетилування, порівняно до повільних ацетиляторів дорівнювали: відносний ризик – 3,2 (95% ДІ: 2,0-5,2), при співвідношенні шансів 4,0 (95% ДІ: 0,7-21,6).

Висновки. Таким чином, у дітей хворих на бронхіальну астму пізнього початку зі швидким типом ацетилювання порівняно до повільних ацетиляторів, у 4,0 рази вищій ризик виразнішої гіперчутливості дихальних шляхів, що слід враховувати при складанні плану лікувально-профілактичних закладів.

НЕПРЯМА ОЗНАКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ – ПРОЛАПС ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Пітин Ангеліна
Конкуловська Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри – проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник – проф. Н. Р. Кеч.
Кафедра радіології та радіаційної медицини
Завідувач кафедри – доц. І. В. Дац
Науковий керівник – доц. І. В. Дац

Актуальність. Дискінезія жовчовивідних шляхів та гастроезофагеальний рефлекс належить до поширених патологій серед

дітей. Ці хвороби схильні до затяжного та рецидивуючого перебігу. Анатомічна незавершеність, функціональна незрілість, недосконаліть нервово-гуморальних впливів сприяють виникненню дискінезії жовчного міхура(становлять 70-75% всіх хвороб біліарної системи дитячому віці), які в подальшому сприяють розвитку органічної патології; частота гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед популяції складає 24% випадків з тяжким перебігом та ускладненнями. Однак, непрямі ознаки ГЕРХ, такі як пролапс задньої стінки жовчного міхура майже не вивчались і не використовувались у сучасній діагностиці та лікуванні ГЕРХ.

Мета. Виявити нові ефективні неінвазивні методи дослідження ГЕРХ при діагностиці жовчного міхура.

Матеріали та методи. Опрацьовано 30 історій хвороб пацієнтів на ГЕРХ, проаналізовано дані анамнезу, об'єктивного обстеження, УЗ - діагностики та ФЕГДС.

Результати. Дані анамнезу (скарги, огляд, об'єктивний стан), аналіз УЗД внутрішніх органів, а саме жовчного міхура натще та з навантаженням та висновки фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) та 30 дітей із підтвердженим діагнозом ГЕРХ показав наступне: порушення структури та функціональної активності жовчного міхура, а саме пролапс задньої стінки при дискінезії жовчних шляхів, дисфункцію сфінктера Одді з переважанням гіпотонусу, pH нижче 4, порушення у роботі серцево-судинної системи (часті аритмії), патогномонічні симптоми, зміни слизової оболонки стравоходу.

Висновки. Вивчено можливості УЗД жовчного міхура (пролапсу задньої стінки) при дискінезії жовчних шляхів як непрямої ознаки ГЕРХ. Виявлено високу інформативність цього неінвазивного додаткового методу первинної діагностики.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Поліщук Ярослава
Федінчик Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №1
Завідувач кафедри – проф. С. Л. Няньковський
Науковий керівник – ас. Ю. В. Пакулова – Троцька

Актуальність. Внаслідок того, що останнім часом зросла частота виявлення у дітей розладів аутистичного спектра (РАС), а саме 1:63,

перед педіатрами постала проблема діагностики та лікування коморбідних станів у дітей з РАС. Важливою проблемою є висока частота патології шлунково - кишкового тракту та алергічних проявів у цієї категорії дітей.

Мета. Провести оцінку фізичного розвитку, нутритивного забезпечення та якості життя у дітей з РАС. Дослідити частоту патології шлунково-кишкового тракту та алергічних проявів у дітей з РАС.

Матеріали та методи. Проведено анкетування батьків 52 дітей з РАС за допомогою анкет PedsQL (оцінка якості життя), обробку даних фізичного розвитку (програма Eurogrowth) та оцінку харчування (програма DietPlan).

Результати. В ході нашого дослідження проведено опитування батьків дітей з РАС : 4-6 років (42 %, 22 дитини), 7-9 років (41%, 21 дитина), 10-14 років (17%, 9 дітей). При оцінці фізичного розвитку дітей з РАС спостерігалось, що у 40,38% (21 дитина) маса тіла була нижче середнього (10-25 перцентиль), а зріст – у 23,08% (12 дітей) нижче середнього (10-25 перцентиль). Серед дітей з РАС спостерігалась зміни харчової поведінки у 67,31%(35 дітей) , закрепи- 36,54% (19 дітей) , непереносимість лактози – 36,54% (19 дітей), алергічні прояви – 55,77% (29 дітей) . При оцінці харчового раціону виявлено: дефіцит тваринних білків (18,5±3,5 %), надлишок вуглеводів (16,5±2,5 %), надлишок жирів (18±2 %). Калорійність спожитої їжі була надлишковою у 27% (14 дітей), достатньою у 32% (17 дітей), недостатньою у 41% (21 дитини). Співвідношення білків, жирів та вуглеводів у дітей з РАС було порушено і становило в середньому 1:1,54:6,7 при нормі 1:1:4.

Висновки. Більшість дітей з РАС мають порушення з боку шлунково-кишкового тракту та алергічні прояви, які впливають на їх соціальну адаптацію та якість життя. Тому існує необхідність комплексного обстеження дітей з РАС для вчасної діагностики соматичної патології та її корекції . Доступ до медичних послуг для дітей з РАС є обмежений через поведінкові проблеми дітей та психологічні проблеми батьків, а також неусвідомлення ними наявності соматичних проблем, які трактуються як прояв основного захворювання.Вчасне виявлення та корекція соматичної патології у дітей з РАС надасть можливість покращити їх функціонування, зменшуючи поведінкові проблеми та збільшуючи можливості до навчання та соціалізації.

ФАКТОРИ РИЗИКУ У ПРОГНОЗУВАННІ ФОРМУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.

Малахова Валерія
Лещук Ірина

Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2
Завідувач кафедри – проф. Н. І. Макєєва
Науковий керівник – проф. Н. І. Макєєва

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є найбільш поширеним хронічним захворюванням серед дітей. Розповсюдженість БА з кожним роком підвищується, незважаючи на вдосконаленість методів діагностики, профілактики та лікування.
Мета. Вивчення факторів ризику формування БА у дітей.
Матеріали та методи. Проаналізовано клінічні дані 250 дітей, які обстежувалися з приводу рецидивуючого бронхообструктивного синдрому (БОС) у віці від 6 місяців до 5 років. По досягненню 6-річного віку, виділено дві групи: 1 гр. - 45 дітей (18%) хворих на БА та 2 гр. - 205 дітей (82%) обробка проводилась з використанням StatSoftSTATISTICAVersion 8 (Tulsa, OK).
Результати. Перший епізод БОС на першому році життя мала 31 дитина з 1-ї групи та 85 дітей - з 2-ї (68,9% і 41,5%, p=0,0006; OR 3.13[95%CI 1.57-6.23]; p<0,01). Два і більше епізодів БОС перенесли 40 дітей з 1-ї групи та 41 дитина - з 2-ї (88,9% і 20%, p=0.0000; OR 32.0[95%CI 11.9-86.2]; p<0.01). Тютюнопаління у сім'ї зазначили батьки 27 дітей з 1-ї групи і 52 дітей - з 2-ї (60% і 25,4%, p=0.0000; OR 4.4[95%CI 2.3-8.7]; p<0.01). На штучному вигодовуванні перебували 30 дітей з 1-ї групи і 102 дитини - з 2-ї (66,7% і 49,8%, p=0.0000; OR 2.0[95%CI 1.0-3.4]; p<0.05). Супутні алергічні захворювання (атопічний дерматит та алергічний риніт) виявлені у 33 дітей з 1-ї групи та у 10 дітей – з 2-ї (73,3% і 4,9%, p=0.0000; OR 53.6[95%CI 21.4-134.1]; p<0.01).
Висновки. Імовірними факторами ризику розвитку БА у дітей молодшого віку є - виникнення першого епізоду БОС на першому році життя, повторні епізоди БОС (два та більше епізодів), паління у сім’ї, штучне вигодовування, наявність супутньої алергічної патології (атопічний дерматит та алергічний риніт). Дані фактори можуть бути використані для прогнозування розвитку БА у даного контингенту дітей.

БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ ЯК ОСНОВНИЙ ПРОЯВ ОБ'ЄМНОГО УТВОРУ ТРАХЕЇ У ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Рудковська Адріана

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2
Завідувач кафедри – проф. Л. В. Беш
Науковий керівник – ас. О. І. Мацюра

Актуальність. Бронхообструктивний синдром (БОС) зустрічається досить часто в практиці лікаря-педіатра. Така ситуація зумовлена, перш за все, його високим рівнем поширеності у загальній структурі захворювань. Особливо часто розвиток БОС розвивається у дітей перших 3 років життя. Відомо близько 100 хвороб, що супроводжуються синдромом бронхіальної обструкції. Надзвичайно актуальним є грамотно диференційна діагностика, що є запорукою правильного діагнозу та успішного лікування.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок бронхообструктивного синдрому у дитини раннього віку з об'ємним утвором трахеї, опрацювати анамнестичні дані, клінічні прояви, етапи діагностичного пошуку та ефективність лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби пацієнта Л., який двічі знаходився на лікуванні в І педіатричному відділенні Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова у 2-х місячному віці (періоди 13.10.14 – 23.10.14 рр. та 25.10.14 –26.11.14 рр.). Проведено аналіз катамнезу даного пацієнта впродовж 2-х річного віку.

Результати. Дитина вперше поступила в І педіатричне відділення Комунальної міської дитячої клінічної лікарні м. Львова у віці 1 міс 26 днів зі скаргами на періодичний малопродуктивний кашель, помірну задишку, дистанційні хрипи, які з'явилися після аспірації грудним молоком. Об'єктивно: при поступленні в стаціонар стан дитини середньої важкості. При перкусії над легенями – коробковий звук, при аускультації – жорстке дихання, непостійні сухі свистячі та вологі хрипи з обох сторін. У результаті проведеного лікування (дексаметазон, вентолін, дротаверин, муколітики) стан з позитивною динамікою. Хлопчик виписаний в задовільному стані додому.

Через дві доби дитина госпіталізована повторно з явищами бронхообструкції.

На фоні проведення традиційного лікування обструктивного синдрому очікуваного ефекту не отримано, у зв'язку з чим проведено комп'ютерну томографію грудної клітки, діагностовано об'ємне утворення верхньо-заднього середостіння справа інтра- та екстратрахеальної локалізації з ознаками стенозу трахеї, об'ємний утвір верифіковано як гемангіому та призначено пропранолол.

Катамнез: Хлопчику на даний час 2 роки 5 міс. Продовжує прийом пропранололу, спостерігається торакальним хірургом. Геманіома регресувала. Стан дитини задовільний, бронхообструктивні ознаки не спостерігаються.

Висновки. 1.Бронхообструктивний синдром займає значне місце в загальній структурі захворюваності дітей раннього віку.

2.Синдром бронхообструкції може бути проявом різноманітних захворювань, що потребує ретельного обстеження та диференційної діагностики.

3.Використання інструментальних методів (комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії грудної клітки, бронхоскопії) мають точку прикладання у стійких до лікування чи сумнівних випадках.

4.Вчасно поставлений вірний діагноз дозволяє провести відповідне лікування, приводить до регресу патологічного процесу та дає шанс дитині на щасливе, повноцінне життя.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ФОРМУВАННЯ РІЗНИХ НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Семен Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри – проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник – проф. О. Л. Личковська

Актуальність. Хронічна патологія гастродуоденальної зони (ГДЗ) відноситься до групи мультифакторіальних захворювань, які складають понад 90% усіх хронічних соматичних хвороб та понад 90% усієї спадкової патології людини. При вивченні факторів ризику формування мультифакторних захворювань часто використовують пошук їх асоціації з генами головного комплексу гістосумісності (HLA).

Мета. Метою дослідження було вивчення асоціації алелей гена HLADQA1 з різними нозологічними формами патології ГДЗ у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 54 дитини з патологією ГДЗ віком від 6 до 11 років, групу сформовано відкритим когортним методом (основна група - ОГ). Функціональну диспепсію (ФД) діагностовано у 14 дітей (25,9%), хронічний гастрит, гастродуоденіт (ГД) - у 29 (53,7%), деструктивні форми патології ГДЗ (ерозії, виразки) - в 11 пацієнтів (20,4%). Крім загальноприйнятих клініко - анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, проводилось

типування алелей комплексу HLADQA1 за допомогою полімеразно - ланцюгової реакції. Групу контролю (ГК) для визначення частоти алелей у популяції склали 45 практично здорових дітей.

Результати. Нами встановлено, що при ФД коефіцієнт відносного ризику був достовірним для алелі HLADQA1*0101, при гастриті, гастродуоденіті - з високим ступенем достовірності, тоді як при деструктивних формах патології ГДЗ значення цього алеля як фактора ризику не підтверджено. Можливо, ця алель може трактуватися як неспецифічний фактор ризику, пов'язаний з особливостями запальної відповіді макроорганізму, про що свідчать дослідження, проведені при інших патологічних станах, зокрема туберкульозі (DurareR. etal., 2011), ішемічній хворобі серця (Лутай М. І. та співавт., 2010). HodaM. etal., 2000 довели, що на виникнення виразкової хвороби та гелікобактерної інфекції мають вплив різні незалежні генетичні фактори схильності та резистентності, зокрема алель *0102 означена як фактор резистентності до H. pylori. За нашими даними частота цієї алелі знаходиться у достовірному негативному кореляційному зв'язку з деструктивними формами захворювань ГДЗ, тобто її відсутність у пацієнта може трактуватися як фактор ризику сприйнятливості до Нр-інфекції та несприятливого її перебігу. Частота протекторної алелі HLADQA1*0201 негативно корелює з усіма нозологічними варіантами патології ГДЗ, крім ФД, тоді як частота алелі HLADQA1*0301, яка асоціюється зі схильністю до хвороб верхніх відділів травного каналу, тісно позитивно корелювала лише з деструктивними формами гастродуоденальної патології, а тому може трактуватися як фактор ризику несприятливого перебігу даної групи захворювань. Алель HLADQA1*0501 за даними літератури асоціюється з хворобами, у патогенезі яких присутній аутоімунний компонент (целіакія, цукровий діабет), а також з утворенням аутоантитіл до парієтальних клітин (De BlockC.E. etal, 2000). Імовірно, саме ця алель визначає схильність до аутоімунного запалення слизової оболонки ГДЗ та поступове виникнення її атрофії.

Висновки. Таким чином, до генетичних факторів ризику формування патології ГЗД у дітей можна віднести алель HLADQA1*0301, до протекторних - алелі HLADQA1*0102 та*0201. Алелі HLADQA1*0101 і *0501 можна трактувати як неспецифічні фактори ризику несприятливого перебігу патології ГДЗ, дія яких пов'язана з формуванням неадекватної запальної відповіді макроорганізму.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОФЕСІЙНО ЗАЙМАЮТЬСЯ СПОРТОМ

Кіт Юлія
Копач Мар'яна
Лісовський Руслан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №1
Завідувач кафедри – проф. С.Л. Няньковський
Науковий керівник – ас. О.Б. Пластунова

Актуальність. Спорт є невід'ємною складовою сучасного світу та займає важливе місце у фізичній і духовній культурі суспільства. Задля здобуття високих результатів у майбутньому, спортом починають займатися ще з дитячого віку. Спосіб життя спортсмена – це часті виснажливі тренування, фізичні навантаження, раннє виснаження організму, травми і, як наслідок, розвиток хвороб. Для дітей – це ще більше навантаження, оскільки дитячий організм потребує енергії на процеси росту, розвитку та навчання.

Мета. Вивчити стан здоров'я хлопців 12-17-річного віку – вихованців Львівського училища фізичної культури, які професійно займаються футболом.

Матеріали та методи. Статистичний аналіз захворюваності та відхилень у стані здоров'я 114 футболістів за результатами медичних оглядів і записів у лікарсько-контрольних картах диспансерного спостереження спортсмена (ф.062/о).

Результати. Найчастіше спостерігалися відхилення з боку серцево-судинної системи: неповна блокада правої ніжки пучка Гісса (35,1% дітей), синусова аритмія (21,9%), брадикардія (21,9%), порушення процесів реполяризації (17,5%), перевантаження електричної активності правого шлуночка (8,8%), тахікардія (5,3%), екстрасистолія (0,9%). Лише одна дитина скаржилася на болі в ділянці серця.

Часто реєструвалася патологія опорно-рухового апарату: порушення постави (22,8%), плоскостопість (18,4%), остеохондропатії, у тому числі хвороба Осгуда - Шляттера (5,3%), деформації грудної клітки (3,5%), запалення суглобів і м'язів (2,6%), крилоподібні лопатки (1,8%). Скарги на болі в суглобах турбували 12,3% дітей.

Значною виявилася частота травм: переломи кінцівок (21,1%), розтягнення та розриви зв'язок і м'язів (12,3%), закрита черепно-мозкова травма (5,3%), викривлення носової перегородки (7,0%).

Доволі поширеними захворюваннями були карієс (16,7%) і анемія (10,5%). У двох дітей спостерігалася дисметаболічна нефропатія (1,8%).

Серед інфекційних захворювань переважали гострі респіраторні вірусні інфекції (23,7%), рідше траплялися гострий тонзиліт (2,6%), вітряна

віспа (1,8%). В поодиноких випадках діагностовано бронхіт (2,6%), пневмонію (0,9%), гайморит (0,9%), отит (1,8%).
Висновки. Домінування відхилень з боку серцево-судинної системи, патології опорно-рухового апарату, травм, які очевидно пов'язані з надмірними фізичними навантаженнями і метаболічним дисбалансом, вказує на необхідність корекції тренувального режиму і харчування юних футболістів з метою попередження розвитку у них органічної патології у майбутньому.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЧИН ПЕРИНАТАЛЬНИХ ТА НЕОНАТАЛЬНИХ ВТРАТ У РЕГІОНАХ МІСТА ЧЕРНІВЦІ ЗА РІЗНОЇ ГЕОХІМІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Кизима Іванна
Власова Олена
Семенова Катерина
Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. К. Колоскова
Науковий керівник – проф. Л. О. Безруков

Актуальність. Проведений аналіз досліджень у світі показує зацікавленість науковців багатьох країн до впливу ксенобіотків на систему «мати-плід» та новонароджених. Вивчення чутливості організму до цитотоксичної дії ксенобіотиків оптимізує ранню діагностику екологічно детермінованої патології, дозволяє прогнозувати та встановити схильність кожної конкретної дитини до легшого або тяжчого перебігу захворювання та виділити групи ризику дітей, які підлягають проведенню медикаментозної корекції та профілактичних заходів.
Мета. Встановити роль екологічних чинників, зокрема забруднювачів грунту, щодо формування і перебігу генералізованих інфекційно-запальних захворювань періоду новонародженості; вивчити особливості причин перинатальних та неонатальних втрат у регіонах міста Чернівці за різної геохімічної характеристики.
Матеріали та методи. Проведний порівняльний аналіз причин втрат у перинатальному і неонатальному періодах життя залежно від геохімічної характеристики місць проживання методом "сендвіч". Ретроспективно (впродовж 10 років) проаналізовано 109 протоколів розтинів плодів, мертвонароджених і померлих новонароджених від матерів, які проживали в м. Чернівці.

Результати. Аналіз розподілу перинатальних та неонатальних втрат за геохімічною характеристикою показав, що у регіонах поєднаного забруднення металами та радіацією втрати в 3,4 рази більші, ніж в чистих зонах, і в 2,6 рази більші, ніж в зонах забруднення лише важкими металами.Поєднане забруднення грунту малими дозами солей важких металів і техногенних радіонуклідів сприяє формуванню і несприятливому перебігу генералізованих інфекційно-запальних захворювань у перинатальному і неонатальному періодах та в грудному віці. Відносно чистого регіону: відношення шансів - 13,15 (95% ДІ 5,03-34,4); відносний ризик - 8,0 (95% ДІ 6,4-10,04); атрибутивний ризик - 37%.Відносно регіону, забруденого важкими металами: відношення шансів 2,33 (95% ДІ 1,3-4,3); відносний ризик - 1,8 (95% ДІ 1,4-2,3); атрибутивний ризик - 19%.

Висновки. Враховуючи отримані дані, можна думати про те, що поєднаний вплив ксенобіотиків на організм вагітної жінки та плоду сприяє виникненню та фатальним наслідкам генералізованих інфекційно-запальних захворювань.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПОЧАТКОВОЇ ДИХАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ЗНАЧНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Верещак Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2
Завідувач кафедри – проф. Л. В. Беш
Науковий керівник – проф. Д. О. Добрянський

Актуальність. Незрілість дихальної системи визначає потребу дихальної підтримки (ДП) для забезпечення успішної постнатальної адаптації значно недоношених дітей, які народжуються з терміном гестації < 32 тиж. Відомо, що із застосуванням певного методу ДП в перші години життя вірогідно пов’язані віддалені результати лікування цієї категорії немовлят найвищого перинатального ризику. Однак, оптимальна стратегія початкової допомоги, яка передбачає поєднання різних методів неінвазивної ДП із застосуванням екзогенного сурфактанту, залишається невідомою.

Мета. Визначити чинники, що впливають на вибір і ефективність початкового методу ДП значно недоношених новонароджених.

Матеріали та методи. Під спостереженням від моменту госпіталізації до виписки перебували 32 передчасно народжених дітей, які лікувались у відділеннях інтенсивної терапії і патології недоношених

новонароджених Львівської обласної клінічної лікарні. Вісім з них (25%) були заінтубовані відразу після народження і перебували на штучній вентиляції легень (ШВЛ), а ДП решти 24 дітей (75%) здійснювали неінвазивно, створюючи постійний позитивний тиск у дихальних шляхах (CPAP). У 10 з них (42%) застосування CPAP виявилось неефективним і вони потребували інтубації трахеї і ШВЛ у середньому (медіана [мінімальне - максимальне значення]) віці 28 [5-251] годин.

Результати. Діти, які потребували ШВЛ відразу після народження, мали вірогідно менші масу тіла (803,75±162,12 г проти 1110,21±325,6 г; $p<0,05$) і термін гестації (26,25±1,98 тиж проти 28,63±2,32 тиж; $p<0,05$), а також частіше народжувались зі значною дихальною депресією (25% проти 4%; $p<0,1$) і потребували введення сурфактанту (100% проти 46%; $p<0,01$). У них частіше(50% проти 17%; $p<0,1$) діагностували важкий респіраторний дистрес-синдром (РДС) на тлі більшої початкової залежності від вищих концентрацій додаткового кисню (73% проти 35%; $p<0,001$). Застосування цього методу ДП асоціювалось зі значним збільшенням частоти бронхолегеневої дисплазії (БЛД) – 5 випадків (63%) проти 2 випадків (8%) у дітей, які після народження перебували на CPAP ($p<0,01$).Натомість, діти, в яких початкове CPAP виявилось неефективним, не відрізнялись за масою тіла і терміном гестації від новонароджених, яких вдалося лікувати без ШВЛ, однак, у ній переважали хлопчики (90% проти 57%; $p<0,1$). Водночас, лише у цій підгрупі діагностували важкий РДС (40%; $p<0,001$), вже у віці 2 год виявляли потребу у вищих концентраціях кисню (41,0±7,38 проти 30,07±6,08; $p<0,001$) і введенні сурфактанту (80% проти 20%; $p<0,01$). БЛД формувалась лише в немовлят, в яких початкове CPAP було неефективним (20%; $p<0,1$).

Висновки. Уникнення інвазивної ШВЛ у комплексі заходів початкової стабілізації стану значно недоношених новонароджених асоціюється з найкращими результатами їх виходжування. Однак близько половини немовлят, які спочатку перебувають на CPAP, пізніше можуть потребувати ШВЛ, що погіршує прогноз і визначає необхідність пошуку дієвих профілактичних заходів.

СКРИНІНГ СЛУХУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

Ващишин Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри – проф. Л. В. Беш
Науковий керівник – ас. О. П. Борисюк

Актуальність. Частота нейросенсорної втрати слуху у немовлят із групи високого ризику є в 10 разів вищою у порівнянні зі здоровими доношеними дітьми. Сучасним стандартом є проведення раннього скринігу слуху, який дозволяє вчасно виявити проблему та, за потреби, здійснити медичне втручання на ранній стадії, що дозволить дитині опанувати мову і повноцінно інтегруватись в суспільство.
Мета. Встановити поширеність та виявити найважливіші чинники ризику порушення слуху у немовлят із групи високого ризику.
Матеріали та методи. У проспективне когортне дослідження по скринінгу слуху було залучено 134 дитини з масою тіла при народженні 1890 [1440; 2380] г і гестаційним віком 33,76±4,19 тиж., які лікувались у неонатальних відділеннях Львівської обласної клінічної лікарні з жовтня 2016 по березень 2017 рр. 26 доношеним дітям дослідження проводилось після стабілізації стану і перед випискою зі стаціонару (у віці 7 [6;11] днів), а 108 недоношеним малюкам – після досягнення скоригованого віку (СВ) 35 тиж. відповідно. Використовували прилад MAICOMB 11 BERAphone, Німеччина який генерує звуки із інтенсивністю 35 дБ та автоматично реєструє слухову реакцію стовбура головного мозку (aABR). Обстеження проводили під час сну дитини, або у стані максимального спокою. Досягнення зеленої зони індикатором проходження тесту визначало успішний тест («Pass» – негативний скринінг), в іншому випадку тест уважався не успішний («Refer» – позитивний скринінг). Дітям, які не пройшли перший aABR тест, проводили повторний. Показник охоплення скринінгом становив 81%.
Результати. 86 дітей (64%) успішно пройшли перше скринінгове дослідження слуху, у 27 (20%) було зареєстровано бінауральний, а у 21 (16%) моноауральний позитивний результат («Refer»). Повторний скринінг проведено 41 дитині (доношеним дітям у віці 9[8;16] днів, недоношеним малюкам у СВ 39,11±5,36 тиж.). За підсумками обох досліджень тест пройшли 105(78%) немовлят, порушення слуху мало місце у 29 дітей (22%), із них в 14 (10,5%) спостерігалось однобічне порушення слуху, а у 15 (11%) – двобічне. Поширеність більшості перинатальних чинників ризику була приблизно однаковою у немовлят із позитивним та негативним результатом скринінгу. Проте діти які не проходили aABR тест у порівнянні із немовлятами які успішно пройшли скринінг достовірно частіше були недоношені (24 (23%) проти 2 (7%); $p<0,05$); з меншою масою тіла при народженні (1700

[1440;1915] г проти 1980[1470;2640] г; $p<0,05$), а також у 10% випадків мали генетичну патологію.

Висновки. За даними проведеного скринінгу поширеність порушення слуху у нашій когорті немовлят групи високого ризику може сягати 22%, що визначає потребу подальшого аудіологічного обстеження цих дітей. Вагомими чинниками ризику ураження слуху є недоношеність і мала маса тіла при народженні.

СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЇ, ОФТАЛЬМОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Лекційна аудиторія стоматологічної поліклініки
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – проф. С. С. Пшик, доц. А. С. Гудзь, проф. Р. І. Білобривка, доц. Н. М. Абашина, доц. Н. В. Малярська, доц. Л. В. Рахман, ас. Н. А. Мартінек, доц. Н. Л. Боженко, доц. Б. В. Кулик, доц. В. Д. Міхель

Головуючі - Патер Наталія-Ярослава, Уляновська Марія

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ОЗНАК ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ ТА СТАРШИХ КУРСІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Уляновська Марія
Горішна Віра
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Науковий керівник – доц. Н.В. Малярська

Актуальність. Вегетативна дисфункція (ВД) – це синдром, що включає в себе різноманітні за походженням і проявами порушення функцій внутрішніх органів, зумовлені розладом їх нервової регуляції. Зустрічається ця патологія досить часто, так як сучасний темп життя породжує все більше стресових чинників, що сприяють прояву ВД. Часто люди, в тому числі - лікарі, не надають належної уваги ВД, а тим часом вона може бути як передвісником, так і компонентом багатьох захворювань і в найбільш складних випадках потребує відповідної корекції.

Мета. Метою дослідження було виявити ознаки ВД у студентів медичного університету та порівняти поширеність і особливості цієї патології у студентів молодших і старших курсів.

Матеріали та методи. Анкетування студентів 1-6 курсів медичного університету обидвох статей за допомогою опитувальника за Вейном О.М., 1998р. Студенти самостійно заповнювали анкети, відповідаючи на 11 запитань і оцінюючи наявність у себе описаних змін. Кожна відповідь «Так» відповідала визначеній кількості балів, відповідь «Ні»

оцінювалась у 0 балів. ВД виявлена у студентів, які набрали більше 15 балів.

Результати. У дослідженні взяв участь 291 студент, з них 174 студенти молодших курсів (1-3) та 117 студентів старших курсів (4-6). ВД була виявлена у 81,4% опитаних, зокрема, першій групі - у 79,3%, а в другій – у 84,6%, Отже, поширеність ВД серед студентів старших курсів на 5,3% ($p>0,05$) вища, ніж серед молодших. Варто також відмітити, що найбільша поширеність ВД виявлена серед студентів п'ятого курсу (90,7%), а найменша – серед студентів третього курсу (76,5%), різниця між ними становила 14,2% ($p<0,05$). Найбільша кількість опитаних, незалежно від курсу відзначили у себе схильність до почервоніння обличчя, оніміння чи похолодання пальців кистей і стоп, порушення функції шлунково-кишкового тракту: схильність до проносів, закрепів, "здуття" живота, болю; напади болю голови, зниження працездатності, швидку стомлюваність, порушення сну.

Висновки. Таким чином, можна припустити, що ВД частіше проявляється у студентів старших курсів, ніж молодших. Це може бути пов'язано зі стресом внаслідок навчання, особливостями академічного навантаження. Загалом ВД є надзвичайно поширеною проблемою серед студентів медичного університету, адже середній рівень захворюваності в популяції становить близько 70%, що менше від середнього рівня в університеті на 11,4%. Усім студентам, у яких виявлено ознаки ВД рекомендується нормалізація навантажень, режиму дня, харчування, активний відпочинок та у разі відсутності позитивних зрушень – звернутися до лікаря.

АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ПОШИРЕНОСТІ ГОСТРОГО ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ

Мартинів Роман
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра психіатрії, психології та сексології
Завідувач кафедри – проф. Р.І. Білобривка
Науковий керівник – доц. А.Р. Панас

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це віддалена реакція на стресову подію або ситуацію винятково загрозливого для життя чи здоров'я людини характеру (наприклад,

участь у бойових діях, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви катувань, тероризму, сексуального насилля тощо) та виявляється симптомами повторного переживання травматичної події, порушенням емоційно-вольової сфери, підвищеною збудливістю та реактивністю, а також уникненням стимулів, які пов'язані із психотравмуючою подією. У зв'язку із військовими подіями, які тривають упродовж останніх трьох років на Сході України та збільшенням кількості військовослужбовців, що брали участь у бойових діях в зоні антитерористичної операції (АТО), а також мирного населення, яке перебуває у зоні військового конфлікту, посттравматичний стресовий розлад діагностується у дедалі більшої кількості осіб, що негативно впливає на психічне здоров'я населення України в цілому.

Мета. Вивчити та проаналізувати статистичні дані про частоту виникнення та клінічні особливості психічних порушень при ПТСР у військовослужбовців, які були учасниками бойових дій.

Матеріали та методи. У роботі використано метод інформаційного пошуку, узагальнення та аналізу даних сучасної періодичної медичної наукової літератури, що відображають актуальність проблеми.

Результати. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність посттравматичного стресового розладу в умовах військового конфлікту серед військовослужбовців складає 15,4%, загальна поширеність – 3–4%. За даними Міністерства оборони України, з початку (АТО) більше 170 тисяч військовослужбовців взяли участь у бойових діях. За результатами вивчення структури посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій, визначено, що найбільшу питому частку серед наслідків впливу психологічної травми займає ПТСР (70,9%). Серед емоційних порушень в структурі ПТСР основними серед військових є страх та тривога (57 %). Також 58,5 % страждають від агресії у відношенні до близьких та неможливості контролювати свій гнів. У 75,5% спостерігається підозріливість. Серед найчастіших поведінкових патернів - конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, експлозивність, а також емоційна пригніченість. Іншою характерною особливістю ПТСР в учасників АТО є висока коморбідність цього розладу із вживанням психоактивних речовин. Захворюваність на посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців в Україні складає 59,2% від усіх осіб з посттравматичним стресовим розладом. Посттравматичний стресовий розлад у військових – особливий вид психічних порушень, що визначається перенесеними психотравмуючими подіями військового часу, виразністю клінічної картини, поліморфізмом її проявів і наявністю як типових, так і атипових симптомів захворювання та

характеризується більш інтенсивним і тривалим впливом на людину ніж ПТСР внаслідок природних або техногенних катастроф.
Висновки. На підставі проведеного аналізу було визначено, що ПТСР є серйозною проблемою не лише медичною, але й соціальною, що потребує глибшого наукового дослідження, оскільки спостерігається недостатність даних щодо розповсюдженості та структури ПТСР у учасників АТО. Реадаптація до мирного життя, реабілітація неможлива без подолання ПТСР, викликаного участю в бойових діях на Сході України.

ВИВЧЕННЯ ВІТРЕОРЕТИНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНИХ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ МІОПІЇ У М.ЛЬВОВІ ТА ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Обухова Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО
Завідувач кафедри – доц. А.С. Гудзь
Науковий керівник – доц. Н.М. Абашина

Актуальність. Одним з найрозповсюджених офтальмологічних захворювань являється міопія, або короткозорість. Вона займає 2-е місце за поширеністю серед усіх хвороб очей серед жінок дітородного віку. До початку репродуктивного періоду життя вже 25-30% жіночого населення страждають на короткозорість, причому 7,5-18% з них мають міопію високого ступеня, що нерідко приводить до погіршення зору та являється однією з найбільш частих причин сліпоти (14,6%) та інвалідності (12,7%).У структурі екстрагенітальної патології у вагітних частка міопії складає 18-19%.
Мета. Вивчити вітреоретинальні зміни при ускладненій міопії у вагітних, що лікувалися в Львівській обласній клінічній лікарні.
Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 25 вагітних у віці від 18 до 25 років. На кафедрі офтальмології ЛНМУ ім. Д. Галицького проведено повне офтальмологічне обстеження (визначення зорових функцій, рефракції ока, біомікроскопія, пневмотонометрія, офтальмоскопія). Всього обстежено 50 очей: 100% - проведено УЗД обстеження, 15% - комп'ютерна томографія в динаміці під час вагітності.
Результати. Проведене обстеження виявило, що у всіх пацієнток, які знаходилися під нашим спостереженням, відмічалася ускладнена міопія

зі зниженою зоровою функцією, а саме гостротою зору з корекцією та без. У 60% обстежених – міопія середнього ступеню, у 40% - міопія високого ступеню. Перша вагітність у 18 жінок, повторна вагітність – у 7 жінок. Периферична вітреохоріоретинальна дистрофія діагностована у 85%. З метою попередження ускладнень у 15% пацієнток проведена профілактична лазерна коагуляція сітківки до пологів, що сприяло стабілізації зорових функцій. 16 пацієнткам було рекомендовано родорозрішення методом кесарева розтину у зв'язку з загальним та офтальмологічним станом. В результаті в жодному випадку не було відшарування сітківки.

Висновки. Проведені дослідження у вагітних з ускладненою міопією м. Львова та Львівської області показали, що проблема вітреоретинальної патології й відшарування сітківки являється актуальною для практикуючих акушерів та консультуючих офтальмологів і потребує додаткового удосконалення диспансерного спостереження у зв'язку з високим ризиком розвитку ускладнень з боку органу зору.

РАННІ ПРОЯВИ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ПРЕДИКТОРІВ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Юнашев Дмитро
Яковцова Тетяна
Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №1
Завідувач кафедри – проф. І.А. Григорова
Науковий керівник – доц. О.Р. Єскін

Актуальність. Атеросклероз є надзвичайно великою проблемою людства. Раніше це захворювання розвивалося у людей віком після 40-45 років, а вже сьогодні його можливості безмежні. За сучасними даними, атеросклероз знаходять не тільки в молодих людей, а навіть і в новонароджених.

Мета. Діагностувати ранні прояви ураження нервової системи на початку розвитку атеросклерозу та визначити методи лікування.

Матеріали та методи. Досліджено 12 осіб, які були віднесено до групи предикторів атеросклерозу: I група – чоловіки та жінки, у яких при профілактичних оглядах було знайдено підвищений рівень ліпідів крові(дисліпопротеінемія); II група – підлітки у віці до 21го року з обтяженою спадковістю по серцево-судинних захворюваннях(вроджені вади серця, інфаркт міокарда та ін.) Дослідження проводилось по

комплексній програмі: поширений збір анамнезу, генеалогічне дослідження, об'єктивне обстеження, біохімічний аналіз крові, інструментальні методи діагностики, оцінка функції вегетативної нервової системи, психоемоціонального стану.

Результати. При обстеженні найчастіше зустрічалися такі симптомокомплекси: астенічний синдром, загальна підвищена втомленість, синдром вегето-судинної дистонії, головний біль, кардіалгії та порушення серцевого ритму, синдром дисциркуляторної енцефалопатії та ін. При аналізі даних ЕЕГ відмічались дифузні зміни різного ступеня вираженості з елементами пароксизмальної активності(зниження амплітуди ритмів головного мозку, їх дезорганізація, переважання низькоамплітудного бета-ритму, поява одиничних повільних хвиль). На РЕГ відмічалось підвищення артеріального тиску артерій переважно середнього та дрібного калібру, ознаки ускладнення венозного відтоку переважно у вертебробазілярному басейні.

Висновки. Таким чином, найбільш ранні обстеження осіб з підвищеним ризиком розвитку атеросклерозу дозволяють виявити початкові зміни в нервовій системі та успішно їх лікувати.

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО І СТАТЕВОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кухар Анна
Гуменюк Яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра психіатрії, психології та сексології
Завідувач кафедри – проф. Р.І. Білобривка,
Науковий керівник – проф. Р.І. Білобривка
Кафедра акушерства і гінекології
Завідувач кафедри – проф. Л.Б. Маркін
Науковий керівник – ас. В.В. Флуд

Актуальність. Проблема репродуктивного і статевого здоров'я є надзвичайно важливою в сучасному світі, особливо, зважаючи на статистичні дані, що свідчать про постійне зростання рівня безплідності.

Мета. Дослідити стан репродуктивного і статевого здоров'я в жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Для виявлення стану проблеми було проведено анонімне анкетування жінок.

Результати. При аналізі даних анкетування було встановлено:

68% дали правильне визначення поняттю репродуктивного здоров'я.

62% дали правильне визначення поняттю статевого здоров'я.

Більшість жінок бажають отримувати інформацію про статеве і репродуктивне здоров'я у вигляді бесіди з спеціалістом.

На питання щодо найефективнішого способу запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом наші респонденти вибрали такі варіанти: 76% - «Презервативи», 2% - «Оральні контрацептиви», 2% - «ВМС», 12% - «Все вище перераховане (презервативи, оральні контрацептиви, ВМС)», 8% - «Свій варіант»: «Уникнення випадкових статевих зв'язків» та «Постійний партнер».

На питання про ставлення жінок до власного репродуктивного здоров'я 46% вказали, що проходять обстеження кожні півроку, 6% - що звертаються до спеціаліста 1 раз на рік, 6% - що звертаються до спеціаліста 1 раз на 3 роки, 42% - що звертаються до спеціаліста, коли щось турбує в цій сфері.

Для більшості жінок (88%) аборт являється вбивством ненародженої дитини, для 8% жінок аборт – це усунення небажаної вагітності, для 4% - безвихідна ситуація.

На думку 64% жінок збільшення кількості абортів пов'язане з тим, що люди стали менш відповідальними, 26% вважає, що населення погано інформоване щодо засобів контрацепції, 6% - що це відбулось внаслідок впливу ідеології (комуністичної, релігійної), 4% - що такої проблеми взагалі немає.

На питання про кількість статевих партнерів 38% жінок відповіли «1», 24% - «2», 16% - «3», 6% - «4», 16% - «5 і більше».

На питання: «Чи були (був) партнер до шлюбу?» 16% жінок відповіли «Ні», 84% жінок відповіли «Так». При запитанні останнім, як вони до того ставляться, 87% жінок відповіли, що не осуджують себе за статеві відносини, 13% жінок відповіли, що з осудом (засуджують самі себе).

З поняттям «телегонія» ознайомлені 32% жінок.

На питання: «Як Ви думаєте, чому мораль засуджує зраду?» 56% жінок відповіли «зрада руйнує цілісність сім'ї», 32% - «людина, яка зраджує, порушує клятву вірності», 10% - «це перечить релігійним канонам», 2% - «зрада – це порушення соціальних норм».

Висновки. Жінки репродуктивного віку недостатньо інформовані щодо репродуктивного і статевого здоров'я, захворювань, що передаються статевим шляхом та способів запобігання їм. Дана проблема формується через недостатні освітні заходи у навчальних закладах.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ВІКОВОЮ МАКУЛОДИСТРОФІЄЮ СІТКІВКИ

Тарабань Ірина
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри – проф. О.П. Вітовська
Науковий керівник – доц. Н.К. Гребень

Актуальність. Вікова макулодистрофія (ВМД) — це інволютивне захворювання центральної області сітківки, що розвивається в осіб старшого віку. Патологія не є «хворобою цивілізації», оскільки типова клінічна картина ВМД, описана офтальмологами ще наприкінці XIX століття. У наш час проблема ВМД набула особливої актуальності у зв'язку зі збільшенням тривалості життя людей і процесом постаріння населення. Для гальмування розвитку даного патологічного процесу необхідне блокування продукції аномального білку та спустошення неповноцінних судин, через стінки яких рідина потрапляє під сітківку, саме такий механізм дії інгібітору VEGF-фактора (АЙЛІЯ).

Мета. Вивчити особливості змін органу зору після інтравітреального введення інгібіторів VEGF-фактору (АЙЛІЯ) у пацієнтів з ВМД (волога форма).

Матеріали та методи. Проведено обстеження 55 офтальмологічних хворих, з діагнозом ВМД. Всім пацієнтам проводилось офтальмологічне обстеження: візометрія, периметрія, тонометрія, офтальмоскопія, біомікроскопія, додаткові дослідження (ФАГ, ОСТ). За даними візометрії гострота зору на момент госпіталізації в середньому складала 0,33±0,05. Середній ВОТ на момент госпіталізації 17,6 мм.рт.ст. За даними ОСТ середня товща оптичного становила 377.5±12,8 μm. Наявність деформованого фовеального контуру за рахунок субретинальної мембрани спостерігався у 87,3%; кістозний набряк у 72,2%; субфовеальне потоншення ПЕС – 36,4% пацієнтів.

Результати. Після проведеного лікування гострота зору в середньому складана 0,37±0,05 (збільшилась на 12,1%) . В середньому ВОТ одразу після інтравітреального введення інгібіторів VEGF-фактору (АЙЛІЯ) був 32,1 мм.рт.ст., після 2 годин – 24,4 мм.рт.ст, на кінець І доби – 20,0 мм.рт.ст., через тиждень – 18,1 мм.рт.ст., через 1 місяць – 17,9 мм.рт.ст. За даними ОСТ середня товща оптичного зрізу після лікування становила 114,4± 10,7μm (зменшилась на 69,7%).

Висновки. Значне підвищення ВОТ відбувається після введення препарату, і знижується вдвічі на кінець першої доби після введення, через тиждень та місяць після лікування підвищення ВОТ не визначалось. Після лікування з використанням анти-VEGF терапії спостерігається зменшення показників, які характеризують набряк макулярної зони сітківки, а функціональні показники покращуються.

ПОСТТРАВМАТИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ: ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Ключківська Христина
Мариняк Любов
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Науковий керівник – доц. Н.В. Малярська

Актуальність. Щорічно з приводу черепно-мозкової травми (далі – ЧМТ) до лікарів звертається близько 10 мільйонів пацієнтів у всьому світі. Травма головного мозку не минає безслідно: у більшості пацієнтів згодом з'являються фізичні (зокрема, епінапади), когнітивні та емоційно-поведінкові розлади, від незначних до виражених. Вважається, що до 2020 року ЧМТ стане провідною причиною смертності та інвалідизації населення.
Мета. Вивчити та оцінити вплив ЧМТ на подальше життя, одужання та реабілітацію пацієнтів, а також виявити віддалені наслідки травми головного мозку.
Матеріали та методи. Аналіз історій хвороб пацієнтів (6), результатів психоневрологічного обстеження, даних лабораторних та інструментальних обстежень.
Результати. Пацієнт 1, 59 років, 20 років тому переніс ЧМТ важкого ступеню. На даний момент діагностовано дисциркуляторну гіпертензію змішаного ґенезу (наслідок артеріальної гіпертензії та перенесеної травми). У пацієнта виявлено деменцію легкого ступеню та емоційну лабільність. Під час неврологічного обстеження – горизонтальний ністагм та похитування в позі Ромберга.
Пацієнт 2, 52 роки, 19 років тому переніс закриту ЧМТ та забій головного мозку важкого ступеню. Скаржиться на біль голови та зниження працездатності. При неврологічному огляді виявлено

правобічну пірамідну недостатність, вестибулярні розлади та девіацію язика. Пацієнт емоційно лабільний.
Пацієнт 3, 48 років, у 2016 році переніс важку ЧМТ. Скаржиться на періодичний біль голови, лабільність артеріального тиску, нудоту, неспокій та епізоди втрати свідомості. Виявлено вогнищеві неврологічні симптоми: асиметричність обличчя, девіація язика праворуч, ознаки правобічного центрального парезу. Пацієнт емоційно лабільний.
Пацієнт 4, 46 років, у 2004 році переніс забій мозку важкого ступеню. Скаржиться на біль голови, запаморочення та слабкість. Під час огляду виявлено правобічну геміплегію та гемігіпестезію. Пацієнт емоційно лабільний, здатність до абстрагування знижено, спостерігається виснажуваність когнітивних функцій. За даними комп'ютерної томографії (КТ), у лобно-тім'яній ділянці візуалізується киста, помітна дилатація шлуночків мозку.
Пацієнт 5, 42 роки, у 2016 році переніс відкриту ЧМТ. Виявлено лівобічний геміпарез центрального типу, астено-невротичний синдром та сенсоневральну приглухуватість. На КТ виявлено вогнище резорбції в лівій лобній частці.
Пацієнт 6, 20 років, у 2006 році переніс забій головного мозку, розвинулась внутрішньочерепна гіпертензія. Пацієнт скаржиться на біль голови, підвищення артеріального тиску, втому і слабкість. Виявлено лівобічний центральний парез та емоційну лабільність.
Висновки. ЧМТ важкого ступеню – складне травматичне ураження головного мозку, що призводить не лише до формування неврологічного дефіциту, а й порушень емоційно-когнітивної сфери та розвитку посттравматичної енцефалопатії. Порушення функцій ГМ також включає астенізацію хворого, розвиток емоційної лабільності, внутрішньочерепної гіпертензії та цефалгічного синдрому, що значно знижує якість життя пацієнта.

РІВЕНЬ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ СЕСІЇ

Тхір Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра психіатрії, психології та сексології
Завідувач кафедри – проф. Р.І. Білобривка

Науковий керівник – доц. Л.В. Рахман

Актуальність. Перебуваючи на навчанні у ВНЗ кожен студент стикається із занепокоєнням, стресовими ситуаціями, що спричинює тривогу, паніку, відчуття страху, нерідко мають місце нав'язливі думки неприємного змісту, що посилюють відчуття психологічного дискомфорту та напружують адаптаційні механізми. В умовах сучасності, коли істотно збільшуються вимоги щодо компетентності молодих фахівців, зростає інтенсивність процесу навчання, також підвищується психоемоційне навантаження студентів.

Мета. Аналіз рівня особистісної тривожності та обсесивної симптоматики у студентів медичного ВНЗ на етапі підготовки до екзаменаційної сесії.

Матеріали та методи. До проведеного дослідження, з врахуванням етико-деонтологічних вимог, залучено 116 студентів, віком 19-23 років. В якості інструментів для дослідження були використані: 1) Опитувальник Спілбергера-Ханіна, за допомогою якого ми оцінювали рівень особистісної тривожності. Згідно інструкції, низький рівень тривожності фіксується при результаті в 0-30 балів, середній -31—45 балів, високий— 46 і більше балів; 2) Обсесивно-компульсивна шкала Єля-Брауна, яка дозволяє оцінити ступінь тяжкості обсесивних та компульсивних симптомів. Згідно інтерпретації результатів, 0-7 балів – субклінічний стан, 8-15 – обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) легкого ступеню, 16-23 – ОКР середнього ступеню, 24-31 – ОКР важкого ступеню, 32-40 – ОКР вкрай важкого ступеню.

Результати. За результатами опитувальника Спілбергера-Ханіна отримано наступні дані: у 46,5% студентів спостерігався середній рівень особистісної тривожності (середній бал- 34 ±2,9 балів), у решти студентів (53,5%) - низький рівень (середній бал- 15±3,8 балів). Дані шкали Єля-Брауна засвідчили, що із 46,5% студентів із середнім рівнем особистісної тривожності у 5,5% студентів спостерігається обсесивно-компульсивна симптоматика середнього ступеню (середній бал-18±1,8 балів), у 40,7% студентів – легкого ступеню (середній бал-11±2,1 балів), та у 53,8% студентів – субклінічний стан (3±2,9 балів).

Висновки. Проведене дослідження виявило наявність обсесивної симптоматики у студентів медичного ВНЗ. До основних чинників розвитку тривожності та обсесивної симптоматики належать: великий обсяг навчального матеріалу (97%), недостатня організація навчального процесу (86%), проблеми із добиранням на кафедри, що знаходяться у різних кінцях міста (69%), підвищена відповідальність у навчанні (69%), упереджене ставлення викладачів(72%), постійний дефіцит часу (83%), хронічна втома (67%), порушення режиму праці й відпочинку

(70%), відсутність елементів творчості в навчанні (43%), підготовка до занять у нічний час (52%), зниження рухової активності (46%), нераціональне й незбалансоване харчування (73%).

ЗМІНИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГЛАУКОМУ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НОВИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Сушінець Вікторія
Дудок Анна
Карпа Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО
Завідувач кафедри – доц. А.С. Гудзь
Науковий керівник – ас. Н.А. Мартінек

Актуальність. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, глаукома є однією з ведучих причин незворотної сліпоти у світі. В Україні відмічається невпинне зростання первинної інвалідності внаслідок глаукоми. Тому питання раннього виявлення, підвищення ефективності диспансерного спостереження та адекватного лікування поставлене на порядок денний у програмі Міністерства охорони здоров'я України 2008 року по боротьбі з глаукомою. На базі очних відділень 1,2 Львівської обласної клінічної лікарні з 2007 року засновано і функціонує обласний глаукомний кабінет по диспансеризації хворих з даною патологією. Клініко-епідеміологічний аналіз впливу нових медичних технологій на якість діагностики та лікування глаукоми дозволяє оцінити зміни структури і форми захворювання в динаміці, а також розробити сучасні підходи в його профілактиці.

Мета. Виявлення змін епідеміологічних показників захворюваності на глаукому у Львівській області під впливом нових медичних технологій.

Матеріали та методи. На обліку в глаукомному кабінеті є близько 9000 диспансерних карт пацієнтів. Проведений ретроспективний аналіз диспансерних карт пацієнтів на глаукому за 2010 та 2016 роки і статистична обробка отриманих даних. Усім пацієнтам після скринінгу внутрішньоочного тиску проводились комп'ютерна периметрія, кератопахіметрія, гоніоскопія, добова тонометрія, оптична когерентна томографія зорових нервів.

Результати. Темп росту захворюваності на глаукому має тенденцію до збільшення за період з 2010 по 2016 рр.; зросла кількість пацієнтів з діагнозом «Преглаукома»; знизились показники пізньої діагностики глаукоми в III – IV стадіях; збільшилась частка вторинної глаукоми; серед населення Львівської області виявлено, що 54% захворюваності на глаукому – особи жіночої статі, 46% - чоловіки; найбільшу питому вагу глаукома має у віковій категорії 60-70 років.
Висновки. Виявлена чітка залежність між змінами епідеміологічних показників і впровадженням нових видів діагностики та лікування глаукоми.

БІЛЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

Кархут Марта
Кульчинська Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Науковий керівник – доц. Н.Л. Боженко

Актуальність. Біль – одна з провідних проблем, з якою щодня зустрічаються лікарі різних спеціальностей, в тому числі лікарі-невропатологи. Больові синдроми є компонентом багатьох неврологічних захворювань, зокрема, мають місце і у структурі хвороби Паркінсона(ХП). Моторні прояви ХП і методи їх корекції відносно добре вивчені; немоторні прояви, які по-різному проявляються у пацієнтів, вивчені недостатньо. Ключове місце серед немоторних проявів займають больові синдроми, які призводять до виникнення дискомфорту та зниження якості життя хворих.
Мета. Дослідити вираженість больових синдромів у пацієнтів з ХП, виділити клінічні варіанти больових синдромів, оцінити їх взаємозв'язок з іншими клінічними проявами.
Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 7 пацієнтів з ХП, у яких спостерігались такі больові синдроми: 1) невропатичний біль; 2) ноцицептивний біль; 3) дисфункціональний біль. Для об'єктивізації болю було використано наступні шкали: візуальна аналогова шкала (ВАШ), опитувальник по болю PainDETECT, госпітальна шкала тривоги і депресії.
Результати. Невропатичний біль виявлено у 2 з 7 пацієнтів (28,55%), ноцицептивний – у 3 пацієнтів (42,9%), дисфункціональний – у 2

пацієнтів (28,55%). Із 7 пацієнтів з больовим синдромом у 3 (42,9%) він виник практично одночасно з появою моторних порушень. У 3 пацієнтів (42,9%) больовий синдром з'явився до перших рухових проявів. В одного пацієнта (14,2%) больовий синдром розвинувся пізніше, по мірі подальшого прогресування захворювання. У 6 хворих (85,8%) больовий синдром виявлявся на стороні більш виражених моторних симптомів. В одного пацієнта (14,2%) було виявлено двосторонній біль. Локалізація больового синдрому: у проксимальних відділах кінцівок біль спостерігався у 6 пацієнтів (85,8%), в дистальних – в 1 пацієнта (14,2%). На верхніх кінцівках біль найчастіше локалізувався в області плеча у 5 пацієнтів (71,6%). В одного пацієнта (14,2%) спостерігався біль в області шиї на боці моторних проявів. Також в одного пацієнта було відмічено біль в поперековій ділянці. Середнє значення інтенсивності болю визначене за шкалою ВАШ становить 3,86±0,62.Депресивна симптоматика відмічалась у 4 хворих (57,1%). Середня оцінка по госпітальній шкалі депресії і тривоги становить 12,14±2,25. Вираженість болю, визначена за шкалою ВАШ, корелює з наявністю депресивної симптоматики, визначеною за госпітальною шкалою депресії і тривоги.

Висновки. Найчастіше у хворих спостерігається ноцицептивний біль (42,9%). Локалізація больового синдрому суттєво відрізняється від рухових симптомів паркінсонізму, які першочергово залучають дистальні відділи верхніх кінцівок. Існує залежність між наявністю депресивної симптоматики і вираженістю больових синдромів. Обстеження пацієнтів з ХП повинно включати не тільки оцінку основних моторних проявів, а виявлення і з'ясування природи больових синдромів. Їх наявність може свідчити про недостатню ефективність протипаркінсонічної терапії, тому необхідно проводити корекцію методів лікування хворих з ХП для покращення якості їхнього життя.

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ В РОБОТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДХОДУ ДО ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ В КОНТЕКСТІ ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ

Фостяк Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Український католицький університет

ЛНМУ - Кафедра психіатрії, психології та сексології, УКУ - Кафедра психології та психотерапії
Завідувач кафедри - ЛНМУ - проф. Білобривка Р.І, УКУ - доц. Католик Г.В
Науковий керівник - ЛНМУ - доц. Карпінська Р.І., УКУ - доц. Мединська Ю.Я.

Актуальність. ЛЗП (лікарі загальної практики) відіграють важливу роль у розпізнаванні та лікуванні психічних розладів. Особливе місце серед них займають психосоматичні захворювання, що згідно класифікацій МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб – 10-й перегляд) та DSM-V (DiagnosticandStatisticalManualofMentalDisorders – Vedition) віднесені до класу «Соматоформних розладів». За результатами проведених досліджень, частота соматизованих психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичного профілю складає 21,9% (MWMDeWaal, 2004). Хворі, що страждають цими розладами, використовують близько 20% усіх витрат на систему охорони здоров'я. Тому вміння розпізнати СР (соматоформний розлад) є важливим критерієм у виборі тактики подальших дій.
Мета. Визначити рівень психологічної та медикаментозної допомоги пацієнтам із СР, яку може надати ЛЗП, діючи згідно правил медичної етики та деонтології. Встановити частоту виявлення СР серед пацієнтів, що звернулись до сімейного лікаря.
Матеріали та методи. Відібрана контрольна група, учасникам якої провели попередній лікарський огляд та УЗ-діагностику (ультразвукову). При проведенні УЗД було використано апарат Радмір ULTIMAPA і лінійний датчик зі змінною частотою 3,5 МГц. Пацієнтам, у яких не виявили органічних змін, було запропоновано пройти тест по Торонтській шкалі алекситимії (TAS, 1985), який є одним із опорних для постановки діагнозу психосоматичного спектру.
Результати. . Контрольна група (25 осіб, вік 19-52 роки, 17 - жінки, 8 - чоловіки) – пацієнти, що звернулись до ЛЗП, основна скарга яких – суб'єктивне відчуття стороннього тіла у горлі, дискомфорт при ковтанні. За результатами обстеження у 16 осіб (64%) не було виявлено жодних змін органічного характеру, у 9 пацієнтів (36%) діагностовано ряд захворювань (гострий фарингіт, різні форми тиреоїдитів, гіпертиреоїдизм). За гендерним розподілом у 11 жінок (64,7%) та 5 чоловіків (62,5%) органічних змін виявлено не було. Досліджувана група, що склала 16 осіб, пройшла тест по Торонтській шкалі алекситимії. Інтерпретація тесту дала наступні результати: 3 пацієнтів (18,75%) набрали вище 74 балів, що свідчить про явну алекситимію; 11 пацієнтів (68,75%) набрали від 62 до 74 балів, встановлено схильність

до алекситимії; 2 пацієнтів набрали нижче 62 балів – алекситимія відсутня.

Висновки. Проаналізувавши отримані дані, можна дійти висновку, що частота виявлення СР серед усіх звернень до ЛЗП є справді високою. Для верифікації діагнозу і визначення тактики лікування «складних» терапевтичних пацієнтів рекомендовано проходити психологічне тестування (Торонтська шкала алекситимії, Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS). Медикаментозна терапія передбачає використання антидепресантів групи СІЗЗС (системних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну) або небензодіазепінових транквілізаторів. Для повноцінного лікування, фармакологічну схему потрібно підкріплювати психотерапією. Необхідно пам'ятати, що лікар є безумовним авторитетом для пацієнта, тому слід з обережністю ставитись до вербалізації своїх думок, суджень, і діяти згідно правил медичної етики та деонтології.

ЗМІНИ ЗОРОВОГО НЕРВА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГЛАУКОМІ У КРОЛІВ

Приходько Дар'я
Арустамова Г.С.,
Гончар О.М.
Харківський національний медичний університет
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри – проф. П.А. Бездітко
Науковий керівник – проф. М.В. Панченко

Актуальність. Дослідження глаукоми завжди викликає великий інтерес у лікарів і вчених, тому що глаукома є провідною причиною сліпоти і порушення зору у всьому світі. В даний час доступні моделі, в яких глаукома викликається шляхом введення кортикостероїдів (L. Bonomietal., 1978), гіпертонічного розчину в епісклеральні вени (JCMorrisonetal., 1995). Існують моделі глаукоми, створені шляхом введення речовин в передню камеру - віскоеластік- (F.G. Bensonetal., 1983; L. Tongrenetal., 2000), мікросфери - (J.H. Urcolaetal., 2006). Також відтік внутрішньоочної рідини може бути заблокований шляхом коагуляції епісклеральних вен (S.R. Shareefetal. 1995). Проте, усі експериментальні моделі мають ряд недоліків, у результаті спостерігається підвищення внутрішньоочного тиску внаслідок гострого процесу, в той час як у людини глаукома є хронічним захворюванням.

Мета. Оцінити зміни зорового нерва при відтворенні адреналін-індукованої глаукоми.
Матеріали та методи. Глаукома моделювалася у 12 старих кролів породи шиншила і білий велетень згідно моделі Е.М.Ліповецької (1966) за методикою, запропонованою І.Н.Міхейцевою (2011). Стан очного дна оцінювали шляхом офтальмоскопії з кольоровим фотографуванням. Контроль внутрішньоочного тиску (ВОТ) здійснювався шляхом використання тонометра Маклакова вагою 7,5 г під місцевою анестезією. Контрольна група складалась із 6 кролів, які утримувались у тих же умовах.
Результати. Введення адреналіну викликало поступове збільшення ВОТ, яке продовжувалося і після завершення ін'єкцій. Офтальмоскопічні зміни диска зорового нерва (ДЗН) у вигляді його часткової деколорації та збліднення були відмічені у 7 очах (29,2%) через 3 місяці після початку експерименту. Через 6 місяців збліднення ДЗН діагностовано у 15 очах (62,5%), а через 9 місяців – у 22 очах (91,7%). Збільшення екскавації ДЗН відмічалося у 9 очах (37,5%) через 6 місяців і вже через 9 місяців після початку експерименту було діагностовано у 16 очах (66,7%).
Висновки. Таким чином встановлено, що початкові зміни ДЗН, подібні до таких при первинній відкритокутовій глаукомі у людини, відзначаються у частини кролів ще на фоні введення адреналіну, а характерні зміни ДЗН починають формуватися через 6 місяців після початку експерименту.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ІДІОПАТИЧНОЇ ТА СИМПТОМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ.

Сосяк Наталія
Мінко Катерина
Матвієнків Олег
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Науковий керівник – доц. Н.В. Малярська

Актуальність. Епілепсія являє собою хронічне неінфекційне захворювання головного мозку, що уражає людей будь якого віку. На даний час у світі нараховується близько 50 млн. хворих на це захворювання і щороку кількість їх зростає. Найбільш поширеним

типом (близько 60% усіх випадків) є ідіопатична епілепсія, яка немає встановлених причин. Симптоматичні епілепсії мають відому етіологію і є наслідком або проявом захворювань центральної нервової системи.

Мета. Дослідити особливості ідіопатичної і симптоматичної епілепсії, провести диференційну діагностику цих етіологічних одиниць. Визначити головні відмінності та схожі риси істинної та симптоматичної епілепсії з метою правильної верифікації діагнозу та підбору оптимальних методів терапії.

Матеріали та методи. Результати дослідження грунтуються на даних клінічного обстеження 14 пацієнтів Львівської обласної клінічної лікарні з діагнозами симптоматичної та ідіопатичної епілепсії та ретроспективному аналізі їх історії хвороб та даних електроенцефалографії(ЕЕГ), комп'ютерної томографії, манітно-резонансна томографія.

Результати. В ході проведеного дослідження, ми визначили основні особливості ідіопатичної та симптоматичної епілепсії.Для істинної епілепсії характерним є :1) генетична схильність;2) дебют захворювання переважно спостерігається у дитячому і підлітковому віці;3) відсутні зміни в неврологічному статусі хвогоро;4) стійкі психічні зміни;5) відсутні стуктурні зміни в головному мозку;6) на ЕЕГ за відсутності приступу спостерігаються незначні зміни у вигляду гострих хвиль, спайк-хвиль, іноді відповідає нормі;7) більш характерні генералізовані напади;8) відносно благополучний прогноз з досягненням терапевтичної ремісії у більшості випадків.Симптоматична епілепсія є проявом набутого чи вродженого ураження головного мозку (перенесена нейроінфекція, пухлини, вроджені вади розвитку мозку, судинні захворювання, паразитарні хвороби, метаболічні розлади), для неї характерна зміна психіки за типом психоорганічного синдрому. Дебют хвороби не залежить від віку. Спостерігаються структурні зміни в головному мозку, локальні порушення ритму на ЕЕГ. Прогноз залежить від основного захворювання.Відмінності також будуть у терапії. Ідіопатичну епілепсію лікують протиепілептичними препаратами, які підбирають залежно від віку хворого, статі, професійної діяльності, особливостей перебігу захворювання. Зазвичай першою лінією препаратів є вальпроати. Також необхідна соціально-психологічна реабілітація пацієнта, призначення адитивних (гомостабілізуючих) середників. Лікування симптоматичної епілепсії необхідно починати з діагностики основного захворювання, що є імовірної причиною епілептичних нападів, та оптимально підібраної терапії цієї хвороби. Першою лінією протиепілептичних препаратів в цьому випадку є адренокортикотропний гормон в поєднанні з вальпроатами.Також

виділяють криптогенні епілепсії при яких можна лише припустити етіологічні фактори, що призвели до розвитку хвороби, проте точну причину не вдається з'ясувати навіть при використанні сучасних методів діагностики.

Висновки. В ході проведеного дослідження ми визначили основні особливості ідіопатичної та симптоматичної епілепсії, що допоможе розрізнити їх між собою та правильно встановити діагноз і провести відповідну терапію у важких випадках.

ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Орел Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Науковий керівник – доц. Н.Л. Боженко

Актуальність. Нейропатії, які розвиваються у хворих на ЦД є гетерогенними за проявами, типом ураження, перебігом, патологічними змінами та механізмом виникнення. Випадки больових форм нейропатії спостерігаються від 3 до 32% хворих на ЦД. За визначенням, адаптованим з IASP, «периферичний нейропатичний біль» у пацієнтів з ЦД це біль, що виникає як прямий наслідок порушень периферичної соматосенсорної нервової системи у людей з ЦД. На практиці діагноз больової ДПН(діабетичної полінейропатії) є клінічним, який спирається на опитування пацієнта, скарги на больові відчуття. Зазвичай болі є дистальні, симетричні, часто асоціюються з нічними загостреннями, описані як поколювання, глибокий/різкий біль, «удар ножем або струмом»; печіння (особливо у стопах) з гіпералгезією і часто розвитком аллодинії.

Мета. Визначити поширеність та особливості больового синдрому у хворих з ДПН.

Матеріали та методи. 1)анамнез, комплексне неврологічне обстеження.2)ЕНМГ, УЗД (диференційна діагностика)3)для оцінки тяжкості болю: візуальна аналогова шкала (ВАШ), чисельна шкала оцінки (шкала Likert (0-10)),опитувальники NPSI/NDS, PainDefect, DN4 (DouleurNeupathique en 4 Questions).4)для оцінки впливу больової ДНП на психічний стан пацієнта – NeuroQoL

(QualityofLifeinNeurologicalDisorders) та PHQ-9 - для визначення тяжкості депресії.

Результати. Обстежено та проаналізовано скарги 20 пацієнтів з ДПН. За даними неспецифічного опитування скарги на больові відчуття відзначалися у 70% усіх хворих. Після обстеження та аналізу даних скарг больова форма ДПН підтвердилась у 9 хворих. У 6 з них виявилась «істинна» больова ДПН з переважанням нейропатичного болю; у 3 пацієнтів спостерігався змішаний характер болю. За оцінкою ВАШ у 16 хворих біль був помірний або значний, і лише у 4 хворих незначний. За даними PHQ-9 у 12 хворих виявились мінімальні депресивні прояви, у 6- легка депресія, а у 2 хворих – депресія середнього ступеня важкості, що вимагає терапії антидепресантами. У зв'язку з необхідність проведення диф. діагностики між больовою ДПН та ішемічним болем на тлі атеросклеротичного ураження судин кінцівок і враховуючи той факт, що хронічна ішемія спостерігається у близько 10% хворих на ЦД, у дану групу обстеження увійшли тільки пацієнти зі збереженою пульсацією на периферичних артеріях.

Висновки. 1. Больова форма ДПН займає вагоме місце у структурі ДПН, є одним із найбільш тривожних симптомів та тісно пов'язана з якістю життя пацієнта.2. Порушення психо-емоційного стану у вигляді депресивних проявів є характерною ознакою у частини хворих з болями при ДПН.Вони впливають на виразність, емоційне забарвлення больового синдрому і підтверджують значення психогенних факторів у патогенезі формування болю3. Визначення показів та вибір оптимального лікування больової форми ДПН залишається складним завданням і вимагає ретельної діагностики больового синдрому та диференційної діагностики з іншими видами нейропатій включно з ішемією.

ЗАСТОСУВАННЯ АФЛІБЕРСЕПТА У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ ПРИ ОКЛЮЗІЇ ВЕН СІТКІВКИ

Горішна Віра
Бермес Марія
Ключківська Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра офтальмології ФПДО
Завідувач кафедри – доц. А.С. Гудзь
Науковий керівник – ас. Н.А. Мартінек

Актуальність. Понад 66 тис. осіб у більшості європейських країн страждають на тромбоз центральної вени сітківки та її гілок. У патогенезі захворювання має місце ішемія сітківки, яка спричинює вивільнення ендотеліального фактора росту судин (VEGF). Руйнація гематоретинального бар'єру і підвищена проникність судин призводять до набряку сітківки, стимуляції проліферації ендотелію та неоваскуляризації. Основною причиною зниження зору при тромбозі вен сітківки (ТВС) є макулярний набряк (МН). Доведена ефективність інтравітреального введення афліберсепта (препарату «Айлія») – рекомбінантного гібридного білку, який діє як розчинний рецептор-пастка і зв'язується з VEGF зі значно вищою спорідненістю, ніж природні рецептори. Проте, афліберсепт не в стані запобігти деструкції клітин нейросенсорної сітківки на фоні гіпоксичного та вільнорадикального стресу, в результаті чого настає незворотня втрата зору.

Мета. Оцінити ефективність комбінованого застосування препарату «Айлія» з ретиналаміном у лікуванні МН при оклюзії вен сітківки.

Матеріали та методи. Порівняльний аналіз результатів лікування МН при ТВС: 19 очей після інтравітреального введення «Айлія» (контрольна група) та 15 очей – у комбінації останнього з парабульбарними ін'єкціями ретиналаміна (основна група). Середній вік пацієнтів становив у групах 61 і 63 роки відповідно; чоловіки/жінки – 11/8 у контрольній групі та 8/7 – в основній групі. Хворі проходили обстеження та лікування в офтальмологічних відділеннях №1 та №2 ЛОКЛ з вересня 2016 р. по лютий 2017 р. Всім пацієнтам проводились : візометрія, периметрія, біомікроофтальмоскопія, тонометрія, оптична когерентна томографія сітківки (ОКТ). За основні критерії оцінки ефективності лікування обрано показники гостроти зору, товщини сітківки в макулярній зоні, площі потовщення (набряку) сітківки за даними ОКТ.

Результати. Через 3 місяці повна резорбція МН за даними ОКТ відмічалася у 82,1% пацієнтів основної групи та 80,9% - у контролі. Максимально корегована гострота зору – від 0,3 і вище спостерігалась у 72,2 % та 68,4% випадків відповідно. Товщина макулярної ділянки сітківки за даними ОКТ становила відповідно – 219,53 ± 12,1 мкм і 221 ± 9,2 мкм проти початкових показників 435 ± 13,5 мкм та 428 ± 15,7 мкм. Гострота зору через 6 міс. в основній групі підвищилась на 0,45 ± 0,05 та контролі – на 0,38 ± 0,04.

Висновки. При лікуванні МН на грунті ТВС після інтравітреального введення «Айлія» доцільне застосування ретиналаміну з метою

стимуляції регенераторних процесів у сітківці та оптимізації зорових функцій.

ДИСБАЛАНС МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Кулікова Катерина
Марковська Олена
Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №2
Завідувач кафедри – проф. О.Л. Товажнянська
Науковий керівник – ас. ОВ. Марковська

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) – хронічне прогресуюче захворювання центральної нервової системи. При цьому розвиваються процеси демієлінізації, запалення, аутоімунізації, утворення склеротичних бляшок, що в свою чергу відображається на іонному балансі крові, порушуючи його. Вивчення мікроелементів крові допоможе глибше розібратися в процесах патогенезу та вибору подальшої коригувальної терапії таких хворих.
Мета. Вивчення вмісту неорганічного фосфору, заліза і міді в крові хворих на РС.
Матеріали та методи. На базі неврологічного відділення КЗОЗ «ОКЛ - Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» м. Харкова було досліджено 52 хворих на розсіяний склероз (35 жінок і 17 чоловіків віком від 17 до 58 років з тривалістю захворювання від 1 до 14 років). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (9 жінок і 11 чоловіків) у віці від 18 до 42 років.
Визначення вмісту мікроелементів у сироватці крові проводилося калориметричним методом за стандартною методикою.
Результати. Аналізуючи отримані дані, виявлено, що у хворих на РС спостерігалося підвищення концентрації неорганічного фосфору і міді – на 26% і 20% відповідно, та зниження рівня заліза на 21% порівняно з контрольною групою.
При аналізі вмісту мікроелементів у крові обстежених хворих в залежності від статі спостерігаються аналогічні зміни в концентраціях заліза, фосфору неорганічного та міді.
Концентрація заліза знижувалася як у жінок, так і у чоловіків – на 27,5% і на 9,2% порівняно з контролем відповідно. Необхідно відзначити, що в обох групах хворих вміст фосфору неорганічного збільшувався порівняно з групою контролю. У жінок цей показник

підвищувався на 20,1%, у чоловіків – на 34,7% від контрольних показників. Також слід зазначити, що вміст міді у обстежених хворих в групі жінок підвищувався на 24,9%, в групі чоловіків - на 9,8% порівняно з контрольною групою.

Висновки. Таким чином, у хворих на розсіяний склероз спостерігаються зміни вмісту мікроелементів в сироватці крові: зниження рівня заліза, підвищення концентрації фосфору неорганічного та рівня міді. При дослідженні мікроелементів у крові обстежених хворих в залежності від статі виявляються аналогічні зміни в концентраціях даних елементів. Значне підвищення рівня міді спостерігається в групі обстежених жінок і перевищує таку у чоловіків в 2,5 рази.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТИПОВИХ І АТИПОВИХ ПАНІЧНИХ АТАК ТА МЕТОДИ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Підкова Анастасія
Самойлова Анна
Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології №2
Завідувач кафедри – проф. О.Л. Товажнянська
Науковий керівник – проф. О.Л. Товажнянська

Актуальність. До панічних атак (ПА) частіше схильні особи працездатного віку, що призводить до порушення їх адаптації в повсякденному житті і значних економічних витрат. У популяції ПА зустрічаються у 20-25% випадків, а серед пацієнтів, які звертаються до лікарів терапевтичних спеціальностей в поліклініці - 30-40%. В результаті часто виникає невірний діагностичний пошук та неадекватне лікування.

Мета. Вивчення особливостей клінічного перебігу типових і атипови ПА та ефективних методів лікування.

Матеріали та методи. Було узагальнено та проаналізовано особливості перебігу ПА у 37 хворих (23 жінок та 14 чоловіків) та способи їх лікування.

Результати. Згідно з особливостями клінічних проявів ПА хворі були розділені на 2 групи. До першої увійшли пацієнти з типовими ПА (14 жінок і 8 чоловіків), що проявлялись відчуттям нестачі повітря, задухою, коливанням цифр артеріального тиску, прискореним серцебиттям, ознобом або посиленою пітливістю, тремором, відчуттям страху (зокрема страхом смерті), дереалізації та деперсоналізації.

Другу групу склали пацієнти з атиповими ПА, які в свою чергу, ділились на два варіанти перебігу. У 8 пацієнтів скарги були представлені нападоподібним локальним або дифузним болем (головний біль, біль у області серця, живота, спини). Больові синдроми різної локалізації були підставою для ще більшого посилення занепокоєння хворого і, нерідко, ятрогенного впливу на хворобу у зв'язку з помилковою діагностикою. У 7 хворих клінічна картина ПА характеризувалась відчуттям слабкості в руці або нозі, порушенням зору або слуху, порушенням ходи (відчуття що тіло згинається), втратою свідомості, судомами в руках або ногах.

В лікуванні пацієнтів дотримувались наступних принципів: ліквідація нападу шляхом використання гідазепаму та комбінація медикаментозних методів лікування (антидепресанти) з психотерапевтичними. Слід зазначити, що підбір дозування препаратів носив суворо індивідуальний характер. Починали з малих доз з дотриманням режиму прийому та дозування, так як нерегулярний прийом бензодіазепінів призводить до феномена «рикошету» і може сприяти почастішанню ПА.

Висновки. Клінічні прояви ПА мають свої «маски», тому слід памятати про ПА підчас проведення диференційної діагностики.

Атипові ПА зустрічаються в 1,4 раза рідше, проте мають важливе діагностичне значення.

Основні принципи терапії: індивідуальній підхід під час вибору дози, дотримання режиму прийому препаратів.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ МОЛОДІ В УМОВАХ НОВІТНЬОЇ ОСВІТНЬО-НАУКОВОЇ ІНТЕГРАЦІЇ (ПСИХОСОМАТИЧНИЙ АСПЕКТ)

Макух Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки
Завідувач кафедри – проф. І.З. Держко
Науковий керівник – Р.Р. Процюк

Актуальність. Згідно з даними статистики ЮНЕСКО кількість студентів, що обирають навчання у закордонних вузах постійно зростає. Це зумовлено інтенсифікацією загальносвітових глобалізаційних та інтеграційних процесів, зокрема в науково-освітній сфері. Початок навчання за кордоном супроводжується появою

численних стресових чинників, які впливають на особистість в новому середовищі. Сукупна дія цих факторів може викликати погіршення якості життя, а також спричиняти розлади здоров'я,так звані психосоматичні розлади.

Мета. Саме тому важливим питанням є дослідження проблем соціальної адаптації молоді з метою покращення умов навчання та підвищення якісних показників освіти іноземних студентів, підвищення якості їх життя, що разом створює умови для пожвавлення міжнародної науково-освітньої співпраці.

Матеріали та методи. У нашому досліджені ми аналізуємо рівень здоров'я та благополуччя студентів університету, їхні особисті та соціальні проблеми, пов'язані з навчанням у ВНЗ та переїздом закордон, акцентуючи на здатності до соціокультурної адаптації. . На основі аналізу літератури та теоретичних даних нами розроблено анкету, що включає три блоки питань щодо: психосоціального функціонування, психоемоційного стану та психосоматичних розладів. Контрольну групу склали українці, які проживають в гуртожитку в кількості 30 студентів. Основна група включала 90 іноземних студентів з Африки та Європи.

Результати. Більше половини опитаних студентів відзначають постійний стрес в їхньому житті. Близько 90% опитаних почуваються щасливими як студенти університету, проте паралельно відзначають емоційне виснаження, поганий настрій, відчуття паніки та незахищеності. Серед опитаних студентів спостерігалась підвищення кількість скарг на болі голови, спини та шиї, а також інші функціональні порушення без встановленої медичної причини.

Висновки. Проведене дослідження дозволяє сформулювати низку висновків:

1. Початок навчання за кордоном супроводжується появою численних стресових чинників, які впливають на особистість в новому середовищі. До них належать як ті, що пов'язані з процесами соціалізації молодої людини як студента, так і специфічні, пов'язані з адаптацією до нового соціокультурного середовища.
2. Сукупна дія стресогенних чинників може викликати погіршення якості життя, а також спричиняти розлади здоров'я, викликані їх дією, так звані психосоматичні розлади.
3. Психоемоційний комфорт та поява психосоматичних розладів корелює з рівнем мотивації студентів

СЕКЦІЯ БІОФІЗИКИ ТА ІНФОРМАТИКИ

Конференц-зал
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – ас. С.В.Різничок,ст. викл.К.І.Ільканич, ст. викл. Л.Б.Лотоцька, доц. М.А.Пайкуш,викл. В.Є. Дмитрах, викл. Л. М. Турянська

Головуючі – Пакулець Андрій, Ткачук Яна

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ТА ПРИСТРОЇВ РОБОТОТЕХНІКИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ХІРУРГІЇ

Гавриленко Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри - доц. О.В.Бойко
Науковий керівник - проф. Р.Л. Голяка

Актуальність. В даний час актуальною проблемою в онкологічній хірургії є мінімізація негативних впливів оперативного втручання, зокрема як для ураженого онкозахворюванням органу, так і для життєво важливих органів, розташованих поблизу. Для проведення операцій в таких випадках в провідних онкологічних центрах світу застосовують високотехнологічне устаткування, що забезпечує мінімізацію ризиків оперативних втручань. Ефективним вирішенням даної проблематики є застосування інформаційних технологій та пристроїв робототехніки, зокрема робота «Да Вінчі». Цей робот успішно імплементують для кардинального лікування вонкологічній практиці. Висока ефективність обладнання спостерігається при лікуванні раку за несприятливо розташованими лімфатичними вузлами, а також при вимушеному видаленні частини пошкоджених органів.
Мета. Метоюроботи є аналіз медичних інформаційних технологійта пристроїв робототехніки для виконання оперативних втручань з приводу злоякісних новоутворень.
Матеріали та методи. Досліджувалися медичні інформаційні системи та пристрої робототехніки, зокрема, використання робота «Da Vinchi» в онкологічній хірургії.
Результати. В роботі проведено аналіз ефективності використання робота «DaVinchi» в різних сферах медицини. Переваги використання

робототехніки в онкології очевидні: менший обсяг травматизації тканин дозволяє зменшити крововтрату під час операції, знизити ризик інфекційних та інших ускладнень, а також зменшити тривалість післяопераційного періоду і знизити больові відчуття. Перевагами обладнання є покращена вправність, точність і керованість, можливість керувати кінчиками пальців, чотири роботизовані руки з інструментами, що мають сім ступенів свободи (більше ніж кисть людської руки) і згинаються під довільним кутом, масштабування рухів і придушення тремору, відмінна ергономіка, оптимальне врівноваження оптичної і рухової осі, зменшення втоми хірурга завдяки комфортному положенню сидячи. Додаткова механічна сила дозволяє оперувати пацієнтів з вираженим ожирінням. Існує можливість підключення допоміжного діагностичного обладнання.

Висновки. Проведено аналіз медичних інформаційних технологій та пристроїв робототехніки для виконання оперативних втручань в онкології. Отримані результати показують, що сучасний рівень розвитку робототехніки (зокрема робота «DaVinchi») забезпечують нові можливості в онкологічній хірургії. Їх прикладами є: резекція нирки, реімплантація сечовода, шлункове шунтування. Використання роботів при операціях дозволяють проводити втручання без руйнації прилеглих тканин та забезпечують швидку реабілітацію.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНО — ВИМІРЮВАЛЬНИХ СИСТЕМ ПОМПОВОЇ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ

Ткачук Яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри - доц. О.В.Бойко
Науковий керівник - проф. Р.Л. Голяка

Актуальність. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 1 січня 2016 року загальна кількість хворих на цукровий діабет в Україні становила 1 млн. 223 тис. 607 осіб, з них майже 8,5 тисяч – це діти (8 424). Із загальної кількості хворих на цукровий діабет препарати інсуліну приймають 223 тис. 161 особа, з них 8 тис. 388 дітей (дані з територій, підконтрольних України). Ці дані свідчать про доцільність створення нових та модернізації вже існуючих методів інсулінотерапії, зокрема помпового введення інсуліну. Подальший

розвиток методів інсулінотерапії передбачає удосконалення електронної апаратури та програмного забезпечення медичних інформаційно — вимірювальних систем, які підвищують ефективність інсулінотерапії.

Мета. Метою роботи є аналіз інформаційно — вимірювальних систем терапії цукрового діабету першого типу, дослідження параметрів інсулінових помп (зокрема доз введення інсуліну за різних умов роботи) та порівняння технічних характеристик та ефективності застосування двох моделей пристрою. Обґрунтування застосування помпової інсулінотерапії при цукровому діабеті першого типу.

Матеріали і методи. Медичні інформаційно — вимірювальні системи. Інсулінові помпи моделей Medtronik MiniMed Paradigm 715 і Medtronik Paradigm Veo, опрацювання наукової літератури та експериментальних даних інсулінової терапії.

Результати. В роботі проведено аналіз медичних інформаційно — вимірювальних систем та сучасного рівня розвитку помпової інсулінотерапії. Інсулінова помпа складається з трьох основних компонентів: власне помпа (з апаратом управління, модулем обробки і батарейками); змінний резервуар для інсуліну (усередині помпи); змінний інфузійний набір, що включає в себе канюлю для підшкірного введення і систему трубок для з'єднання резервуара з канюлею. В деяких сучасних моделях, зокрема в Medtronik Paradigm Veo в комплект входить також глюкосенсор. Провівши аналіз двох моделей інсулінових помп, ми виявили основні характеристики, які є ключовими для ефективного функціонування. Досліджено основні переваги та недоліки застосування методів введення інсуліну.

Висновки. В рамках даної наукової роботи було доведено доцільності використання інформаційних технологій для вирішення проблем постійних ін'єкцій інсуліну для хворих на цукровий діабет першого типу. Проведено порівняння моделей помп, що відмінні за функціональними характеристиками, внаслідок чого перевага була надана моделі Medtronik Paradigm Veo.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЯГНЕНЬ МЕДИЦИНИ У ГАЛУЗЯХ РОБОТОТЕХНІКИ ТА НАНОТЕХНОЛОГІЙ

Середа Андріян
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри – доц. О. В.Бойко

Науковий керівник – ст. викл. К. І. Ільканич

Актуальність. Сьогодні нанотехнології та робототехніка стають одними із провідних напрямків медицини. З кожним роком з'являються нові покоління нанороботів, котрі здатні виконувати все складніші завдання у живому організмі. Ефективність їх роботи в рази вища порівняно із застосуванням класичних методів лікування. Фармакологи та лікарі побачили в них можливий якісний прорив у лікуванні хвороб, бо ця технологія дозволяє працювати з речовиною в нанометрових масштабах. Якраз ці розміри характерні для основних біологічних структур – клітин і молекул.

Мета. Дослідити застосування здобутків робототехніки та нанотехнологій у сучасній медицині на прикладі нанороботів.

Матеріали та методи. Пошук матеріалів у міжнародних наукових виданнях за допомогою мережі Інтернет.

Результати. Застосування нанороботів є надзвичайно перспективним у сучасній медицині. Нанороботи здатні доставляти в організм необхідні мікроскопічні елементи, а після виконання поставленого завдання - розчиняються у шлунку. Сучасний стан розвитку нанотехнологій вже дозволяє практично конструювати працездатні медичні нанороботи, які здатні усувати дефекти в організмі пацієнта шляхом керованих нанохірургічних втручань, зокрема, прилади для контролю рівня глюкози у крові та для виробництва інсуліну. Методиками молекулярного моделювання продемонстровано можливість створення більш складних систем (штучних еритроцитів). Впровадження нанотехнологічних підходів у практику медичної діагностики дозволяє здійснювати ранню діагностику захворювань, виявляти онкологічні, ендокринні, серцево-судинні захворювання, вірусні та бактеріальні інфекції та покращити продуктивність діагностики, основаної на передачі візуальної інформації про молекулярні структури – молекулярної фізіографії. Контрастна речовина для неї складається з наночасток, з якими з'єднані компоненти, що візуалізуються, та певні антитіла, або які-небудь інші молекули, що здатні відшукати ціль. Нещодавно почав розвиватися ще один напрямок створення біоматеріалів – нановолокон, котрий вчені хочуть використати при створенні штучних тканин (в перспективі – органів) на основі клітинних технологій. Визначають також наступні пріоритети розвитку нанотехнології: супершвидкісні молекулярні детектори для визначення первинної структури генома на основі неорганічних нанопор; геноми, які саморозмножуються, що застосовується з метою виробництва ліків і моделювання патологічних процесів; біосумісні наноматеріали широкого спектру застосування для створення принципово нових типів

перев'язувальних матеріалів та штучних органів. Вже розроблена методика відтворення хрящової тканини, яка має механічні та біохімічні властивості, близькі до природнього хряща, для відновлення механічних властивостей зубної емалі; проводяться розробки у створенні технології обробки поверхонь методом нанонапилення з метою надання їм антибактеріальних властивостей.

Висновки. Завдяки стрімкому та впевненому розвитку робототехніки людству відкриваються нові можливості. Використання таких новітніх розробок значно підвищує ефективність діагностики та лікування.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСПЕРТНИХ СИСТЕМ У МЕДИЦИНІ.

Дудко Ксенія
Юрчук Ігор
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри - доц. О.В.Бойко
Науковий керівник - проф. А.В.Фечан

Актуальність. Сьогодні складно уявити собі сферу людської діяльності, де не застосовувалися б інформаційні технології (ІТ). Медична галузь не стоїть осторонь, і тому серед найперспективніших напрямків впровадження ІТ технологій саме в медицині можна виділити новітні методи діагностики, телемедицину та системи підтримки рішень (експертні системи).

Мета. Описати можливості використання експертних систем в медицині на прикладі декількох сучасних розробок.

Матеріали та методи. У роботі використовується метод літературного пошуку та аналізу наявних даних у наукових журналах та Інтернет-виданнях

Результати. Експертні системи в галузі медицини поділяються на 2 типи залежно від виконуваних функцій: «Enterprise Resource Planning» (ERP-система) для оптимізації робочих процесів та ресурсів лікувального закладу та «Медичні інформаційні системи» (MIC) для оптимізації процесу діагностики та лікування пацієнта. Експертні системи 1-го типу призначені для оптимізації робочого часу працівників, ресурсів та витратних матеріалів. Такі системи можуть, наприклад, виконувати перспективне планування, завантаження ліжок, витрати медикаментів. Їх застосування в Україні стає особливо актуальним у зв'язку з реформою галузі. Системи 2-го типу, залежно від виду вирішуваних завдань, можна розділити на інформаційно-

довідкові (системи автоматизованого пошуку, вимірювальні системи) та інформаційно-логічні (діагностичні системи, системи прогнозування, системи моніторингу).
Висновки. У роботі проаналізовано ефективність використання систем EPR та MIC на основі міжнародного досвіду та проведено моніторинг стану впровадження їх у державних та приватних медичних закладах м. Львова. Виявлено, що однією з причин повільного їх впровадження є відсутність єдиної бази пацієнтів.

МЕДИЧНІ ГАДЖЕТИ, МОБІЛЬНІ ДОДАТКИ ТА СЕРВІСНІ ПЛАТФОРМИ ДЛЯ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО КОНТРОЛЮ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Пакулець Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри – доц. Бойко О.В.
Науковий керівник – доц. Н.В. Дорош

Актуальність. На даний час розробники мобільних технологій пропонують широкий спектр медичних гаджетів (смарт фітнес-браслети, годинники, окуляри, одяг, взуття і т.д.), мобільних додатків та сервісних платформ для контролю різних фізіологічних характеристик, що характеризують стан здоров'я людини. Для контролю частоти серцевих скорочень (пульсу) пропонують такі пристрої, як InstantHeartRate, RuntasticHeartRateMonitor, MioFuse; для контролю артеріального тиску - BloodPressureMonitor; для визначення рівня стресу та емоційного стану - StressCheck, Moodivator (Pfizer) application. Також медичні гаджети та мобільні додатки дозволяють визначати кількість спалених калорій під час фізичних навантажень, відстежувати кількість пройдених кроків та відстань, контролювати фази сну (SleepTime) та ін. Кількість мобільних додатків стрімко зростає, однак відсутній систематизований аналіз отриманих даних, оцінка їх достовірності та комплексний персоналізований підхід при визначенні та оптимізації програм корекції, спрямованих на стабілізацію і поліпшення стану здоров'я.
Мета. Аналітичний огляд функціональних можливостей сучасних медичних гаджетів та мобільних засобів для персоналізованого

контролю стану здоров’я людини та прикладів їх практичного застосування в системі охорони здоров’я.
Матеріали та методи.Медичні гаджети (типу фітнес-браслету Mio Fuse), програмні засоби для визначення, передачі та відображення результатів вимірювання пульсу на екрані смартфону та проведення аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) за допомогою спеціального програмного забезпечення ПК.

Результати. На основі аналітичного оглядубуло проведено класифікацію та аналіз функціональних можливостей сучасних медичних гаджетів, мобільних додатків та сервісних платформ, які доцільно використовувати для контролю психофізіологічних показників, що характеризують стан здоров’я людини, а також приведено результати їх практичного застосування для контролю та аналізу ВСР. Для збору даних, експрес-аналізу і візуалізації вербальних і фізіологічних даних, отриманих від користувачів за допомогою медичних гаджетів і смартфонів, розробляються сервісні платформ, які призначені для організації інтерфейсу і зворотного зв'язку. Недоліками Android-платформ SHealth, GoogleFit, ResearchKit, WinPhone є те, що вони не аналізують дані, які були отримані від користувача і не можуть давати рекомендації, засновані на медичній практиці з використанням методів доказової медицини.
Висновки.Впровадження результатів проведених досліджень дозволить ефективно контролювати стан здоров’я населення та покращити рівень профілактичних заходів.

ДОСЯГНЕННЯ СТУДЕНТІВ У СТВОРЕННІ ІННОВАЦІЙНИХ МЕДИЧНИХ ПРИЛАДІВ

Ханевська Яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики ФПДО
Завідувач кафедри - доц. О.В. Бойко
Науковий керівник – ас. М.В. Коцаренко

Актуальність. Важливим внеском у розвиток сучасних медичних технологій є створення різноманітних медичних приладів студентами з цілого світу. Студентські розробки щодня рятують життя людей в усіх, навіть найвіддаленіших куточках земної кулі, особливо у країнах з низьким рівнем економіки та медицини, де вони стають альтернативою дороговартісному обладнанню.

Мета. Описати інноваційні розробки студентів Університету Ерлангена—Нюрнберга (Німеччина) та Університету Райса (США), дослідити переваги та недоліки їх використання в медицині.
Матеріали і методи. Одним із провідних напрямів розробок студентів є створення винаходів для лікування апное сну (СІПАП- пристрої). СІПАП-терапія є досить розповсюдженим та дорогим методом лікування апное як для дорослих, так і для дітей. Тому напрямок створення альтернативних приладів в цій галузі медицини є дуже розвинутим (“BreathAlert”, “BubbleCPAPMachine”).
Результати. СІПАП-терапія використовується при розробці апаратів штучної вентиляції легень з метою запобігання пошкодження легеневої тканини надлишковим тиском при тривалій штучній вентиляції. Створення інноваційних пристроїв у галузі лікування апное сну сприяє полегшенню стану пацієнтів та рятує життя новонароджених і недоношених дітей.
Висновки. Недоліком застосування студентських розробок на практиці є їх недостатнє тестування та можливість виникнення непередбачуваних ситуацій. Перевагами використання інноваційних СІПАП-приладів у лікарнях із недостатнім матеріальним забезпеченням є їх низька вартість (600 доларів порівняно з 8 000 доларів США), легкість у застосуванні та обслуговуванні.

ПРОГНОЗ ЧАСТОТИ ЗВЕРНЕНЬ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ПІСЛЯ РЕФОРМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

Параскевов Роман
Коструба Маркіян
Київський національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра соціальної медицини та громадського здоров’я
Завідувач кафедри – проф. Т.С. Грузєва
Науковий керівник – ас. О.М.Донік

Актуальність. Досвід багатьох країн показав, що чим нижчий рівень розвитку ПМСД(первинної медико-санітарної допомоги), тим більш витратною і менш ефективною є вся система охорони здоров’я. ПМСД, як основа будь-якої системи охорони здоров’я, опікується профілактикою і задовольняє близько 80–90% потреб населення у медичній допомозі, а також вважається раціональною з погляду економіки, потребуючи біля 30% ресурсів галузі охорони здоров’я в цілому. Зараз в Україні ситуація протилежна. Більшість звернень пацієнтів відбувається відразу на вторинну або, навіть, на третинну

ланку медичної допомоги, що в свою чергу вимагає затрат більших ресурсів.

Мета. Метою дослідження став прогноз кількості можливих звернень до закладів первинної допомоги після реформи сімейної медицини в Україні.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовані дані з «Щорічної доповіді про стан здоров'я населення, санітарну-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України - 2015», статистичні дані, зібрані соціологічною групою «Рейтинг» та дані з асистанса для страхових компаній «Smart ISP» Припускаємо, що після реформи в медицині зникнуть «відштовхуючі» фактори (недовіра до лікарів, відсутність коштів), на що вона і спрямована, та покращиться доступність до закладів первинної допомоги. У свою чергу, це може призвести до того, що ті люди, які раніше не звертались по медичну допомогу через перелічені вище причини, можуть все ж наважитись звернутись до лікаря.

Результати. Проаналізувавши дані з вищенаведених джерел, ми можемо припустити наступну тенденцію: у 2015 році за медичною допомогою одна людина зверталась в середньому 3,25 раза, а при відсутності «відштовхуючих» факторів(недовіра до лікарів, відсутність коштів), середня кількість звернень однієї людини може зрости з 3,25 до 4,5 раза за рік. Збільшення середньої кількості звернень на людину також підтверджують дані з Smart-асистанса, де вона становить 4 рази на рік.

Висновки. Після аналізу отриманих даних, можемо припустити, що після вдало проведеної реформи може збільшитись відвідуваність однієї людини до закладів первинної допомоги з 3,25 до 4-4,5 раза на рік. Це потрібно для того, щоб врахувати можливе збільшення витрат на лікування населення(що дуже важливо для громад, які будуть закладати бюджет на медичну допомогу). Припускаємо, що після реформи в медицині зникнуть «відштовхуючі» фактори, на що вона і спрямована, та покращиться доступність до закладів первинної допомоги. Це також може призвести до того, що люди, які раніше не звертались по медичну допомогу через перелічені вище причини, можуть все ж наважитись звернутись до лікаря.

ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ МОДЕЛІ ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ПЕРЕХОДУ ДО СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

Юров Дмитро
Українська медична стоматологічна академія

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою
Завідувач кафедри – проф. Голованова Ірина Анатоліївна
Науковий керівник - доц. Бєлікова Інна Володимирівна

Актуальність. Згідно засад європейської політики " Здоров'я — 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя ", збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших завдань суспільства. Побудова нової національної системи охорони здоров'я України вимагає впровадження комплексу правових, управлінських, фінансово-економічних, структурних, інформаційних та інших компонентів системи охорони здоров'я.
Мета. Метою нашого дослідження є аналіз методів фінансування охорони здоров'я з визначенням оптимального методу, що може бути використаний на перехідному етапі реформування охорони здоров'я.
Матеріали та методи. За матеріалами концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я від 30.11.16, аналізуючи і враховуючи кращі сучасні практики, зокрема британську і німецьку системи медичного страхування.
Результати. Після проведення аналізу існуючих методів фінансування медичних послуг ми з'ясували, що одним з оптимальних методів фінансування є система «діагностично-споріднених груп», що застосовує систему класифікації пацієнтів та співвідносить види випадків та ресурси лікарні.
Висновки. Застосування даного методу дозволить оптимізувати організацію надання стаціонарної допомоги, збільшить коефіцієнт зайнятості ліжко-місць, дасть достовірні статистичні дані, що будуть використані для прийняття якісного управлінського рішення.

КОМПЕНСАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОТЕЗІВ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Байко Яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біофізики
Завідувач кафедри – доц. Е.І.Личковський
Науковий керівник – доц. М.А.Пайкуш

Актуальність. Із початком бойових дій в Україні гостро постала проблема протезування поранених бійців. Відновлення пошкоджених,

заміна втрачених унаслідок хвороби чи травми окремих органів людини – важлива проблема сучасної практичної медицини. Нині створюються функціональні протези, імплантанти та пристрої, які полегшують життя відповідним людям. Біоніка поєднує біологію й техніку, вивчає нервову систему і органи чуття для створення нових технологічних пристроїв.

Мета. З’ясувати компенсаційні можливості протезів верхньої кінцівки.

Матеріали та методи. Використано наукові публікації, електронні джерела інформаційного пошуку, методи узагальнення й аналізу даних наукових джерел.

Результати. Протези верхніх кінцівок, залежно від призначення, діляться на косметичні (відтворюють зовнішню форму руки) та активні (відтворюють деякі рухи і робочі функції). Крім того, протези розрізняють за сегментами кінцівки: кисті, передпліччя, плеча.

Найбільше досягнення протезування – створення активних (функціональних) протезів. Вони мають механізми, що дозволяють виконувати рухи у великих суглобах кінцівки і частково відновлювати втрачені функції при самообслуговуванні і виробничій діяльності. Завдання відтворення рухових функцій верхньої кінцівки з біоелектричними протезами полягає в моделюванні чотирьох систем: біокінематичного ланцюга верхньої кінцівки, м'язово-зв'язкового апарату, прямого каналу системи управління, каналу зворотнього зв'язку. Біоелектричні протези верхніх кінцівок приводяться в дію електродами, які зчитують електричний струм, вироблений м'язами кукси при скороченні. Потім інформація передається на мікропроцесор, який керує протезом. Людина може керувати ними, використовуючи власну нервову систему методом цільової м'язової реіннервації: нерви, які раніше керували, наприклад, ампутованою кінцівкою, з'єднують зі збереженими м'язами, а ті посилають сигнали на електронні датчики протеза. У нормі м'язове зусилля розвивається з концентрацією м'язової сили в початковий період скорочення. З часом воно зменшується, тому фізіологічно обгрунтовано наростання зусилля до максимуму в першій фазі руху протеза в ліктьовому шарнірі і потім поступове його зниження. Ця вимога має враховуватися при розробці протеза для забезпечення передачі зусилля з боку ліктьової тяги до передпліччя і з боку пальцевої тяги до механізму пальців. Найважчою проблемою створення протеза плеча з ліктьовим механізмом, що приводиться в рух зовнішнім джерелом енергії, є досягнення необхідної відповідності між потрібною потужністю механізму і підведеною потужністю. Після ампутації передпліччя з трьох втрачених ступенів рухливості в великих суглобах насамперед має бути відтворена ротація кисті, оскільки можливість компенсації цього руху є обмеженою плечовим суглобом,

проте в компенсації втраченої рухливості в променевозап'ястковому зчленуванні задіяний і ліктьовий суглоб.
Висновки. Отже, мета протезування – замінити відсутні сегменти кінцівок і компенсувати порушення функції. Тому вибір протезів вимагає знання їх характеристик і можливостей.

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Калиник Анастасія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біофізики
Завідувач кафедри - доц. Е.І. Личковський
Науковий керівник - викл. Л.М. Турянська

Актуальність. Гостра серцева недостатність (ГСН) – одне із небезпечних захворювань у всьому світі. Впродовж останніх 25 років лікування гострого інфаркту міокарда (ГІМ) продовжує інтенсивно розвиватися. Згідно статистики, кожного року в Україні реєструються близько 50 тис. пацієнтів із інфарктом міокарда (ІМ). Кожен третій хворий помирає на ГІМ, який є одним із різновидів ІМ. З огляду на це, важливим завданням сучасної кардіології є вивчення питання як найближчого, так і віддаленого прогнозу ГІМ, що дозволить не тільки визначати індивідуалізовану тактику ведення хворого, а й застосовувати найбільш раціональні і економічно обґрунтовані діагностичні та лікувальні методики.
Мета. Розглянути на ЕКГ стадії ІМ та показати характерні зміни їх різновидів.
Матеріали та методи. До методів діагностики електрофізіологічних порушень відносять аналіз дисперсії деполяризації та реполяризації, який базується на реєстрації поверхневої електрокардіографії (ЕКГ). На ЕКГ можна виявити ознаки ішемії міокарда – зміни ST і T, а також ознаки некрозу міокарда, зокрема, конфігурації комплексу QRS.
Результати. Розглянуто стадії ІМ та показано характерні зміни їх різновидів. Найгостріша стадія триває 2-3доби. ЕКГ характеризується появою піднесеного дугоподібного сегмента ST, що зливається з одного боку із зубцем R, а з іншого - зубцем T. Саме на цій стадії починається некроз міокарда. При спостережені гострої стадії на ЕКГ видно появу з поглибленням зубця Q та початком формування негативного зубця T. Ці зміни зберігаються близько 1 тижня. Основними ЕКГ ознаками

підгострої стадії, яка триває від 1-2 до декількох тижнів є подальше наближення сегмента ST до ізоелектричної лінії і остаточне формування глибокого рівностороннього зубця Т. Рубцева стадія починається через кілька тижнів після виникнення ІМ та характеризується загостренням негативного зубця Т.

Висновки. Таким чином, основними принципами лікування хворих з ГІМ є попередження смерті внаслідок порушень ритму і обмеження розмірів ІМ. Порушення ритму можна усунути при їх появі, якщо є кваліфікований медичний персонал і відповідне обладнання. Оскільки найбільша смертність від аритмії спостерігається в перші кілька годин ГІМ, очевидно, що ефективність медичної допомоги в блоках інтенсивної терапії залежить від того, як швидко хворий з них доставлений. Основна затримка відбувається не через недоліки в транспортуванні хворого в клініку, а внаслідок того, що проходить досить багато часу між початком больового синдрому та прийняттям хворим рішення звернутися за медичною допомогою. Тому необхідно широко пропагувати медичні знання, роз'яснюючи важливість швидкого звернення за медичною допомогою при появі болю в грудній клітці.

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ У МЕДИЦИНІ

Кутасевич Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біофізики
Завідувач кафедри - доц. Е.І. Личковський
Науковий керівник - викл. В.Є. Дмитрах

Актуальність. Ультразвук знаходить широке застосування у всіх сферах діяльності людини, включаючи медицину та фармацію. Ультразвук застосовується для лікування захворювань або окремих їх симптомів як самостійно, так і в комплексі з класичним медикаментозним впливом. Використання ультразвукової діагностики допомагає лікарю виявляти не тільки органічні, а й функціональні зміни в органах.

Мета. Проведення аналізу можливостей застосування ультразвуку у медицині

Матеріали та методи. Метод літературного пошуку, аналіз наявних даних останніх років у наукових журналах та Інтернет-виданнях.

Результати. Використання ультразвуку в медицині ґрунтується на ефектах, які виникають у біологічних тканинах тоді, коли через них проходить ультразвук. Ультразвукові хвилі викликають коливання

частинок середовища, що створює своєрідний мікромасаж тканин, а поглинання ультразвуку веде до їх локального нагрівання. Ці явища в разі помірної інтенсивності ультразвуку не викликають незворотних ушкоджень, а покращують обмін речовин (застосовується в ультразвуковій терапії). Кавітація і сильне нагрівання при великих інтенсивностях ультразвуку призводять до руйнування тканин. Цей ефект застосовується в хірургічній практиці. Ультразвук використовують для хірургічних операцій, що дозволяє здійснювати локальні руйнування в глибинних структурах, не пошкоджуючи при цьому оточуючі. В хірургії також використовуються ультразвукові інструменти, в яких робочий кінець має вигляд пилки, скальпеля, голки. Необхідне зусилля значно знижується, отже, зменшується травматизм операції. До того ж проявляється знеболюючий і кровоспинний ефект. Вплив тупим інструментом з застосуванням ультразвуку використовується для руйнування в організмі деяких видів новоутворень. Вплив на біологічні тканини здійснюється для руйнування мікроорганізмів і використовується в процесах стерилізації лікарських засобів і медичних інструментів. В основі методу ультразвукової діагностики лежить принцип радіолокації: прилад ультразвукової діагностики випромінює хвилі, які відбиваються від різних видів тканин і органів по-різному. Відбиті хвилі повертаються на приймач, комп'ютер обробляє отримані дані, створюючи контури тривимірних кольорових зображень. При ультразвуковому просвічуванні будь-якого внутрішнього органу в нього направляють ультразвукову хвилю певної інтенсивності і реєструють інтенсивність сигналу із зворотнього боку. За ступенем зміни інтенсивності відтворюється зображення внутрішньої будови органу, що сканується. При введенні лікарських препаратів за допомогою ультразвуку або фонофорезу збільшується проникність клітинних мембран, що сприяє проникненню їх в клітину. Ультразвук знайшов своє застосування і в стоматології для видалення зубного каменю. При цьому слизова ротової порожнини не травмується, а "кишені" порожнини знезаражуються.

Висновки. Завдяки своїм унікальним властивостям ультразвук є одним з найбільш сучасних та інформативних методів. Його безсумнівні переваги – мінімальний вплив на людські тканини і висока інформативність

РЕСИНХРОНІЗУЮЧІ ПРИСТРОЇ: ПОРІВНЯННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ НА МАЙБУТНЄ

Гончаренко Ярослав

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра біофізики
Завідувач кафедри - доц. Е.І.Личковський
Науковий керівник - доц. М.А.Пайкуш

Актуальність. Велика кількість серцево-судинних та екстракардіальних захворювань супроводжуються порушеннями ритму і провідності серця (аритміями) і становлять загрозу життю пацієнта. За рахунок стрімкого розвитку технологій в останнім часом з'явилася можливість хірургічного лікування більшості порушень ритму і провідності серця.
Мета. Порівняти різні види ресинхронізуючих пристроїв, що використовуються при лікуванні пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, та окреслити перспективи їх застосування у майбутньому.
Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел, методи: порівняльного аналізу та узагальнення, зіставно-аналітичний, описовий.
Результати. Завдання ресинхронізаційної терапії — утримування ремоделювання шлуночків шляхом ресинхронізації та, відповідно, оптимізації механічної функції серця за рахунок усунення електричної асинхронії. Порушений серцевий ритм стабілізує кардіостимулятор серця. Електрокардіостимулятор – це електронний прилад, що може збільшувати частоту биття серця. Він складається із спеціальної батареї й мікроелектронної схеми, укладених разом в герметично упакований металевий корпус. Електронна схема генерує короткі електричні імпульси, які проводяться в серце через ізольовані провідники з електродами на їх кінцях. Кількість імпульсів у хвилину, які надходять через електрод до серця, називається базовою частотою. Принцип роботи кардіостимулятора полягає в сприйнятті роботи серця і стимуляції в тому випадку, якщо ЧСС нижче встановленої базової частоти. Мікросхема приладу постійно виконує аналіз генерованих серцем імпульсів, проводить імпульси кардіостимулятора до стінки серця і контролює їх синхронізацію. Електрод передає генерований приладом імпульс до камери серця і несе назад в мікросхему інформацію про активність самого серця. Оптимальний режим кардіостимуляції забезпечує: збільшення ЧСС при навантаженні, максимальний ударний об'єм крові, переважаючу стимуляцію передсердь, фізіологічну послідовність активації передсердь і шлуночків. Проте зупинка кровообігу у пацієнта може відбутися не тільки при зупинці водія ритму серця або розвитку порушень проведення (блокад), а й при фібриляції шлуночків або при

шлуночковій тахікардії. Якщо це стає причиною високого ризику зупинки кровообігу, пацієнту імплантують кардіовертер-дефібрилятор. Крім функції стимуляції при брадисистолічних порушеннях ритму, він має функцію переривання фібриляції шлуночків (а також шлуночкової тахікардії). З цією метою, після розпізнавання небезпечного стану, кардіовертер-дефібрилятор завдає розряд від 12 до 35 Дж, що в більшості випадків відновлює нормальний ритм. Якщо перший розряд був неефективний, апарат може повторити його до 6 разів. Крім того сучасні ІКД крім власне розряду можуть використовувати різні схеми нанесення частою і залпової стимуляції, а також програмованої стимуляції з різними параметрами.

Висновки. Сучасні кардіостимулятори та імплантовані кардіовертери-дефібрилятори оснащені досконалими функціями моніторингу, які забезпечують їх діагностичну здатність. Імплантовані кардіовертери-дефібрилятори забезпечують докладну інформацію, необхідну для виявлення патологічних ритмів і оцінки здійсненої терапії.

ВПЛИВ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Вакула Богдан, Фостяк Діана
Медичний коледж ЛНМУ ім. Д. Галицького
Сестринська справа
Завідувач кафедри - Зданевич Х.Р.
Науковий керівник - Зданевич Х.Р.

Актуальність: Для XXI століття характерний високий рівень технічного прогресу, який приніс нове обладнання, пристрої, а з ними комфорт. Одночасно актуальними стоять проблеми захисту людей від іонізуючого випромінювання та електромагнітних полів. Внаслідок випробувань ядерної зброї та використання джерел іонізуючого випромінювання значно підвищився радіаційний фон на землі. Тому важливим є вивчення питання захисту та безпеки людей від впливу цих небезпечних факторів.

Мета: Дослідження впливу іонізуючого випромінювання та електромагнічних полів на живі організми ведуться вже не одне десятиліття. Мета нашого дослідження полягає у вивченні джерел випромінювання, його впливу на організм, а також дотримуванні заходів безпеки при користуванні ними.

Матеріали та методи: Нами було проведено опитування серед студентів Медичного коледжу Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львівського національного університету імені Івана Франка, серед простих мешканців Львова, а

також було проведено інтернет опитування. На основі зібраних результатів ми провели дослідження.
Результати: Згідно з нашими дослідженнями та використовуючи дані із різних джерел, ми прийшли до висновку, що частину іонізуючого опромінення населення земної кулі одержує від природних джерел, що в основному уникнути неможливо. Під час опитування було встановлено, що не кожна людина знаючи про негативний вплив ЕМП від різних приладів, дотримується правил безпеки та відповідних норм. Із 1320 опитаних осіб, у 830 після тривалої роботи з комп'ютером спостерігається втома, головний біль, біль в очах. У 178 осіб шкідливий вплив проявляється болем у м'язах та загальною втомою, 138 людей ніяких змін не відчувають, а 114 — ознайомлені із шкодою комп'ютера на організм і користуються ним з обмеженням. Також 341 осіб не знають про шкідливий вплив побутової техніки. Багато медичних працівників щорічно отримують велику дозу іонізуючого випромінювання та впливу ЕМП у зв'язку зі своєю професійною діяльністю.

Висновки: Працюючи в побуті чи на виробництві з джерелами ЕМП та іонізуючого випромінювання потрібно розуміти їх негативну дію на організм і дотримуватись всіх правил техніки безпеки, щоб виключити шкідливу дію на здоров'я людини.

СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Лекційна аудиторія кафедри інфекційних хвороб
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – проф. О. М. Зінчук, доц. О. П. Адамович, доц. О. Б. Герасун, доц. О. О. Немченко, ас. В. В. Гнатюк, ас. І. В. Дибас, ас. О. Я. Хомин, ас. М. А. Панас, ас. Т. М. Руминська

Головуючі – Седлярук Дарина, Сосна Галина

САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ

Бучма Софія
Гнатюк Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. Б. Надрага
Науковий керівник – ас. В. В. Гнатюк

Актуальність. Сальмонельоз займає вагоме місце в структурі гострих кишкових інфекцій.Серовари сальмонел різняться між собою за антигенною структурою та відповідно за патогенністю і вірулентністю, зумовлюючи особливості перебігу, тяжкості клінічних форм хвороби і ймовірності розвитку ускладнень.
Мета. Порівняти рівень захворюваності на сальмонельоз у періоди 1997-2002 рр. та 2012-2016 рр. Визначити особливості етіологічної, вікової структури сальмонельозу в ці періоди та співставити важкість клінічного перебігу хвороби, відповідно до етіологічного чинника, серед дитячого населення.
Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 940 медичних карт дітей віком від 29 днів до 3 років, хворих на гастроінтестінальну форму сальмонельозу, що перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ ІКЛ ЛОДА. І групу спостережень становили 838 хворих, що лікувалися у період 1997-2002 рр., ІІ групу – 102 хворих, що лікувалися впродовж 2012-2016 рр.
Результати. Кількість госпіталізованих з приводу сальмонельозу дітей протягом останніх років знизилася у 8,2 рази. Так, у період 1997-2002 рр. зареєстровано 838 випадків захворювання серед дітей до 3 років; у

період з 2012-2016 рр. – 102 випадки. Кардинально змінилася етіологічна структура сальмонельозу. У першій групі домінуючим збудником була S.typhimurium: 805 випадків (96,1%). Частка випадків захворювання, спричинених S.enteritidis, становила 3,9% (33 хворих) в першій групі проти 90,2 % (94 хворих) у другій групі ($p < 0,001$).

Різниться й вікова структура дітей, хворих на сальмонельоз, у I і II досліджуваних групах. У I групі діти до 1 року становили 556 хворих (66,3%), у II групі – 45 хворих (44,1%) ($p < 0,001$).

При проведенні порівняльного аналізу встановлено, що сальмонельоз зберігає свої основні симптоми. Змінилося співвідношення клінічних форм за ступенем важкості. Кількість важких форм сальмонельозу в I групі становила 671 випадок (80,1%), середньоважких – 151 випадок (18,0%), легких – 16 випадків (1,9%); у II групі 8 (7,8%), 74 (72,5%) і 20 (19,6%) випадків відповідно ($p < 0,001$). В обох групах важкі форми сальмонельозу були спричинені S. typhimurium. Є відмінності в частоті розвитку домінуючих синдромів. ІТШ розвинувся у 68 хворих (8,1%) I групи і в 1 хворого (1,0%) II групи ($p < 0,02$). Кишковий токсикоз II-III ступеня спостерігався у 479 дітей (57,2%) I групи і у 9 (8,8%) II групи ($p < 0,001$). Явища ексикозу II-III ст. виникли у 401 пацієнта (47,9%) I групи і у 5 (4,9%) II групи ($p < 0,001$), нейротоксикозу – у 31 дитини (3,7%) I групи та в 1 (1,0%) II групи ($p < 0,02$), гемоколіту – у 127 пацієнтів (15,2%) I групи проти 8 (7,8%) II групи ($p < 0,001$).

Висновки. Протягом останніх 20 років простежується зниження захворюваності дітей на сальмонельоз, зменшення питомої ваги S.typhymurium в етіологічній структурі сальмонельозу. Зменшилася кількість хворих на сальмонельоз віком до 1 року в 12,4 рази, а також зменшилася кількість важких та ускладнених форм сальмонельозу з 80,1% до 9,8% ($p < 0,001$).

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКСПРЕС-ТЕСТУВАНЬ ТА СЕРОМОНІТОРИНГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РІЗНИХ ГРУПАХ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Гриньох Тереза
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – доц. О.Б. Герасун

Актуальність. Україна залишається однією із лідерів серед країн Європейського континенту за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. В

Україні станом на 01.01.2017 року офіційно зареєстровано 297 422 кумулятивних випадків ВІЛ-інфекції. Львівська область займає 17 рангове місце серед регіонів України за рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію. У 2016 р. під медичним спостереженням в закладах охорони здоров'я області з діагнозом «ВІЛ-інфекція» перебувало 3 263 особи, з них 1 012 у стадії СНІДу.

Мета. Проаналізувати результати експрес-тестувань та серомоніторингу ВІЛ-інфекції у різних групах населення Львівської області.

Матеріали та методи. Методом імунохроматографії (CITOTESTHIV ½, Фармаско, Україна), обстежено 137 студентів ЛНМУ імені Данила Галицького. Отримані результати порівняно з даними Комунального закладу "Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом".

Результати. При обстеженні 137 студентів медичного університету виявлено 1 позитивний результат, що становить 0,73% . Ця цифра приблизно зпівставна з результатам експрес-тестувань населення області за кодом 116 (згідно таблиці 1000 «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції»; особи, обстежені за власною ініціативою): 1 хворий зі 146 обстежених (0,68%). Цей показник дещо більший ніж аналогічний при обстеженні методом ІФА – 34 хворих зі 7508 обстежених (0,45%).

Серед мешканців Львівської області під час акції проведеної благодійним фондом «Салюс» в торговому центрі м. Львова до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом зареєстровано 6 позитивних результатів серед 623 обстежених, що становить 1,0%. Слід звернути увагу, що показник виявлення антитіл серед студентів медичного університету у 5 разів переважає дані отримані при обстеженні вагітних жінок (рівень інфікування серед вагітних визначає рівень інфікованості ВІЛ серед загального населення і тенденції розвитку епідемії) і в 10 разів переважає показник серопозитивності серед донорів.

Очевидно, що зазворюваність серед студентів медичного університету значно менша ніж у групах ризику, а саме: 2,4% осіб із симптомами або хворими на інфекції, що передаються статевим шляхом (код обстеження 104); 10% серед осіб з ризикованою статевою поведінком (код -105); 55,5% серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (код -102).

Висновки. При проведенні експес-тестування на антитіла до ВІЛ серед студентів ЛНМУ імені Данила Галицького виявлено несподівано високий рівень серопозитивності, який переважає за аналогічні показники серед донорів та вагітних жінок. Отже, можна зробити висновок, що обізнаність щодо ВІЛ-інфекції серед молоді є

недостатньою, навіть у студентів медичних вузів, тому слід приділяти більше уваги інформаційно-просвітній роботі та пропаганді здорового способу життя.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРИПУ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В ЕПІДСЕЗОНІ 2015-2016 РОКІВ

Дуля Анастасія
Рудь Юрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. О. О. Зубач

Актуальність. Грип є однією з найпоширеніших у світі інфекційних хвороб. Рання діагностика і лікування дає змогу уникнути важких ускладнень. Отже, це захворювання є однією з актуальних проблем інфектології, як в клінічному так і в епідеміологічному аспектах.
Мета. Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей випадків грипу у дорослого населення які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ ЛОР ЛОІКЛ у період 2015-2016 років.
Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб дорослих пацієнтів з діагнозом «Грип», які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ ЛОР ЛОІКЛ протягом 2015-2016 років.
Результати. Нами було проаналізовано 317 історій хвороб пацієнтів старших 18 років із діагнозом “Грип ”. Пік кількості захворілих на грип спостерігався у січні (140хворих), що становило 44,2%. Серед усіх хворих жителів міста було 237 (74,8%), мешканців сільської місцевості – 80 (25,2%). Чоловіків було 155 (48,9%), жінок-162 (51,1%).Середній вік хворих склав 32,2±0,61 (переважали особи працездатного віку). Більшість хворих звернулись за медичною допомогою в стаціонар з 1 по 4 добу захворювання 277 (87,4%).Середня тривалість лікування в стаціонарі складала 7,45±0,26 днів. Пацієнтів із середньотяжкою формою грипу було 281 (88,6%), а з тяжкою – 36 (11,4%). Пацієнтів із діагнозом «Грип» при скеруванні налічувалось 166 (52,4%), у решти діагнози при поступленні були іншими. При поступленні переважаючими скаргами були: гарячка-317 (100%), кашель- 260 (82%), загальна слабкість-211 (66,6%), біль голови-138 (43,5%), біль горла-127(40%), міалгії-124 (39,1%). Субфебрильна гарячка спостерігалась у 33 (10,4%) пацієнтів, фебрильна у 91 (28,7%) пацієнта, а гектична у 193 (60,9%) пацієнтів.

Нормалізація температури відбувалась у різні терміни: на 1-3 добу від моменту поступлення у більшості 178 (56,1%), на 4-6 добу - 96 (30,3%), на 7 і більше діб -43(13,6%) хворих.
При проведенні лабораторних досліджень було встановлено: середній рівень лейкоцитів крові у хворих на грип середньотяжкої форми становив 6,62*109/л±0,21,а тяжкої форми -7,55*109/л±0,8.
Висновки. Отже, епідсезон грипу 2015-2016 року у Львівській області характеризується піком захворюваності у січні, переважанням серед захворілих міських жителів працездатного віку. Серед госпіталізованих пацієнтів перебіг хвороби у більшості випадків був середньотяжкий та характеризувався наявністю гектичної гарячки, кашлю, болю голови, горла та м'язів. Летальних випадків не було.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Івахнова Кароліна
Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. С. В. Кузнецов
Науковий керівник – ас. Н. М. Колісник

Актуальність. вірусні гепатити - це велика група антропонозних захворювань, що протікають з ураженням печінки, мають різні етіологічні, епідеміологічні та патогенетичні характеристики. Проблема вірусних гепатитів в дитячому віці залишається актуальною в даний час. Діти першого року життя становлять особливу групу, так як у них, можуть реалізуватися анте- і перинатальні шляхи придбання вірусних гепатитів
Мета. вивчити клініко-діагностичні особливості вірусних гепатитів у дітей першого року життя
Матеріали та методи. матеріалом для дослідження послужило спостереження 64 дітей першого року життя, які поступили в інфекційну клінічну лікарню з патологією печінки за період 2007-2016 років. Хлопчиків було 39, дівчаток 25. Вивчаючи патологію печінки у цих дітей ми визначили: у 17 хворих вірусний гепатит В, у 13 - вірусний гепатит С, у 10 - герпетичний гепатит, у 9 - цитомегаловірусну інфекцію, в 15 випадках етіологія гепатиту залишилася невстановлена
Результати. клініко-біохімічні показники виявили наявність гострих циклічних і затяжних гепатитів, в тому числі з холестатичним компонентом, а також хронічних персистуючих і активних станів. У більшості дітей активність аланінамінотрансферази при вірусному

гепатиті В збільшувалася в 6-8 разів, при вірусному гепатиті С і цитомегаловірусній інфекції в 2-4 рази. При вірусному гепатиті В більш вираженим були геморагічний синдром і жовтяниця. У периферичній крові при вірусному гепатиті В і вірусному гепатиті С відзначалися: анемія (45,3%), лейкопенія (94,5%), лімфоцитоз (83,4%), зниження швидкості осідання еритроцитів (76,7%). Показники загального білка - в межах нижньої межі норми, у 73,2% хворих відзначалася виражена диспротеїнемія: гіпоальбумінемія - у 64,8%; підвищення гамма-глобулінів у 37,2% дітей. На жаль, в ряді випадків відзначалося відстрочене виявлення ознак хронізації, що обумовлено недостатністю клінічного обстеження в період новонародженості

Висновки. Таким чином, у дітей першого року життя спостерігалися різні гепатити. У більшості дітей перші ознаки ураження печінки виявлені в неонатальному періоді. Запізніла діагностика гепатитів у дітей першого року життя пояснюється відсутністю достатньої настороженості, труднощами виявлення переджовтяничного періоду, а також дефектами обстеження

АКТУАЛЬНІСТЬ ХАРЧОВИХ ТОКСИКОІНФЕКЦІЙ

Ковальський Ярослав
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. Н. О. Тімко-Іванченко

Актуальність. Сьогодні багатьох людей не хвилює термін виготовлення / придатності продуктів харчування. Саме тому вони не звертають увагу на правильне їх зберігання. Продукт може не мати нормальних умов зберігання(температура, вологість…), бути протермінованими. У зв’язку з цим, у більшості після їх вживання виникають різного роду отруєння.

Мета. Показати наслідки вживання продуктів, які неналежно зберігалися.

Матеріали та методи. Проводився експеримент із споживанням заварних тістечок домашнього приготування 10 студентами впродовж доби.

Результати. Перший студент з’їв тістечко через годину після його приготування. Наступний – через годину після попереднього і т.д. Останній студент з’їв тістечко через 10 годин. Ввечері у 6 осіб проявилися ознаки харчової токсикоінфекції (причому, хто пізніше з’їв,

у того вони були виражені більше). У 6 та 7 студента серед клінічних проявів домінувала нудота та одноразове блювання. Їх стан нормалізувався наступного дня. У 8, 9 і 10 студента спостерігалося багаторазове блювання виснажливого характеру, у останнього також приєднався пронос.При проведенні бактеріологічного дослідження було виділено стафілокок. Після цього до них застосували лікування згідно з протоколом.

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що більшість студентів не мали достатніх знань про продукти, у зв'язку з чим у них виникла харчова токсикоінфекція. Не обов'язково, що їжа, яка приготована недавно, є безпечною для вживання. Тому, слід цікавитися про продукт, перш ніж його споживати.

ОЦІНКА СПАЛАХІВ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ МЕШКАНЦІВ ЛЬВІВЩИНИ У 2016 РОЦІ

Мартинюк Андріанна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. Н. О. Іванченко

Актуальність. Однією з найпоширеніших нозологічних форм у структурі гострих кишкових інфекцій є сальмонельоз. У 2016 році на Львівщині відмічався ріст на 38% захворюваності на сальмонельоз порівняно з 2015 роком. Зареєстровано 494 випадки з інтенсивним показником 19.61 на 100 тисяч населення проти 369 випадків (15.05) у 2015 році. З 12 спалахів гострих кишкових інфекцій у 2016 році, 11 становили спалахи сальмонельозу.

Мета. Дослідити клініко-епідеміологічні прояви спалахів сальмонельозу у Львівській області у 2016 році.

Матеріали та методи. Опрацьовано 160 медичних карт стаціонарних хворих із діагнозом «сальмонельоз», які захворіли під час спалахів та лікувались в інфекційних стаціонарах області, результати бактеріологічних досліджень із визначенням чутливості до антибіотиків, які проводились у бактеріологічній лабораторії Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні та Львівського обласного лабораторного центру, оперативні донесення Центру Медицини катастроф про зареєстровані спалахи.

Результати. Зі 160 осіб, що захворіли на сальмонельоз під час спалахів, 46 (28.75%)становили діти до 17 років. Серед дорослих осіб

госпіталізовано на 1-шу добу від початку захворювання 1 постраждалого – 0.9%, на 2-гу добу – 15 осіб (13,2%), на 3-тю добу – 56 осіб (49.1 %) і на 4-ту добу – 42 (36.8%). Фебрильна температура тіла спостерігалась у 89% захворілих, у 11% – субфебрильна. Біль у животі відмічали 26% хворих. Блювання спостерігалось у 58% захворілих. Всі постраждалі скаржились на частий рідкий стілець: до 5 разів на добу – 12% хворих, 5-7 разів – 29%, понад 8–10 разів – 40% і понад 10 разів – 19% хворих. У загальному аналізі крові лейкоцитоз відмічено у 92% захворілих, підвищення ШОЕ – у 74%. Salmonellaenteritidis виділена від 96 осіб – 60%. У решти хворих діагноз встановлено на підставі епіданамнезу та наявності клінічних ознак хвороби. Спостерігалась висока чутливість збудника до ципрофлоксацину, норфлоксацину, цефтриаксону, цефіпіму.

Висновки. Усі спалахи сальмонельозу у 2016 році викликані salmonellaenteritidis. Обставинами, що сприяли виникненню спалахів були порушення технології приготування страв та недотримання правил особистої гігієни. Етіотропна терапія призначалась емпірично всім захворілим. Результати лабораторних досліджень із визначенням чутливості до антибіотиків були одержані на 5–7 день від госпіталізації, що знижує діагностичну цінність отриманих результатів та диктує необхідність впровадження сучасних методів діагностики з використанням бактеріологічних аналізаторів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ У ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ

Мелешко Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. Н. М. Прикуда

Актуальність. На сьогодні в Україні вітряна віспа належить до найрозповсюдженіших інфекційних хвороб дитячого віку з повітряно-краплинниммеханізмом передач і збудника та розглядається як важлива проблема охорони здоров'я.Це зумовлено не лише зростанням рівня захворюваності серед усіх вікових групнаселення в останні роки, а й почастішанням тяжких та ускладнених форм хвороби.

Мета. Вивчити особливості клінічного перебігу вітряної віспи у дорослих тадітей.

Матеріали та методи. Спостереження проведено в 629 хворих на вітряну віспу,які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційнійклінічній лікарні (ЛОІКЛ) упродовж 2012–2016 рр. Діагноз вітряної віспи базувався натипових клінічних проявах хвороби, даних епідеміологічного анамнезу та результатахзагальноприйнятих лабораторних досліджень.

Результати. Встановлено, що упродовж п'ятирічного періоду спостережень уЛОІКЛ госпіталізовано 323 (51,4%) дітей віком від 1 місяця до 18 років і 306 (48,6%)дорослих, хворих на вітряну віспу. Вік найстаршого пацієнта становив 66 років.

Упродовж 2012–2016 рр. кількість госпіталізованих дітей зросла у 2,8 рази (2012р. – 33 хворих, 2016 р. – 92 хворих), дорослих – у 2,2 рази (2012 р. – 50 хворих, 2016 р.– 109 хворих).У 4 (1,2%) дітей діагностовано легку, у 282 (87,3%) – середньотяжку, у 37(11,5%) – тяжку форми вітряної віспи. Ускладнений перебіг хвороби спостерігали у 101(31,3%) дитини. Серед ускладнень переважали бактеріальні (87,1%), зокрема ураження шкіри та підлеглих м'яких тканин (флегмони, абсцеси, стафілострептодермія,фурункульоз, бешиха) у 42,8% хворих, пневмонії – у 33,0%, гнійний отит – у 10,2%,флегмонозний апендицит – у 8,0%, гострий пієлонефрит – у 4,5%, гнійний менінгіт – у1,1% хворих. Вітрянковий енцефаліт діагностовано у 13 (12,9%) дітей. Бактеріальні ускладнення найчастіше реєстрували у вікових групах 0–1 і 1–4 роки, вітрянковийенцефаліт – 5–9 років.Серед дорослих легку форму вітряної віспи діагностовано у 3 (0,98%) хворих,середньотяжку – у 292 (95,4%), тяжку – у 11 (3,6%) хворих. Бактеріальні ускладненнярозвинулись у 17 (5,6%) пацієнтів: пневмонії – у 76,4% хворих, перфоративний отит – у11,8%, піодермія – у 2 (11,8%) хворих. Неврологічних ускладнень у дорослих неспостерігали.

Висновки. Серед госпіталізованих хворих на вітряну віспу з однаковою частотою реєстрували дорослих і дітей. Домінували середньотяжкі форми, частка якихсклала 95,4% у дорослих та 87,3% у дітей. Ускладнений перебіг спостерігали у 5,9 разівчастіше серед дітей. Запально-деструктивні ураження шкіри та підлеглих м'яких тканинпереважали у дітей, натомість ускладнення органів дихання – у дорослих. Неврологічні ускладнення у дорослих не виявлялися.

АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНА ДІАРЕЯ – ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Ригель Святослав

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. Н. М. Прикуда

Актуальність. Антибіотикоасоційована діарея (ААД) – це симптомокомплекс на тлі патологічних змін складу кишкової мікрофлори, що виникає внаслідок застосування антибіотиків. Важливу роль у розвитку ААД відіграє Clostridiumdifficile. В останні роки у світі спостерігається зростання рівня захворюваності на Clostridiumdifficile-інфекцію (CDI), що вимагає більш обґрунтованого призначення антибактеріальної терапії.
Мета. Вивчити закономірності виникнення та клінічні особливості ААД у дорослих.
Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) упродовж 2013 –2016 рр., включаючи січень-лютий 2017 р. Діагноз хвороби базувався на клініко-анамнестичних даних, результатах лабораторних та інструментальних досліджень (колоноскопія).
Результати. Упродовж періоду спостережень на стаціонарному лікуванні у ЛОІКЛ знаходилось 43 хворих на ААД віком 18–81 рік. Серед пацієнтів переважали жінки, частка їх склала 90,7%. Найвищі показники захворюваності спостерігали у віковій групі 20–30 років (10,7 випадків на 1000 госпіталізованих). Виявлено тенденцію до щорічного зростання рівня захворюваності на ААД. За період спостережень кількість госпіталізованих у ЛОІКЛ зросла у 1,9 рази (2013 р. – 7 хворих, 2016 р. – 13 хворих). Передумовою для виникнення ААД було застосування у 29 (69%) хворих цефтріаксону, у 9 (21%) – фторхінолонів (ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин), у 2 (5%) – макролідів (азитроміцин, роваміцин), у 2 (5%) хворих – левоміцетину. Перші прояви хвороби виникали на 3–21 добу від моменту прийому антибіотиків. У 31 (72,1%) хворих діагностовано середньотяжку форму хвороби, у 12 (27,9%) – тяжку. Домінуючими скаргами в усіх хворих були підвищення температури тіла до 37,5–39,0°С, біль у животі, рідкі випорожнення до 5–20 разів на добу. Рецидивуючий перебіг хвороби спостерігали у 5 (11,6%) пацієнтів. У загальному аналізі крові виявляли лейкоцитоз 18,6–34,1×109/л, підвищення ШОЕ до 22–40 мм/год. У 11 (25,6%) хворих при проведенні фіброколоноскопії діагностовано псевдомембранозний коліт, що дозволило верифікувати CDI. У інших випадках, з огляду на

переважання у клінічній картині ураження товстої кишки, передбачався діагноз CDI, а тому лікування ААД проводилося з використанням метронідазолу в дозі 1,5 г/добу peros пацієнтам на середньотяжкі форми, ванкоміцину – 500 г/добу peros пацієнтам на тяжкі форми та ускладнений перебіг хвороби.

Висновки. Захворюваність на ААД має тенденцію до зростання. Найчастіше виникнення ААД пов'язують із застосуванням цефалоспоринів і фторхінолонів. Групою ризику є жінки та особи молодого віку. Серед госпіталізованих переважають середньотяжкі форми хвороби. Частка осіб із рецидивуючим перебігом ААД складає 11,6%. Для верифікації CDI доцільно використовувати колоноскопію і методи специфічної лабораторної діагностики (ІФА з визначенням токсинів А і В Clostridiumdifficile).

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПІРОЗУ В 2002-2004 ТА 2014-2016 РОКАХ

Сборщик Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. О. О. Зубач

Актуальність. Лептоспіроз – один з найактуальніших бактеріальних зоонозів із тяжким перебігом та значною кількістю ускладнень.

Мета. Провести порівняльний аналіз клініко-епідеміологічних особливостей лептоспірозу протягом двох періодів: 2002-2004 рр. та через 10 років протягом 2014-2016 рр.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз медичних карт пацієнтів, які лікувалися у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні у зазначені терміни.

Результати. 98 хворих було проліковано протягом 2002-2004 рр., із них 13 (13,26%) померли. Чоловіки хворіли частіше, ніж жінки – 74 (75,51%) проти 24 (24,49%). Перебіг у жовтяничній формі у 69 (70,41%) пацієнтів, у безжовтяничній – у 29 (29,59%). З однаковою частотою хворіли міські та сільські жителі. Пацієнти наступних вікових груп хворіли частіше: 30-44 рр. – 35 (35,71%), 45-59 рр. – 30 (30,6%), 60-74 рр. – 20 (20,41%). З високою частотою зараження відбувалось у серпні – 19 (19,39%), рідше у вересні – 23 (23,47%), жовтні – 19 (19,39%), листопаді – 7 (7,14%), грудні – 7 (7,14%) та січні – 6 (6,12%).

Найчастіше хворобу спричиняли L.icterohaemorrhagiae – 28 (31,63%) та L.grippotyphosa – 22 (22,44%).

З 2014 по 2016 рр. до стаціонару був госпіталізований 41 хворий. Жоден пацієнт не помер. Чоловіків – 34 (82,93%), жінок – 7 (17,07%). Жовтянична форма спостерігалась у 28 (68,29%) хворих, безжовтянична – 13 (31,71%). Мешканців міста було 24 (58,53%), жителів сільської місцевості – 17 (41,46%). Хворіли пацієнти наступних вікових груп: 30-44 рр. – 7 (17,07%), 45-59 рр. – 12 (29,26%), 60-74 рр. – 11 (26,82%). Висока інтенсивність зараження відбувалась у серпні – 11 (26,82%), вересні – 7 (17,07%), жовтні – 5 (12,19%), листопаді – 8 (19,51%), грудні – 3 (7,31%) та січні – 3 (7,31%). Найчастіше хворобу спричиняли міксти кількох серогруплептоспір (їх титри в РМА були однакові) – 13 (31,7%). По 3 (7,31%) випадки спричинидиL.icterohaemorrhagiae та L.bataviae, 2 (4,88%) – L.autumnalis, 1 (2,43%) – L.grippotyphosa.

Висновки. Останні три роки кількість випадків лептоспірозу знизилась. Жінки стали хворіти рідше: 24 (24,49%) протягом 2002-2004 рр. проти 7 (17,07%). Мешканці міст стали хворіти частіше: 49 (58,53%), проти 24 (50%). Менше стали хворіти пацієнти молодого віку, так у 2002-2004 рр. лептоспірозом у віці 30-44 рр. захворіло 35 (35,71%) пацієнтів, а в 2014-2016 рр. – 7 (17,07%) ($p<0,02$). Менше значення у виникненні лептоспірозу стали відігравати L.icterohaemorrhagiae та L.grippotyphosa, які протягом 2002-2004 рр. викликали хворобу у 50 (54,07%) хворих, а в 2014-2016 рр. лише у 4 (7,31%) ($p<0,01$). Така зміна етіологічної структури лептоспірозу є причиною відсутності летальних випадків у 2014-2016 рр.

КЛІНІКО – ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕНІНГІТІВ СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ЛІТНЬО-ОСІННІЙ ПЕРІОД 2016 РОКУ

Седлярук Дарина
Іллюк Поліна
Мороз Олена
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. Б. Надрага
Науковий керівник – ас. О. Я. Хомин

Актуальність. За останні роки важливою проблемою стало зростання захворюваності на менінгіт вірусної та бактеріальної етіології серед

дитячого населення. Актуальність проблеми менінгітів зумовлена високою частотою тяжких форм, високим рівнем летальності, розширенням спектра етіопатогенів. У всьому світі менінгіти залишаються однією з найпоширеніших форм ураження центральної нервової системи.

Мета. Вивчити клініко-діагностичні особливості менінгітів серед дитячого населення у Львівській області за літньо-осінній період 2016 року.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз 50 історій хвороб пацієнтів з діагнозом «Менінгіт» , які перебували на лікуванні у Львівській обласній клінічній лікарні в дитячому відділенні за літньо-осінній період 2016 року.

Результати. У процесі дослідження було проаналізовано 50 історій хвороб пацієнтів з діагнозом «Менінгіт» серед дитячого населення Львівщини за літньо-осінній період 2016 року. У структурі менінгітів 89,5% становить серозний менінгіт, 10,5% - гнійний. Серед серозних менінгітів 40,4% становить ентеровірусний менінгіт, а у 59,6% нез'ясованої етіології. Серед гнійних 25,3% становить менінгококовий менінгіт, а у 74,7% нез'ясованої етіології. Серед хворих жителі міста становили 59,1%, мешканців сільської місцевості – 40,9%. Розподіл за статтю: хлопці – 64,7%, дівчата – 35,3%. Вікова структура хворих: немовлята 10,4%, переддошкільного віку 14,5%, дошкільного віку 20,7%, молодшого шкільного 44,1%, старшого шкільного 10,3%.

При аналізі симптомів було встановлено: нормально температура тіла була у 2,5% хворих, субфебрильна у 32,6%, фебрильна у 41,5%, піретична у 23,4%. Нудота та блювота спостерігалась у 91,7% хворих. Світлобоязнь у 46,6% хворих. Ригідність потиличних м'язів у 92,1% хворих. Позитивний симптом Керніга у 80,8% хворих. Позитивні симптоми Брудзінського у 76,3%.

При проведенні лабораторних досліджень було встановлено: середній рівень лейкоцитів у крові у хворих на серозній менінгіт становив – 10,1±4,0 *109/л, на гнійний – 16,0±2,5 *109/л. Середнє значення ШОЕ у хворих на серозний менінгіт становить 12,5±8 мм/год, на гнійний - 33±16 мм/год. Згідно отриманих даних дослідження ліквору при поступленні виявлено, що середній рівень цитозу у хворих на серозний менінгіт становив 153±56 клітини в 1 мкл, на гнійний – 6353±135 клітини в 1 мкл. Середній рівень білка у лікворі хворих на серозний менінгіт становив 0,39±0,15 г/л, на гнійний – 4,4±1,5 г/л.

Висновки. Враховуючи те, що частота гіпертермічного синдрому, світлобоязні, блювання, менінгеальних симптомів у дітей з гнійними та серозними менінгітами була практично однаковою, ми ще раз наголошуємо на проведенні люмбальної пункції для діагностики

менінгіту. Етіологічний чинник вдалось виявити у 40,4% серозних менінгітів і у 25,3% гнійних.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКА У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1-6 МІСЯЦІВ ТА 12-36 МІСЯЦІВ ЗА ПЕРІОД 2016-2017 РОКІВ

Скоромна Галина
Іванісік Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. Б. Надрага
Науковий керівник – ас. І. В. Дибас

Актуальність. Кашлюк - це гостра інфекційна хвороба,основним проявом якої є нападоподібний кашель, що триває більше 14 днів. За даними ВООЗ, щороку у світі реєструють 40-60 млн. випадків захворювання, із яких більше 5000 закінчується летально. В Україні щорічно фіксують 3-4 тис. випадків кашлюку, в тому числі і у дітей першого року життя.
Мета. Проаналізувати та порівняти особливості перебігу кашлюка у дітей віком 1-6 міс. та 12-36 міс.
Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз історій хвороб дітей віком 1-6 міс. та 12-36 міс., які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОІКЛ з діагнозом «кашлюк» у 2016-2017 рр., оцінка важкості перебігу кашлюку проводилася за шкалою Preziosi- Halloran з врахуванням основних клінічних показників.
Результати. Опрацьовано 55 медичних карт стаціонарного хворого дітей віком 1-6 міс. та 36 карт - дітей віком 12-36 міс., які лікувалися в ЛОІКЛ протягом 2016-2017 рр. Важкий перебіг кашлюку серед дітей віком 12-36 міс. було встановлено у 72,2% хворих, натомість серед дітей віком 1-6 міс. важкий перебіг хвороби спостерігався у 94,5% пацієнтів. При вивченні особливостей кашлю у обстежених дітей встановлено, що у пацієнтів віком 1-6 міс. переважали типові пароксизми кашлю без репризів (у 35(63,63%)), а у дітей віком 12-36 міс. - типові пароксизми з репризами - у 23(63,90%). Більш важкий перебіг хвороби у немовлят, порівняно з дітьми раннього віку, був обумовлений частішим виникненням нападів апное (у дітей віком 1-6 міс. - у 37 (67,14 %) хворих, а у дітей віком 12-36 міс. - у 8 (22,2%)

пацієнтів) та блювання після кашлю (у дітей віком 1-6 міс. - у 33 (60,0 %) хворих, а у дітей віком 12-36 міс. - у 16(44,4 %) хворих).

Висновки. Отже, захворювання на кашлюк у дітей віком 1-6 міс. характеризувалося більш важким перебігом, порівняно з дітьми віком 12-36 міс. Напади кашлю у дітей перших шести місяців життя часто не супроводжуються характерними для кашлюка репризами, а важкість стану обумовлена частішою появою апное та блювання після кашлю.

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДОРОСЛИХ

Сосна Галина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. Н. М. Прикуда

Актуальність. Гнійний менінгіт, незважаючи на постійне удосконалення методів діагностики та лікування, надалі залишається проблемою сьогодення, що зумовлено високою частотою тяжких форм хвороби та високим рівнем летальності.

Мета. Вивчити етіологічну структуру летальних випадків гнійних менінгітів у дорослих.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні (ЛОІКЛ) з діагнозом «Гнійний менінгіт» упродовж 2006–2013 рр.

Результати. Упродовж періоду спостережень в ЛОІКЛ зареєстровано 15 летальних випадків серед хворих на гнійний менінгіт. З них – 9 (60%) чоловіків і 6 (40%) жінок віком 30–87 років. На 1–3 добу хвороби госпіталізовано 46,6% хворих, на 4–6 добу – 33,3%.

У 10 (66,6%) пацієнтів діагноз встановлений на догоспітальному етапі, у 5 (33,3%) хворих попередній діагноз не верифіковано. Найчастіше на до госпітальному етапі зустрічались такі варіанти діагнозів: «ГРВІ. Синдром менінгізму» – 13,3%, «вірусний гепатит» – 6,6%, «харчова токсикоінфекція» – 6,6%, «вірусний менінгоенцефаліт» – 6,6%.

Частка хворих на вторинний гнійний менінгіт склала 40%. У 4 (66,6%) хворих на вторинний менінгіт діагностовано первинне вогнище: у 2 (33,3%) – середній гнійний отит, у 2 (33,3%) – пневмонія. У 1 (16,6%) хворого вторинний гнійний менінгіт розвинувся на тлі ВІЛ-інфекції, опійної наркоманії.

Прижиттєво збудники виділено у 8 (53,3%) пацієнтів: при бактеріологічному дослідженні крові (2 хворих), ліквору (3 хворих), гнійного вмісту з вуха (1 хворий); бактеріоскопічно виявлено у крові (3 хворих), у лікворі (2 хворих).
Посмертно збудники виділено у 7 (46,6%) пацієнтів: бактеріологічно – з тканини легень (1 випадок), з крові (2 випадки), з м'яких мозкових оболонок та речовини мозку (5 випадків), бактеріоскопічно – з відбитків оболонок головного мозку (3 випадки), з мазку порожнини пірамідної кістки (1 випадок).
Виявляли наступні мікроорганізми: у 4 (26%) хворих – N. meningitidis, у 4 (26%) хворих – S. epidermitidis, у 2 (13,3%) хворих – L. monocytogenes, у 2 (13,3%) хворих – K. pneumoniae, у 2 (13,3%) хворих – Грам+стрептококи , у 1 (6,6%) хворого – P. aeroginosa, у 1 (6,6%) хворого – S. aureus. Виявлено, що S. epidermitidis у 75% перебував у мікст-культурі з K. pneumoniae, S. pneumoniae та S.viridians.
Висновки. Серед захворілих на гнійний менінгіт переважали чоловіки (60%). У структурі бактеріальних менінгітів частка вторинних склала (40%). Діагностувати первинне вогнище вдалося лише у 66,6% хворих на гнійний менінгіт. Основними етіологічними чинниками летальних випадків гнійних менінгітів були N. meningitidis (26%) та S. epidermitidis (26%).

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІСТЕРІОЗНОГО СЕПСИСУ

Тимків Олена
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О. М. Зінчук
Науковий керівник – ас. А. Я. Орфін

Актуальність. Лістеріоз – зооантропозоонозна хвороба, збудник – Listeriamonocytogenes, грампозитивна паличка, здатна утворювати L-форми і паразитувати внутрішньоклітинно, що обумовлює недостатній ефект антибактеріальної терапії. Лістеріоз частіше зустрічається в імуноскомпроментованих, осіб літнього віку та малюків.
Мета. Дослідити клінічні особливості лістеріозного сепсису.
Матеріали та методи. Аналіз медичної карти стаціонарного хворого, та медичної бази даних PubMed.
Результати. Привертає увагу важкий перебіг лістеріозу з ураженням ЦНС. Летальність за даними літератури 30%, рецидиви – 7%. Частими є ускладнення – гідроцефалія, деменція. Ще небезпечнішою є септична

форма, при якій летальність може сягати 60%. Захворювання реєструють переважно як масові спалахи, пов'язані з вживанням різноманітних інфікованих продуктів. За даними EuropeanFoodSafetyAuthority в ЄС у 2012р. зареєстровано 1640 випадків захворювання з летальністю 17,8%.

Пацієнт П. 71р., поступив у реанімаційне відділення Львівської обласної інфекційної клінічної лікарні 18.10.2016р. Скарги: гарячка до 41°С, блювання, діарея, афазія дезорієнтпція. З анамнезу хвороби відомо: 11.10.2016 відчув загальну слабкість. 13 – 15.10.2016 – гарячка до 40°С, 16.10.2016 температура нормалізувалась, з'явилось блювання, 17.10.2016 – діарея, 18.10.2016 афазія, дезорієнтація.

У гемограмі – еритроцити – 4.1 × 1012 г/л, лейкоцити – 10.3 × 109 г/л, лейкоцити – 164 × 109 г/л, лімфоцити – 21.3%, базофіли – 4.1%, нейтрофіли – 74.6%, ШОЕ – 30 мм/год. Аналіз ліквору –жовтий, мутний, білок 1,65 г/л, цитоз 800 в мм3, (нейтрофіли 80%, лімфоцити 20%), глюкоза 1,5 ммоль/л. CitotestHIV негативний. 26.10.2016 отримано результати посіву ліквору – Listeriamonocytogenes.

УЗД: помірна гепатоспленомегалія, жировий гепатоз, сечокислий діатез. КТ: атрофічні зміни головного мозку з гідроцефалічним синдромом. Вторинне неопластичне ураження печінки. Консультований, хірургом, ЛОРом, неврологом, онкологом, нефрологом. Лікування: цефтриаксон, ванкоміцин, ампіцилін, інфузійна, протинабрякова терапія. 23.10.2016 незважаючи на лікування пацієнт помер. Заключний клінічний діагноз: "Гострий менінгоенцефаліт. Церебральна кома I-II. Неопластичний синдром. Рак печінки. Ниркова недостатність". Патологоанатомічний діагноз: "Лістеріоз, септична форма: серозний менінгіт, множинні вогнищеві некрози гепатоцитів, множинні абсцеси печінки, респіраторний дистрес-синдром, вогнищева гнійна пневмонія, множинні стеатонекрози підшлункової залози та жирової тканини черевної порожнини".

Висновки. Згідно з клінічними рекомендаціями всім пацієнтам з діагнозом менінгоенцефаліт ще до призначення антибіотиків та глюкокортикостероїдів необхідно провести забір крові та ліквору для бактеріологічного дослідження, в тому числі на лістеріоз. Бактеріологічний метод є специфічним, однак дослідження інколи потребує тривалого часу, що зменшує його клінічну цінність. Етіотропна терапія лістеріозу повинна включати ампіцилін та гентаміцин впродовж 3 тижнів при лістеріозномуменінгоенцефаліті, або довше при септичній формі. Збудник лістеріозу нечутливий до цефтриаксону, тому цефалоспорини не є препаратами вибору.

ВІД ІНФЕКЦІЙНОЇ ХВОРОБИ ДО ОНКОЛОГІЧНОГО ДІАГНОЗУ: ВИПАДОК ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ, СПРИЧИНЕНОЇ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ В З ДЕЛЬТА-КОІНФЕКЦІЄЮ

Шоробура Наталія
Лесняк Мартин
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. О.М. Зінчук
Науковий керівник – доц. І. О. Кіселик

Актуальність. Гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) - це злоякісна пухлина, що займає одне з провідних місць за частотою захворювання на рак у світі. Зі всіх етіологічних чинників ГЦК, провідне місце займають вірусні гепатити: гепатит В спричиняє 75% усіх випадків ГЦК, гепатит С - 23%. Лише 2% припадає на інші причини. Однорічне виживання хворих з діагностованою ГЦК становить всього 5%.
Мета. Виствітлити сучасні дані про стан захворюваності на ГЦК, та її зв'язок з вірусними гепатитами, проілюструвавши його на прикладі клінічного випадку, а також запропонувати алгоритм скринінгу ГЦК.
Матеріали та методи. Медична карта стаціонарного хворого, огляд іноземної літератури.
Результати. Проаналізовано дані світової літератури стосовно зв'язку між ГЦК та вірусними гепатитами. Описано клінічні варіанти ГЦК, згідно з останніми дослідженнями закордонних авторів. Також описано клінічний випадок вірусного гепатиту В з дельта-коінфекцією. Висвітлено динаміку захворювання з наступним виникненням ГЦК. Запропоновано методики скринінгу ГЦК.
Висновки. Існує тісний зв'язок між ГЦК та вірусними гепатитами В та С, підтверджений статистично. Описаний клінічний випадок чітко показує динаміку трансформації інфекційного захворювання в онкологічний процес. Для зменшення захворюваності на ГЦК можна запропонувати прості методики скринінгу.

ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ НЕЙРОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА МЕНІНГОКОКОВИЙ МЕНІНГІТ

Яремко І.Я
Сохань А. В.

Харківський національний медичний університет
Кафедра інфекційних хвороб
Завідувач кафедри – проф. В. М. Козько
Науковий керівник – ас. А. В. Сохань

Актуальність. Менінгіти, що зумовлені N. Meningitidis відзначаються бурхливим розвитком хвороби, швидким розвитком уражень головного мозку, та високою летальністю. Актуальним напрямком у вивченні патогенезу та діагностики уражень ЦНС є визначення рівнів нейроспецифічних маркерів у цереброспінальній рідині (ЦСР) пацієнтів.

Мета. Визначення діагностичного та прогностичного значення рівнів нейроспецифічних маркерів – нейрон специфічної енолази (NSE) та білку S-100 в ЦСР хворих на менінгококові менінгіти.

Матеріали та методи. Окрім загальноприйнятних лабораторних методів хворим на менінгококові менінгіти проводилось визначення рівнів NSE та білку S-100 в ЦСР в першу та 10-12 добу лікування. В якості контрольної групи обстежено хворих на ГРВІ з менінгізмом. Рівень NSE та білку S-100 в ЦСР хворих визначався ELISA методом, в центральній науковій лабораторії ХНМУ. Визначення етіології захворювання проводилось бактеріологічними методами та за допомогою ПЛР ЦСР хворих.

Результати. Було проаналізовано 28 хворих на менінгококовий менінгіт. У 8 (28,6%) спостерігався середньо тяжкий перебіг, у 20 (71,4%) – тяжкий перебіг хвороби. У 2 (7,1%) хворих захворювання закінчилось летально. Тяжкість захворювання була переважно зумовлена розвитком набряку головного мозку, інфекційно-токсичного шоку, вогнищевою неврологічною симптоматикою. Так, при надходженні до стаціонару у всіх хворих з тяжким перебігом захворювання спостерігались явища набряку головного мозку різного ступеня тяжкості.

Отримані результати вказують на значне підвищення рівнів білку S-100 та NSE при надходженні до стаціонару. Так у хворих середньої тяжкості рівень білку S-100 становив 496,14±38,53 нг/л, у тяжких хворих його рівень був достеменно вищим – 1731,53±160,12 ($P<0,001$). У хворих середньої тяжкості рівень NSE у першу добу лікування склав 18,20±1,97 мкг/л, при тяжкому перебігу– 25,57±2,55 мкг/л ($P<0,01$). Найвищі рівні нейроспецифічних маркерів спостерігались у хворих, що померли. У контрольній групі рівні NSE та S-100 були достеменно нижче ніж у всіх хворих на менінгококовий менінгіт ($P<0,05$). Через 10-12 днів лікування, на тлі поліпшення стану пацієнтів, рівень NSE та

білку S-100 знижувався, однак при тяжкому перебігу хвороби, все одно, був вищий ніж у контрольній групі (P<0,05).
Висновки. Підвищення рівнів NSE та білку S-100 демонструє наявність та патогенетичне значення пошкодження нейронів та астроглії у хворих на менінгококові менінгіти. Визначення рівнів нейроспецифічних маркерів дозволяє визначити ступінь ураження нейронів та клітин глії у хворих на гострі бактеріальні менінгіти. Рівень нейроспецифічних білків знаходиться в прямій залежності від тяжкості захворювання та найвищий у хворих з тяжкім перебігом (P<0,05), що підтверджує діагностичне та прогностичне значення NSE та S-100 у хворих з менінгококовими менінгітами.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ НАКОНЕЧНИКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕЗРОЗЧИНІВ

Бяла Олександра
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Корнійчук
Науковий керівник - проф. О. П. Корнійчук
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. В. М. Зубачик
Науковий керівник - доц. В. В. Синиця

Актуальність. Дезінфекція стоматологічних наконечників є важливим елементом запобігання перенесення потенційно небезпечних мікроорганізмів від одного пацієнта до іншого. І, хоча сучасні методи дезінфекції та стерилізації, зокрема автоклавування, дозволяють надійно провести обробку стоматологічного інструментарію, стоматологічні наконечники не завжди вдається піддати стерилізації в автоклаві.
Мета. Дослідити надійність холодної дезінфекції стоматологічних наконечників за допомогою спиртовмісних розчинів із вмістом глутарового альдегіду та без нього.
Матеріали та методи. Для дослідження було взято дезінфекційний розчин з вмістом глутаральдегіду (Аеродезін 2000) та розчин вільний від глутаральдегіду (Фамідез АФ). Вплив вказаних дезінфекційних розчинів досліджували на такі культури мікроорганізмів: Staphilococcusaureus, Staphilococcusepidermidis, Streptococcussaprophyticus, Escherichiacoli, Candidaalbicans,

Klebsiellasaprophyticus, Proteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa, Enterococcussaprophyticus. Попередньо автоклавовані наконечники занурювали у культуру мікроорганізмів, після чого обробляли дезінфікуючими розчинами з експозицією 5 та 15 хв. Після обробки дезінфікуючими розчинами з наконечників отримували змиви, які висівали на культуральні середовища для визначення наявності чи відсутності росту мікроорганізмів. Крім того робили посів мазків, взятих з наконечників після роботи в порожнині рота та після їх наступної обробки дезінфікуючими розчинами з експозицією 5 хв.

Результати. Проведені дослідження дозволили виявити наступне: дезінфікуючі розчини чинять бактерицидний вплив (відсутність росту) при експозиції 5 та 15 хв. на такі культури мікроорганізмів Staphilococcusaureus, Staphilococcusepidermidis, Streptococcussaprophyticus, Escherichiacoli, Candidaalbicans; на культури мікроорганізмів Klebsiellasaprophyticus, Proteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa при одноразовій обробці дезінфікуючими розчинами впливу не спостерігалось; на Enterococcussaprophyticus бактерицидний вплив спостерігався лише у розчину з вмістом глутаральдегіду (Аеродезін 2000).

При дослідженні ефективності дезінфікуючих розчинів на мікроорганізми, які попадають на наконечник в процесі роботи в порожнині рота виявлено наступне: у мазку взятому з наконечника після однократної обробки з експозицією 5 хв. розчином без глутаральдегіду виявлено ріст мікроорганізмів у кількості 4 колонієутворюючмходиниц (КУО); у мазку взятому з наконечника після однократної обробки з експозицією 5 хв. розчином з глутаральдегідом виявлено ріст мікроорганізмів у кількості 2 КУО.

Висновки. Надійна та швидка дезінфекція стоматологічних наконечників є важливим аспектом у роботі лікаря-стоматолога. Спеціальні розчини, згідно інструкцій виробника, повинні ефективно знезаразити поверхню медичних інструментів, в тому числі і наконечників. Проведені дослідження, в яких вивчався вплив дезінфікуючих розчинів, дозволяють стверджувати наступне: розчин із вмістом глутарового альдегіду є більш ефективним та чинить сильнішу дію на деякі штами мікроорганізмів, порівняно з розчином без глутаральдегіду. Відсутність ефективного впливу обох розчинів після одноразової обробки на капсулоутворюючі мікроорганізми, свідчить про необхідність повторної обробки поверхні наконечника дезінфікуючим розчином. Оптимальним способом знезараження стоматологічних наконечників залишається термічна обробка в автоклаві.

БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ БАКТЕРІЙ, ІЗОЛЬОВАНИХ З РІЗНИХ БІОЛОГІЧНИХ НІШ ЛЮДСЬКОГО ОРГАНІЗМУ ЗА УМОВ ПІЄЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ

Галатин Руслана
Остапчук Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Корнійчук
Науковий керівник - проф. О. П. Корнійчук
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики
Завідувач кафедри - проф. О. Л. Личковська
Науковий керівник - ас. Л. Ф. Бура-Ярошевич

Актуальність. Збудниками інфекційних процесів різної локалізації (ЛОР-органи, урогенітальний тракт, гнійні ураження шкіри), як правило, є представники резидентної мікрофлори людського організму, які відносяться до умовно-патогенних організмів. Розвиток інфекційного процесу залежить від можливості виявлення симбіонтноюмікробіотою патогенних властивостей. Одним із шляхів попередження виникнення таких процесів є збереження еубіозу у відповідних біологічних нішах.

Мета. Дослідити ідентичність або подібність складу мікробіоценозу ротоглотки, шкіри, порівняти з бактерійними ізолятами із сечі, а також дослідити їх біологічні властивості (морфологічні і культуральні, чутливість до антибіотиків).

Матеріали та методи. Досліджували сечу, слиз з ротоглотки і змив зі шкіри від 4 хворих дітей на пієлонефрит і практично здорової дитини. Вік обстежуваних – 1, 7, 17, 17 та 18 років відповідно. Забирали матеріал із слизової оболонки горла, шкіри, засівали їх в цукровий бульйон та на щільне поживне середовище. Збирали ранкову сечу і сіяли на цукровий агар. Вивчали морфологію виділених мікроорганізмів шляхом мікроскопування. Визначали антибіотикочутливість методом індикаторних дисків.

Результати. Із ротоглотки та шкіри хворих дітей висівали переважно грампозитивні мікроорганізми: стафілококи, стрептококи,коринебактерії, кандиди. Виділено 8 культур стафілококів, які віднесено до виду S.epidermidis. Порівняння мікробіоти досліджених локалізацій хворих та здорових осіб показало у 3-х дітей ознаки дисбіозу. У сечі виявлено змішану непатогенну мікрофлору

(мікробне число не перевищувало 1000 м.т./мл), що свідчило про ефективність проведеного лікування. В одного пацієнта Proteusmirabilis. Мікробіоценоз шкіри і ротоглотки двох осіб подібний: у горлі і на шкірі в однієї дитини превалювали стафілококи, в іншої - коринебактерії. За антибіотикочутливістю виділені зі шкіри і ротоглотки стафілококи відрізнялися. Виявлено різного ступеня і характеру резистентність до антибіотиків культур, виділених з різних біологічних ніш. Полірезистентними виявилися 1 штам, висіяний зі шкіри (чутливість лише до хлорамфеніколу), 1 – ротоглотковий, решта штамів стафілококів (у тому числі, ізоляти із сечі) мали стійкість, зумовлену беталактамазами першого типу.

Висновки. При транслокації мікроорганізмів із природних систем у місце патологічного процесу відбувається зміна їх властивостей (внаслідок генетичних рекомбінацій або як модифікаційна мінливість). В результаті фенотипи одного виду бактерій виділені з різних матеріалів однієї особи відрізняються. Крім того, відбулося набуття резистентності до антимікробних засобів в результаті проведеного лікування бактерій, що відносяться до симбіонтної мікрофлори. Для профілактики рецидивування захворювання необхідно проводити біокорегуючу терапію.

УМОВНО - ПАТОГЕННІ КОРИНЕБАКТЕРІЇ ЯК СИМБІОНІТИ РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИЇ НІШ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Моравецька Віра
Рочко Іван
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Корнійчук
Науковий керівник - проф. О. П. Корнійчук

Актуальність. Коринебактерії мають широке поширення як нормальні симбіонти різних мікроекосистем організму людей та тварин. Одним з найбільш небезпечних захворювань, схильних до епідемічного розповсюдження, яке переважно виникає в дітей, є дифтерія, збудник якого відноситься саме до коринебактерій. Крім Corynebacteriumdiphtheriae, патологічні процеси можуть спричинювати C.ulcerans, C.jeikeim, C.cistidis, C.minutissimum, C.belfantii та деякі інші (всього близько 20 видів). Більшість із них зустрічається і у здорових людей. У деяких ендемічних районах світу, таких як Індія, у 44%

громадян на слизовій носової порожнини виявлено Corynebacteriumpseudodiphtheriticum.

Мета. Визначити відсоток висівання бактерій роду Corynebacterium з трьох різних екологічних ніш дітей до шести років – шкіри, носа і ротоглотки.

Матеріали та методи. Матеріал для дослідження забирали з слизової носової порожнини, слизової рота (слизова щоки), ротоглотки здорових дітей віком до шести років стерильним ватним тампоном, змоченим у гліцерин. Посів матеріалу проводили на кров'яному агар і в цукровий бульйон. Через 24-72 год при отриманні росту коринебактерій проведено дослідження їх морфологічних (фарбування за Грамом та Лефлером) і культуральних властивостей. Встановлено рівень висівання коринебактерій в монокультурі та асоціаціях. Досліджувалися також бактерійні асоціанти з використанням вибіркових середовищ.

Результати. Нами було ізольовано і ідентифіковано 20 штамів коринебактерій від 12 здорових дітей з різних екологічних ніш. За морфо-тинкторіальними властивостями виділені культури характеризувалися високим рівнем варіабельності За характеристикою морфологічних і культуральних особливостей серед ізолятів Corynebacteriumdiphtheriae виявлено не було. У монокультурі коринебактерії було висіяно лише у 2-х зразках (16,7%) матеріалу з носа. Саме у даних випадках діти скаржилися на сухість в носі. У решти дітей коринебактерії висіяно в асоціації з іншими мікроорганізмами. Рівень обсіменіння мікроорганізмами слизових оболонок носа та ротоглотки був на одному рівні і становив –(2,57±0,2) lgКУО/мл. Частіше в асоціаціях з коринебактеріями висівалися Staphylococcusaureus, Enterococcus, Streptococcus групи пневмококу (2,5 lgk КУО/мл).

Додаток №1

Рівень виявлення коринебактерій у різних біосистемах організму
Локалізація
Кількість осіб, від яких висіяно коринебактерії
В монокультурі носової порожнини 2 (16,7%)
В асоціації носової порожнини 4
Висіяно інші мікроорганізми 6
В монокультурі ротоглотки 0
В асоціації ротоглотки 5
Висіяно інші мікроорганізми 5
В монокультурі слизової щоки 0
В асоціації слизової щоки 10(83,3)
Висіяно інші мікроорганізми 2

Висновки. Встановлено, що рівень висівання коринебактерій у монокультурі та в асоціаціях є різним і найвищим для слизової рота (83,3%). Найбільш імовірним місцем ізоляції коринебактерій у монокультурі є порожнина носа. Виявлення коринебактерій у монокультурі може бути корисним як один з показників напруження компенсаторних реакцій в організмі і порушення процесів самоочищення.

ПРОТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕКСТРАКТІВ РОСЛИН КАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ

Недзельський Степан
Конечний Юліан
Хропот Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Корнійчук
Науковий керівник - доц. Р. Г. Шикула

Актуальність. Актуальним науково-практичним завданням сучасної фармації та медицини є пошук та дослідження речовин рослинного походження на предмет антибактеріальної та протигрибкової дії як альтернативних антимікробних засобів, які не мали б спричиняти побічних дій та утворення резистентних форм мікроорганізмів. Перспективними в даному напрямку є рослини Карпатського регіону: Сон білий (Pulsatillaalba) та Відкасник безстебловий (Carlinaacaulis), які відомі в народній медицині своїм широким спектром цілющих властивостей, проте потребують детальнішого вивчення для застосування в офіцинальній медицині.
Мета. Вивчення протимікробних властивостей екстрактів Pulsatillaalba, Carlinaacaulis.
Матеріали та методи. Для дослідження використано 20%, 40%, 70% та 96% водно-етанольні екстракти коренів Pulsatillaalba та Carlinaacaulis, одержаних методом мацерації. Лікарську рослинну сировину заготовляли з природних місць зростання - полонини гори КливаТарничкова, Богородчанський район, Івано-Франківська область, висушено при температурі 40°С.
Протимікробну активність вивчали на стандартних штамах мікроорганізмів Candida albicans (ATCC 668653), Staphylococcus aureus (ATCC 25923 (F-49)), Pseudomonas aeruginosa (ATCC 27853 (F-51), Staphylococcus epidermidis (191), Proteus vulgaris (152), Escherichia coli

(АТСС 25922), Bacillus licheniformis (ВКПМ-7038) та клінічних штамах мікроорганізмів Candida albicans, Staphylococcus aureus, Escherichia coli. При цьому використовували метод дифузії в агар (метод "колодязя") та метод серійних розведень із застосуванням стандартних поживних середовищ (МПБ, МПА, Сабуро). Оцінку протимікробної активності водно-етанольних екстрактів проводили із врахуванням бактерицидної дії етилового спирту [ДФУ, Пункт 2.7. ст. 139].

Результати. Встановлено протимікробну дію екстрактів Pulsatillaalba, а саме 20% водно-етанольного екстракту по відношенню до B.licheniformis, S.aureus, E.coli, 40% - щодо B.licheniformis, S.aureus, 70% - до B.licheniformis, S.aureus та клінічного штаму E.coli, 96% - щодо B.licheniformis, S.epidermidis, S.aureus, P.aeruginosa, C.albicans та клінічних штамів мікроорганізмів C.albicans, E.coli. Екстракти Carlinaacaulis проявили протимікробну дію наступним чином: 20% водно-етанольний екстракт по відношенню до B.licheniformis, S.aureus, P.aeruginosa та клінічного штаму E.coli, 40% - щодо S.aureus; 96% - по відношенню до S.aureus. При застосуванні методу серійних розведень встановлено, що максимальну бактерицидну дію має екстракт Pulsatillaalba 96% у розведенні 1:2 щодо стандартних штамів B.licheniformis та S.aureus.

Висновки. В результаті проведених досліджень встановлено протимікробні властивості водно-етанольних екстрактів Pulsatillaalba, Carlinaacaulis по відношенню до стандартних та клінічних штамів ряду бактерій та грибів Candida.

Максимальну протимікробну дію проявив - Водно-етанольний екстракт Pulsatillaalba 96% щодо стандартних штамів B.licheniformis , S.aureus та клінічних штамів E.coli.

Одержані результати експериментальних досліджень є перспективними для подальших наукових досліджень з перспективою впровадження у практичне застосування.

ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ГРУП ПРОТИКАШЛЬОВИХ ПРЕПАРАТІВ НА УМОВНО-ПАТОГЕННІ МІКРООРГАНІЗМИ

Шваєвська Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології,вірусології та імунології
Завідувач кафедри - проф. О. П. Корнійчук
Науковий керівник - ас. М. А. Панас

Актуальність. Кашель є найбільш поширеним симптомом, з приводу якого пацієнти звертаються за медичною консультацією до лікарів як первинної, так і вторинної ланки медико-санітарної допомоги. Гострий кашель, який часто відзначають при інфекції верхніх дихальних шляхів, може з самого початку завдавати серйозної шкоди, проте, як правило, є самовиліковним та рідко потребує значного медичного втручання. Хронічний кашель є головним симптомом багатьох хронічних респіраторних хвороб, втім він також може бути єдиним симптомом низки позалегеневих хвороб, зокрема, верхніх дихальних шляхів і шлунково-кишкового тракту. Однією із найпоширеніших причин виникнення кашлю є мікроорганізми, які знаходяться у слизовій оболонці дихальних шляхів людини. Навіть якщо діагноз відомий, кашель може важко піддаватися лікуванню і призводити до погіршення якості життя пацієнтів.
Мета. вивчення ефективності різних груп протикашльових препаратів на умовно-патогенні мікроорганізми, а також при поєднанні із протимікробними препаратами.
Матеріали та методи. Дослідження проводилося на музейних штамах Escherichiacoli, Staphylococcusaureus та Candidaalbicans у концентраціях 10-4 КУО/мл та засобів протикашльової дії Мукалтин Форте, Амброксол, Пертусин та цефалексин. Було проведено посів культур мікроорганізмів на кров'яний агар та введено у лунки суміші препаратів.
Результати. При обліку результатів було встановлено, що ефективність препаратів при поєднаному застосуванні антифунгальних препаратів із пертусином становила 38,5±0,71 для Candidaalbicans, а також для Escherichiacoli 39±0,5 та Staphylococcusaureus 41±1,4 відповідно. При поєднаному застосуванні Пертусину та Амброксолу ці показники становили для Staphylococcusaureus 12,7±0,6 та для Candidaalbicans 10±1,0. Для Escherichiacoli такого ефекту не спостерігалось.
Висновки. Встановлено ефективність поєднаного застосування протикашльових на антимікробних препаратів на музейні штами бактерій та грибів Candida.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕПАТИТУ А У ЖИТЕЛІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ПЕРІОД АКТИВАЦІЇ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Балаж Олеся
ДВНЗ "Ужгородський Національний Університет"

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології з курсом інфекційних хвороб
Завідувач кафедри - проф. Г. М. Коваль
Науковий керівник - доц. А. І. Когутич

Актуальність. Гепатит А (ГА) відноситься до однієї з найпоширеніших інфекційних хвороб на нашій планеті. У світі щороку реєструється майже 1,4 млн хворих на цю недугу. Серед інфекційних хвороб людини ГА посідає третю сходинку. Україна за ендемічним поширенням ГА відноситься до країн з помірним типом ендемічності. Епідемічний процес при ГА у нашій країні носить некерований характер.
Мета. Вивчити особливості гепатиту А у жителів Закарпатської області в період активації епідеміологічного процесу
Матеріали та методи. Дані Головного управління Держсанепідслужби у Закарпатській області за останні 11 років, дані журналу «Реєстрації інфекційних хворих» Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) м. Ужгород за останні 5 років та історії хвороб за 2013-2015 рр.
Результати. У Закарпатській області за період 2004-2014 рр. кількість зареєстрованих хворих на ГА склала 9284 осіб. Впродовж цих років показники захворюваності перевищували загальнодержавні у 9,0-19,5 разів. В період активації епідеміологічного процесу 2013-2014 рр. в ОКІЛ м. Ужгород госпіталізовано і проліковано 621 хворих.
Висновки. Для Закарпатської області проблема ГА є актуальної, для неї характерні більш високі показники ендемічності, ніж для всієї України. Для захворюваності характерна циклічність: значне зростання захворюваності спостерігається кожні 6-7 років, помірне – через 3-4. Епідемічний процес активується у серпні з максимумом у листопаді. Черговий початок активації епідеміологічного процесу ГА зареєстровано в 2013 р. Він припадає на червень-серпень із зменшенням в березні 2014 р., а з червня наступає новий підйом, який завершується у грудні. Серед госпіталізованих з приводу ГА вірогідної відмінності у статі не встановлено. Серед дорослих хворих на ГА превалює вікова категорія до 29 років (65 %). Частіше за все ГА у дорослих протікає у середній формі тяжкості (90 %) Найчастішими скаргами хворих на ГА є пожовтіння склер (94 %), загальна слабкість (87 %), знижений апетит (86 %) і пожовтіння шкіри (82 %). Всього 10% хворих становить безжовтяничні форми ГА.

ПРОТИГРИБКОВА АКТИВНІСТЬ ЕФІРНИХ ОЛІЙ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Бублейко Іван-Олексій, Гарасим Софія

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра мікробіології
Завідувач кафедри - проф. Корнійчук О.П.
Науковий керівник - ас. Руминська Т.М.

Актуальність. У зв'язку з широкою поширеністю використання металопластикових склопакетів у житлових приміщеннях та поганою вентиляцією з'являються грибкові ураження стін, що підвищує ризик виникнення хронічних захворювань органів дихання, алергій, дерматитів та аспергільозів у людей, а також є особливо небезпечним для дітей та осіб з ослабленим імунітетом.
Мета. Вивчити вплив натуральних ефірних олій (сосни, лаванди, апельсину та олії чайного дерева) на міцеліальні гриби роду Aspergillus, а саме на вид Aspergillus fumigatus.
Матеріали та методи. В якості матеріалу для дослідження використовували чисту культуру грибів Aspergillus fumigatus, яку було добуто з пошкодженого тинку житлового приміщення. Для дослідження використовували ефірні олії апельсину (Citrus Dulcis), сосни (Pinus silvestris), лаванди (Lavandula angustitolia) та олію чайного дерева (Melaleuca alternifolia). Дослідження проводились з використанням диско-дифузійного методу на поживному селективному середовищі Сабуро.
Результати. В результаті проведених нами досліджень було встановлено: у зразках, до яких додавали олію чайного дерева, ріст плісневих грибів був відсутнім. Олія лаванди частково пригнічувала ріст плісневих грибів. У середовищах, до яких було додано олію апельсину та сосни, спостерігався активний ріст грибів.
Висновки. Ефірна олія чайного дерева (Melaleuca alternifolia) володіє найбільш вираженою антифунгальною дією і може використовуватись з метою боротьби з цвілевими ураженнями житлових приміщень.

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ № 1

Лекційна аудиторія кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Четвер, 27.04.2017 року, 12:00

Наукова рада – проф. Я. Е. Варес, проф. А. Ю. Кордіяк, проф. В. Ф. Макеєв, доц. Ю. О. Медвідь, доц. Б. М. Заліський, ас. В. Ю. Вовк

Головуючі – Заліський Олег, Пастернак Соломія

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЛАБОРАТОРНОГО ФОРМУВАННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ТА ЇХ РЕКОНСТРУКЦІЯ НА ДІАГНОСТИЧНИХ ГІПСОВИХ МОДЕЛЯХ.

Божик Анна
Матюшенко Катерина
Рудий Назарій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - ас. В. Ю. Вовк

Актуальність. Видалення зубів у пацієнтів часто призводить до втрати об'єму кісткової тканини зубо-альвеолярного комплексу та подальшої атрофії. Сучасне хірургічне лікування дефектів та деформацій кісткової тканини потребує впровадження малоінвазивного реконструктивного відновлення способом кісткового нарощування. Але безперечно важливим є лабораторний етап підготовки до таких втручань.
Мета. Формувати кісткові дефекти згідно клінічних випадків на гіпсових діагностичних моделях для моделювання способу реконструкції дефекту, щоб полегшити етап оперативного втручання.
Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети нами проведені дослідження у 25 пацієнтів віком від 25 до 75 років, різної статі. Обстеження пацієнтів включало виявлення особливостей анамнезу хвороби та життя хворого, зовнішньо- та внутрішньоротовий огляд.
Далі проводився етап зняття відбитків пацієнтів та виготовлення діагностичних моделей. На гіпсовій моделі за допомогою медичного циркуля встановлювали довжину та ширина тканинного дефекту у

ділянках запланованого втручання. Далі фрезою формували тканинні дефекти і приготовляли трафарет з алюмінієвої фольги по якому вирізали за його формою титанову мембрану.
Результати. З 30 пацієнтів у 28 мембрана виявилась абсолютно правильною до розмірів ділянки відновлення. У одного вона виявилась завеликою, тому потрібно було її скорегувати та припасувати знову, а у одного вона виявилось трохи меншою, її прийшлось замінити новою, що викликало подовження у часі втручання.
Висновки. Даний спосіб є зручним, тому що він полегшує і дозволяє змоделювати оперативне втручання, не викликаючи незручностей, є простим у використанні, зменшує час операції, а ті поодинокі недоліки є чисто технічними, які суттєво не впливають на загальний результат у клінічному застосуванні.

РОЗПОДІЛ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ВНУТРІШНІ РОЗЛАДИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ВІКУ.

Лялька Мар'яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - ас. Р. В. Кулінченко

Актуальність. Внутрішні розлади скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) складають 51,7% від усіх суглобових розладів. Серед хворих на внутрішні суглобові розлади (ВСР) жінки становлять 83,6%, чоловіки – 16,4%, співвідношення кількості жінок до чоловіків – 5,1:1. У працях, присвячених вивченню скронево-нижньощелепних розладів (СНР), автори вказують, що розлади частіше діагностують у жінок віком від 20 до 40 років (до 60% серед усіх жінок). Проте, не уточнено чи виділена у осіб жіночої статі група ризику за віком стосується усіх розладів чи лише певних їх форм, і чи існують регіональні особливості вікового діапазону групи ризику.
Мета. Підвищення якості диференційної діагностики внутрішніх розладів СНЩС шляхом визначення у осіб жіночої статі групи ризику за віком.
Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стали результати обстежень 267 первинних хворих (осіб чоловічої та жіночої статі), що звернулись чи були скеровані у період з 2015 до 2017 року у

Стоматологічний медичний центр Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами, які могли бути віднесені до проявів СНР. Серед них виділили групу жінок (140 осіб), у яких діагностували ВСР, у тому числі поєднані з іншими формами розладів. Вік жінок від 14 до 64 років. Для розподілу хворих жінок на групи за віком застосовували п'ятирічні вікові періоди, які узгоджені з класифікацією ВООЗ щодо вікової структури населення. Для об'єктивної оцінки розподілу жінок за віковими групами скористалися відносними показниками. На основі обчислених часток провели графічний аналіз вікової структури хворих на ВСР жінок.

Результати. Графічний аналіз розподілу часток жінок за віковими групами виявив різке зростання кількості хворих у період 15-19 років і різке зменшення їх кількості у період 35-39 років. Загалом, у проміжку 15-34 роки, на який припадає 67,14% хворих на ВСР жінок, не виявили різких зростань чи спадів кількості осіб. Подібно літературним даним його тривалість складає 20 років, проте, за нашим дослідженням він зсунутий на п'ять років у бік молодшого віку. Щодо представлення отриманих результатів за віковою структурою ВООЗ, то на дитячий вік припадає 2,86%, на юнацьких вік – 32,14%, на осіб молодого віку 46,43%, на осіб середнього віку – 12,86%, на осіб похилого віку – 5,71%. Якщо підсумувати частки хворих за віковий період з 20 до 39 років, то отримаємо 59,29% хворих на ВСР жінок. Обчислений відсоток узгоджується з даними інших авторів.

Висновки. Встановлено, що 67,14% хворих на ВСР жінок знаходяться у віковому діапазоні 15-34 роки. Отже, при виявленні ознак СНР у жінок вказаного вікового періоду слід у першу чергу акцентувати увагу на можливий перебіг у них внутрішніх суглобових розладів.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОКЛІТИННИХ ТРОМБОЦИТАРНИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ПРАКТИЦІ ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Пастернак Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - доц. Ю. О. Медвідь

Актуальність. Концепція «Регенераційної медицини» існує досить давно в різних країнах світу, однак саме зараз набуває великої

популярності, оскільки стає доступною практично для кожного. Регенераційна медицина поєднує медичні аспекти з біоінженерією, що в комплексі забезпечує швидше відновлення пошкоджених тканин. Науковці розпрацювали велику кількість методик, що базуються на регенераторних властивостях тромбоцитарних факторів росту. Найбільш поширеними зараз є технології PRP(platelet rich plasma), PRF (platelet rich fibrin) , A-PRF (advanced platelet rich fibrin), I-PRF(injectable platelet rich fibrin), L-PRF (leukocyte- and platelet-rich fibrin) та PRGF (plasma rich in growth factor).

Мета. Порівняти та оцінити методики отримання аутоклітинних тромбоцитарних препаратів (PRP, PRF, A-PRF, I-PRF, L-PRF, PRGF), що застосовуються в практиці хірурга-стоматолога.

Матеріали та методи. Опрацьовано протоколи методик PRP, PRF, A-PRF, I-PRF, L-PRF, PRGF. Проаналізовано сучасну фахову літературну інформацію щодо застосування аутоклітинних тромбоцитарних препаратів (PRP, PRF, A- PRF, I-PRF, L-PRF, PRGF), їх ефективності, недоліків та переваг. Проведено ретроспективний огляд клінічних випадків, де застосовувались методики PRP, PRF, A-PRF, I-PRF, L-PRF, PRGF.

Результати. Згідно протоколів вищезгаданих методик, усі вони базуються на розділенні червоної та білої фракцій крові шляхом центрифугування (PRP 20 хв 3500 об/хв., PRF 12 хв 3500 об/хв., A-PRF 8 хв 1300 об/хв., L-PRF 12хв 2700об/хв., I-PRF 3 хв 1500об/хв., PRGF 8 хв 580 об/хв.) Забір крові для PRP та PRF здійснюють у стандартні лабораторні вакуумні пластикові пробірки з антикоагулянтом, для L-PRF в спеціалізовані вакуумні пластикові пробірки IntraSpin, для A-PRF та I-PRF в оригінальні скляні вакуумні пробірки J.Choukrun з засекреченим покриттям, для PRGF використовують запатентовані пробірки BTI, вміст яких дозволено повторно вводити в організм. При технологіях PRP, PRF, A-PRF, L-PRF отримують 1 продукт: згустки, які можна застосовувати самостійно у якості мембрани, а також подрібнювати та змішувати з кістково-пластичним матеріалом, I-PRF-рідка форма, яку вводять ін’єкційно або змішують з кістково-пластичним матеріалом, у PRGF отримують дві фракції: першу – бідну на фактори росту, з якої отримують фібринову мембрану, другу – багату факторами росту, з якої отримують ін’єкційну форму, згусток з високою концентрацією факторів росту, мембрану для змішування з кістково-пластичним матеріалом. Наукові джерела засвідчують, що до складу продуктів PRP, PRF, A-PRF, I-PRF, L-PRF входять лейкоцити, оскільки внаслідок високих швидкостей центрифугування вони не осідають окремим шаром, на відміну від PRGF, де лейкоцити відокремлені від власне плазми, що повністю виключає наявність у

вказаному продукті прозапального фактору. Вивільнення активних компонентів (факторів росту) з PRP, PRF відбувається одномоментно після потрапляння в організм, з A-PRF, I-PRF, L-PRF впродовж близько 7 днів, натомість з PRGF - пролонговано впродовж всього часу перебування в організмі.

Висновки. Принцип одержання продуктів за технологіями PRP, PRF, A-PRF, I-PRF, L-PRF, PRGF є однаковим: центрифугування крові, забір якої проводиться з периферійної вени пацієнта. Відмінність цих методик полягає в устаткуванні, режимах центрифугування, кількості кінцевих продуктів та їхньому складі. Вибір методики залежить від конкретного клінічного випадку, очікуваного терапевтичного ефекту, кваліфікації лікаря та платоспроможності пацієнта.

ІНТЕРАКТИВНІ ТРЕНУВАННЯ М`ЯЗІВ ГОЛОВИ У ВІРТУАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ ТА ТРЬОХОСЬОВІ КЕРОВАНІ ПЕРМІЩЕННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЗНЕРУХОМЛЕННЯ

Кадушкевич Богдан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф., А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - доц., Н. М. Дидик

Актуальність. Пристрої і методики, які сприяють у відновленні функції м’язів завдяки зануренню пацієнтів у віртуальну реальність, широко застосовуються при реабілітації пацієнтів різного віку з дитячим церебральним паралічем, після перенесеного інсульту, черепно-мозкових травм, вогнепальних поранень. У стоматології інтерактивні вправи могли б ефективно доповнювати реабілітацію пацієнтів після знерухомлень.

Мета. Розробити новий пристрій для тренування м'язів голови.

Матеріали та методи. Проведено огляд літератури і пошук в мережі інтернет вже існуючих методів реабілітації з використанням інтерактивних відеоігор та трьохосьових керованих переміщень.

Результати. Розроблено позаротовий пристрій для реабілітації пацієнтів шляхом здійснення керованих трьохосьових рухів. Для дітей тренування відбувається у вигляді комп’ютерної відеогри, а для дорослих у здійсненні рухів допомагає система керованих переміщень. Статистика проведеного тренування може опрацьовуватись лікарем для стеження за прогресом у лікуванні хворого.

Висновки. Подальше апробування пристроїв дасть змогу встановити ефективність їхньої роботи у клінічній практиці.

ШОВНА МІЦНІСТЬ – ЯК НА ЦЕ ВПЛИВАЄ ТЕХНІКА НАКЛАДАННЯ ШВА, МАТЕРІАЛ ТА РОЗМІР?

Стусік Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - доц. У. Д. Матолич

Актуальність.За 2000 років до нашої ери в китайському трактаті про медицину був описаний шов із застосуванням ниток рослинного походження. Сучасний шовний матеріал повинен володіти міцністю, гладкою поверхнею, переносити стерилізацію. Міцність хірургічного шва визначається здатністю вузла протидіяти розтягненню та розриву при навантаженні, що є вирішальним фактором у підтримці цілісності накладеного шва. Оскільки, вузол завжди є найслабшою ланкою в з'єднанні біологічних тканин, то його розходження може призвести до повторного відкриття рани, впливаючи на успіх хірургічного втручання.

Мета. Виміряти міцність шовного матеріалу по відношенню до хірургічних вузлів, матеріалу і розмірів шовного матеріалу, які, зазвичай, використовуються в щелепно-лицевій хірургії.

Матеріали та методи. Для дослідження використовували розсмоктуючий і нерозсмоктуючий шовний матеріал: капрон, вікрил, шовк, поліпропілен. Розмір протестованого шовного матеріалу складав 3-0, 4-0. Було проведено по 8 випробувань для кожного матеріалу, використовуючи хірургічні вузли з 2, 3, 4, 5 накидуваннями. Шовні матеріали були замочені в 0,9% фізіологічному розчині на 15 хвилин, щоб змоделювати середовище ротової порожнини. Було виготовлено пристрій, який складався з двох перпендикулярно закріплених дощечок. До однієї з них кріпився голкотримач, друга використовувалася для утримання пристрою. До другого голкотримача був приєднаний динамометр. Між “губними” поверхнями голкотримачів кріпили відповідний зав’язаний шовний матеріал. Застосовувалась стандартна сила при зав`язуванні вузлів для кожної комбінації (за даними літератури - 0,45 кг). Шовний матеріал розтягували динамометром при стабілізації пристрою з другого боку.

Результати. Міцність хірургічного шва залежала від матеріалу, вузлів, але не залежала від розміру шовного матеріалу. Був встановлений задовільний результат при менш ніж 1,8 мм розтягуванні від центру вузла. При 2 накидуваннях хірургічного вузла не були міцними всі шовні матеріали. Вікрил мав найкращу міцність, починаючи з 3 накидувань. Для інших шовних матеріалів, щонайменше, 4 накидування необхідні для забезпечення безпеки вузлів. Міцність не збільшилася після 5 накидувань шовного матеріалу.
Висновки. При створенні хірургічного шва потрібно дотримуватися принципу "прецизійності". Шовний матеріал - необхідний атрибут і інструмент для виконання даного завдання. При цьому необхідно висувати підвищені вимоги до техніки зав'язування вузлів.

КЛІНІЧНИЙ МЕТОД ТИМЧАСОВОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ЗУБІВ З ОПОРОЮ НА ІМПЛАНТАТАХ ТА РАННЄ ФОРМУВАННЯ ЯСЕН

Копичин Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф., А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - доц., Н. М. Дидик

Актуальність. Основним завданням тимчасового протезування з опорою на імплантах є формування та збереження ясенного контуру, а також відновлення функції та естетики в ділянці відсутніх зубів в післяопераційний період. Незнімний тимчасовий протез може служити естетичним та функціональним прототипом постійної ортопедичної конструкції. Методи тимчасового протезування препарованих зубів є докладно описаними, в той час як методи тимчасового протезування на імплантатах є менше висвітлені, хоча мають цілу низку відмінностей і особливостей саме з позиції індивідуального підходу до формування та захисту ясен.
Мета. Критично оцінити клінічний метод негайного тимчасового протезування з опорою на імплантах з використанням індивідуалізованого тимчасового абатмента.
Матеріали та методи. Пошук публікацій на дану тематику проводився в електронних базах за період від 2005-2017 років. Здійснено огляд 27 літературних джерел англійською, російською та українською мовами, присвячених проблемам негайного навантаження імплантатів та виготовленню тимчасових ортопедичних конструкцій з опорою на

імплантах. Детально описано та фотозадокументовано три клінічні випадки, в яких для покращення загоювання післяопераційної рани та збереження профілю м'яких тканин був використаний метод індивідуалізації тимчасового абатмента.

Результати. Клінічний метод виготовлення тимчасових коронок з опорою на імплантах передбачає попереднє передопераційне отримання моделей щелеп, моделювання майбутніх коронок в ділянці імплантації, приготуванням силіконового шаблону. Після проведення операції видалення зуба і встановлення імплантата, гвинтом фіксують до імплантату тимчасовий абатмент. Простір між абатментом та м'якими тканинами заповнюють біс-акриловим композитом, щоб адаптувати форму абатмента до індивідуальних анатомічних умов.Після полімеризації композитного матеріалу тимчасовий абатмент відгвинчують і проводять шліфування та полірування під'ясенної поверхні. Індивідуалізований абатмент фіксується на імпланті, створюючи передумови для керованого загоєння м'яких тканин. Безпосередньо в ротовій порожнині за допомогою силіконового шаблону прямим методом виготовляється тимчасова коронка, яка фіксується на цьому абатменті. Корегують оклюзійні контакти.

Висновки. Проаналізований нами метод мав свої як переваги, так і обмеження при виготовленні тимчасових ортопедичних конструкцій з фіксацією на імплантах. Для глибшого аналізу цього методу необхідні подальші клінічні спостереження.

МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ РЕТЕНЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗУБІВ, ПРЕПАРОВАНИХ ПІД ПОВНУ КОРОНКУ, ЗА ДОПОМОГОЮ ANDROID-ПРИСТРОЇВ

Пашек-Садоха Рената
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - ас. Р. В. Підлісний

Актуальність. Для надійного функціонування повних штучних коронок та мостоподібних протезів з опорою на повні коронки важливе значення мають адекватні ретенційні властивості кукс препарованих зубів, які визначаються незначним кутом збіжності аксіальних поверхонь, певною мінімально допустимою висотою кукси (залежно від групи зубів) та співвідношенням висоти кукси та її ширини. З-поміж цих параметрів найскладнішим є визначення кутів збіжності аксіальних поверхонь, що є непростим завданням як для студентів, так і для практичних лікарів, а реальна збіжність аксіальних поверхонь кукс

зубів дуже часто виходить за межі рекомендованих значень, особливо для нижньощелепних молярів та опорних зубів мостоподібного протеза.

Мета. Розробка оптимальних методик вимірювання ретенційних властивостей кукс зубів, доступних для студентів, які навчаються препаруванню зубів під повну коронку на стоматологічних фантомах.

Матеріали та методи. Ми досліджували два типи моделей щелеп (виробник – МОМ (Бразилія)): з монолітним пластмасовим цоколем для стандартних змінних зубів та з силіконовою центральною частиною та отворами для встановлення зубів (стандартних пластмасових чи видалених природніх). У ці фантомні щелепи було встановлено стандартні змінні зуби, які препарували під повні окремі коронки та триланкові мостоподібні протези і фотографували (як зуби, так і перерізи їх силіконових відбитків) Android-смартфоном SamsungGT-N7100 та Android-планшетом SamsungGalaxyTab 3 для вимірювання кута збіжності за допомогою програмного забезпечення Protractor (AndroidPandaz). Відстані на препарованих зубах вимірювали за допомогою пародонтального зонда (12 UNCColorvue (виробник - Hu-Friedy)), штангенциркуля ШЦЦ-1(виробник – Мікротех) та на цифрових фотографіях, зроблених на фоні міліметрової сітки.

Результати. Встановлено, що для моделей з монолітним пластмасовим цоколем оптимальним способом вимірювання ретенційних властивостей кукс зубів, препарованих під окрему коронку, є фотографування Android-смартфоном вийнятих з моделі зубів у медіо-дистальному та вестибуло-оральних ракурсах на фоні міліметрової сітки з використанням допоміжного позиціонувального пристрою. Для моделей з силіконовою центральною частиною, у якій препаровані зуби фіксовані воском, оптимальною є методика смартфонного фотографування перерізів силіконових відбитків препарованих зубів на фоні міліметрової сітки. Для вимірювання ретенційних властивостей опорних зубів мостоподібного протеза (особливо кутів збіжності різних медіо-дистальних поверхонь) краще використовувати фотографування перерізів силіконових відбитків для обох різновидів фантомних щелеп.

Висновки. Таким чином, нами розроблено оптимальні методики для вимірювання ретенційних властивостей кукс зубів у різних типах фантомних щелеп як для окремих повних штучних коронок, так і для опорних повних коронок мостоподібного протеза.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ КИСТ ЩЕЛЕП У ВІДДІЛЕННІ ЩЛХ ЛОКЛ ЗА 2012-2016 р.р

Штибель Денис
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедрою - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - доц. О. З. Масна-Чала

Актуальність теми. В даний час, як і раніше, основними та найбільш частими ускладненнями карієсу залишаються запальні захворювання періодонту (A.P. Braúna etal., 2016). Особливої уваги заслуговує проблема лікування одонтогенних кист. Найбільше їх число виявляється у віці 20-45 років (Д.С. Аветіков, 2012).
В ході аналізу фахової літератури не було виявлено жодного детального дослідження структури та методів лікування одонтогенних кист щелеп у Львівській області за період більший понад 1 рік. Тому, є раціональним отримання інформації з історій хвороб пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні у 2012-2016 рр.
Мета дослідження. Проаналізувати структуру та методи лікування одонтогенних кист щелеп у відділенні ЩЛХ ЛОКЛ у 2012-2016 рр.
Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 975 історій хвороб пацієнтів з діагнозом кисти щелеп, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ЩЛХ ЛОКЛ у 2012-2016 рр. При цьому враховувалися такі критерії як тип кисти (радикулярна, фолікулярна тощо), їх локалізацію (верхня щелепа, нижня щелепа; фронтальна ділянка, ділянка премолярів, ділянка молярів), розміри, кількість залучених у патологічне вогнище зубів та ускладнення даної патології (нагноєння кисти, пенетрація у порожнину верхньо-щелепового синуса, носа чи канал нижньоальвеолярного нерва). Також визначено лікувальну тактику щодо уражених зубів (видалення, резекція верхівок коренів). Визначено частоту застосування кожного з методів заміщення післяопераційних кісткових дефектів щелеп протягом останніх 5 років.
Результати дослідження та їх обговорення. У період 2012-2016 рр частота звернень з приводу кист щелеп у відділення ЩЛХ ЛОКЛ пропорційно змінювалась із збільшенням загальної кількості госпіталізованих хворих. Так, частка хворих із даною патологією за досліджуваний період щорічно становила 11,2-13,3% випадків усіх звернень. У структурі кист переважали радикулярні (88,5%), фолікулярні кисти становили 8,3%. У 2,5 рази частіше спостерігались випадки ураження верхньої щелепи (71,8%), ніж нижньої (28,2%). Серед ускладнень переважали нагноєння кист (37,6% усіх випадків) та

пенетрація кисти у порожнину верхньо-щелепового синусу (15,0% серед кист верхньої щелепи).
У 2016 році зросла частка випадків, при яких не показане проведення зубозберігаючих операцій до 36,7% (у 2013р. – 22,7%), що свідчить про зростання важкості патології. Серед методів заміщення післяопераційних кісткових дефектів переважало виповнення порожнин препаратами колагену тваринного походження (34,2%; у 2012 р. – 57,1%), збагаченим тромбоцитами фібрином (29,1%; у 2012 р. – 27,4% випадків заміщення дефектів) та плазмою, збагаченою факторами росту (16,5%).
Висновки. 1. Домінуючими у структурі кист щелеп є радикулярні, з локалізацією на верхній щелепі.
2. Відзначається тенденція до зниження частоти проведення зубозберігаючих операцій.
3. Превалюючим методом заміщення післяопераційних кісткових дефектів стає застосування автоклітинних тромбоцитарних концентратів (A-PRF, PRGF-Endoret).

КЛІНІЧНЕ ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИКОРИСТАННЯ РЕТРАКЦІЙНИХ НИТОК НА ОСНОВІ ЯКОСТІ ВІДБИТКІВ

Крупка Давид-Назар
Миронова Марія-Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - ас. Л. С. Лещук

Актуальність. Естетичне відновлення коронкової частини зуба вимагає певної послідовності клінічних і лабораторних етапів. Точність відбитків є вирішальним фактором для майбутнього отримання якісних моделей, що відіграє важливу роль під час ортопедичного лікування. У випадку під'ясенного розміщення межі препарування необхідна ретракція. Відповідно до статичних даних, найбільш поширеними способами ретракції є механічні та хімічні (ретракційно-імпрегновані нитки або нитки, імпрегновані кровоспинним розчином), а технікою, яка використовується найчастіше, є техніка подвійної нитки.
Мета. Оцінити та порівняти якість відбитків на основі застосування трьох різних ретракційних систем і трьох технік ретракції.
Матеріали та методи. Необхідними умовами залучення пацієнта до дослідження були відсутність запалення тканин пародонту, глибина зондування борозни не більше 3 мм і відсутність кровоточивості при

зондуванні. Всі відбитки були виконані способом двоетапних подвійних. У якості відбиткового матеріалу було застосовано А-силікон PRESTIGELight; ретракційні нитки Ultrapak двох розмірів виробника Ultradent; гемо статичну ретракційну пасту Traxodent; гемостатичний гель 20% із розчином хлориду алюмінію. В групі 1.1 використовувались ретракційні нитки неімпрегновані розмірами 000; 0 і техніка подвійної нитки. Група 1.2: нитка неімпрегнована; техніка одинарної нитки. Група 1.3: нитка неімпрегнована; техніка одинарної нитки без виймання нитки із боріздки. Група 2.1: ретракційні нитки імпрегновані розчином хлориду алюмінію розмірами 000; 0; техніка подвійної нитки. Група 2.2: ретракційна нитка, імпергнована розчином хлориду алюмінію; техніка одинарної нитки. Група 2.3: ретракційна нитка, імпрегнована розчином хлориду алюмінію; техніка одинарної нитки без виймання нитки з боріздки. В групі 3 ретракційна паста використовувалась згідно інструкції виробника разом із ниткою, імпрегнованою розчином алюмінію хлориду. До того, як було зроблено відбиток, поверхня зуба була підготована, оброблена повітряним струменем. Для оцінки клінічної ефективності використання ретракційних ниток було сформовано 6 критеріїв.

Результати. Розчин хлориду алюмінію не проявив впливу ні на процес внесення нитки в зубоясенну борозну, ні на робочий час. Найточніші відображення навколо ясенної боріздки спостерігались при використанні техніки подвійної нитки. Найгірша якість відбитків- після застосування ретракційної нитки без гемостатика.

Висновки. Хоча гемостатичні гелі та пасти не впливають на процес внесення нитки в боріздку, вони суттєво покращують якість відбитків, найвища точність яких досягається при застосуванні техніки подвійної нитки. Розширення борозни до певного рівня є основною метою ретракційної процедури в клініці ортопедичної стоматології. Слідування вимогам і правилам будь-якої методики ретракції ясен є пріоритетним і гарантує адекватний клінічний результат при протезуванні сучасними ортопедичними конструкціями.

БІЧНА КІСТА ШИЇ - ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Горак Володимир
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - доц. У. Д. Матолич, ас. С. В Уштан.

Актуальність. Бічні кісти шиї (БКШ), за даними літератури, складають близько 1,4%-2,2% всіх стоматологічних захворювань, 5% від усіх новоутворень лиця і шиї та 25% усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Патогенез даного захворювання трактується суперечливо: бранхіогенна теорія, "тимусна" теорія, лімфоепітеліальна теорія, спадкова теорія та можливість виникнення БКШ під впливом різних тератогенних факторів у перші тижні вагітності. Виявити ранні ознаки БКШ дуже важко. Пухлиноподібні утворення можуть бути діагностовані у всіх вікових групах, але частіше виявляються у віці від 20 до 50 років, як у чоловіків, так і жінок.

Мета. Представити клінічну картину, складність діагностики, хірургічне лікування БКШ.

Матеріали та методи. Хворий П., 38 років, поступив у КМК ЛШМД із скаргами на наявність новоутвору в піднижньощелепній та боковій ділянках шиї зліва. Попередній діагноз: хронічний лімфаденіт піднижньощелепної та бічної ділянки шиї. Обстеження проводилося відповідно до протоколу. Як допоміжний діагностичний критерій використовували УЗД, гістологічне дослідження.

Результати. Зі слів хворого 1,5 роки тому з'явився не болючий набряк у боковій ділянці шиї зліва. При об'єктивному обстеженні шкіра не змінена у кольорі, не спаяна з новоутворенням. Утворення щільно-еластичної консистенції, безболісна, обмежена, округлої форми, з гладкою поверхнею. При повороті голови в протилежну сторону добре контурується вибухання спереду груднинно-ключично-соскоподібного м'яза. УЗД: у лівій боковій поверхні шиї – рідинні неоднорідні утвори d від 30 мм до 20 мм (3 штуки) з капсулою, обмежені, без кровоплину. На підставі отриманих даних сформульовано клінічний діагноз — бокова кіста шиї зліва. Під ендотрахеальним наркозом проведено операцію видалення новоутвору бокової поверхні шиї зліва: виконано розтин по передньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, довжиною 10 см, з продовженням до мочки вуха; пройдено шкіру, підшкірну клітковину, поверхневий м'яз першої та другої фасції шиї, судинно-нервовий футляр, тупо виділено новоутвір в оболонці, розміром приблизно 6,0×4,0 см з рідинним вмістом, який займав позащелепну ділянку та бокову ділянку шиї. З внутрішнього боку спаяний з оболонкою зовнішньої сонної артерії, по ходу проведено перев'язку позадущелепної вени та виділено периферичні гілки лицевого нерва. Гемостаз. Рана пошарово ушита капроном 3-0, на шкіру накладено шви Вікрил. Давляча асептична пов'язка. Новоутвір

в оболонці віддано на патогістологічне дослідження. Макро- і мікроскопічний описи: кіста 4×2,5 см на розрізі з зеленуватим, вязким вмістом і пухлиноподібним утвором d=1,5см сірого кольору. Патогістологічний висновок: стінка кісти представлена щільною волокнистою сполучною тканиною зі змішаною лімфо-лейкоцитарною інфільтрацією. Заключний діагноз: кіста привушної та бокової ділянки шиї зліва.

Висновки. БКШ мають своєрідну клініко-морфологічну картину, потребують виваженого обстеження та комплексного лікування з метою попередження діагностичних помилок, рецидивів захворювання і обов'язковою верифікацією новоутворення.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОПТИЧНОЇ ВІДПОВІДНОСТІ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІД ДІЄЮ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОСВІТЛЕННЯ

Тарасюк Ярина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф., А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - доц., Н. М. Дидик

Актуальність. Основним параметром сприйняття усмішки є її естетична привабливість і оптична цілісність. Відповідність відтінку реставрації тканинам зуба за умов денного природного освітлення може змінюватись при освітленні зубних рядів різними типами штучних джерел світла, зокрема флуоресцентного, білого, ультрафіолетового, сценічного тощо.

Мета. Встановити оптичну відповідність матеріалів для відновлення зубів та природних зубів в ультрафіолетовому випромінюванні.

Матеріали та методи. Досліджували дві групи матеріалів: композити хімічного твердіння на основі акрилових полімерів для виготовлення тимчасових коронок Protemp 2 (3M) ручного замішування, Protemp 4 (3M), VisalysTemp (Kettenbach) автоматичного замішування; та фото полімерні наногібридні композити TetricN-Ceram (IvoclarVivadent) та Empress (IvoclarVivadent). Для проведення експерименту було виготовлено диски однакового розміру діаметром 0.8 см та товщиною 0.5 см з кожного матеріалу, які одночасно розмістили на темному не флуоресцентному тлі з підписом для кожного зразка. Дослідження проводилось у повністю затемненій кімнаті. Під дією світлового потоку

590 Лм ультрафіолетових променів, які падали під кутом 90° до поверхні зразка, виникало явище флуоресценції, яке фотодокументували. По отриманих фотографіях візуально визначали оптичну градацію зразків - від найсвітлішого до найтемнішого, в порівнянні з контрольним зразком видаленого неушкодженого зуба.

Результати. Результати проведених досліджень засвідчили, що всі матеріали - як акрилові композити, так і наногібридні композити, демонстрували флуоресцентні властивості при потраплянні ультрафіолетового світла. Серед досліджуваних матеріалів флуоресценцію, яка найбільше відповідала кольору тканин зуба, мав зразок VisalysTemp (Kettenbach). Далі, в порядку зменшення проявів флуоресценції розташувались зразки Protemp 4 (3M), Protemp 2(3M), зразки композитів TetricN-Ceram (IvoclarVivadent), Empress (IvoclarVivadent).

Висновки. Оптичні властивості відновлюваних матеріалів необхідно враховувати для отримання максимально естетичного результату і отримання оптичної цілісності зубного ряду при різних видах освітлення. Простий метод освітлення джерелом ультрафіолетових променів дає змогу визначити оптичну градацію між зубом і оцінюваним матеріалом.

КЛІНІКО-БІОМЕТРИЧНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ КОМІРОК НАПЕРЕДОДНІ ТА ПІД ЧАС ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ

Ковалик Дарина
Крисько Владислав
Собчишин Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Завідувач кафедри - проф. Я. Е. Варес
Науковий керівник - ас. В. Ю. Вовк

Актуальність. Зубний орган є головним місцем росту та розвитку кісткової тканини коміркових відростків щелеп. Експериментально-клінічними дослідженнями доведено, що при втраті зубів наступає резорбція кісткової тканини. Поряд із цим при видаленні зубів часто спостерігається втрата кісткових стінок зубної комірки і при пошкодженні хоча б однієї стінки у кістковий дефект вростає сполучна

тканина, що призводить до виникнення тканинного дефекту коміркових відростків щелеп. Вищесказане засвідчує потребу профілактичного попередження атрофії кісткової тканини лунки та відновлення її втрачених стінок.

Мета. Вивчити методику дослідження і відновлення кістковотканинних дефектів коміркових відростків щелеп.

Матеріали та методи. Обстеження були проведені у 30 пацієнтів різних вікових груп з приводу хронічного періодонтиту та пародонтиту середнього та важкого ступенів постійних зубів верхньої та нижньої щелеп. Напередодні втручань пародонтометром проводили замір глибини дефектів, такий ж метод використовували під час втручання після видалення зубів. Це були так звані до- та інтраопераційні дані. Ці дані оброблялись за допомогою спеціальної комп'ютерної програми та спеціальної формули, порівнювалися і встановлювали стандартне розходження показників втрати кісткової тканини. Також під час оперативного втручання вивчався метод заміщення дефектів сучасними біоматеріалами.

Результати. Виявлено найбільшу кістковотканинну втрату у пацієнтів з дефектами на верхній щелепі, а саме у 8 пацієнтів у фронтальному відділі, в 10 у бічному відділі. На нижній щелепі в 7 пацієнтів у фронтальному відділі, а в 5 у бічному відділі. Проведено заміщення даних дефектів способом хірургічної рекострукції, як біоматеріалами з використанням мембран, так і колагеновими губками.

Висновки. Дослідження стану дефектів зубних комірок дозволило виявити, що доопераційні показники кісткової втрати практично не відрізняються від цих же даних отриманих під час оперативного втручання. Комп'ютеризований клінічний аналіз периметру зубних комірок напередодні втручань прогнозує об'єм залишкового кісткового оточення лунок, що сприятиме моделювання їх відновлення кісковопластичними біоматеріалами та різного роду мембранами.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПЕРАТУРНИХ ЗМІН У КАМЕРІ ЗУБА ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК З САМОТВЕРДІЮЧИХ ПЛАСТМАС

Ільченко Мар'яна
Пецюх Ігор
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри - проф., А. Ю. Кордіяк
Науковий керівник - доц., Н. М. Дидик

Актуальність. Тимчасове протезування є обов'язковим етапом ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів. Тимчасові коронки застосовуються для захисту тканин препарованого зуба від фізичних, хімічних, механічних подразників; відтворення оклюзійних співвідношень зубних рядів; відновлення естетики та фонетики; забезпечення психічного комфорту пацієнта до моменту фіксації постійних зубних протезів. Для виготовлення тимчасових коронок клінічним (прямим) методом використовують самотвердіючі пластмаси, які характеризуються виділенням тепла під час реакції полімеризації. З попередніх досліджень відомо, що при підвищенні температури в камері зуба навіть на 5,5°С виникає некроз пульпи. Для того, щоб попередити термічний опік пульпи препарованих зубів при виготовленні тимчасових коронок, варто володіти інформацією про ступінь нагрівання камери зуба при внутрішньоротовій полімеризації самотвердіючих пластмас.

Мета. Визначення зростання температури всередині пульпової камери зуба при виготовленні тимчасових коронок прямим методом з різних видів самотвердіючих пластмас.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження створили експериментальну модель виготовлення тимчасових коронок прямим методом з використанням самотверднучих пластмас. У 5 молярів з інтактною коронковою частиною відокремили коронкові фрагменти та створили доступ до порожнини зуба з боку фуркації коренів для введення термочутливого датчика на гнучкому з'єднанні цифрового пристрою для фіксації температури. Коронкові фрагменти молярів зафіксували у циліндричних блоках з безбарвної прозорої пластмаси гарячої полімеризації, зберігаючи доступ до камери зуба. Отримали по два анатомічних матрикса (шаблони) до препарування кожного моляра – 1) з силіконового відбиткового матеріалу високої та низької в'язкості PanasilPuttySoft та PanasilinitialcontactLight (Kettenbach) за методикою двохфазного відбитку та 2) з листового прозорого термопластичного полімеру Erkodur (Erkodent) товщиною 1,0 мм. методом вакуумного пресування. Зуби відпрепарували під повну коронку на 1,2 мм. Термочутливий датчик було зафіксовано в пульповій камері для вимірювання коливань температури при виготовленні тимчасових коронок прямим методом з матеріалів ProtempII (3M), Protemp 4 (3M), VisalisTemp (Kettenbach) та Карбодент (Стома).Матеріали замішували згідно з інструкцією виробника, вносили у шаблон та накладали на досліджуваний моляр. Визначали вихідну та пікову температури полімеризації матеріалу та обчислювали значення підвищення температури у камері зуба.

Результати. Встановлено наступні показники зростання температури у камері зуба (полімерний шаблон/ силіконовий матрикс): Protemp 4 (2,2˚C/0,2˚C), VisalisTemp (3˚C/0.3˚C), ProtempII (3,3˚C/0,5˚C), Карбодент (6.7˚C/ 3.0˚C).

Висновки. При використанні усіх самотвердіючих пластмас спостерігали підвищення температури у пульповій камері, яке було вищим допустимого порогу лише при поєднанні поліметилметакрилатної пластмаси та шаблону з листового прозорого полімеру.

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЇ №2

Лекційна аудиторія стоматологічного медичного центру ЛНМУ
Четвер, 27.04.2017 року, 12:00

Наукова рада – доц. Г. С. Гордон-Жура, доц. Х. Г. Мусій Семенців, доц. О. О. Пасько, ас. Д. В. данилюк, ас. В. В. Іванчишин, ас. В. О. Гриньох, ас. Л. М. Солонько, ас. І. Р. Федун, ас. А. І. Фурдичко.

Головуючі – Іськів Роксолана, Малишко Ірина.

ОКЛЮЗІНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З БРУКСИЗМОМ ПЕРШОГО СТУПЕНЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Дарвіш Катерина
Штибель Денис
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра ортодонтії
Завідувач кафедри – проф..Е. В. Безвушко
Науковий керівник – ас. Д. В. Данилюк

Актуальність. Впродовж останніх років поширеність бруксизму серед дорослих складає 6-20% (M. Bellini, 2011; Стецик А.О., 2016). Враховуючи його поліетіологічну природу, не завжди є можливим визначення провідного чинника розвитку бруксизму, а відтак проведення ефективного етіологічного лікування (M. Wieckiewicz, 2014; Бойкова В.И. 2014).

Мета. Визначити оптимальний протокол ортодонтичної реабілітації пацієнтів з бруксизмом першого ступеня за допомогою міорелаксуючих кап.

Матеріали та методи. Аналіз джерел фахової літератури в науковометричних базах NCBIPubMed, DOAJ та НБУВ.

Результати. Патогенетичний механізм бруксизму полягає в міодисфункції жувальної групи м'язів, тому, коли етіологічне лікування є неможливим, доцільним є використання міорелаксуючих кап з наступною оклюзійною реабілітацією пацієнтів. (M. Guaita, 2016; Бойкова В.И. 2014; Ткаченко І.М., 2013). Існує ряд методів лікування даного захворювання, але при цьому немає чітко визначеного алгоритму обстеження, тому був проведений аналіз запропонованих алгоритмів лікування даної патології. Згідно даних фахової літератури найпоширинішими є протоколи лікування м'язово-суглобових дисфункцій Буличева Е.А., (2010); SlavicekR., (2006); Кнеллесен К.

(2009). При опрацюванні даних, отриманих за результатами лікування м'язово-суглобових дисфункцій, згідно цих протоколів найбільш доцільним на нашу думку є модифікація протоколу згідно С.Блума, яка передбачає наступні кроки: міографія до лікування; зняття відбитків для отримання діагностичних моделей; реєстація прикусу за допомогою матеріалу «Oclufast» фірми Zelmark; визначення положення верхньої щелепи по відношенню до основи черепа та співвідношення щелеп в стані ЦО за допомогою лицевої дуги (AmannGirrbachArtex) та перенесення їх в артикулятор; депрограмація м'язової системи за допомогою індивідуального джига; реєстація співвідношення щелеп після м'язової депрограмації за допомогою матеріалу «Oclufast»; виготовлення міорелаксуючої капи з урахування отриманих попередніх даних про співвідношення щелеп після м'язової депрограмації (тривалість лікування 12 тижнів). Огляд пацієнта проводиться на 3, 5, 8, 14 та 24 день згідно протоколу. На завершенні проведеного лікування, проводиться повторна міографія. Після проведеного лікування за допомогою міорелаксуючих кап, проводиться відновлення оклюзійних поверхонь за допомогою пломб та вкладок в залежності від ступеня стертості зубів.

Висновки. Оптимальним для ортодонтичної реабілітації пацієнтів з бруксизмом першого ступеня є протокол застосування міорелаксуючих кап є С. Блумом.

ПРОТОКОЛИ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИКРЕВЛЕНИХ КАНАЛІВ. ТИПОВІ ПОМИЛКИ ЛІКАРІВ-ЕНДОДОНТИСТІВ

Іськів Роксолана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. Зубачик В.М.
Науковий керівник - доц. Пасько О.О.

Актуальність. Проблема удосконалення якості ендодонтичного лікування залишається важливим питанням сучасної стоматології. Коли ми говоримо про стандарти в сучасній ендодонтичній практиці, часто виникає нерозуміння термінів, для описання цих стандартів. Коли вдосконалені технології пропонують явно кращі результати лікування, відповідно вони не є предметом вибору лікування, а необхідною вимогою для виконання навиків та впровадження їх в практику.

Мета. Метою нашого дослідження був огляд світових стандартів лікування важкопрохідних кореневих каналів, їх оцінка на практиці та огляд найбільш розповсюджених помилок лікарів-стоматологів та стоматологів-ендодонтистів.

Матеріали та методи. Дослідження складалось із трьох етапів: експериментального, клінічного та статистичного. Експериментальний полягав у вивченні протоколів лікування викривлених кореневих каналів, які ведуть закордонні стоматологи та їх порівняльна характеристика з вітчизняними. Клінічний етап роботи включав підбір пацієнтів з клінічними проявами викривлених каналів та їх лікування згідно закордонних протоколів ендодонтичного лікування. Статистичний етап полягав у системному дослідженні помилок, які найчастіше допускають стоматологи.

Результати. Лікування кореневих каналів постійних зубів являє собою біологічно допустиму і механічну обробку кореневих каналів для прискорення за живлення і відновлення перирадикулярних тканин. Покладаючись на статті американської асоціації ендодонтистів, ми знайшли ряд суттєвих відмінностей з вітчизняною системою лікування покривлених каналів. На клінічному етапі ми випробували їх на практиці і вели динамічне спостереження протягом лікування.

Протягом статистичного етапу ми систематизували типові помилки в практиці лікарів-стоматологів, покладаючись на дані американської асоціації стоматологів. Також ми взяли до уваги роботи відомого ендодонтиста Домініко Рекуччі, який власне описав процес іестументальної обробки викревлених каналів, що сприяють позитивному ефекту від ендодонтичного лікування та запобігають появі ускладнень.

Висновки. Практична ендодонтія зазнала зміни в наданні послуг і розвитку наукових відкриттів. Нові технології в області інструментарію,рентгендіагностики, спрямовані на збереження власних зубів з достовірними результатами є невід'ємними частинами сучасної ендодонтії, яка постійно розвивається. Морфологія системи кореневих каналів є надзвичайно важкою : апікальні розгалуження каналів, перешийки і нерівності стінок каналу, де бактерії можуть знаходитись у вигляді біоплівок. Для повного видалення патогенних мікроорганізмів з дентальних канальців існує певний протокол дій, яким успішно користуються закордонні стоматологи. Таким чином, лікарі повинні дотримуватись не лише вітчизняних протоколів, але й цікавитись закордонними, впроваджуючи в практику нові технології.

ВПЛИВ БАТЬКІВ НА ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

Малишко Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку
Завідувач кафедри – доц. Колесніченко О. В.
Науковий керівник – ас. Іванчишин В. В.

Актуальність. Карієс зубів у дітей залишається вагомою проблемою сьогодення, адже поширеність цього захворювання (за даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) складає 90,0-99,8%, а інтенсивність збільшилась від 2,0 до 7,2. Однаково важливими є санітарно-освітня робота та мотивація дітей батьками щодо гігієни порожнини рота вже у ранньому віці. Такі критичні показники зумовлюють актуальність ранньої профілактики та формування гігієнічних навичок. Саме тому ми вважаємо, що саме безпосереднє спілкування з дитиною, яка ще не хворіє, та навчання її основним правилам гігієни ротової порожнини щоденно дадуть найкращий результат.

Мета. З'ясувати характер та ефективність впливу батьків на формування навичок гігієни ротової порожнини у дітей.

Матеріали та методи. Було проведене опитування 70 дітей віком 10-11 років Луцького навчально-виховного комплексу №26 за власно розробленою анкетою з подальшим аналізом результатів опитування.

Результати. Проведене анкетування показало, що 100% дітей у віці 10-11 років чистять зуби.

Виявлено, що 4,3% дітей не люблять солодощі, 10% опитуваних ставляться до солодощів байдуже. Серед опитуваних дітей 42,9% щодня один раз вживають солодке, 31,4% – вживають солодке раз на кілька днів. Батьки обмежують вживання солодощів постійно у 57,1% випадків, і час від часу – в 31,4% випадків. Ніяк не обмежують в солодощах 11,4% опитуваних.

Щодо чищення зубів, батьки загалом виступають гарним прикладом для дітей, адже 97,1% з них чистять зуби. 62,9% батьків чистять зуби двічі на день, 14% батьків чистять зуби лише раз, частіше, ніж двічі – 5,7%. 17,1% опитуваних не знають, скільки разів на день їхні батьки чистять зуби.

Також було проаналізовано дані, які стосуються контролю зі сторони батьків під час чищення зубів. 61,4% дітей контролюють постійно під час проведення гігієни порожнини рота, 34,3% - час від часу, 4,3% - ніколи. Проаналізувавши дані щодо відвідування дітьми стоматолога,

було з'ясовано, що у віці 10-11 років, 25% дітей бояться відвідування стоматолога. Перебороли страх – 35,7% дітей, 38,6% ніколи не боялися візиту до стоматолога. Кількість дітей, які звертаються до стоматолога 2 рази на рік становить 31,4%, 1 раз на рік 30%, 27,1% по потребі, рідше, ніж 1 раз на рік – 7,1%. 4,3% дітей ніколи не були на прийомі у стоматолога.

Також нами було виявлено, що 47,1% дітей позитивно ставляться до чищення зубів і вважають це приємним. Для 48,6% опитуваних це є обов'язком. Ми виявили, що 4,3% дітей не люблять чистити зуби.

Висновки. Проаналізувавши результати нашого анкетування, стає зрозумілим, що існує чіткий позитивний активний (контроль споживання легкозасвоюваних вуглеводів та виконання гігієнічних процедур дітьми) і пасивний (власний приклад) вплив батьків на формування в дітей навичок гігієни порожнини рота.

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ Er:YAG (ЕРБІЄВОГО) ЛАЗЕРА У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Крисько Владислав
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. Зубачик В. М.
Науковий керівник – ас. Бариляк А.Я

Актуальність. В світлі останніх тенденцій лазерні технології широко використовуються в різних галузях науки, зокрема, успішно застосовуються у стоматології. Завдяки спектральному, енергетичному та часовому діапазону лазерного випромінювання, забезпечується широке застосування у багатьох напрямках стоматології. Використання лазерів робить процес лікування максимально комфортним для пацієнта та зручним для лікаря. Малоінвазивність методики, в свою чергу, сприяє росту актуальності використання лазерних технологій та їх впровадження у щоденну практику лікаря-стоматолога.

Мета. Провести порівняльну характеристику лазерів терапевтичного спрямування, дослідити та проаналізувати актуальність застосування ербієвого лазера у терапевтичній стоматології. Проаналізувати переваги та недоліки препарування каріозних порожнин за допомогою високопотужного лазера, довжиною хвилі 2940 нм, порівняно з традиційним методом препарування.

Матеріали та методи. У роботі використовується огляд наукової літератури, електронні джерела (PUBMED, Etrez-PubMed,Medline, Cochrane), методи узагальнення й аналізу даних наукових джерел.
Результати. Внаслідок поглинання гідроксиапатитом та молекулами води променя ербієвого лазера, поверхня зуба має чіткі межі та відповідає поверхні після дії протравлюючого гелю.
Висновки. 1. Використання лазера є новим, перспективним методом препарування каріозних порожнин, який відкриває лікарю можливість запропонувати пацієнту більшу безпеку, якість, ощадність, точність та швидкість проведення лікування.
2. Дозволяє уникнути небажаних побічних ефектів пов'язаних з традиційним методом лікування.
3. Завдяки спектральним, енергетичним та часовим режимам роботи, дія лазера є безболісною.
4. Дозволяє лікарю відповідати найвищим клінічним стандартам надання стоматологічної допомоги, підвищити продуктивність праці та безпечність санітарно-епідеміологічного режиму роботи.
5. Завдяки селективним властивостям лазерного випромінювання дана методика є малоінвазивною.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Марущак Мар`яна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку
Завідувач кафедри – доц. Колесніченко О. В.
Науковий керівник - ас. Попик К.М.

Актуальність. Захворюваність на цукровий діабет серед дітей та підлітків має постійну тенденцію до зростання. На сьогоднішній день в Україні зареєстровано майже 5000 дітей та 3000 підлітків, хворих на цукровий діабет.
Останній призводить до негативних наслідків порожнини рота, таких як: виникнення множинного карієсу, змін в тканинах пародонта та хвороб слизової оболонки порожнини рота, що, згодом веде до втрати зубів та порушення прикусу
Мета. Метою даного дослідження є підвищення ефективності лікування множинного карієсу та генералізованого пародонтиту препаратами кальцію у підлітків, хворих на цукровий діабет, в

поєднанні з загальноприйнятою інсулінотерапією та санацією порожнини рота.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь чотири пацієнта: підлітки від 9 до 14 років. Двом пацієнтам проводилось лікування карієсу та генералізованого пародонтиту з призначення препаратів кальцію та вітаміну Д, а іншим двом без призначення останніх.

Окрім загальновизнаних лабораторних методів дослідження (аналіз крові на вміст глюкози), проводилось електроодонтодіагностика уражених зубів, зондування пародонтальних кишень, панорамна рентгенографія, посів на наявність candida слизової оболонки порожнини рота, аналіз на біохімічний склад слини.

Результати. У результаті проведеного лікування множинного карієсу та легкої стадії генералізованого пародонтиту, спричинених цукровим діабетом, у двох підлітків, яким до комплексного лікування та санації порожнини рота було додано препарати кальцію, ми отримали більш ефективний результат з тривалою ремісією.

У іншої групи підлітків (без застосування препаратів кальцію) через три місяці після закінчення санації порожнини рота, розвинувся вторинний карієс, а генералізований пародонтит перейшов у стадію загострення.

Висновки. Висновком проведеного дослідження можна вважати важливу роль застосування препаратів кальцію (кальцій Д3 нікомед, кальцемінадванс) у ефективності лікування та подовження терміну ремісії у підлітків, що хворіють на цукровий діабет у поєднанні з інсулінотерапією та санацією порожнини рота. Зменшення кількості слини призводить до порушення процесів ремінералізації зубної емалі в результаті чого вона стає нестійкою. Кислота, що виділяється бактеріями та бурхливо розмножуються в зубному нальоті, легко проникає в зубну емаль і руйнує її. Розвивається карієс. Порушення кровопостачання тканин пародонту веде до запалення ясен - гінгівіту, а згодом і пародонтиту. Мікроангіопатії при цукровому діабеті обумовлюють поширення процесів резорбції в альвеолярній кістці, а потовщення базальної мембрани мікросудин перешкоджає дифузії кисню та макроелементів (зокрема кальцію) в тканини пародонта, що на фоні метаболічних порушень ще більше пригнічує репаративні процеси в кістці і слизовій оболонці порожнини рота. Це все веде до втрати зубів в ранньому віці. Таким чином проведене дослідження підтверджує неабиякий вплив на ефективність лікування захворювань ротової порожнини при цукровому діабеті препаратів кальцію.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБ ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ ГІГІЄНИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Миронова Марія-Юлія
ЛНМУ ім. Данила Галицького
Терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. В.М.Зубачик
Науковий керівник - ас. Личковська О.Л.

Актуальність. Згідно статистики, 50-60% всіх типів каріозних порожнин підлягають реставрації внаслідок клінічного діагнозу "вторинний карієс". Повторне моделювання коронки зуба передбачає втрату здорових тканин емалі й дентину. Зазвичай, наявність візуально помітного дефекту по краях реставрації свідчить про збільшення ризику розвитку вторинного карієсу. У разі порушення крайового прилягання матеріалу до тканин зуба, виникають каріес-вразливі зони, аналогічні таким у ділянках природніх ямок і фісур. Створюються сприятливі умови для формування зубної бляшки. Однак, наявність крайового прилягання не є достатнім фактором, аби детермінувати рецидив карієсу. Прогресування повторного ураження твердих тканин обумовлюється динамічним балансом між патологічними чинниками, які призводять до демінералізації та захисними чинниками, що ініціюють ремінералізацію. Саме тому, гігієнічний статус ротової порожнини впливає на визначення ймовірності виникнення вторинного карієсу. Таким чином, залежність між ступенем крайового прилягання та гігієнічним індексом має важливе значення для зростання довговічності реставрацій та уникнення потреби вимушеного повторного лікування карієсу.

Мета. Клінічно оцінити залежність між ступенем крайового прилягання пломби та гігієнічним індексом ротової порожнини за Green-Vermillion.

Матеріали та методи. Обов'язковою умовою для залучення пацієнтів до дослідження була наявність візуально помітного дефекту на межі пломба-зуб. Нами було обстежено 30 пацієнтів і визначено показники гігієни ротової порожнини за Green-Vermillion та ступінь крайового прилягання різних типів реставрацій згідно міжнародної класифікації Американської Асоціації Стоматологів.

Результати. У пацієнтів із незадовільною гігієною ротової порожнини (за індексом Green-Vermillion) визначалася тенденція до погіршення крайового прилягання пломби. Значно рідше спостерігалося поєднання поганого крайового прилягання із високим індексом гігієни.

Висновки. Незважаючи на те, що порушення крайового прилягання і рецидив карієсу зумовлені багатьма чинниками, серед яких значну роль відіграють тип пломбувального матеріалу, використання систем

ізоляції робочого поля, наявність бруксизму у пацієнта тощо, кореляція між гігієнічним статусом ротової порожнини і якістю крайового приляганнямає істотне значення для ризику розвитку вторинного карієсу.

ОЦІНКА МОРФОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Мрочковська Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку
Завідувач кафедри - доц. Колесніченко О.В
Науковий керівник - ас. Іванчишин В.В.

Актуальність. Ротова рідина є однією з інформативних біологічних рідин в організмі людини, яка впливає на гомеостаз порожнини рота. Дослідження різних параметрів ротової рідини дозволяють використовувати її як маркер ряду захворювань органів порожнини рота.

У попередніх дослідженнях нами було встановлено дані про високу поширеність та інтенсивність карієсу зубів серед дітей з аутизмом. Відсутність соціальної взаємодії, незадовільна гігієна порожнини рота, вживання медикаментів, усі ці фактори значною мірою впливають на мінералізувальний потенціал змішаної слини, який в свою чергу, виступає індикатором карієсогенної ситуації в ротовій порожнині. Тому визначення морфологічних властивостей ротової рідини у дітей-аутистів є актуальним.

Мета. Метою даного дослідження стало вивчення особливостей водневого показника, мікрокристалізації ротової рідини та оцінка її мінералізуючого потенціалу як прогностичного тесту стійкості зубів до карієсу серед дітей з аутизмом.

Матеріали та методи. Проведено стоматологічне обстеження 22 дітей-аутистів, віком від 6 до 18 років. Контрольну групу склало 18 здорових дітей цього ж віку. Дослідження проводили шляхом випаровування рідини з слини методом клиновидної дегідратації. Отримані препарати вивчали під малим збільшенням бінокулярного мікроскопа HUND-500. Також було проведено оцінювання pH ротової рідии за допомогою універсального індикаторного паперу з градуюванням шкали 0 – 12.

Результати. Аналіз морфологічних особливостей змішаної слини дітей, хворих на аутизм, свідчить про переважання у її структурі кристалів III типу, який виявляється у 58,22 % хворих, II тип визначається у 27,36%,

кристали І типу зустрічаються лише у 11,42%. Тоді як частота кристалів І типу у здорових дітей має найвище значення – 54, 34%, ІІ типу – 28,22%, відповідно ІІІ типу – 17,44%.

Нами встановлено, що в обстежених дітей із аутизмом МП потенціал ротової рідини середньому становив 2,03±0,22 бала, в той час як у здорових дітей 2,68±0,28 бала.

Отже, у дітей із аутизмом МП ротової рідини характеризується як низький, у здорових дітей, як задовільний.

Також було проведено аналіз водневого показника рідини (pH). Виявлено, що концентрація Н+ у ротовій рідині дітей, хворих на аутизм, і здорових знаходилася у широких межах: від кислої до лужної (5,0 – 7,5). У середньому у хворих на аутизм дітей значення pH ротової рідини було 5,96±0,07 та інтерпретувалося як слабо кисла; у здорових – 6,76±0,09 і була в межах норми (pH 6,8 – 7,0).

Висновки. Можемо зробити висновки, що наростання каріозного процесу у дітей з аутизмом супроводжується зниженням мінералізувального потенціалу ротової рідини, переважанням ІІІ типу мікрокристалів та кислим pH, а також про те, що ці показники є прогностичними критеріями у виборі профілактичних заходів щодо карієсу зубів.

ДОСЛІДЖЕННЯ INVITRO ПРОТИМІКРОБНОГО ВПЛИВУ СИЛЛЕРІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ОБТУРАЦІЇ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНЛІВ КАНАЛІВ

Новіцька Наталія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри терапевтичної стоматології – проф.. В.М.Зубачик
Завідувач кафедри мікробіології – проф. Корнійчук О.П.
Науковий керівник – к.мед.н. ас. Різник Ю.Б., Якимович Д.В., ас. Руминська Т.М.

Актуальність. Згідно епідеміологічних досліджень, проведених Європейською Ендодонтичною Спільнотою, від 5 до 30% ендодонтично лікованих зубів мали периапікальні зміни.

Вивчення основних причин невдалого ендодонтичного лікування, засвідчили наявність мікроорганізмів у кореневих каналах у 44-100% випадків. Найчастіше виявляли резистентні Enterococcusfaecalis (29-77%) та Candidaalbicans (17-35%), які найчастіше є причиною персистуючого апікального періодонтиту. Особливістю цих мікроорганізмів є висока резистентність до низки антисептиків, а також

до $Ca(OH)_2$, що широко застосовується у мультисеансному протоколі ендодонтичного лікування.

Мета. Провести орієнтаційну оцінку антимікробних властивостей силлерів для обтурації системи кореневих каналів з використанням E.faecalis та C.albicans. Наявність протимікробної активності матеріалів може бути одним із факторів підвищення ефективності повторного ендодонтичного лікування.

Матеріали та методи. Нами було обрано п′ять матеріалів, що найчастіше використовуються для постійної обтурації системи кореневих каналів, а саме: AHplus (Dentsply, Germany), EndosequenceBCsealer (Brasseller, USA), PulpCanalSealer (Kerr, USA), MTA+ (Cercamed, Poland), Foredent (SpofaDental, CzechRepublic). Для негативного контролю використано 2% хлоргексидин-гель, що згідно літературних джерел виявляє сильний антибактеріальний ефект проти E. faecalis та C. albicans.

Для скринінгового дослідження проти бактерійної та протигрибкової активності силлерів використовували метод дифузії речовини в агар. У чашки Петрі заливали по 30 мл цукрового агару і після його застигання виготовляли лунки діаметром 3мм. Середовище засівали газоном добовими культурами тестованих штамів Enterococcusfaecalis ($1x10^7$ КУО/мл) та Candidaalbicans ($1x10^6$ КУО/мл). На засіяні чашки у лунки вносили по 15мкг досліджуваних речовин через 30 хв після підсушування в термостаті при 37°С (I дослід), через 5 год. (II дослід), через 24 год (III дослід). В контрольну лунку вносили 2% хлоргексидин гель. Після інкубації в термостаті впродовж 24 год за допомогою лупи з окуляр-мікрометром оцінювали діаметри зон затримки росту мікроорганізмів навколо лунок. Дослідження з кожним мікробним штамом виконували тричі.

Результати. Високу антимікробну активність щодо E. faecalis показали PulpC.S. та Foredent, менш активними виявились BC і MTA+. AHPlus не проявив протимікробної дії. Також встановлено, що ЦОЕ (P.C.S.) і Foredent проявляють протигрибкову дію щодо грибів роду Candidaalbicans.

Висновки. Високу протимікробну активність щодо Enterococcusfaecalis показали PulpCanalSealer (Kerr) та Foredent (SpofaDental), менш активним виявився MTA+ (Cercamed). AHPlus (Dentsply) не виявив протимікробної дії. Також встановлено, що PulpCanalSealer (Kerr) та Foredent (SpofaDental), є вельми активними відносно грибків роду Candidaalbicans. Відмінності у протимікробній активності досліджених матеріалів можуть бути підставою для їх диференційованого застосування в ендодонтії. Згідно нашого дослідження, при односеансному протоколі лікування, доцільним є використання

PulpCanalSealer (Kerr) або MTA+ (Cercamed), оскільки матеріали на основі параформальдегіду – Foredent (SpofaDental) не є рекомендованими до використання, базуючись на принципах «безпечності» та «ефективності» AAE та EEC.

МОДИФІКАЦІЯ ГЛІКОПОЛІМЕРІВ ЯСЕН ЛЮДИНИ НА ФОНІ ЗАПАЛЕННЯ: ГІСТОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Паска Мирослава
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф.Зубачик В.М
Науковий керівник - проф. Зубачик В.М.

Актуальність. Одними із найбільш важливих маркерів розвитку патологічних процесів в тканині є глікопротеїни, гліколіпіди на поверхні клітинних стінок та вуглеводи, що входять до складу клітин. Важливо, щоб вуглеводна структура ясен людини дозволяла продуктивно забезпечувати мікрофлору ротової порожнини. В умовах постійного впливу бактерій та високої ймовірності настання запальних процесів відбувається модифікації такої структури і визначення глікополімерних взаємозв'язків у тканині ясен набуває особливо актуального значення. Відповідно виникає потреба у проведенні гістохімічного дослідження, яке допоможе вияснити гістологічну будову тканини ясен людини при запальному процесі та необхідну концентрацію у них глікополімерів.
Мета. Метою роботи було дослідити гістологічні зміни та модифікацію глікополімерів ясен людини на фоні запалення
Матеріали та методи. Дослідження здійснювались згідно із основними стандартами GCP (1996 р.), Європейської конвенції із прав людини та біомедицини від 04.04.1997, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації із етичних принципів наукових медичних досліджень із залученням людей (1964-2008), Наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009, та за інформованої згоди пацієнтів.
Результати. В дослідних зразках ясен, зафарбованих гематоксиліном та еозином, всі вищеперераховані гістологічні структури були збережені, проте спостерігались відшарування, набряк власної пластинки слизової оболонки та частково зроговілого епітелію. Колагенові волокна розташовані в різних напрямках. Спостерігалась більша кількість судин мікроциркуляторного русла, при цьому їх стінка була потовщена та

гіалінізована. Ці зміни можуть свідчити про розвиток запального процесу в досліджуваній тканині, відповідно її набряк та гіперемію.
Після проведення комбінованої реакції альцианового синього із реактивом Шифа було відмічено більш інтенсивне накопичення нейтральних мукополісахаридів та глікогену в гістологічних структурах досліджуваних зразків ясен людини. Велика кількість цих вуглеводних детермінант спостерігалась в колагенових волокнах власної пластинки, сосочках та псевдозроговілому епітелії, що свідчить про «підготовку» цих структур до загибелі. На відміну від досліджуваних зразків, в контрольних відмічалось помірне накопичення нейтральних муко полісахаридів .
Висновки. Отримані результати дозволили зробити наступні висновки:
1. При запальному процесі тканина ясен змінює свою гістологічну будову.
2. Активну участь у розвитку запального процесу беруть нейтральні мукополісахариди та глюкоза, які при цьому накопичуються в тканині ясен людини.
3. Використання лектинів PNA та HPA дозволив констатувати накопичення αDGalNAc та βDGal під псевдокератинізованим епітелієм, що може служити маркером запалення ясен.
4. Лектинпероксидазна техніка може мати діагностичне значення при розвитку запальних процесів ясен.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Філяк Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - профЗубачик. В.М.
Науковий керівник – доц. Пасько О.О.

Актуальність. Важливою ланкою патогенезу хронічного генералізованого пародонтиту є зміни зі сторони вегетативної нервової системи і послідовно пов’язаних з цим порушень імунної реактивності. Лікування того чи іншого захворювання ефективне тоді, коли воно спрямоване на відомі ланки патогенезу. Тому застосування фітотерапії в комплексі лікування пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом підтверджено, оскільки дозволяє проводити не тільки етіотропне, але й патогенетичне лікування.

В нашій роботі ми будемо застосовувати лікарські засоби, які стимулюють нервову систему - препарати женьшеню. Ці препарати підсилюють процеси збудження і послаблюють процеси гальмування в корі головного мозку. Їх дія залежить від дози та функціонального стану кори головного мозку: великі дози викликають двофазну дію: збудження та пригнічення; малі дози викликають лише збудження. Препарати женьшеню мають тонізуючу дію, підвищують неспецифічний імунітет, стимулюють ЦНС, підвищують основний обмін, адаптаційні властивості організму, мають захисну дію при стресових станах.

Мета. Обґрунтування застосування препаратів кореня женьшеню та горобини чорноплідної в комплексі консервативного лікування хронічного генералізованого пародонтиту на основі вивчення змін деяких параметрів нервової системи.

Матеріали та методи. Нами обстежено 20 здорових людей і 36 хворих на генералізований пародонтит початкового і I ступенів (із них 23 із хронічним генералізованим пародонтитом і 13 хворих без супутньої патології); у віковій категорії від 18 до 44 років. Генералізований пародонтит діагностували на підставі клінічних, індексних і рентгенологічних даних із використанням класифікації А.Ф. Данилевського, 1994.

У пацієнтів із неврологічними розладами проводили тест для виявлення рівня тривожності за Спілбергом; виявляли рівень депресії за Беком. Таким пацієнтам одночасно призначали фітотерапію в комплексі.

Результати. Обстеження проводилось до і після лікування, використовуючи клінічні, параклінічні та додаткові методи обстеження, зокрема Rtg, функціональні проби за В.І. Кулаженком і реопародонтографію. Про ефективність запропонованого методу лікування у другій групі хворих на генералізований пародонтит свідчить швидка ліквідація загальних явищ, зменшення кровоточивості, набряку слизової оболонки порожнини рота. Також відмічалось скорочення термінів лікування. Сприятливі клінічні результати лікування застосування фітопрепаратів в комплексному лікуванні підтверджуються динамікою показників пародонтального індексу, пробою Шиллєра Писарева, результатами функціональних методів дослідження.

Висновки. Застосування фітопрепаратів при лікуванні генералізованого пародонтиту, зокрема для пацієнтів із неврологічними порушеннями створює фон для дії всього лікувального комплексу, підвищуючи його ефективність.

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ СОЦІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ОПИТУВАННЯ В ОЦІНЦІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Сліпа Наталія
Іванчишин Андріан
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку
Завідувач кафедри - доц. Колесніченко Олександр Володимирович
Науковий керівник - ас. Єзерська О.В.

Актуальність. Важливою ланкою в профілактиці карієсу зубів є санітарна освіта серед школярів з питань догляду за порожниною рота. Дані літератури свідчать про низький рівень знань серед школярів з питань стоматологічного здоров'я та методів його збереження. Томує важливим проведення освітніх профілактичних програм в усіх вікових категоріях, що дає змогу знизити частоту розвитку стоматологічних захворювань.

Мета. За допомогою анкетування визначити значимість стоматологічного здоров'я у школярів, визначити рівень санітарно-освітніх знань та дати оцінку інформативності суб'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я.

Матеріали та методи. Нами було проведено анонімне опитування 200 школярів (106-дівчат, хлопців-94) віком 8-10 років що навчаються у НВК школа-гімназія "Сихівська" та ЗСШ №27 м.Львова. Модифікований опитувальник ВООЗ-2013 містив 11 питань з різними варіантами відповідей, що стосувались оцінки стоматологічного здоров'я респондентом. Аналіз отриманих даних отримали шляхом обчислення середніх величин та відсоткового співвідношення відповідей на поставлені питання.

Результати. Перед проведенням «Уроку здоров'я» школярам запропоновано взяти участь в анкетному опитуванні. Доведено, що для школярів є важливим їх стан стоматологічного здоров'я, адже від цього залежить їх усмішка. Так, на відмінно оцінили свій стан зубів лише 9,6% дівчат та 17,7% хлопців, в результаті третина з опитаних соромиться усміхатись (24,8-32,3%) та висловили незадоволення з вигляду зубів 22,9% - дівчат і 24,2% хлопців. Зокрема, встановлено, що 10-14% школярів не відвідували стоматолога протягом року та лише половина відвідували два рази (49-59% відповідно). Важливо відзначити про низький відсоток відвідувань у дитячого лікаря-стоматолога (26-36%). Стосовно знань догляду за порожниною рота: 44-54% опитаних чистять зуби лише один раз на день.

Висновки. Застосування опитувальника для оцінки стоматологічного здоров'я довів високу вмотивованість школярів до оцінки стоматологічного статусу та, на жаль, низький рівень санітарно-освітніх

знань серед опитаних респондентів. Більшість із проаналізованих питань показали високу інформативність в оцінці рівня стоматологічного здоров'я та дозволив встановити залежність стоматологічного здоров'я від регулярності відвідування дитячого стоматолога, знань та вмінь щодо правил догляду за порожниною рота, використання засобів індивідуальної гігієни, тощо.

Отже, простий у застосуванні, мало затратний, міжнародно-визнаний метод визначення суб'єктивних індикаторів стоматологічного здоров'я за допомогою анкетування, є досить інформативним для моніторингу ефективності проведення "Уроків здоров'я" серед дітей шкільного віку і визначення вагомих аргументів та надання рекомендацій по оптимізації системи проведення санітарно-освітніх заходів, моніторингу стоматологічної захворюваності. Тому, реалізація нами регіональної програми первинної профілактики серед населення м.Львова та області має на меті докорінно змінити, переорієнтувати систему стоматологічної допомоги від лікувальної до профілактичної.

ГІГІЄНІЧНИЙ СТАН ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП

Коростиль Божена
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку
Завідувач кафедри – доц. Колесніченко О. В.
Науковий керівник – ас. Солоп Л. М.

Актуальність. Питання незадовільної гігієни порожнини рота у дітей залишається актуальним навіть при такому великому виборі предметів та засобів гігієни, реклам та пропаганд в засобах масової інформації , настанов батьків та фахових рекомендацій стоматологів.

Дитячий церебральний параліч – найбільш поширене захворювання в світі, що призводить до інвалідності в дитячому віці. Недуга супроводжується порушенням рухового, інтелектуального, психологічного, мовного і емоційного розвитку. Дані про якість чищення зубів та стан гігієни порожнини рота у дітей з ДЦП у доступній літературі малочисленні.

Мета. Метою нашого дослідження було проаналізувати рівень гігієнічного догляду за порожниною рота у дітей, хворих на ДЦП.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось в дитячих реабілітаційних центрах «Аеліта» та «Джерело» м. Львова. За згодою батьків було проведено анкетування 231 дитини віком від 3 до 13 років.

Стан гігієни порожнини рота визначали за допомогою індексу Федорова-Володкіної.

Результати. Результати анкетування показали, що практично всі діти певною мірою доглядають за порожниною рота. Регулярно (2 рази/день) чистять зуби 13 дітей (6 %). Основна кількість обстежених дітей – 157 (68,2 %) чистять зуби не регулярно, 37 дітей (16%) роблять це один раз на день, а 23 (9,8 %) обстежених не чистять зуби взагалі.

Анкетування показало, що основна кількість дітей при чищенні зубів роблять зубною щіткою горизонтальні або вертикальні рухи. Це свідчить про недостатні знання дітей з правильного чищення зубів. Більшість дітей (72%) для догляду за ротовою порожниною використовують зубні щітки та зубні пасти, 3% дітей застосовують додатково зубні порошки, 4% дітей проводять полоскання зубними еліксирами . Інші засоби гігієни порожнини рота діти з ДЦП застосовують дуже рідко. Третина обстежених дітей з ДЦП вказали, що міняють зубну щітку один раз на три місяці, 63, 14 % дітей зазначили, що міняють зубну щітку один раз на рік, 4,7% взагалі її не міняють.

Аналіз проведеного дослідження гігієнічного стану порожнини рота свідчить про поганий стан гігієни у дітей, хворих на ДЦП, у 23% дітей (9 – 12 років) стан гігієни – задовільний(1,6- 2,0 бали), у 77% - незадовільний (2,1 – 2,5 балів). Середнє значення індексу гігієни суттєво не відрізнялось в залежності від віку. У дітей 3- х років ГІ становить 2,6 бали, у 6-ти річних – 2,79 балів. Задовільний стан гігієни порожнини рота у цій віковій категорії становить лише 4-5 % дітей. Таким чином , дуже поганий стан гігієни порожнини рота у дітей 3-6 років становить 72-62 % відповідно.

Висновки. Отже, стан гігієни порожнини рота у дітей хворих на ДЦП є незадовільним. Це свідчить про те, що більшість дітей не дотримуються гігієни порожнини рота через основну обтяжуючу умову – свою хворобу.

АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ НА ПОЛІМЕРНІЙ ОСНОВІ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ

Бірчак Іван Ігорович
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. Зубачик В.М
Науковий керівник - доц. Гриновець В.С, доц. Пасько О.О

Актуальність. Високі показники поширеності хвороб слизової оболонки порожнини рота та пародонту, наприклад афт, стоматитів, пародонтитів, а також гінгівітів, як самостійного так і симптоматичного типів, вимагають розробки нових методів внесення активних фармацевтичних інгридієнтів, при допомозі удосконалених лікарських форм, безпосередньо до вогнища захворювання.

Традиційні лікарські форми, які на сьогодні застосовуються з метою локальної терапії у порожнині рота, мають низку недоліків, зокрема додатково травмують і без того уражені переважно запальними процесами епітеліальні тканини, викликаючи при цьому зайві болеві відчуття та пригнічують психо-емоційний стан хворого, а їх недостатня протимікробна дія може сприяти порушенню мікробіоценозу і збільшенню патогенної мікрофлори. Окрім того, більшість лікарських засобів локального типу застосування не здатні підтримувати достатню терапевтичну концентрацію та відповідний час для досягнення лікувального ефекту

Мета. Виявити та проаналізувати сучасні, альтернативні методи доставки лікувальної речовини в тканини пародонта та слизової оболонки порожнини рота. Зокрема стоматологічні лікарські плівки, як метод атравматичного та пролонгованого лікування хворих.

Матеріали та методи. Проведено огляд та аналіз наукових джерел, в яких описане терапевтичне лікування з використанням стоматологічних лікарських плівок різного типу дії та фармакотерапевтичної активності, в складі лікарської форми.

Результати. У процесі наукового пошуку було зібрано та опрацьовано дані 5 різних за типом дії стоматологічних плівок, зокрема:

1. Антибактеріальні адгезивні стоматологічні плівки що містять:

-лінкоміцину гідрохлорид в кількості 0,05-0,09 мг/см2;

-кліндаміцину фосфат в кількості 0,05-0,09 мг/см2;

-сульфат гентаміцину в кількості 0,05-0,09 мг/см2.

2. Протипротозойні адгезивні стоматологічні плівки що міститять

-метронідазол в кількості 0,01-0,03 мг/см2.

3. Антисептичні адгезивні стоматологічні плівки що містять

- хлоргексидину біглюконат в кількості 0,01-0,03 мг/см2.

4. Кератопластичні адгезивні стоматологічні плівки що містять

-солкосерил в кількості 0,01-0,03 мг/см2.

5. Адгезивні стоматологічні плівки з комбінованою дією що містять:

-хлоргексидину біглюконат і дексаметазон в кількості 0,01-0,03 мг/см2;

-лідокаїну гідрохлорид по 0,03-0,05 мг/см2 та хлоргексидину біглюконат 0,01-0,03 мг/см2.

Висновки. Внаслідок детального вивчення наукових джерел, було опрацьовано дані про сучасні методики локального введення активних

фармацевтичних інгредієнтів, до вогнища ураження та проведено аліз 5, найчастіше вживаних типів стоматологічних плівок, які володіють відповідним спектром фармакотерапевтичної дії і можуть використовуватись не лише у складі терапевтичної схеми, а і як монокомпонентні засоби лікування захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота. Оскільки лікарські форми на полімерній основі володіють низкою переваг порівняно з іншими лікарськими формами, наприклад такими як: заявлена локальна дія, пролонгований ефект, точність дозування лікарського засобу, зменшення больових відчуттів та атравматичність.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ШВИДКОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ НАКОНЕЧНИКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕЗРОЗЧИНІВ

Бяла Олександра
ЛНМУ ім. Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології
Завідувач кафедри - проф. Зубачик В.М.
Наукові керівники: проф. Корнійчук О.П., (каф. Мікробіології), доц. Синиця В.В., (каф. терапевтичної стоматології)

Актуальність. Дезінфекція стоматологічних наконечників є важливим елементом запобігання перенесення потенційно небезпечних мікроорганізмів від одного пацієнта до іншого. Класичні методи дезінфекції та стерилізації, зокрема автоклавування, дають змогу надійно провести обробку стоматологічного інструментарію, проте особливості матеріалу, з якого виготовлено стоматологічні наконечники, висуває ряд вимог до їх обробки, що є підставою для пошуку альтернативних методів стерилізації.

Мета. Дослідити надійність холодної дезінфекції стоматологічних наконечників за допомогою спиртовмісних розчинів із вмістом глутарового альдегіду та без нього.

Матеріали та методи. Для дослідження було взято дезінфекційний розчин з вмістом глутаральдегіду (Аеродезін 2000) та розчин вільний від глутаральдегіду (Фамідез АФ). Вплив вказаних дезінфекційних розчинів досліджували на такі культури мікроорганізмів: Staphylococcusaureus, Staphylococcusepidermidis, Streptococcusfaecalis, Escherichiacoli, Candidaalbicans, Klebsiellapneumoniae, Proteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa. Попередньо автоклавовані наконечники занурювали у культуру мікроорганізмів, після чого обробляли дезінфікуючими розчинами з експозицією 5 та 15 хв. Після обробки дезінфікуючими розчинами з наконечників отримували змиви, які

висівали на поживні середовища для визначення наявності чи відсутності росту мікроорганізмів.
Крім того, робили посів мазків, взятих з наконечників після роботи в порожнині рота та після їх наступної обробки дезінфікуючими розчинами з експозицією 5 хв.
Результати. Проведені дослідження дозволили виявити наступне: дезінфікуючі розчини чинять бактерицидний вплив (відсутність росту) при експозиції 5 та 15 хв. на такі культури мікроорганізмів Staphylococcusaureus, Staphylococcusepidermidis, Streptococcusfaecalis, Escherichiacoli, Candidaalbicans; на культури мікроорганізмів Klebsiella pneumoniaeProteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa при одноразовій обробці дезінфікуючими розчинами впливу не спостерігалось; на ентерокок бактерицидний вплив спричиняв лише розчин з вмістом глутаральдегіду (Аеродезін 2000). При дослідженні ефективності дезінфікуючих розчинів відносно мікроорганізмів, які інфікують наконечник в процесі роботи в порожнині рота, виявлено наступне: у змиві, взятому з наконечника після однократної обробки з експозицією 5 хв. розчином без глутаральдегіду, виявлено незначний ріст мікроорганізмів - 4 колонієутворюючих одиниць (КУО)/мл; у змиві, взятому з наконечника після однократної обробки з експозицією 5 хв. розчином з глутаральдегідом виявлено ріст мікроорганізмів у кількості 2 КУО/мл.
Висновки. Надійна та швидка дезінфекція стоматологічних наконечників є важливим аспектом у роботі лікаря-стоматолога. Спеціальні розчини, згідно інструкцій виробника, повинні ефективно знезаразити поверхню медичних інструментів, в тому числі і наконечників. Проведені дослідження, в яких вивчався вплив дезінфікуючих розчинів, дозволяють стверджувати наступне: розчин із вмістом глутарового альдегіду є більш ефективним та чинить сильнішу дію на деякі види мікроорганізмів, порівняно з розчином без глутаральдегіду. Відсутність ефективного впливу обох розчинів після одноразової обробки на капсулоутворюючі мікроорганізми, свідчить про необхідність повторної обробки поверхні наконечника дезінфікуючим розчином. Оптимальним способом знезараження стоматологічних наконечників залишається термічна обробка в автоклаві.

ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ХАРАКТЕРУ ТА РЕЖИМУ ХАРЧУВАННЯ, СПОСОБУ ЖИТТЯ, ЧИННИКІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17

РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Когут Евеліна
Ужгородський Національний Університет
Кафедра ортопедичної стоматології
Завідувач кафедри – проф.. Фера О.В.
Науковий керівник - проф. Фера О.В.

Актуальність. За результатами епідеміологічних досліджень поширення захворюваності на пульпіт має тенденцію до зростання, незважаючи на значні досягнення в стоматології за досліджуваний період. Розвиток цього захворювання пов'язане з дією низки зовнішніх та внутрішніх факторів, співвідношення яких залежить від індивідуальних особливостей організму.

Актуальність проблеми захворюваності на пульпіт обумовлена значною поширеністю та недостатнім вивченням чинників формування даного стоматологічного захворювання, в залежності від характеру та режиму харчування, способу життя і факторів довкілля. У структурі стоматологічної захворюваності пульпіти посідають третє місце після карієсу і періодонтиту складаючи 17,5 %.

Мета. Дослідити та проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки впливу природних та антропогенних факторів навколишнього середовища і соціальних умов, що зумовлюють виникнення та поширеність захворюваності на пульпіт серед населення віком 15-17 років м. Ужгорода та Ужгородського району.

Матеріали та методи. Проаналізовано первинну стоматологічну документацію, досліджено статистику захворюваності на пульпіт населення м. Ужгород за 2010 - 2015 роки та проведено соціологічне опитування серед 200 пацієнтів віком від 15 до 17 років, хворих на пульпіт. Для проведення запланованого нами дослідження була сформована авторська анкета, яка містила 34 питання, де з'ясовувалися характер і режим харчування, спосіб життя, чинники довкілля, які в тій чи іншій мірі впливали на виникнення, формування та перебіг захворюваності на пульпіт. Опитування здійснювалося серед пацієнтів стоматологічної поліклініки СОЗ УМВС та учнів УЗОШ І-ІІІ ст. №20 – ліцею «Лідер». У анкетах опитувані вказували на характер та режим харчування, вид водопостачання тощо.

Результати. Встановлено взаємозв'язок між характером і режимом харчування, частотою стресових ситуацій, тривалістю сну, механічною травмою щелепно-лицевої ділянки, дотриманням правил гігієни порожнини рота та виникненням пульпіту в осіб віком від 15 до 17 років.

Висновки. 1. У ході статистичної обробки даних були отримані підтвердження взаємозв'язків між характером та режимом харчування, способом життя, чинниками довкілля та захворюваністю на пульпіт на підставі визначених коефіцієнтів Стьюдента, Спірмена та Пірсона.
2. Встановлено взаємозв'язки між характером та режимом харчування, частотою стресових ситуацій, механічною травмою щелепно-лицевої ділянки, видом водопостачання та способом вживання води і дотриманням правил гігієни ротової порожнини із захворюваністю на пульпіт.
3. Для ранньої профілактики та ефективного лікування пульпіту у осіб віком від 15 до 17 років необхідно здійснювати регулярні профілактичні цільові стоматологічні огляди, оптимізувати характер, режим і добовий раціон харчування.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ХАРЧУВАННЯ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ ПОБУТУ І ДОВКІЛЛЯ НА ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПЕРІОДОНТИТУ СЕРЕД ОСІБ ВІКОМ ВІД 24-29 РОКІВ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Кикта Христина
Ужгородський національний університет
Ортопедичної стоматології з курсом гігієни та екології
Завідувач кафедри - проф. Фера О.В
Науковий керівник - проф. Фера О.В , ас. Дячук К.Г

Актуальність. Періодонтит – це захворювання при якому запальний процес розвивається між верхівкою кореня зуба та альвеолярною стінкою зубної альвеоли. Сучасна концепція розвитку захворювань періодонта передбачає врахування впливу як спадкових чинників ризику, так і набутих , до яких відносяться: неправильне харчування, багато системних захворювань, куріння, недостатня гігієна порожнини рота, психоемоційні стреси, мікроелементний дефіцит та дефіцит вітамінів, несприятливе екологічне середовище.Вагомий вплив на виникнення цього захворювання має добовий харчовий раціон, який складається на основі фізіологічних потреб організму людини.
Мета. Дослідити вплив аліментарного фактору та інших факторів побуту і довкілля на виникнення, формування та розповсюдження періодонтиту, підвищити ефективність заходів профілактики та виявити чинники,які мають вагомий вплив на формування даного захворювання.
Матеріали та методи. На основі клінічних обстежень проведено анкетування серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району

віком від 24 до 29 років, з яких у 188 пацієнтів виявлено захворювання на періодонтит. У дослідженні були використані такі методи:соціально-гігієнічний,епідеміологічний,математично-статистичний,медико-соціальний.

Результати. Проаналізовано взаємозв'язок харчування, факторів побуту та довкілля, які впливають на виникнення та розвиток періодонтиту в осіб віком 24-29 років. Анкетування проведено серед 188 жителів м. Ужгород та Ужгородського р-ну. До визначальних факторів, що впливають на формування та прояв стоматологічної патології можна віднести: частоту прийомів їжі на день (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – 0,88), тип харчування (t-критерій Стьюдента – 2,21175; коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – 0,455), продукти харчування у щоденному раціоні(t-критерій Стьюдента – 0,656; коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – 0,63),дотримання правил гігієни ротової порожнини (t-критерій Стьюдента – 1,3463 ; коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – 0,7), наявність шкідливих звичок: куріння, вживання алкоголю та наркотиків (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – 0,915)

Висновки. Використавши значення середнього арифметичного числа, стандартного відхилення, коефіцієнту імовірності, достовірності розбіжності, коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона, коефіцієнту рангової кореляції Спірмена, t-критерію Стьюдента, коефіцієнту варіації, коефіцієнту репрезентативності виділено фактори, які найбільше впливають на виникнення періодонтиту. Найбільшу точність розрахунків дає значення коефіцієнту t-критерію Стьюдента і коефіцієнту Спірмена, адже вони надають максимально достовірну інформацію.

На основі отриманих результатів і коефіцієнтів наукового дослідження встановлено такі визначальні фактори, які впливають на формування та прояв періодонтиту: частота прийомів їжі на день, тип харчування, продукти харчування у щоденному раціоні, вид водопостачання, дотримання правил гігієни ротової порожнини, наявність шкідливих звичок.

Для ранньої профілактики та ефективного лікування гострого періодонтиту в осіб віком 24-29 років необхідно своєчасно здійснювати медичні огляди,дотримуватися правил гігієни ротової порожнини,відкорегувати добовий раціон харчування .

Отримані результати дають можливість запропонувати комплекс профілактично-лікувальних заходів для своєчасного встановлення початку хвороби, дотримання всіх гігієнічних заходів для запобігання розвитку періодонтиту.

ОЦІНКА РІВНІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПАРОДОНТИТ ЗА 2011-2015 РР. СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОДА ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ВІКОМ 30-45 РОКІВ

Музика Ілона
Ужгородський національний університет
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет
Завідувач кафедри - проф. О.В. Фера
Науковий керівник - проф. О.В. Фера, ас. К.Г. Дячук

Актуальність. Захворювання на пародонтит на сьогоднішній день залишаються важливою медико-соціальною проблемою через часте виникнення у молодому віці, схильність до наростання, недостатню ефективність лікування та профілактики, що спричиняє передчасну втрату зубів і зниження якості життя населення. Захворюванням на пародонтит страждає 86% дорослого і 65% дитячого населення. Основними причинами такої статистики є непомітний початок захворювання на ранній стадії, що викликає лише незначний дискомфорт, а також байдужість людей до профілактики та лікування. Втрата зубів внаслідок захворювання на пародонтит в 2-3 рази перевищує показники втрати зубів внаслідок карієсу, що також робить дослідження актуальним.

Мета. Дослідити вплив факторів навколишнього середовища на виникнення та перебіг пародонтиту, підвищити ефективність заходів профілактики на дане захворювання серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району.

Матеріали та методи. Було проведено анкетування на основі клінічних обстежень у 200 пацієнтів з наявним захворюванням на пародонтит. Пацієнти були віком від 30 до 45 років. У дослідженні використано такі методи: соціально-гігієнічний, епідеміологічний, математично-статистичний, медико-соціальний.

Результати. Загальна кількість зібраних анкет: 200 (чоловіки: 100, жінки: 100). Серед вікових груп 30-34 років зібрано 60 анкет (чоловіки: 30, жінки: 30), 35-39 років – 63 анкети (чоловіки: 32, жінки: 31), 40-45 років – 77 анкет (чоловіки: 38, жінки: 39). Кількість факторів, які впливають на виникнення та розвиток пародонтиту становила 27, серед яких найбільший вплив мали: шкідливі звички, частота прийомів їжі на день, вид вживаної води, дотримання правил гігієни ротової порожнини.

Висновки. 1.Після проведення математично-статистичного аналізу факторів довкілля, було виокремлено рівень впливу кожного фактора на виникнення і формування показників захворюваності на пародонтит

серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району з віковою групою 30-45 років.
2. На основі отриманих результатів ми можемо стверджувати, що до визначальних факторів , які впливають на формування та прояв пародонтиту можна віднести наступні: частота прийомів їжі на день і наявність перекусів протягом дня, вид вживаної води і водопостачання, дотримання правил гігієни ротової порожнини.
3. Отримані результати свідчать про необхідність усунення тих факторів, які найбільш суттєво впливають на розвиток та розповсюдження пародонтиту серед населення міста Ужгорода та Ужгородського району віком 30-45 років.

СЕКЦІЯ ФАРМАКОГНОЗІЇ, СИНТЕЗУ, ХІМІЧНОГО І ФІЗИЧНОГО АНАЛІЗУ БІОЛОГІЧНО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН

Лекційна аудиторія НВА
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – проф. Р.Б. Лесик, доц. В.Й. Роговик, доц. Л.І. Кобилінська, доц. В.В. Огурцов, доц. І.Й. Галькевич, доц. Р.Є. Дармограй

Головуючі – Султанова Єлизавета

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИК ВИДІЛЕННЯ НЕФАЗОДОНУ ІЗ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН

Любенко Олена
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра токсикологічної та аналітичної хімії
Завідувач кафедри - доц. І.Й. Галькевич
Науковий керівник - доц. І.Й. Галькевич

Актуальність. Нефазодон – один із представників антидепресантів, який впливає на зворотнє захоплення норадреналіну і серотоніну та ефективно використовується в терапії депресії та тривожних станів. Лікування нефазодоном є тривалим і в ряді випадків при передозуванні спостерігаються смертельні випадки отруєнь. Тому розробка експрес-методів визначення рівня концентрації нефазодону в біологічних пробах є актуальною.

Мета. Оцінка ефективності виділення нефазодону з біологічних тканин на колонках з цеолітом.

Матеріали та методи. Для виділення нефазодону вивчали ефективність ізолювання нефазодону із водних витяжок біологічного матеріалу на колонках, заповнених цеолітом. В якості колонок використовували інсулінові шприци. В колонки поміщали по 0,3 г цеоліту. Розмір частинок цеоліту 0,12-0,15 мкм. Перед внесенням водних витяжок колонки промивали 2 мл 96% етанолу та 1 мл води.

Для виготовлення водних модельних витяжок подрібнювали по 10 г печінки, проби біологічного матеріалу заливали 20 мл води та підкислювали насиченим розчином оксалатної кислоти до pH 2 (pH контролювали потенціометрично). Біологічний матеріал настоювали протягом 1 години при струшуванні, після чого відокремлювали кислу витяжку. До об’єму витяжки, яка еквівалентна 1 г біологічної тканини

вносили нефазодон у кількості 20, 50, 100, 250 та 500 нг. Ці проби пропускали через підготовлені колонки. Після внесення всієї проби сорбент промивали 2 мл тріс-буферу (pH=7,4) та 2 мл води. Елюювали нефазодон 2 мл 0,1 М розчину соляної кислоти в 96% етанолі.
Оцінку ефективності очистки нефазодону на колонках із цеолітом визначали методом газової хроматографії з мас-спектрометрією. Дослідження проводились на хроматографі Agilent та капілярній колонці з 5% фенілсилоксану. Аналіз проводився при програмуванні температури в інтервалі 150оС - 240оС. Початкова температура колонки 150оС – 5 хв, подальше підвищення температури 20 оС / хв. до досягнення 240 оС та витримка кінцевої температури протягом 10 хв.
Результати. Встановлено, що при заданих умовах хроматографування нефазодон, який відноситься до термічно нестабільних сполук, не розкладається. Лінійна залежність градуювального графіку спостерігається в межах концентрацій нефазодону 20-500 нг в 1 мл проби. Метод очистки витяжки дозволяє виділити з неї до 98% нефазодону. Проби, які аналізовано методом ГХ-МС добре очищені від білковими та жирових домішок. Встановлено, що із застосуванням очистки на цеоліті ефект матриці менше 2 %.
Висновки. Запропоновано ефективну методику очистки витяжки із біологічної тканини на колонці з цеолітом. Дані умови можна використовувати для експрес-діагностики наявності даного ксенобіотику в біологічному матеріалі.

СИНТЕЗ 3-АРИЛІДЕН-1-(2-АМІНО-4-МЕТИЛ-ТІАЗОЛ-5-ІЛ)-ЕТАНОНІВ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК

Матійків Олеся
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії
Завідувач кафедри - проф. Р.Б. Лесик
Науковий керівник - ас. А.В. Лозинський

Актуальність. Пошук нових біологічно активних сполук як основи для створення нових лікарських засобів є одним із найголовніших завдань сучасної органічної та медичної хімії. Особливе місце у цьому пошуку займає вивчення тіазолвмісних гетероциклів, які володіють широким спектром біологічної активності. Так, серед зазначених сполук були ідентифіковані високоактивні протипухлинні, протизапальні, противірусні, протимікробні, антиоксидантні та протипаразитарні

агенти. Окрім того, на основі тіазолідинонового ядра було створено ряд інноваційних протидіабетичних лікарських засобів як агоністів PPAR-γ рецепторів (розіглітазон, піоглітазон), діуретиків (етозолін), подвійних інгібіторів циклооксигенази-2/5-ліпооксигенази (дарбуфелон).
Мета. Розробити препаративні методи синтезу нових 3-ариліден-1-(2-аміно-4-метил-тіазол-5-іл)-етанонів та пошук серед них потенційно біологічно активних сполук.
Матеріали та методи. Хімічний синтез, ЯМР-спектроскопія
Результати. З метою синтезу цільових сполук нами було апробовано взаємодію тіосечовини із хлорацетилацетоном з утворенням вихідного 1-(2-аміно-4-метил-тіазол-5-іл)-етанону. У подальшому одержані 1-(2-аміно-4-метил-тіазол-5-іл)-етанони були трансформовані у відповідні 3-ариліден-1-(2-аміно-4-метил-тіазол-5-іл)-етанони у середовищі абсолютного етанолу та каталітичній кількості калій трет-бутилату. Структура синтезованих сполук підтверджена методом спектроскопії ЯМР. Проводиться фармакологічний скринінг синтезованих похідних на основі 3-ариліден-1-(2-аміно-4-метил-тіазол-5-іл)-етанону.
Висновки. Одержані результати дали змогу отримати новий клас тіазолвмісних гетероциклічних сполук з метою пошуку серед них високоефективних та малотоксичних агентів як потенційних лікарських засобів.

СИНТЕЗ ТА ПЕРЕТВОРЕННЯ (ТІО)ХРОМЕНОТІАЗОЛОНІВ, СПРОБА СИСНТЕЗУ 4Н-ТІАЗОЛОХІНАЗОЛІНОНІВ

Сисак Степан
Дядюк Олександр
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії
Завідувач кафедри - проф. Р.Б. Лесик
Науковий керівник - доц. Д.В. Камінський

Актуальність. Успіхи у пошуку нових біологічно активних сполук на основі 4-тіазолідинонів дозволяють розглядати їх як привілейовані гетероцикли в сучасній медичній хімії. Поєднання реакційних центрів та можливість різнопланової хімічної модифікації робить їх ефективни реагентами для синтезу нових гетероцилічних сполук, зокрема в межах так званого “privilegedsubstructure-baseddiversityorientedsynthesis”. Одним з найуспішніших напрямків є синтез тіопірано[2,3-d]тіазолів на основі 5-ен-ізороданінів в умовах реакції гетеро-Дільса-Альдера. Особливу увагу зосереджено на 5-ариліден-тіазолідинонах, що

вміщують замісники в орто-положенні бензиліденового фрагменту. Останні є легкодоступними реагентами для синтезу тіазолідинонів з об'ємними С5фрагментами, а також інших класів гетероциклічних сполук – ізотіокумаринів, складних (тіо)пірано[2,3-d]тіазолонів та ін. Однак досліджень, що стосуються використання похідних 4-аміно-1,3-тіазол-2(5Н)-ону в таких перетвореннях представлено порівняно мало.

Мета. Метою роботи був синтез (тіо)хроменотіазолонів та нітрогенвмісних аналогів (4Н-тіазоло[4,5-b]хінолін-2-онів) на основі 4-аміно-1,3-тіазол-2(5Н)-ону та 4-тіоксо-2-тіазолідинону.

Матеріали та методи. Органічний синтез, спектральні, хроматографічні методи.

Результати. Одним з найчастіше використовуваних методів у синтезі похідних 4-тіазолідинону є конденсація карбонільних сполук з метилен-активною групою тіазолідинонового ядра. На основі вивчення взаємодії саліцилових альдегідів з 4-аміно-1,3-тіазол-2(5Н)-ону в умовах реакції Кневенагеля розроблено препаративний одностадійний метод синтезу хромено[2,3-d]тіазол-2-ону, що дозволило отримати ряд його заміщених похідних. Структура синтезованих сполук підтверджена даними спектроскопії ПМР, а також рентгеноструктурним аналізом.

При вивченні реакційної здатності отриманих сполук встановлено, що хромено[2,3-d]тіазол-2-они гідролізують у кислому середовищі до відповідних 5Z-ариліден-2,4-тіазолідиндіонів; а при дії аліфатичних амінів піддаються амінолізу з утворенням 5Z-ариліден-4-R-амінотіазол-2(5Н)-онів.

Для синтезу сульфурмісних аналогів отриманих хромено[2,3-d]тіазол-2-онів було використано альдегіди на основі так званих активованих орто-галогенаренів у реакції з ізороданіном, що дозволило отримати цільові тіохромено[2,3-d]тіазол-2-они (використання в таких умовах похідних саліцилового альдегіду призводить до утворення лише відповідних 5-саліциліденізороданінів). Структура сполук підтверджена даними 1Н ЯМР та MS-спектрометрії.

Використовуючи наведений підхід було досліджено взаємодію ароматичних альдегідів, що вміщують активний галоген в орто-положенні з 4-аміно-1,3-тіазол-2(5Н)-оном, що, очевидно, є ефективним підходом до синтезу 4Н-тіазоло[4,5-b]хінолін-2-онів.

Висновки. Розроблено метод синтезу та отримано ряд хромено[2,3-d]тіазол-2-онів та ізостерних тіохромено[2,3-d]тіазол-2-онів на основі 4-аміно-1,3-тіазол-2(5Н)-ону та 4-тіоксо-2-тіазолідинону, запропоновано підхід до синтезу 4Н-тіазоло[4,5-b]хінолін-2-онів.

СИНТЕЗ 1-ОКСО-1,3,4,9-ТЕТРАГІДРО-2-ТІА-9-АЗАФЛУОУРЕН-3-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК

Стецько Марта
Кафедра фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії
Завідувач кафедри - проф. Р.Б. Лесик
Науковий керівник - проф. Р.Б. Лесик

Актуальність. Поєднання тіазолідинового каркасу з іншими гетероциклічними фрагментами є оправданим підходом до створення «лікоподібних» молекул, адже дозволяє досягати нового фармакологічного профілю, потенціювання дії чи зниження токсичності. На нашу думку, для розвитку наведеної тематики достатньо перспективним є поєднання ядра тіазолідину з індольним фрагментом у одній молекулі, що може бути корисним в плані пошуку нових гетероциклічних сполук з антимікробною, протизапальною, протипухлинною, протирапаразитарною та іншими видами активності.

Мета. Вивчення взаємодії 2-тіоксо-4-тіазолідинону з 3-форміл-1Н-індол-2-карбоновими кислотами та розширення арсеналу препаративних методів синтезу серед зазначеного класу сполук.

Матеріали та методи. Роданін, 3-форміл-1Н-індол-2-карбонові кислоти, спектральні методи аналізу.

Результати. При взаємодії 2-тіоксо-4-тіазолідинону (роданіну, II) з 3-форміл-1Н-індол-2-карбоновими кислотами (I) в умовах реакції конденсації Кньовенагеля синтезовано відповідні похідні 3-(4-оксо-2-тіоксо-тіазолідин-5-іл)-1Н-індол-2-карбонової кислоти (III). При вивченні особливостей лужного гідролізу зазначених гетероциклічних кислот встановлено, що проміжні тіоакрилові кислоти (IV) зазнають спонтанної гетероциклізації з утворенням 1-оксо-1,3,4,9-тетрагідро-2-тіа-9-азафлуорен-3-карбонових кислот (V). Структура синтезованих похідних підтверджена методами ЯМР-спектроскопії та хромато-мас-спектрометрії. Проводиться первинний фармакологічний скринінг синтезованих сполук.

Висновки. Досліджено реакційну здатність 2-тіоксо-4-тіазолідинону з 3-форміл-1Н-індол-2-карбоновими кислотами, на основі чого запропоновано ефективний метод синтезу 3-(4-оксо-2-тіоксо-тіазолідин-5-іл)-1Н-індол-2-карбонових кислот та 1-оксо-1,3,4,9-тетрагідро-2-тіа-9-азафлуорен-3-карбонових кислот як продуктів їхнього лужного гідролізу як потенційних біологічно активних сполук.

ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МАПРОТИЛІНУ В СЕЧІ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕКСТРАКЦІЇ ТВЕРДОЮ ФАЗОЮ

Султанова Єлизавета
Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького
Кафедра токсикологічної та аналітичної хімії
Завідувач кафедри - доц. І.Й.Галькевич
Науковий керівник - доц. І.Й.Галькевич

Актуальність. В фармакотерапії депресивних станів часто використовується мапротилін, представник групи чотирьохциклічних антидепресантів. При тривалому застосуванні у високих дозах, у пацієнтів похилого віку спостерігається ряд побічних та токсичних ефектів, які нерідко стають причиною коматозних станів. Тому контроль вмісту мапротиліну в сечі має діагностичне значення для проведення необхідної детоксикації в реанімаційних відділеннях.
Мета. Розробка методик експрес-визначення мапротиліну в сечі.
Матеріали та методи. З метою експрес-виявлення мапротиліну в сечі запропоновано умови ідентифікації методами тонкошарової хроматографії (ТШХ) та газової хроматографії з мас-спектрометрією (ГХ-МС). Для виділення мапротиліну з сечі застосовували колонки, із силікагелем, який попередньо обробляли диметилсиланом. Вміст диметилсилану у силікагелі становив 2%.
Результати. Оптимальними умовами виділення мапротиліну із сечі є осадження сечових кислот 20% хлоридом кальцію та відокремлення мапротиліну на колонках із модифікованим силікагелем. При цьому на одне дослідження достатньо 10 мл сечі. Очищення проб на колонках складається з етапів:

- промивка сорбенту 5 мл води;
- внесення досліджуваної проби сечі;
- елюювання домішок 3 мл фосфатного буферного розчину (pH 6,5) та 1 мл 96 % етанолу;
- елюювання мапротиліну 2 мл 1 М розчину хлоридної кислоти в етанолі.

Доказана перевага використання рухомих фаз малої та середньої полярності для виявлення мапротиліну в тонких шарах сорбентів. Найкращими для ТШХ аналізу є рухомі фази складу гексан-діоксан-пропанол-2 (80:30:6) і гексан-діоксан-ацетон (70:30:8).
Ідентичність та кількісний вміст мапротиліну в пробах сечі визначали методом ГХ-МС. В роботі використовували хроматограф Agilent 6890 N з мас-селективним детектором (електронна іонізація). Умови детектування: енергія іонізації 707 В, сканування в режимі від 40-750 атомних одиниць маси (m/z). Колонка капілярна (HP-1 MethylSiloxane,

30 м х 0,25 мм х 0,25 мкм). Початкова температура колонки 90 оС (2 хв), подальше підвищення 20 оС/хв до 300 оС та витримування кінцевої температури 10 хв. Температура інжектора 250 оС, температура інтерфейсу 280 оС. Газ-носій (гелій) ¬- 1,2 мл/хв, об'єм введеної проби становив 5 мкл. Лінійність градуювального графіку спостерігалась в межах від 1 до 100 нг мапротиліну в 1 мл. Встановлено, що межа визначення мапротиліну в сечі становить 3 нг/мл, що було визначено як кількість речовини в пробі, сигнал якої в 5 разів перевищує рівень шуму хроматографа. Відносна похибка методу не перевищує 1,3 %.
Висновки. Розроблено умови експрес-визначення мапротиліну в сечі з використанням хроматографічних методів аналізу.

СИНТЕЗ ТА БІОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ РЯДУ 5-АМІНОМЕТИЛЕН-4-ТІАЗОЛІДИНОНІВ

Труфін Ярослава
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра фармацевтичної, органічної та біоорганічної хімії
Завідувач кафедри - проф. Р.Б.Лесик
Науковий керівник - проф. Р.Б.Лесик

Актуальність. Людський африканський трипаносомоз - інфекційне паразитарне захворювання, що викликається найпростішими Trypanosomabruceigambiense і Trypanosomabruceirhodesiense, з трансмісивним шляхом передачі (Glossinamorsitans та ін.). ВООЗ і різні національні програми в галузі охорони здоров'я скеровують численні зусилля на мінімізацію кількості нових випадків захворювання на сонну хворобу, проте вважають, що приблизно 60 мільйонів людей в Африці, на південь від Сахари, знаходяться під загрозою. При відсутності адекватного лікування людина абсолютно беззахисна перед цим недугом. Крім того, існує цілий ряд проблем, пов'язаних з наявними вже на ринку лікарськими засобами, для яких характерна висока токсичність, недостатня ефективність та низька доступність. З 90-х рр минулого століття не було затверджено ні одного нового лікарського засобу, таким чином, існує потреба в нових ефективних і нетоксичних препаратах для лікування ЛАТ.
Мета. Синтез нових похідних 5-амінометилен-4-тіазолідинонів для фармакологічного скринінгу на антитрипаносомну активність.
Матеріали та методи. QSAR-аналіз.
Результати. На підставі результатів, отриманих в попередніх дослідженнях антитрипаносомної активності різних класів похідних

тіазолу і тіазолідону, QSAR-аналізу і встановлення високої афінності роданін-3-карбонових кислот до деяких з визначених мішеней, ми розробили дизайн і синтезували нову групу похідних тіазолідону. Синтезовані 5-амінометилен-4-тіазолідинони пригнічують ріст Trypanosomabruceibrucei і Trypanosomabruceigambience в субмікромолярних концентраціях в аналізі “invivo”. Найбільш активні з'єднання пригнічують ріст паразитів при концентраціях нижчих ніж при використанні еталонних препаратів - Пентамідину і Ніфуртімоксу (для Trypanosomabruceibrucei - 0,091 μM і Trypanosomabruceigambience - 0,027 μM). Слід зазначити, що найбільш активні сполуки характеризуються низьким рівнем токсичності по відношенню до фібробластів людини (SI ~ 409,4), що дуже актуально для подальшого вивчення.

Висновки. Розроблено ряд похідних 5-амінометилен-4-тіазолідинонів, їх протитрипаносомні властивості протестовано в дослідженнях «invivo» з використанням штамів Trypanosomabruceibrucei і Trypanosomabruceigambiense. Також виявлено перспективні сполуки, що володіють хорошою антитрипаносомною активністю в поєднанні з високими показниками селективності.

СЕКЦІЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ І КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ

Лекційна аудиторія НВА
Четвер, 27.04.2017р., 12:00

Наукова рада – проф. А.Б. Зіменковський, проф. Б.П. Громовик, доц. С.Б. Білоус, доц. А.Й. Дацко, доц. А.Л. Федущак, доц. О.В. Якимів, доц. К.Ф. Ващенко

Головуючі – Кучерепа Роман, Мельник Станіслава

ОДЕРЖАННЯ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ НА ОСНОВІ ВІВСА ПОСІВНОГО

Береська Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра технології ліків і біофармації
Завідувач кафедри - доц. С.Б. Білоус
Науковий керівник - ас. О.І. Єзерська

Актуальність. Незважаючи на успішне застосування синтетичних лікарських засобів (ЛЗ), препарати на основі лікарської рослинної сировини (ЛРС) займають все більше місце у практичній медицині. Це пояснюється тим, що в них міститься комплекс біологічно активних сполук, органічно з'єднаних в одне ціле. А також це зумовлено низкою їхніх переваг, до яких можна зарахувати незначну токсичність, максимальний терапевтичний ефект за рахунок комплексної дії біологічно активних речовин, можливість тривалого застосування, відсутність побічного ефекту, притаманного багатьом хімічним речовинам. Перспективною сировиною для створення ЛЗ являється овес посівний (Avenasativa), який за даними літератури володіє антиоксидантною, спазмолітичною, гіпоглікемічною та дезінтоксикаційною дією. Вищенаведене підтверджує перспективність досліджень щодо розробки та подальшого впровадження ЛЗ на основі вівса посівного.
Мета. Метою нашої роботи було одержання сухого екстракту вівса і проведення досліджень одержаного екстракту для визначення можливості створення на його основі ЛЗ у формі сиропу.
Матеріали та методи. Методи інформаційного пошуку, аналізу даних літератури та технологічні методи.

Результати. Основною стадією одержання ЛЗ на основі природних сполук є екстрагування ЛРС, що визначається основними законами масообміну, властивостями рослинного матеріалу, фізико-хімічними властивостями екстрагенту та біологічно активних речовин, що вилучаються з лікарських рослин. Виробництво сухого екстракту було проведено за технологічною схемою, що передбачає наступні стадії технологічного процесу: допоміжні роботи (підготовка сировини, приготування екстрагенту), одержання витяжки, згущення витяжки, висушування згущеної витяжки, оцінка якості та фасування, маркування, упакування сухого екстракту.

При опрацюванні ЛЗ на основі ЛРС важливим етапом є наукове та експериментальне обґрунтування вибору екстрагентів. Вибір екстрагента здійснено на основі одержаних результатів вмісту екстрактивних речовин у водній і спиртових витяжках. Згідно з одержаними результатами як екстрагент використовували воду очищену (100 °С), яка здатна максимально вилучати весь комплекс біологічно активних речовин. При одержанні витягів біологічно активних речовин вівса посівного співвідношення сировина – готовий продукт було 1:10. Для одержання витягів використовували метод дробної мацерації. Одержані витяжки об'єднували і фільтрували через фільтрувальний папір. Отриману витяжку випарювали на водяній бані приблизно до половини одержаного об'єму, після чого висушували у сушильній шафі за температури 50°С до постійної маси.

Висновки. Нами експериментально обґрунтовано оптимальні технологічні умови одержання сухого екстракту вівса посівного, як екстрагент обрано воду очищену при 100°С.. На основі одержаних експериментальних даних обґрунтована можливість створення на їх основі лікарських засобів у формі сиропу. Розробка складу сиропу на основі вівса посівного буде наступним етапом наших досліджень.

ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПІДВИЩЕННЯ ОСОБИСТОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ

Вучкан Андріана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра організації і економіки фармації
Завідувач кафедри - проф. Б.П. Громовик
Науковий керівник - ст.викл. А.В. Горілик

Актуальність. Сучасне суспільство ставить перед вищою школою завдання якісної підготовки студентів, які здатні адаптуватися до

змінних умов сьогодення, готові самостійно здобувати знання і застосовувати їх на практиці. Проте, швидкий темп життя студентів в умовах дефіциту часу створює емоційну напруженість, що призводить до дезорганізації діяльності. Час сьогодні є цінністю, і від того, наскільки правильно студент організує свою працю, залежить його подальше особистісне зростання. Використавши як пошуковий запит фразу «тайм-менеджмент» у Google можна отримати півмільйона результатів, а у англомовному секторі інтернету – більше сорока мільйонів. При цьому в часі університетської освіти майбутніх провізорів проблемі управління часом увага майже не приділяється.

Мета. Узагальнення світового досвіду управління часом; вивчення наявності навиків тайм-менеджменту у студентів фармацевтичного факультету ЛНМУ.

Матеріали та методи. Огляд доступної літератури у національному та англомовному секторах інтернету в Google Академія та електронних бібліотеках, анонімне анкетне опитування.

Результати. Тайм-менеджмент – це система ефективного розподілу часу для виконання поставлених перед собою цілей та задач.Час – це унікальний ресурс, який володіє двома особливостями – обмеженість та необоротність. Існує низка методів тайм-менеджменту для того, щоб оптимізувати свій час, і серед них: метод Ейзенхауера, техніка «Хронометраж», метод Парето, діаграма Ганта, метод Помідора і т.д.

Нами було проведено анкетування та опитано 264 студента фармацевтичного факультету ЛНМУ імені Данила Галицького. До вибірки респондентів увійшли студенти:I курсу – 19.3%, II курсу – 21.9%, III курсу – 37.8%, IV курсу – 20,8%. Середнє значення оцінки використання технік тайм-менеджменту склало 2,3, що відповідає рівню «іноді використовую», відповідно до оціночної шкали в опитувальнику.

Найбільш знайомим та використовуваним методом самоорганізації для студентів виявився метод Ейзенхауера – пріоритизації завдань за критеріями «важливість» та «терміновість». Середня оцінка – 3,0 «часто використовую». Найменш популярними техніками підвищення особистої ефективності виявилися складання переліків завдань, які вимагають менше 10 хвилин на виконання та використання програмного забезпечення для відслідковування витрат часу. Середні оцінки відповідно 0,8 та 1,0 – «рідко використовую».

Також у ході обрахунків даних анкетного опитування було встановлено, що всі курси фармацевтичного факультету лише іноді не зволікають та не переносять на завтра те, що треба зробити сьогодні. Позитивним є те, що більшість студентів уявляють і формулюють свої довгострокові цілі, яких прагнуть досягти.

Висновки. У роботі узагальнено методики управління часом для підвищення особистісної ефективності. В результаті опитування студентів фармацевтичного факультету виявлено невисокий рівень використання технологій тайм-менеджменту та підвищення власної ефективності. Заплановано створення онлайн-курсу для студентів для удосконалення навичок управління часом.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ ПРОВІЗОРІВ В АПТЕЦІ

Грет Тетяна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра організації та економіки фармації
Завідувач кафедри - проф.Громовик Б.П.
Науковий керівник - ст.викл. Горілик А.В.

Актуальність. Темпи розвитку, впровадження та використання комп'ютерних інформаційних систем у професійну діяльність - вражають. На сьогоднішній день використання інформаційних комп'ютерних систем займає одне з першочергових місць у всіх сферах людської діяльності і стало важливим фактором у зміні фармацевтичної галузі. Впровадження використання комп'ютерних технологій у роботі аптечного закладу охопило всі бізнес-процеси, забезпечуючи функціонування електронного документообігу, підвищуючи якість фармацевтичної допомоги.
Мета. Вивчити та оцінити впливи впровадження та використання комп'ютерних технологій на ефективність роботи провізорів в аптеці.
Матеріали та методи. Огляд літератури, опитування провізорів аптек Львівської області, статистичний аналіз.
Результати. Впровадження комп'ютерних технологій в аптечні заклади надало можливість провізорам швидко та якісно виконувати свою роботу, а саме: проводити повний і точний облік лікарських засобів, своєчасно формувати замовленння товарів та виробів медичного призначення, контролювати рентабельність та фінансову звітність аптечного закладу. Також вплинуло на збільшення швидкості та зручності проведення комунікації між підрозділами та вчасно опрацювувати маркетингові функції (постійне оновлення та отримання повідомлень з інформацією про акції та знижки, надання порад провізору щодо проведення якісної фармацевтичної опіки, електронні інструкції та сертифікати якості лікарських засобів). Нами було

проведено анкетне анонімне опитування провізорів аптек Львівської області на предмет оцінки впровадження комп'ютерних технологій. Всього до вибірки потрапили респонденти з 6 районів: Жовківського, Бродівського, Стрийського, Дрогобицького, Пустомитівського, Яворівського, Самбірського та Золочівського. 88,3 % опитаних провізорів відзначили, що позитивно оцінюють впровадження комп'ютерних технологій у фармацевтичний бізнес, а також 75% відзначили, що вплив використання комип'ютерних технологій підвищують їхню ефективність роботи в аптеці. При цьому значна частина респондентів скаржилась на погіршення здоров'я внаслідок роботи за комп'ютером. Нами опрацьовано пам'ятки для провізорів для попередження розвитку найчастіших негативних симптомів.

Висновки. Професійна діяльність фармацевтичної галузі із впровадженням інформаційних комп'ютерних систем позитивно відбилась на роботі провізорів в аптеці. При цьому присутній суттєвий негативний вплив на здоров'я провізорів та фармацевтів.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МІАСТЕНІЇ

Дятленко Анастасія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації
Завідувач кафедри - проф. А.Б. Зіменковський
Науковий керівник - ас. К.В. Костяна

Актуальність. Міастенія (Myastheniagravis, хвороба Ерба-Гольдфлама) – неврологічне захворювання аутоімунного ґенезу, що пов'язане із з блокадою та руйнуванням ацетилхолінових рецепторів постсинаптичної мембрани нервово-м'язового синапса. Клінічно міастенія проявляється прогресуючою слабкістю мускулатури та патологічною м'язовою втомою, що загострюється під час фізичної активності. До основних симптомів належить птоз повіки, дисфагія, дизартрія та диспное. Хоча, за даними доступних джерел, захворюваність на міастенію складає, в середньому, 1.2 випадки на 10 000 населення, за останні роки у всьому світі відзначено зростання поширеності цієї патології.

Мета. Вивчення історичних аспектів становлення міастенії як клінічного діагнозу; дослідження історії діагностики та лікування захворювання.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження: сучасні інформаційні потоки, доступні джерела літератури, періодика. Застосовано методи: бібліографічний, сучасного інформаційного пошуку, аналітичний.
Результати. Встановлено, що перша історична згадка про симптоми, характерні для клінічної картини міастенії, сягає XVII століття і зустрічається у літописах «Virginian». Опис клінічного випадку вперше виконаний англійським лікарем Т. Уілісом у 1672 році. Пізніше В. Ерб (1879) та С. Гольдфлам (1893) представили більш детальну характеристику клінічних проявів захворювання. Що ж стосується назви захворювання, то термін «міастенія» (myastheniagravispseudoparalytica) введений німецьким лікарем Ф. Джолі у 1895 році. Зв'язок захворювання з пухлиною вилочкової залози (тимомою) та її гіперплазією вперше встановив К. Вейгерт у 1901 році, а першу тимектомію при міастенії виконано у 1911 році, хоча, ефективність цієї операції та введення її в клінічну практику відбулося більш, ніж через 20 років після цього (1936 та 1944 роки відповідно). У 1934 році М. Уокер виявила, що підшкірне введення фізостигміну може тимчасово зменшити м'язову слабкість у пацієнтів, які страждають від міастенії. Твердження стосовно аутоімунної природи захворювання датується 1960 роком і пов'язане із іменами Сімпсон та Настак. У 1973 році Патрік та Ліндстром в експерименті на кролях доводять роль нейромедіатора ацетилхоліну у патогенезі міастенії.
Таким чином, на основі отриманої інформації, сформовано хронологічну таблицю подій, що вплинули на становлення міастенії як окремого захворювання та визначили основні напрямки лікування та, зокрема, фармакотерапії.
Висновки. Результати дослідження засвідчили, що, будучи порівняно рідкісним захворюванням в популяції, міастенія потребує детального вивчення (у тому числі, й історичних аспектів діагностики та фармакотерапії) задля досягнення кращих результатів та створення нових перспектив у подоланні хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ПОДАТКОВИХ ПЕРЕВІРОК СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ ТА ФІНАНСОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВКОНАННЯ ВИМОГ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА

Кучерепа Роман
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра організації та економіки фармації
Завідувач кафедри - проф. Б.П. Громовик
Науковий керівник - доц. О.М. Корнієнко

Актуальність. Формування доходної частини бюджету є важливим видом діяльності будь-якої держави. Україна не є винятком, протягом останніх років суттєво змінився зміст фінансових ресурсів державного бюджету, все більшого значення набувають податкові методи їх акумуляції. Податки є не тільки головним джерелом формування бюджету, але й важливим джерелом радикальних змін, засобом забезпечення соціальної сфери. За порушення законів з питань оподаткування до суб'єктів господарювання застосовуються фінансова відповідальність у вигляді штрафних санкцій. Тому дослідження особливостей податкових перевірок і видів відповідальності за невиконання вимог чинного законодавства є актуальним.

Мета. Дослідити особливості податкових перевірок та види фінансової відповідальності суб'єктів господарювання за порушення законів з питань оподаткування діяльності.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження були Закони України «Про Податковий кодекс України», «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування», а також нормативні акти та коментарі Державної Фіскальної служби України і Головного управління Державної служби праці України. Застосовано метод інформаційного пошуку.

Результати. Податкові перевірки поділяють за обсягом контрольованих дій на камеральні, документальні та фактичні. Принциповими ознаками камеральної перевірки є проведення її у приміщенні Державної Фіскальної служби України та наявність як підстав даних, що містяться в податкових деклараціях (розрахунках) платника податку. Документальні перевірки залежать від періодичності проведення (планові або позапланові) та місця проведення (виїзні і невиїзні). Вони проводяться на підставі податкових декларацій, фінансової, статистичної та іншої звітності, регістрів податкового та бухгалтерського обліку, і пов'язані з нарахуванням і сплатою податків та зборів, а також податкової інформації за результатами перевірок інших платників податків. Фактичні перевірки здійснюється за місцем фактичного провадження платником податків або розташування об'єктів його права власності. Перевіряють дотримання суб'єктами господарювання порядку здійснення вичерпного переліку видів діяльності та операцій, зокрема розрахункові та касові операції, наявність ліцензій, патентів, дотримання роботодавцем законодавства щодо укладення та оформлення трудових відносин, здійснення фізичною особою підприємницької діяльності без державної реєстрації.

З 1 січня 2017 року розмір мінімальної заробітної плати в Україні суттєво збільшився - до 3 200 грн. Зросла також відповідальність за порушення чинного законодавства. Зокрема, недотримання

мінімальних державних гарантій в оплаті праці тягне за собою штраф у розмірі 32 тис. грн., порушення при оформленні трудових відносин - 96 тис. грн. та ін.

Висновки. Своєчасність, достовірність, повнота нарахування та сплати усіх передбачених законодавством податків, зборів і внесків контролюється за допомогою податкових перевірок та жорсткою системою штрафів.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМІННЯ СТУДЕНТАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ПРОБЛЕМИ ЗАПОБІГАННЯ ПРИРОДНО-ВОГНИЩЕВИХ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ КЛІЩАМИ

Палюх Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра організації та економіки фармації
Завідувач кафедри - проф. Б.П. Громовик
Науковий керівник - проф. Б.П. Громовик

Актуальність. Кліщі відомі як переносники збудників багатьох природно-вогнищевих інфекційних хвороб. Передача цих збудників людині відбувається трансмісивним шляхом у весняно-осінній сезон на будь-якій зарослій щільною рослинністю або травою місцевості - за місцем проживання, на присадибних ділянках і територіях відпочинку, на незатоплюваних заплавах річок і берегах озер, у лісопарках та листяних лісах. Знання заходів запобігання зараження збудниками трансмісивних природно-вогнищевих інфекцій дозволяє значно знизити шкоду життю людей, що й визначило спрямування цієї роботи.

Мета. Досліджування рівня знань студентів-провізорів щодо можливості надання фармацевтичної допомоги з питань запобігання зараження небезпечними трансмісивними інфекційними захворюваннями.

Матеріали та методи. Здійснено анкетне опитування 420 студентів I-V курсів фармацевтичного факультету денної форми навчання за спеціальністю «Фармація» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, що становить 96,8% від їх загального числового списку.

Результати. З'ясовано, що абсолютна більшість опитаних (99,2%) володіють інформацією про те, що кліщі є збудниками вірусних і бактеріальних захворювань. При цьому дев’ять з десяти студентів (90,0%) зазначили кліщовий енцефаліт, дві п’ятих (43,0%) – корості,

майже третина (29,2%) - хворобу Лайма, більше одної десятої - кримську геморагічну лихоманку (12,6%) та менше одної десятої - гранулоцитарний анаплазмоз людини (8,8%). Понад чотири п'ятих студентів (82,6%) вважають, що для запобігання укусів кліщів доцільно одягатися в світлу однотонну з довгими рукавами щільно прилеглу до тіла одежу. Близько третини опитаних вказала на доречність застосування репелентів (32,1%) та інсектецидно-репелентних засобів (34,2%), більше одної десятої (12,8%) – вакцинації. Вияснено, що майже дві третіх опитаних (62,3%) стикалися з укусами кліщів. Зокрема дві п'ятих респондентів через знайомих (41,4%), близько третини – через рідних (34,2%) та особисто (30,0%). При цьому майже дві третіх з них (63,5%) видаляли кліщі самостійно і менше третини (29,5%) зверталися до лікаря. Найчастішими симптомами були почервоніння в місці локалізації кліща (41,9%), набряклість і біль у місці локалізації (24,5%), біль у суглобах та підвищення температури (4,7%).

Висновки. Шляхом анкетного опитування встановлено, що заходи запобігання зараження збудниками природно-вогнищевих інфекцій, спричинених кліщами, порівняно відомі студентам фармацевтичного факультету.

АСПЕКТИ ЛІКОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПАЦІЄНТА ЩОДО АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Сератор Софія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації
Завідувач кафедри - проф. А.Б. Зіменковський
Науковий керівник - ас. О.Б. Борецька

Актуальність. Останнім часом у світі спостерігається тенденція до суттєвого зростання захворюваності на алергію. Відтак, актуальним, на нашу думку, постає питання належного застосування антигістамінних лікарських засобів (ЛЗ) та досягнення пацієнтами високого рівня адгеренсу – поведінки щодо приймання ліків, яка узгоджується із рекомендаціями фахівця охорони здоров'я.

Мета. На основі анонімного анкетного опитування пацієнтів визначити аспекти лікової поведінки щодо застосування антигістамінних ЛЗ.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування пацієнтів (n=32) із алергією різного генезу. Вік респондентів: 18-69 років, переважали жінки (59,4%). Дослідження проводилось в аптеках з

грудня 2016 по січень 2017 р. Використано методи: системного та порівняльного аналізу, стандартизації та анкетного опитування.

Результати. На основі результатів анкетування виокремлено чинники, які спричинюють симптоми алергії у опитаних пацієнтів. До найвагоміших факторів респонденти віднесли шерсть домашніх тварин (37,5%), цитрусові фрукти (25,0%), пилок рослин (25,0%), побутову хімію (21,9%), перебування на сонці чи холоді (12,5%) та ліки (12,5%). Значна частина пацієнтів хворіє більше 5 років – 40,6%, від 1 до 5 років – 28,1% респондентів та менше року – 18,8%, 12,5% опитаних – не вказали цього параметру. Майже всі пацієнти (93,8%) застосовували антигістамінні ЛЗ, більшості респондентам (62,5%) їх призначив лікар чи рекомендував фармацевтичний фахівець. Однак, лише 43,8% пацієнтів зазначили, що дотримуються належного способу застосування антигістамінних ЛЗ. Відтак, більша частка респондентів вказали, що не завжди дотримуються належного способу застосування цих ліків, не звертають на це уваги або ж взагалі не дотримуються. Причому, серед обох груп пацієнтів були ті, які хворіють тривало, більше 1 року (72,2% серед пацієнтів, які неналежно застосовують антигістамінні ЛЗ vs 64,3% серед тих, які застосовують їх належним чином). На дотримання способу застосування не значно впливав і той факт, що ЛЗ був рекомендований медичним/фармацевтичним фахівцем. Серед пацієнтів, які дотримувались належного способу застосування антигістамінних ліків, 71,4% опитаним їх рекомендовано медичним/фармацевтичним фахівцем vs 55,6% – серед іншої групи пацієнтів. Відтак, вважаємо, що причини, які спонукають пацієнтів частково чи повністю не дотримуватись належного способу застосування антигістамінних ЛЗ потребують більш детального вивчення.

Висновки. Результати проведеного анкетування засвідчили, що менше ½ пацієнтів дотримуються належного способу застосування антигістамінних ЛЗ. Отож, вважаємо, що фармацевтична опіка в аптеці повинна включати аспекти роз’яснення необхідності та важливості досягнення високого рівня адгеренсу у пацієнтів при застосуванні антигістамінних ЛЗ, що, на нашу думку, матиме позитивний вплив на досягнення очікуваних результатів лікування.

СЕКЦІЯ УКРАЇНОЗНАВСТВА

Лекційна аудиторія А2
П'ятниця, 28.04.2016р.,08:00

Наукова рада – доц. Т. А. Єщенко, доц. Н. Д. Черкес, доц. Н. М. Божко
Головуючі - Бойко Вікторія , Шалавило Андрій

СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ У ЛЬВІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Абдельрахман Ахмед
Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – викл. І. Р. Козелко

Актуальність. Стрімкий розвиток сучасної фармацевтичної науки немислимий без звернення до її історичних умов становлення, де визначне місце посідає діяльність фармацевтів-практиків, професорсько-викладацького складу фармацевтичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (далі ЛНМУ).
Мета. Вказати на витоки зародження фармацевтичного вчення у світі та ЛНМУ, що розкривають еволюцію становлення фармацевтичної науки в ЛНМУ.
Матеріали та методи. Матеріалами дослідження послужили монографії, наукові статті, науково-методичні розробки, публікації історичного характеру та ресурси мережевого пошуку Інтернет, які дозволили провести збір та аналіз інформації.
Результати. Походження терміну „фармація" відноситься до глибокої давнини. Під зображенням лікаря древнього Єгипту Тота був знайдений надпис: фар-ма-ки, що означало той, що дарує зцілення. Греки, які вчилися у єгиптян мистецтву лікування, утворили з цього кореня свій термін – „фармакон", що означало ліки, отрута. Здавна, фармацію розуміли, як комплекс наук та практичних знань, що включають питання пошуку, добування, дослідження, зберігання та відпуску лікарських та лікувально-профілактичних засобів. Дослідженням розвитку та становлення фармацевтичної освіти саме в Україні у XVI-XIX століттях присвячені роботи академіків та професорів Б. Зіменковського, М. Бородія, П. Духіна, І. Шапиро та ін. Історичні

аспекти розвитку фармацевтичної освіти у 90-х роках ХХ та на початку ХХІ століть досліджували вчені Д. Волох, В. Черних, Л. Кайдалова та інші. З 1784 року у Львові бере відлік своєї роботи ЛНМУ з чотирма факультетами: теології, права, філософським і медичним. Дисципліни фармацевтичного спрямування розпочинають вивчати на кафедрі природничої історії, де викладаються основи фармацевтичної хімії і фармакогнозії, також обладнано першу хімічну лабораторію. У 1853 р. відкривається фармацевтичне відділення філософського факультету університету. У 1939 р. фармацевтичний відділ реорганізовується у фармацевтичний факультет Львівського медичного інституту, який очолив Якуб Кароль Парнас. З 1961 року фармацію вивчають іноземні студенти, згодом з англійською мовою викладання. У 1992 р. відкривається перша в Україні навчально-виробнича аптека. Фармацевтичний факультет опікується й виданням науково-практичного медико-фармацевтичного журналу «Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація» (2008). Сьогодні до складу фармацевтичного факультету ЛНМУ входить 11 кафедр.

Висновки. Отже, фармацевтична освіта досягла чимало великим завзяттям фахівців фармацевтичного факультету ЛНМУ. Як результат, на кафедрах затверджено типові програми, проводяться конференції всеукраїнського та міжнародного рівня, активною є співпраця із фармацевтичними факультетами медичних університетів Литви, Латвії та ін. Використовуються сучасні інтерактивні методи викладання навчальних дисциплін. Вперше запроваджено в Україні 4 дисципліни: «Основи медичної стандартизації», «Основи клінічних знань», «Основи організації ОЗ та медичне страхування», «Інформаційні технології у фармації».

ОСОБЛИВОСТІ ВЖИВАННЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ У СУЧАСНІЙ УКРАЇНСЬКІЙ І ПОЛЬСЬКІЙ МОВАХ

Барбара Бєлка
Вікторія Фостач
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра Українознавства
Завідувач кафедри - доц. Єщенко Т. А.
Науковий керівник - ст.викл. Ярова К. Б., викл. Дробот О. В.

Актуальність. Актуальність публікації зумовлена активними дослідженнями в галузі термінотворення для виявлення спільних та

відмінних особливостей при вживанні власне українських/польських медичних еквівалентів. Комплексний аналіз охоплює семантичний та структурний аспекти, висвітлює їхню мовну сутність.
Мета. Мета дослідження – висвітлити різноманітні функції, структуру, значення медичних термінів у польській та українській мовах. Використано метод порівняння.
Матеріали та методи. Опрацьовано наукову літературу, зокрема Atlasanatomiiczłowieka (Атлас анатомії людини).
Результати. Використовуючи власне українські/польські відповідники, медична термінологія відображає культурно-історичний досвід народу, а також особливості історичних законів розвитку мови.
Висновки. Спільні та відмінні ознаки насамперед пов'язані з однаковим джерелом походження і відповідно своєрідною граматичною структурою мов, історичним підґрунтям кожної з них. Таким чином, медична термінологія української та польської мов має широко розгалужену систему завдяки умовам, які сприяли розвиткові мови, джерелам та походженню досліджуваних еквівалентів.

ЗАПОЗИЧЕННЯ ЯК СПОСІБ ПОПОВНЕННЯ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Боровець Владислав
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Єщенко Т. А.
Науковий керівник – доц. Єщенко Т. А.

Актуальність. Витворення медичної термінології на національній основі – вкрай значуще завдання, яке зумовлене утвердження державної мови в усіх культурно-наукових сферах. І досі точаться дискусії щодо норми уживання слів та певних граматичних категорій у медичній галузі. Останнє негативно впливає на фаховому мовленні й успішній комунікації медичного працівника.
Мета. Описати один із найдавніших способів утворення медичної термінології (запозичення з чужих мов) в аспекті націоналізації фахової мови сучасного українського лікаря.
Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують запозичені медичні терміни (понад 18 одиниць), вибірку яких здійснено із лексикографічних праць. Методи наукового студіювання – описовий

метод, який є найкращим способом точної і повної інвентаризації вказаних лексичних скорочень.

Результати. Унаслідок розширення міжнародних контактів латинська мова поступово ставала єдиною мовою професійних лікарів, обслуговуючи сферу наукового та ділового спілкування, тим часом як загальновживана народна медична лексика була поширена тільки з-поміж народних знахарів, де переважав розмовний стиль мовлення. Однак, народна медична лексика була численнішою і функціонально вже могла задовільнити потреби тогочасної медичної комунікації у площині «лікар – пацієнт», а подальший розвиток національної медичної термінології шляхом розширення сфери її функціонування сприяв би стильовому збагаченню українського фахового медичного мовлення в цілому. Але, на жаль, цього не сталося. Процес розширення сфери вжитку національної медичної лексики розпочався у другій половині XIX століття з діяльності НТШ у Львові. Він був спрямований на розвиток власне українських медичних термінів із урахуванням особливостей мовного процесу. Але в сумнозвісні 30-ті роки з'являються спеціальні бюлетені, у яких друкувалися цілі низки слів (медичних термінів), що підпадали під заборону. Були вилучені з ужитку такі слова, як ломець (ревматизм), навіювання (гіпноз), ядуха (сильна задишка), гнояк (абсцес) тощо. Стилістично збагачена вже на той час українська медична національна лексика була повністю знекровлена і майже зникла з фахового спілкування. Активне медичне словотворення в Україні розпочалося у 90-і роки XX століття разом з активізацією національного відродження в усіх галузях. Більшість держав світу має свою національну термінологію (Польща, Німеччина, США). Таке засилля латинської мови, як в українській мові, спостерігається в країнах колишнього СРСР та деяких скандинавських країнах (пор.: адаптація (лат.) – пристосування (укр.), анемія (грец.) - недокрів'я (укр.), тонус (лат.) – напруження (укр.), вібрація (лат.) – коливання (укр.), дефект (лат.) - вада тощо).

Висновки. У процесі унормування наукової термінології (і медичної зокрема) варто особливу увагу зосередити на запозиченні як явищі, що денаціоналізує фахову мову лікаря. Байдуже або негативне ставлення медичних працівників до української мови відбувається через відсутність патріотизму, національної самосвідомості, навіть інтелігентності, незнання історії та культури свого народу. Лікар повинен бути пропагандистом рідної фахової мови, а його слововжиток мусить ґрунтуватися на національну традицію.

СПЕЦИФІКА ВИКЛАДАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ В ПОЛЬЩІ

Евеліна Вьонцек
Львівський національний медичний університету імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – ст. викл. І. В. Чикайло

Актуальність. Специфіка викладання української мови в Польщі тісно пов'язана з особливим становищем української культури в польській державі, історією взаємних польсько-українських зв'язків і наявністю в Польщі української діаспори, яка, однак, не є формальною еміграцією, а середовищем українських автохтонів, що жили на землях польсько-українського прикордоння і в результаті історичних процесів стали громадянами Польщі. Усе це вплинуло на своєрідний статус української мови.

Мета. Показати і проаналізувати стан і динаміку розвитку викладання української мови в Польщі.

Матеріали та методи. Підручники і словники. Аналітико-описовий метод.

Результати. До початку 90-х років XX ст. українську мову в Польщі викладали лише в одному академічному осередку. У 1953 році у Варшавському університеті відкрито кафедру української філології, яку очолив проф. Пшемислав Зволінський. До 90-х років XX ст. майже не виходили українознавчі підручники, словники. Вивчення мови базувалося на художній літературі, яка була доступна з Радянського Союзу, і на українсько-російських словниках, підручниках чи розмовника. Українська філологія була тісно переплетена з російською, бо курс останньої був обов'язковий для студентів україністики. У цей час склався стереотип непридатності української мови для спілкування, адже в Україні можна було комунікувати російською. На початку 90-х років, коли Україна стала незалежною державою, з'ясувалося, що в Польщі існує замовлення на українську мову. У цей час відкриваються відділи україністики у Щеціні, Ольштині та Вроцлаві. Необхідним стало підготувати підручник для навчання української мови поляків. Перший такий підручник «Вивчаємо українську мову: Podręcznikdonaukijęzyzykaukraińskiego» був укладений в Люблінському Католицькому університеті Іриною Гук і Мирославою Кавецькою і вийшов 1994 року. Він був розрахований на два семестри занять для початківців з викладачем. Недавно вийшло друге його видання. Другим підручником для навчання української мови в Польщі був виданий видавництвом „WiedzaPowszechna" 1996 року самовчитель української

мови авторства Івана Співака. Цей підручник вміщає основні лексичні, орфографічні і граматичні відомості. Вдалою спробою заповнити дефіцит у цій сфері був виданий у 2003 році «Українсько-польський синтаксичний словник» авторства Маріана Юрковського і Ореста Співака, який описує синтаксичні норми української мови в зіставленні з польською.

Висновки. Зараз у процесі навчання української мови в Польщі одночасно з традиційним методом застосовуються сучасні методи. По-перше, навчання починає орієнтуватися на комунікацію, завдяки чому мінімалізуються проблеми, що випливали із розходжень між розмовними і зразковими літературними формами, а студенти реально використовують мову. По-друге, великого значення набуває лінгвокраїнознавчий підхід, що сприяє сприйняттю мовлення з погляду носіїв мови.

ПОМИЛКИ У ВИКОРИСТАННІ АНАТОМІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Гнатій Олена
Зубікова Марина
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології
Завідувач кафедри - доц. Л. В. Дудікова
Науковий керівник - викл. О. Б. Наливайко

Актуальність. Анатомічна термінологія служить в якості основних засобів комунікації у всіх областях медицини. Тому латинська анатомічна номенклатура переглядалася з 1895 р. (BasiliensiaNominaAnatomica) до тих пір, поки в 1998 р. не була затверджена і опублікована остання версія Міжнародної анатомічної термінології «TerminologiaAnatomica».

Мета. Встановити відмінності латинської анатомічної номенклатури, яка переглядалася в 1895 р., (BasiliensiaNominaAnatomica) та останньої Міжнародної анатомічно термінології «TerminologiaAnatomica», опублікованої в 1998р.

Матеріали та методи. Коротка історія розвитку термінології та номенклатури згадується разом з концепцією і вкладами «TerminologiaAnatomica», в тому числі використовуваних скорочень, прикладів, застарілих Анатомічних термінів і їх синонімів. Клініцисти зробили свій вклад в номенклатуру і цей аспект демонструється

кількома прикладами термінів, які використовуються тільки в клінічних областях, деякі з них вже включені в «TerminologiaAnatomica», кілька застарілих термінів досі живі в практичній комунікації. Виявлені часті помилки в граматиці, а також в правописі.
Результати. Встановлені деякі відмінності застарілих термінів з попередньої номенклатури з актуальними на сьогодні латинськими термінами в клінічному застосуванні. Прикладами може бути сідничо-відхідникова ямка, яка раніше транслітерувалась як Fossaischiorectalis, тепер - Fossaischioanalis, та сухожильний центр промежини (Corpusperineale), застаріло термінований як Centrumtendineumperinei. Аналогічно використовувалися нисхідна гілка під'язикового нерва Ramusdescendensnervihypoglossi, відома тепер як Radixsuperioransaecervicalis.
Такі застарілі терміни, як Nervicraniales, Costae, Vertebrae, Segmentabronchopulmonalia, відповідно скорочують NervusI-XII, CostaI-XII , C1-7, T1-12, L1-5, S1-5, Co1-3; S1-10.
Висновки. Отже, на основі проведених нами порівнянь термінології та номенклатури, рекомендуємо використовувати останню редакцію латинської анатомічної номенклатури як в теоретичній, так і в клінічній медицині.

ДЕОНТОЛОГІЯ ТА КУЛЬТУРНА КОМУНІКАЦІЯ ЛІКАРЯ

Гавриш Ангеліна
Львівський національний медичний університет імені
Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри -– доц. Єщенко Т .А.
Науковий керівник -– доц. Єщенко Т. А.

Актуальність. Філософія медичної діяльності охоплює вчення про принципи поведінки медичного персоналу при виконанні професійних обов'язків. Вона спрямована на створення умов для максимального підвищення ефективності лікування пацієнтів і усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної діяльності.
Мета. Описати культурну комунікацію медичного працівника в аспекті деонтології лікаря.
Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують усні діалоги між лікарем і пацієнтом, зафіксовані у живому і

безпосередньому спілкуванні (понад 150 текстів). Для наукового студіювання обрано описовий метод.

Результати. Успіх лікування складається не тільки з письменності, але й уміння спілкуватися з пацієнтом, що одночасно є і наукою, і мистецтвом. Навіть коли пацієнт запитує: «Доктор, я вмираю?», лікар повинен спробувати зрозуміти, чи є це бажанням отримати інформацію, знайти розраду. Мовна культура завжди була надійним фундаментом освіченості, інтелігентності, вона є важливим складником особистості лікаря. Мова підтримує в людині стан психологічної впевненості, рівноваги, дає відчуття життєвої перспективи, духовної опори. Від мистецтва спілкування медичного працівника залежать результати лікування. Точне, правильне, багате мовлення лікаря, врахування ним психологічних особливостей пацієнта, контроль власної мовленнєвої поведінки, емоцій - необхідні складники його професійної майстерності. Мовленнєвий етикет (ширше - етико-психологічні основи спілкування) становить те підґрунтя, на якому тільки й можливе професійне формування лікаря. Навряд чи потрібно доводити, яку повагу й довіру відчувають пацієнти до лікаря, який володіє методом словесного переконання. Минають віки, одні методи забуті, інші втратили своє значення, а слово і досі залишається в арсеналі найефективніших лікувальних засобів. Проте на вустах невмілого лікаря воно може викликати ятрогенією, що в перекладі з грецької мови означає «хвороба, викликана лікарем». Це є актуальна проблемою деонтології. Нерідко бувають випадки, коли лікарське слово негативно впливає на пацієнта і має ятрогенну дію. Причини таких захворювань різноманітні: необережні зауваження лікаря, обізнаність пацієнта про результати лабораторних досліджень тощо. Так, скажімо, чоловік, 55 років, у післяопераційному періоді переніс гострий психічний розлад унаслідок випадково почутої ним оцінки зробленої операції: марна праця. Негативно діють на психіку хворого вислови: «У вас поганий аналіз крові», «У вас погана сеча», «У вас помітні зміни на електрокардіограмі», «У вас великі зміни на рентгенограмі» тощо. Усі зусилля лікаря допомогти пацієнтові може звести нанівець нечемне, фамільярне привітання, грубість, неуважність, нетактовність, виявлені під час опитування (анамнезу). Виявом такої безтактної поведінки є грубі, образливі репліки: не говоріть нісенітниці; безглуздя; маячня; верзіння; марення сивої кобили; достатньо; пожили бабусю, і досить; не хвилюйтеся, розтин покаже; спокійний, як пульс небіжчика тощо.

Висновки. Мовленнєвий етикет є складником деонтології лікаря. Важливу роль при цьому відіграє майстерність ділового спілкування, висока комунікативна культура лікаря, яка сприяє встановленню довірливих, доброзичливих стосунків з пацієнтами.

ЛІКАРІ-ПИСЬМЕННИКИ І ЇХ ВКЛАД В УКРАЇНСЬКУ КУЛЬТУРУ

Журавінська Оксана
Пазинюк Марія
Львіський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Н. Д. Черкес

Актуальність. Найхарактернішими рисами української літератури XIX століття були реалізм, демократизм і народна тематика. Саме письменникам-лікарям належить пріоритет у створенні художнього образу медицини в сучасній літературі. Книги письменників-лікарів, присвячені своїй професійній сфері, складають своєрідний цикл, який відображає всю історію медицини XX сторіччя.

Мета. Дослідити життя і літературну діяльність лікарів-письменників України; дослідити вияв їх медичної спеціалізації у творах.

Матеріали та методи. Інформаційний пошук, гіпотетично-дедуктивний та аналітико-описовий. Матеріалами та джерельною базою слугували роботи Скворцова «Лікарі в літературі та мистецтві» та Аронова «Визначні імена в історії медицини» а також твори досліджуваних осіб: Юрія Щербакова «Шлях до серця», сценарій за яким у 1971 році отримав нагороду у Варні на конкурсі фільмів на медичну тематику, Ольги Джигурди « Записки партизанського лікаря», Миколи Амосова « Думки та серце».

Результати. Дослідниками вже давно вивчається проблема активного залучення лікарів до художньої діяльності. Степан Васильович Руданський – визначна й трагічна постать в історії української культури. Скрізь знають його дотепні співомовки, багато хто захоплюється його поезією, та мало хто знає про зв'язок цієї людини з медициною. Степан Васильович був гуманістом, якщо зробив об'єктом своєї уваги душу людини (як письменник),здоров'я людини (як лікар). Остап Вишня — письменник-новатор, найяскравіша постать українського національного відродження 20-х років. Творячи в часи, коли сатира і гумор у чистому вигляді просто не могли існувати через офіційний режим, Остап Вишня зумів не тільки продовжити традицію цих жанрів, але й збагатити її, зробити свій вклад у її розвиток і по праву завоювати любов і визнання народу. Микола Амосов відомий як

письменник. Його повісті «Думки та серце», «Записки з майбутнього», «ППГ-2266», «Книга про щастя та нещастя» неодноразово видавалися у нас в країні та за кордоном.

Висновки. Проведений загальний огляд доводить, що медики України були залучені до всіх складових літературного процесу ХХ століття: прозаїчна та поетична творчість, просвітницька діяльність, літературознавчі дослідження. По-різному складалося співвідношення лікарської і літературної праці: одні йшли з медицини у професійну літературну діяльність, інші – поєднували обидва покликання, залишались лікарями, аматорські, звертаючись до художньої творчості. Творчій доробок письменників-медиків України включає соціально-психологічні повісті й романи, і поезію, і мемуаристику, драматургію, гумористику, науково-популярну літературу, художнє краєзнавство, літературний переклад, публіцистику, філософську прозу. Завдяки письменникам-лікарям відбувалось збагачення тематики художніх творів, до яких широко вводилась медична проблематика.

ВПЛИВ УКРАЇНСЬКОЇ МОВИ НА ПОЛЬСЬКУ ТА ПОЛЬСЬКОЇ НА УКРАЇНСЬКУ ВКІНЦІ XIX - ПОЧ.XX СТОЛІТТЯ.

Заторська Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - викл. Г. М. Стечак

Актуальність. Польща і Україна - це сусідні країни, які протягом століть були об'єднані політично і культурно, тому закономірним є факт наявності запозичених слів як для української, так і для польської мов. Галичина - це виняткова територія, яка є перехрестям звичаїв багатьох народів. Історія цього геополітичного регіону була дуже складною, про що свідчить власне мова, яка витворилася і набрала великого розвитку у XIX і XX ст. Українсько-польські мовні контакти, їх історія та наслідки належать до важливих питань сучасної славістики. Питання польського впливу на українську мову та українського впливу на польську мову неодноразово ставало предметом мовознавчих розвідок українських і польських дослідників, у яких описуються причини, характер та значення цього впливу для розвитку української літературної мови на різних етапах її становлення. Також актуальність цієї роботи зумовлюється тим, що сьогодні

спостерігається активізація вживання запозичених із польської мови лексем в українському мововжитку.

Мета. Усвідомити та проаналізувати велику роль мови у нашому повсякденному житті, зокрема узагальнити науковий доробок, присвячений польським запозиченням в українській мові та українським запозиченням у польській мові.

Матеріали та методи. Дослідження опрацьоване на основі наукового видання Зофі Куртзової «PolszczyznaLwowaiKresówPołudniowo-Wschodnichdo 1939 roku» та роману Анджея Кусьнєвіча « Стрефи (Strefy»), а також « Автентичної Львівської Абетки- Ґвара» Гриця Едре, які висвітлюють елементи польських діалектів, що виросли на основі української мови і навпаки.

Результати. Аналіз мовознавчого доробку з питань польського впливу на українську мову дає підстави стверджувати, що польсько-українське мовне контактування характеризується різною інтенсивністю взаємодії в окремі історичні періоди розвитку української мови. Висока інтенсивність польсько-українського мовного контактування наприкінці XIX -поч. XX ст. розкривається в дослідженнях, присвячених аналізу тогочасних правописних і перекладних словників, а також творів художньої літератури. Специфіка цього періоду полягає в тому, що польський вплив особливо помітний був у західноукраїнському мововжитку.

Висновки. Отже, виконані дослідження щодо польського впливу на українську мову та українського впливу на польську мову в цілому дозволяють скласти уявлення про його розміри і значення в процесі формування лексики. На мовному матеріалі цього історичного періоду розкрито механізми входження полонізмів в український та українізмів у польський мововжитки, описано адаптаційні зміни, яких зазнали запозичення.

МЕДИЧНА ЛІТЕРАТУРА УКРАЇНСЬКОЮ МОВОЮ:ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Захарова-Гетьман Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - викл. Г. М. Стечак

Актуальність. На сьогодні відсутня інформація щодо дослідження та аналізу наявності навчально-методичних українських медичних професійних видань. Проте, є нагальна потреба у збільшенні кількості професійних медичних видань українською мовою, зокрема, навчальних посібників, підручників, довідників та іншої літератури.
Мета. Продемонструвати реальний стан щодо цієї тематики та визначити можливі перспективи покращення цієї ситуації у сучасній професійній медичній освіті.
Матеріали та методи. В даній роботі був використаний аналітичний метод дослідження. Для порівняльного аналізу, матеріалами дослідження служили медичні книги різних напрямків, а саме: підручники з анатомії, гістології, біохімії, фармакології, патологічної анатомії, фізіології. Також були використані книги з клінічних дисциплін, атласи і різні посібники.
Результати. Результати нашого дослідження підтверджують необхідність модернізації у сфері видавництва, зокрема у педагогічному і науковому напрямках сучасної медичної освіти в Україні. Дана робота продемонструвала також то, що відомі сучасні українські автори видають професійну медичну літературу, на жаль, російською або іншою іноземною мовою.
Висновки. Рівень професійної підготовки майбутнього лікаря залежить не лише від безпосередньо аудиторних занять, а й у більшій мірі від самостійного опрацювання наявних матеріалів навчального характеру. Тому очевидною є потреба в належній кількості відповідної літератури, зокрема, додаткової з професійною термінологією, українською мовою як державною.

ГРЕЦЬКО-ЛАТИНСЬКІ СЛОВОТВІРНІ ЕЛЕМЕНТИ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кирилюк Ярослав
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А. Єщенко

Актуальність. Латинська мова, як і старогрецька, є своєрідним будівельним матеріалом, основним джерелом розвитку й поновлення термінологічних систем різних галузей науки, у тому числі медицини. Нові лікарські препарати й наукові відкриття отримують назви з

невичерпного джерела міжнародної грецько-латинської скарбниці терміноелементів. У руслі сказаного постала нагальна потреба поглибленого дослідження впливу латинської мови на структуру української мови на одному із значущих етапів її розвитку і становлення. Недостатність вивчення такого типу взаємодії окреслила актуальність обраної нами теми.

Мета. Описати доцільність впровадження латинських та грецьких словотвірних елементів в українській національній фаховій мові лікаря.

Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують медичні терміни (понад 120 одиниць), вибірку яких здійснено із лексикографічних праць. Методи наукового студіювання – описовий метод, який є найкращим способом точної і повної інвентаризації вказаних лексичних одиниць.

Результати. Українська мова – мова етносу, який упродовж століть був надзвичайно динамічним щодо лінгвальних контактів з іншими народами, зберігаючи сліди впливів інших мов і культур. До основних причин запозичень відносимо: 1) контакт між носіями обох мов; 2) прийняття християнства; 3) вивчення в українських школах у XV—XVI ст. латинської і у XVI—XVII ст. грецької мов; 4) розвит¬ок різних галузей науки, з політичним життям, культури й мистецтва. Тож українська мова у своєму складі містить, окрім питомо слов'янських, грецько-латинські словотвірні елементи. Для грецизмів характерні початкові голосні а, є, і, приголос¬ний ф, звукосполучення кс, пс, суфікси -ік(а), -ад(а), -ид(а), -ід(а) тощо: анемія, артерія, бактерія, гормон, діабет, мікроб, травма, психіка. Для латинізмів характерні префікси де-, екс-, ім-, ін-, ре-, суфікси -альн(ий), -ат, -аці(я), -еит, -тор, -тур(а), -ум, -ус: ангіна, ампутація, аускультація, консиліум, ординатор, туберкульоз, фурункул, перкусія, трансфузія, депресія, інкубатор, інтервал, реконст¬рукція, універсальний, концентрат, мінімум, ботулізм, вакцина, вірус, галюцинація.

Висновки. Поліаспектний розгляд проблеми дає змогу створити цілісну картину становлення і розвитку української мови на різних хронологічних зрізах, розкрити особливості латинськомовного впливу на українську мову. Цей вплив відбувся у різні часові періоди. Пристосовуючись до системи мови-реципієнта, латинізми зазнавали адаптивних змін, які простежуються на всіх структурних рівнях мови: від акцентуаційного і фонетичного до семантичного. При утворенні медичних термінів використовуються здебільшого префікси грецького та латинського походження: а/ан-, анти-, де-, діс/дис-, екзо-, екто-, ендо-, гіпер-, гіпо-, ана-, апо- тощо. Ці префікси залежно від їхніх семантичних ознак та функцій, а також співвідносних з ними похідних основ можна поділити на префікси, що означають протилежні поняття

(гіпотрофія – гіпертрофія), префікси, що функціонують на означення інтенсивності ознаки або неповноти ознаки.

МАРКІЯН ШАШКЕВИЧ У КОНТЕКСТІ ЕПОХИ

Клім'юк Магда
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - ст. викл. М. М. Дрогомирецька

Актуальність. Постать М. Панчишина повинна бути джерелом натхнення і зразком для сучасників. Проблема зигзагоподібного розвитку нашого суспільства спричинена відсутністю особистостей такого масштабу. Виховання нового молодого покоління науковців рівня професора Панчишина є актуальною проблемою сьогодення.
Мета. Визначити значущість постаті Маркіяна Панчишина, відомого лікаря і громадського діяча, у контексті міжвоєнної доби. Також належно оцінити його внесок у розвиток академічної науки. Показати, як розвивалася медична освіта цього періоду та наскільки вона була доступною для українців.
Матеріали та методи. Матеріалом розвідки слугують бібліографічні електронні та друковані джерела, архівні матеріали. Методи дослідження – бібліографічний (у процесі якого вивчався життєвий шлях М. Панчишина), дослідження документальних джерел та метод спостереження.
Результати. Народився Маркіян Панчишин 6 вересня 1882 року. Батько не мав засобів, щоб дати синові освіту, але здібний юнак здобув її коштом заможних львівських міщан: тоді у Львові вже діяла система грантів приватних фундацій для незаможної молоді. У 1903 – 1909 роках Панчишин навчався на медичному факультеті Львівського університету. Відразу після завершення навчання, був призначений асистентом кафедри анатомії та керівником першого рентгенологічного відділення клініки. Брав участь у з'їздах польських лікарів і природознавців. З 1912 року – секретар Львівського лікарського товариства. Під час Першої світової війни керував протиепідемічними шпиталями. 1918 року – звільнений з університету, через те, що підтримав українську ідею. Згодом відкриває приватну медичну практику. З 1924 до 1925 року був ректором Львівського українського таємного університету. Прийом українських студентів на навчання в

університети був обмеженим, тому львівська З 1924 до 1925 року був ректором Львівського українського таємного університету. Прийом українських студентів на навчання в університети був обмеженим, тому львівська інтелігенція у 1921 році засновує таємний університет. Після закінчення чотирьох семестрів студенти продовжували навчання в закордонних університетах, де визнавали свідоцтва таємного університету. Коло зацікавлень, а також напрямки діяльності цієї людини просто вражають. Це і засновник Українського гігієнічного товариства, і протитуберкульозного диспансеру, і редактор журналу «Лікарський вісник», і автор низки наукових праць з найактуальніших питань медицини і, звичайно, найавторитетніший лікар того часу. Помер Маркіян Панчишин 9 жовтня 1943 року.

Висновки. Це далеко не повний перелік величних справ та здобутків одного з найвидатніших громадян Галичини першої половини XX століття, найвизначнішого лікаря та громадського діяча, вагомий внесок якого в розвиток української медицини є неоціненним.

ЮРІЙ КОТЕРМАК – ПЕРШИЙ УКРАЇНСЬКИЙ ДОКТОР МЕДИЦИНИ

Кушнір Валентин
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т .А. Єщенко
Науковий керівник – доц. В. М. Мельник

Актуальність. Сьогодні ми, як ніколи потребуємо висококваліфікованих медиків, яких на жаль рідко можна зустріти в Україні. Кожен майбутній лікар, повинен звертатися до історичних джерел, в яких описані методи лікування людей, відомими лікарями. Юрій Котермак - перший доктор з Галичини, який обрав собі за псевдонім назву рідного міста - Дрогобич, невтомною працею, різнобічним талантом відчутно прислужився розвиткові науки й культури доби Відродження. Юрій Дрогобич був лейб-медиком у роки правління короля Казимира Ягелончика. Ним він залишився й при дворі короля Яна Ольбрахта. Мета. Кожен медик повинен бути перш за все відданим своїй батьківщині і цікавитися відомими постатями в медицині та медичній науці. Показати внесок Юрія Дрогобича у розвиток медицини того часу.

Матеріали та методи. Робота виконана на основі аналізу джерел та сучасної літератури про життя та діяльність Юрія Котермака, експозицій та фондів музею «Дрогобиччина» (м. Дрогобич).

Результати. Юрій Дрогобич ще з дитинства важко сприймав розповіді про спалені міста і села Галичини, тому щоб змінювати долю свого народу та покращувати його майбутнє він передусім вирішив боротися з духовним рабством, поширювати серед народу освіту. Тому Юрій вирішив: він поїде до Кракова, щоб допомагати землякам здобувати знання у найближчій до України вищій школі. Діяльність Ю.Дрогобича – це свідчення культурних та наукових зв'язків тогочасної України з країнами Заходу і Сходу. По Кракову швидко поширювалась добра слава про лікаря-практика Юрія Дрогобича. Його також називали Георгієм з Русі та Юрієм зі Львова. Крім того, що Юрій займався лікарською практикою, він також сам виготовляв ліки. Котермак отримав титул "королівський лікар Георгіус зі Львова". Викладав у Краківському університеті. У 1492 році Юрія обрано деканом медичного факультету цього університету. Викладацька діяльність не заважала Дрогобичу провадити широку медичну практику. У тогочасному Кракові дипломованих лікарів було лише кілька, а лікуванням займались переважно знахарі і цирульники. До Котермака-Дрогобича звертались по допомогу представники світської та духовної еліти; кілька разів, як одного з найвідоміших лікарів Польщі. Він вчив студентів не лише медицині, а й медичній астрології, був також неабияким знавцем східної філософії та поезії. Він пише про ймовірні хвороби людей, виходячи з того, що люди "різного темпераменту і різної комплекції" (конституції організму) неоднаково реагують на ті ж самі впливи. Астрономія і медицина були тоді тісно пов'язані між собою. Кожен лікар мусив розумітися на астрономії, щоб за розташуванням небесних світил знати найкращий час для операції, кровопускання, найкращої дії ліків. Вважали, що лікар без знання астрономії – це щось на кшталт ока, що втратило здатність бачити. У 1481 – 1482 рр. вченого з України обрали ректором «Університету медиків та артистів у Болоньї».

Висновки. Отже, дослідження біографії визначного Юрія Дрогобича є надзвичайно цінним джерелом, адже громадяни повинні розуміти, що без знань і практики лікарем стати неможливо. Саме Юрій Дрогобич має стати тим прикладом для студентів молодих українських лікарів. Безкомпромісна, розумна, працьовита і талановита людина, яка знає, чого прагне в житті, може відмовитися від власної вигоди, заради великої справи, справжній патріот і справжній Лікар. Нам слід пам'ятати, що лише завдяки великій праці, ми зможемо чогось досягнути. Потрібно бути вірним своїй професії. Будьте гідними

лікарями, щоб про вас завжди з гордістю згадували як про Юрія Дрогобича.

СУРЖИКОВЕ МОВЛЕННЯ У МОВНОМУ ПРОСТОРІ

Лабацевич Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Єщенко. Т. А.
Науковий керівник – ст.викл. Хирівська Г. П.

Актуальність. В українській соціолінгвістиці й не тільки з часу проголошення незалежності нашої держави досить часто порушують питання про суржик — українсько-російську форму переважно усного мовлення. Однак не можна не помітити, що ця проблема стає дедалі актуальнішою й для писемного мовлення, оскільки багато росіянізмів проникає в друковані ЗМІ та навіть у наукову й навчальну літературу усіх галузей знань. «Сучасний суржик, — констатує І. Ціхоцький, — переріс стилістичний діапазон ужиткового мовлення і впевнено проникає в літературні і музичні тексти, мову телебачення і преси, чому активно сприяє постмодерна рецепція дійсності в українській мистецькій парадигмі та шоу-бізнесі».
Мета. Визначити місце суржику у сучасній мовній системі усних форм побутування української мови та методи боротьби з ним. Відстежити поширення суржика у різних мовних середовищах
Матеріали та методи. Використано матеріали «Антисуржика», «Культура слова: мовностилістичні поради»О.Пономаріва, а також живе мовлення у мовному просторі. Для вивчення теми ми використали порівняльно-історичний, зіставний та описовий методи.
Результати. Українсько - російський мовний гібрид залишається важливим (або навіть єдиним) засобом спілкування для багатьох громадян України. Як зазначають вітчизняні лінгвісти, суржик став настільки звичним, що його інколи навіть називають «третьою мовою» поряд з українською і російською. Тож суржик можна розглядати як форму просторіччя, оскільки просторіччя, яке формується в одномовній ситуації, часто зумовлюється випадками, коли мовець виявляється нездатним до опанування нормативних літературних форм позначення певних реалій і замість цих форм уживає їх аморфні, неправильні відповідники тієї самої мови. Деякі дослідники взагалі розглядають суржикове мовлення як діалектне, а тих, хто його використовує,

зараховують до діалектоносіїв. А також частина дослідників вважає суржик напівмовністю, яка виникла з двомовності й частково двокультурності великого масиву суспільства. Змішування кодів призвело до втрати рідної мови та витворення цього явища. Фахівці шукають сьогодні ефективні методи навчання, спрямовані на покращення усного й писемного мовлення учнів, пропонують власні проекти, рекомендації, проводять виховні бесіди тощо.

Висновки. Отже, на сучасному етапі в соціолінгвістиці існує досить велике різноманіття поглядів на статус змішаного українсько-російського мовлення і схожих, і зовсім протилежних, що, очевидно, зумовлено складністю виучуваної проблеми, яка викликає інтерес не лише у лінгвістів, а й у соціологів, психологів, етнологів та фахівців інших галузей знань. Незважаючи на зазначені причини формування й поширення суржику, на поки що неналежну підтримку державної мови органами влади, сьогодні все-таки можемо спостерігати прагнення певної частини освічених громадян, зокрема й російськомовних, вивчати українську мову й прилучати до неї своїх дітей. Хоча, на жаль, дотепер зберігається й зворотна тенденція: українці нерідко соромляться рідної мови, у великих містах швидко асимілюються з російськомовним населенням, а чужа мова залишається основним засобом спілкування в родині. Покращення усного й писемного мовлення молоді повинно бути пріоритетним завданням не лише загальноосвітньої, а й вищої школи, бо усі сфери життя людини сьогодні засмічено суржиком. Створення лінгвістами-викладачами навчальних посібників має допомогти учням, студентам і всім, хто бажає, оволодіти нормами української літературної мови, підвищити рівень мовленнєвої культури.

ЕПОНІМИ ЯК ЗАСІБ УТВОРЕННЯ НОВОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Лецик Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А. Єщенко

Актуальність. Актуальність. Власні назви – важливе джерело формування наукової мови сучасної медицини. Систематизація і типологізація медичних термінів є не досить розробленою та

дослідженою у мовознавстві. Відсутні сучасні словники українською мовою медичних термінів, що є вкрай необхідним для точного обміну фаховою інформацією.

Мета. Описати один із способів утворення медичних термінів – епонімію.

Матеріали та методи. Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують медичні епоніми (понад 130 одиниць), вибірку яких здійснено із лексикографічних праць. Методи наукового студіювання – описовий метод, який є найкращим способом точної і повної інвентаризації вказаних лексичних скорочень. Результати.

Результати. Медичні терміни складаються з: а) епонімів-термінів із двома словами в складі -54,44% (паличка Коха, набряк Квінке); б) епонімів-термінів із трьома словами в складі-25,34% (хвороба Маркіафава Міккелі, синдром Хаммана -Річа); в) епонімів-термінів із чотирма словами в складі-11,56% (синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта, хвороба Базедова-Грейвса-Перрі); г) епонімів-термінів із п′ятьма і більше словами в складі - 8,66% (синдром Якобсона-Ласка-Бехтерєва-Кемпнера, синдром Хенда-Шюллера-Крістіана-Леттерера- Зіве). Часто ім′я одного і того ж автора привласнюється двом і більше хворобам, симптомам або синдромам, які він описав: клятва, обличчя, маска, митра, ніготь, лава, шапка (пальці Гіппократа); апоневроз, (скульптурний метод Пирогова), гіпсова пов′язка, анастезія, позачеревний доступ, ампутація, (кістково-пластична операція за Пироговим); точка, тільця, синдром, хвороба, (феномен Боткіна); набряк, ознака, (пульс Квінке). Заслуговують уваги терміни, які є реліктами минулих культурних епох: міст Венери-нижній відділ лона на рівні лобка; заглиблення Венери - заглиблення щік; Гераклова хвороба - застаріла назва епілепсії; ріг Аммона - скронева частка головного мозку; атлант - перший шийний хребець; голова Медузи - симптом, що часто спостерігається при цирозі печінки; летаргія - хворобливий стан, схожий на сон, для якого властива повна відсутність дихання, слабкі пульс і кров′яний тиск. Виокремлюємо тематичні групи епонімів: а) назви медичних інструментів (затискач Гампа, пінцет Адсона, пінцет Кохера); б) назви приладів, пристроїв (еластичний катетер Нелатона, камера Скінера); в) назви процесів (цикл Кребса, дослід Тойнбі); г) назви хвороб та синдромів (хвороба Форбса); д) назви структурних складників людського організму (острівці Лангерганса, гребінець Лістера); ж) назви методів лікування та вчень (теорія запалення Мечникова, стрес-реакція Сельє, принцип Бернуллі). Існує чимало епонімічних термінів, для яких характерне явище синонімії: хвороба Бурневілля-фармакотоз Бурневілля - хвороба Бурневілля-

Бріссо, симптом Бєльського - симптом Філатова, хвороба Коновалова - синдром Вільсона, сидром Салі - венозна корона Салі.

Висновки. Проведене дослідження підтверджує: епонімічна термінологія складає невід′ємну частину медичних термінів (приблизно 30%). Найбільш поширеними сферами вживання цих термінів є номенклатура хвороб, синдромів, методів дослідження. Правильне розуміння та влучне вживання епонімів допоможе лікарям в обміні досвідом, що є необхідним складником у праці кожного фахівця.

УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИК ДАНИЛО ЗАБОЛОТНИЙ - ТОЙ, ХТО ПЕРЕМІГ ЧУМУ

Лозовська Аліна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – доц. В. М. Мельник

Актуальність. Історія розвитку медичної науки в Україні на сьогодні не достатньо висвітлена в літературі, імена відомих медиків сьогодення нерідко залишаються поза увагою сучасності. Внески фахівців у галузі медицини України та світу загалом містять багато інформації для вивчення, дослідження та наслідування. Саме тому, постать лікаря з Вінниччини, а згодом професора і академіка Київського, Одеського та Санк – Петербурзького університетів Данила Заболотного є актуальною для дослідження сучасними студентами – медиками.

Мета. Висвітлити життя та діяльність Данила Заболотного.

Матеріали та методи. Джерела та література, які стосується життя та діяльності Данила Кириловича. Відвідування музею академіка.

Результати. Данило Заболотний родом з села Чоботарки Подільської губернії. Виріс у селянській родині. Закінчив Одеський університет, а згодом медичний факультет Київського університету.

Згодом переїжджає до Києва, академік з головою поринає у наукову роботу на кафедрі загальної патології під керівництвом професора Підвисоцького. Він продовжує роботу над пошуком протихолерної сироватки. Про фінал есперименту, якому судилося ввійти в історію світової медицини, сповістила газета "Русский врач". Цей експеримент набув такого розголосу саме через те, що Данило Заболотний разом із своїм товаришем Савченком випробували сироватку на собі.

Висновки. Велич українського вченого, його внеску в науку, подвижницького життя заради врятування людства від епідемії. Тож пам"ятаймо цього велета української науки, подвижника і великого патріота України!

КУЛЬТУРА МОВЛЕННЯ ЛЮДИНИ ЯК ВИЯВ ЇЇ ОСОБИСТОСТІ

Лут Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Н. Д. Черкес

Актуальність. Культура мови як складова частина культури і як одна з її форм−перша ознака загальної культури людини. Як привернути увагу до мовної поведінки особистості? Як виховувати чуття слова? Ця проблема є актуальною сьогодні особливо. Культура мовлення починається з самоусвідомлення мовної особистості. Вона зароджується і розвивається там, де носіям національної літературної мови не байдуже, як вони говорять і пишуть, як сприймається їхня мова в різних суспільних середовищах.

Мета. Проаналізувати важливість дотримання норм культури мовлення для повноцінної особистості. Головне завдання культури мови є виховання навичок літературного спілкування, пропаганда й засвоєння літературних норм у слововжитку, граматичному оформленні мови, у вимові та наголошуванні, несприйняття спотвореної мови (суржику).

Матеріали та методи. Було проведено анкетування студентів 1-2 курсу, проаналізовано і узагальнено дані друкованих джерел. Для дослідження використані проблемний питальник (150 питань) та варіантні завдання із закладеними порушеннями норм культури мовлення.

Результати. Матеріали, подані в роботі, допоможуть звернути увагу на власне мовлення, стати цікавим співрозмовником, а також пройти певний шлях самовдосконалення, щоб бути приємнішим для інших людей. З утратою рідної мови руйнується сам спосіб світосприймання, національного мислення, що, зрештою, призводить до денаціоналізації. Спотворена мова примітивізує думки людини. Про це свідчить і науковець Я.Радевич-Винницький. “Наївно вважати, що люди лише розмовляють суржиком. Вони ним також і думають. А це призводить до інтелектуально-моральної аморфності, розмитості й невизначеності

особистості, утратою не лише мовних, а й національних орієнтирів узагалі.”. То як маємо трактувати наш суржик? Не як нашу вину, а як органічну слабість, хворобу, яку треба лікувати. Нашою виною, моральною хибою є хіба загальне лінивство, крутійство та лизунство (І.Франко) і, як неодноразово підкреслював І.Огієнко, небажання пильно й ненастанно вчитися рідної мови. Тому проблема оволодіння нормами літературної мови є актуальною для представників багатьох професій, журналістів зокрема.

Висновки. Результат роботи підводить до висновків, що близько 30% опитуваних припустилися помилки. Поданий матеріал допоможе засвоїти нормативні слова, форми, вислови та позбутися суржикових елементів. Кожному із нас необхідно удосконалювати своє чуття мови. Оскільки основна маса помилок у спілкуванні українською мовою спричиняється впливом російської або говіркового та просторічного мовлення, то ці помилки, на жаль, численні й розмаїті. Ми повинні зберегти головний скарб українського народу, адже мова– його найбільша духовна цінність, його суть, основа його буття. Саме мова формує і визначає свідомість, творить людину, культуру, історію. Народ без мови не існує, отже, плекаючи рідну мову, ми зберігаємо душу свого народу.

ОБРАЗ ЛІКАРЯ У СВІДОМОСТІ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ

Марчинська Олена
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А. Єщенко

Актуальність. Проблема ставлення громадян України до лікаря, який образ домінує у культурі належить до актуальних і малодосліджених. Важливо розуміти, що українці думають про людей, від яких залежить їхнє життя та здоров’я, чи довіряють вони лікарям.

Мета. Проаналізувати ставлення пересічних українців до професії лікаря.

Матеріали та методи. Нами укладено анкету. Проведено опитування понад 200 респондентів різних вікових категорій (учнів 9, 10, 11 класів; людей у вікових категоріях 18-20 років, 20-30 років, 30-40 років, 40-50 років, 50-60 років, 60-70 років). Методами обрано описовий, математичний і метод анкетувань.

Результати. У ході дослідження встановлено, що 78% опитаних громадян поважають і цінують професію лікаря. 7% населення вважає, що лікарі наживаються на своїй професії і вимагають з пацієнтів гроші. При цьому 13% опитаних погоджується, що «лікар віднімає і гаманець, і життя». 47% респондентів впевнені у актуальності даної професії, а 6% вважає, що професія лікаря у XXI столітті не є необхідною. Важливою частиною дослідження було визначити, чи українці звертаються до лікарів при перших симптомах захворювання. Лише 31% (!) населення користується порадами лікаря при захворюванні. 29% хворих дослухається до порад фармацевтів і купує ліки без рецепта. 25% українців не довіряє сучасній медицині і користується «дідівськими» методами. 15% - шукає допомогу в мережі Інтернет. Лише у 16% населення лікарі цілком викликають довіру. Більшість громадян (79%) не впевнені у рівні української медицини і сумніваються у компетентності всіх лікарів. 5% опитаних взагалі не довіряє лікарям. Ми з'ясували, чи впливає спосіб життя лікаря на довіру пацієнта. Встановлено, що у 41% населення довіру викликає лише той лікар, який веде здоровий спосіб життя. Для 55% респондентів цей чинник не є важливим. 4% українців виступає проти здорового способу життя. Але, незважаючи на суперечливі відповіді, українці високо оцінюють важливість даної професії (за 5-тибальною шкалою на «4», «5»).

Висновки. Дані проведеного аналізу дозволяють зробити висновок про недостатнє усвідомлення українцями цінності їхнього здоров'я і важливості професії лікаря. Так, більшість респондентів стверджувало, що цінують працю лікарів. Але на практиці лише незначний відсоток громадян (31%) готовий дослухатися до порад лікарів і довіряти їм своє життя. Це пов'язано насамперед з низьким рівнем медицини в Україні. Уряд не виділяє достатньо коштів для розвитку медицини. Професія лікаря є недооціненою, заробітна плата – мінімальна. Саме з цим пов'язане питання «лікарів- вимагачів». Медицина в Україні не є безкоштовною, як це прописано в Конституції. Отже, необхідно винести на розгляд питання щодо підвищення фінансування медичної галузі. Це дасть змогу лікарям бути більш компетентними і менш упередженими зі своїми пацієнтами. Рівень довіри громадян до лікарів зросте.

ЗАСОБИ ФОЛЬКЛЬОРНОГО ХОБРАЖЕННЯ ЛЕГЕНДАРНОГО ОБРАЗУ ОЛЕКСИ ДОВБУША

Марчук Назарій

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства Завідувач кафедри - доц.Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Н. Д. Черкес

Актуальність. Проблема патріотизму, любові до рідного краю була і залишається актуальною. Сьогодні, як ніколи, нам потрібно замислитися над значенням рідної землі длякожного громадянина. Тому ми повинні виховувати в собі почуття відповідальності задолю Батьківщини, розуміння свого обов'язку перед рідною землею, історією, мовою, звичаями,традиціями, культурною пам'яттю.
Мета. Дослідити образи та вербальні можливостіукраїнської мови для змалювання постаті народного месника - О. Довбуша.Поглибити знання про антифеодальну боротьбу карпатського опришківства під проводом О. Довбуша (30-40 рр. XVIII ст.),проаналізувати відображення опришківського руху в народній творчості.
Матеріали та методи. Легенди, перекази та інші фольклорні матеріали. Методи: збирання інформації про боротьбу опришків під проводом О. Довбуша(1738-1745 рр.).Дослідження особливості образотворення опришків в народній творчості, художній літературі,за допомогою широкого ряду художніх засобів.Опрацювання друкованих джерел про О. Довбуша.Проведення експедицій та запис переказів від мовців.
Результати. Чарівні Карпати! Вони народили і виростили опришка О. Довбуша.Образ славного ватажка опришків був і залишається в серцях українського народу, як символ невмирущості,стійкості в боротьбі за соціаль- ну та національну незалежність.Зросли цікавість до вивчення історії краю, заці -кавленість фольклорними творами та ба -жання їх збирати, розуміння важливості знання свого минулого.Проаналізовано більше 30 метафор.
Висновки. Олекса Довбуш - колоритна постать, яка привертала і привертає до себе увагу різнихмайстрів художнього слова.Вона зрозуміла і близька людям України. Природно,що назріла настійна потреба в спеціальному історико-фольклорному, історико-літературному,мовознавчому, науковому досліджені, присвяченому всебічному вивченню художнього доробку про героя,так широко оспіваного народом.

ІСТОРІЯ ФОРМУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Морозкін Артем

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - ст.викл. Г. П. Хирівська

Актуальність. Українська медична термінологія є результатом багатовікового розвитку світової та вітчизняної лікувальної справи, на її формуванні чітко відбився міжнародний досвід та національна специфіка. Осмислення процесу виникнення та розвитку української медичної термінології, яка на різних етапах свого формування відбивала мовними засобами поняттєву базу лікувальної справи, уже частково знайшло своє відображення у лінгвістичних студіях. Знати історію термінології повинен кожен, адже це шлях до розуміння її сучасного стану.
Мета. Проаналізувати особливості історії формування медичної термінології.
Матеріали та методи. У роботі були використані такі методи дослідження: історичний — хронологічно розглянуто розвиток української медичної термінології, аналіз, узагальнення — проаналізовано та описано стан медичної термінології сьогодні. До матеріалів належать роботи Н.В. Місник та С.Нечая.
Результати. Сьогоднішній стан української медичної термінології зумовила її давня та складна історія. Ми з'ясували, що медична термінологія в Україні постійно підпадала під вплив загальномовних тенденцій різних періодів. Вона постійно змінювалась, перекручувалась, поверталася до національного коріння, поповнювалася іноземними термінами (переважно латинськими чи давньогрецькими). Такі особливості розвитку медичної термінології зумовили винекнення синонімії термінів.Хоча, деякі науковці, що займаються вивченням української термінології сьогодення, допускають синонімічність у разі вдалої та адекватної заміни греко- чи латиномовного терміна питомим українським словом, інші вимагають її унифікації. Ми дотримуємося думки О. Самолисової та А. Ніколаєвої, які зазначають, що «фахова термінологія повинна бути уніфікована і доведена до користувача у формі, яка б вимагала як найменших зусиль у користуванні», оскільки вважаємо, що використовування різних найменуваннь одного й того ж самого поняття заплутує читача. Редакторові у такому випадку доводиться самому визначати синонімічні пари та уніфікувати терміносистему.Медична термінологія складає вагому частину мовлення фахівців медичної галузі. Проте сьогодні вона має кілька проблем: невпорядкованість терміносистеми, її

синонімія, надмірна кількість запозичень. Ці проблеми зумовлені складною історією розвитку медичної лексики в Україні.Наразі багато науковців та практиків-медиків наголошують на тому, що медична термінологія потребує вдосконалення та внормування, задля полегшення її використання та подальшого розвитку.
Висновки. На розвиток і становлення сучасної української медико-клінічної термінології як однієї з підсистем наукової мови впливали як загальні тенденції розвитку мов, такі позамовні фактори. Терміносистеми природничих наук характеризуються тривалою і складною історією розвитку, що посилює важливість дослідження термінів. Складність у розвитку української медичної термінології має свої наслідки - недостатньою упорядкованість, малодослідженість.Поширення правильної та грамотної медичної літератури є одним із засобів упорядковування медичної термінології, усунення мовних помилок майбутніх лікарів. Адже через наукові та навчальні праці студенти-медики та молоді фахівці складають свій власний медичний словниковий запас, який потім активно використовують у лікарській практиці. Тому слід приділяти неабияку увагу до редагування медичної літератури.

УСНА ІСТОРІЯ : КОМЕНТАРІ ПРОВІДНИХ ФАХІВЦІВ ЩОДО ПЕРСПЕКТИВ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СТОМАТОЛОГІВ

Паляниця Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. В. М. Мельник

Актуальність. Сучасна вища освіта зазнає постійних змін залежно від соціальних, економічних і політичних умов. Змінюються потреби та можливості, ціннісні орієнтації, зростає інформатизація суспільства, що відкриває можливості та доступ до багатовекторності суджень і можливості утвердження власних. Тому актуальними є дослідження досвіду висококваліфікованих спеціалістів та роботодавців для формування компетентностей у студентів як майбутніх фахівців інноваційного типу у сфері стоматології.
Мета. Вивчення досвіду висококваліфікованих фахівців та роботодавців у сфері стоматології для підготовки лікарів-стоматологів

як особистостей інноваційного типу на основі компетентнісного підходу.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на основі аналізу минулих здобутків і сучасних тенденцій розвитку стоматології, досвіду та вимог роботодавців до майбутніх фахівців у сфері стоматології.

Результати. Традиційні методи навчання у вищих навчальних закладах і система вищої освіти поступово трансформуються, що вимагає пошуку напрямів її розвитку в суспільстві, яке також зазнає змін. Запропонований у контексті нового Закону України «Про вищу освіту» компетентнісний підхід до навчання дозволяє вирішувати такі взаємопов'язані проблеми: забезпечити зрозумілість і порівнюваність результатів навчання, набутих компетентностей і кваліфікацій, для всіх зацікавлених сторін і в такий спосіб створити надійну основу для європейської і світової інтеграції, а також реагувати на різноманітні потреби як здобувачів, так і користувачів вищої освіти. Нова парадигма освіти орієнтує навчання на результат, що потребуватиме від студентів більшої самостійності і водночас підвищеної відповідальності, вдумливого підходу до навчального процесу.

Якими компетентностями повинен володіти лікар-стоматолог? Серед універсальних можна виділити такі: здатність до активного навчання, креативність, володіння іноземними мовами, базовими інформаційними технологіями тощо. Водночас, важливими є моральні аспекти майбутніх фахівців, про що зазначав в одному з інтерв'ю Ярослав Заблоцький – професор, доктор медичних наук, лікар-стоматолог з 25-річним досвідом: «Мені дуже хочеться, щоб наших молодих людей вчили бути добрими, чуйними…».

Фахові компетентності очевидно варто формувати спільно з роботодавцями, висококваліфікованими спеціалістами та науковцями у сфері стоматології, а також враховувати побажання та відгуки пацієнтів. Якісно новий рівень процесу стоматологічного лікування пацієнтів, на думку провідних фахівців, полягає у тому, що його результат забезпечується загальною злагодженою роботою висококваліфікованих лікарів-стоматологів. Вони повинні розуміти критерії оцінки якості стоматологічного лікування, щоб її забезпечувати.

Висновки. Таким чином, майбутні фахівці повинні враховувати минулі здобутки і сучасні тенденції розвитку у сфері стоматології та володіти такими компетентностями, які б відповідали потребам роботодавців та соціуму, а також давали можливість інтегруватися у світовий простір. Випускники стоматологічного факультету здатні аналізувати та оцінювати історичний досвід своїх попередників, уміють набувати

знання, навички під час навчання та формувати себе як кваліфікованого фахівця.

ВОЛОДИМИР СМОЛАНКА – МАЙБУТНЄ НЕЙРОХІРУРГІЇ

Потапов Семен, Киця Іванна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – доц. В. М. Мельник

Актуальність. Україна прагне стати гідною європейською державою, де люди могли б почувати себе повністю захищеними. А безпека громадян неможлива без якісної медицини. Саме тому варто звернути увагу на біографію Володимира Смоланки – українського нейрохірурга, який власним досвідом доводить можливість змінювати медицину України на краще.
Мета. Метою цієї роботи є спроба показати одну із сфер української медицини через дослідження історії успіхів та здобутків нашого співвітчизника – Володимира Смоланки. Сенсом його життя стало прагнення змінити Україну на краще. Свій життєвий шлях нейрохірург повністю присвятив медицині. Вже в молоді роки на юнака звернули увагу, як на прогресивну і талановиту особистість. Завдяки світлому розуму і логічному мисленню лікар отримував не одну пропозицію роботи у зарубіжних клініках. Але, маючи можливість залишитися на постійну роботу в різних клініках світу, Володимир Смоланка вчинив як справжній патріот – відмовився, бо знав, що ще багато чого можна зробити на рідній землі. Залишившись, він очолив нейрохірургічний центр у складі Закарпатської обласної лікарні , де почав приймати пацієнтів з усієї України у зв'язку з удосконаленням відділення. 1 січня 2006 року цей підрозділ лікарні перетворився у самостійний Обласний центр нейрохірургії і неврології в м. Ужгороді, куди приїздять пацієнти не лише з нашої країни, а й з-за кордону. Після Революції Гідності та люстрації Володимира Смоланку було призначено ректором ДВНЗ «Ужгородський національний університет», де він працює і донині.
Матеріали та методи. Дослідження виконано на основі аналізу історії життя та праці нейрохірурга, шляхом вибірки інформації з його біографії і бази патентів.
Результати. Складено детальну біографію українського нейрохірурга Володимира Смоланки, де було звернено увагу на його досягнення як

під час роботи лікарем, так і на наукову діяльність. Проаналізувавши базу патентів України було знайдено патенти Володимира Смоланки, які описують його винаходи та методи досліджень. Наприкінці роботи наведені висновки, де підсумовано результати роботи та її значення. **Висновки.** Отже, дослідження біографії визначного українського нейрохірурга Володимира Смоланки є важливим, бо розвиток української медицини підтримується саме такими людьми. Такий лікар має стати прикладом для студентів та молодих українських лікарів. Безкомпромісна, розумна, працьовита і талановита людина, яка знає, чого прагне в житті, може відмовитися від власної вигоди заради великої справи, справжній патріот і справжній Лікар. Але слід пам'ятати – те, що робить Володимир Смоланка це лише одна цеглина в величезній будівлі. І саме нам, майбутнім лікарям, треба добудовувати цю споруду, а для цього треба багато працювати, не чекаючи вигоди і прагнучи кращого.

НАЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО ЕТИКЕТУ УКРАЇНЦІВ

Процюк Маргарита
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – доц. Н. Д.Черкес

Актуальність. Український мовленнєвий етикет відзначається неординарністю, бо постав на власному національному ґрунті та пройнятий духом європеїзму. Він віддзеркалює лагідну вдачу українців, схильність до коректності й толерантності в людських стосунках, зневагу до брутальності. Однак, незважаючи на надзвичайно потужну й багату національну систему культури мовлення, дуже часто сьогодні українці, особливо молодь, вживають у своєму мовленні слова-запозичення (найчастіше – русизми), суржик, просторічні слова, слова-паразити та ін. У такий спосіб вони калькують, тобто копіюють мовлення носіїв іншого народу, а відтак й іншої культури, оскільки у мовленні кожної нації закладена система її цінностей, життєвих орієнтирів, ментальних особливостей. Чим більше таких слів з'являється у нашому мовленні, тим далі відходимо від свого, рідного, українського, а це загрожує втратою відчуття самоідентифікації – своєї причетності до рідної нації. Відтак актуальність теми нашого

дослідження зумовлена необхідністю активізації питання національних особливостей мовленнєвої культури українців, її неординарності й самобутності.
Мета. Визначити національні особливості мовлення українців; простежити їх традиційну основу;з'ясувати тенденції розвитку словесної та невербальної мовленнєвої культури українців.
Матеріали та методи. Описово-зіставний,аналітичний,узагальнення.
Богдан С.К. Мовний етикет українців: традиції і сучасність. - К., 1998.
Грушевський М. На порозі нової України: Гадки і мрії. – К., 1918.
Коваль А.П. Ділове спілкування. - К., 1992.
Результати. У дослідженні здійснено спробу аналізу національних особливостей мовлення українців на основі вивчення їх традиційної основи, а також вербальних та невербальних засобів спілкування. З'ясовано, що українському мовленнєвому етикету відповідає ціла система мовних норм. Причому підбір традиційних українських етикетних висловів надзвичайно різноманітний і багатофункціональний. Однак у вмінні вибрати доречну форму мовленнєвого етикету виявляється загальна і мовна культура людини. Вибір залежить від того, в якому оточенні перебуває людина, від віку співрозмовника чи співрозмовників, від характеру стосунків між людьми, що вітаються чи прощаються, від місця й мети спілкування тощо.Національна своєрідність мовного етикету українців спричинена цілим рядом передумов. Зокрема, специфікою природно-кліматичних умов, способами господарювання, контактами з іншими народами, впливом релігії, рівнем культурно-цивілізаційного розвитку.
Висновки. Словесна форма мовлення й невербальні засоби спілкування українців підкреслюють національну своєрідність мовлення: щирість, відкритість, доброзичливість, уважність до співрозмовника. Поряд з яскравими мовними та позамовними засобами українці надзвичайно уважно ставились до вибору одиниці мовленнєвого етикету. Усі ці риси підкреслюють європейськість українців, а тому нам варто прагнути дотримуватись національних норм мовленнєвої культури.

ОСНОВНІ МЕТОДИ УТВОРЕННЯ МЕДИЧНИХ ТЕРМІНІВ

Романів Уляна, Мельникова Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - ст. викл. Г. П Хирівська

Актуальність. Визначається необхідністю комплексного наукового вивчення системи словотвірних типів у формуванні української медичної терміносистеми, оскільки вона є важливою ланкою у спілкуванні лікаря з пацієнтами, фахівцями інших профілів, провізорами, молодшим медичним персоналом.
Мета. Метою праці є системний аналіз основних методів утворення медичних термінів та виявлення її закономірних рис у сучасній українській мові, проаналізувати сучасний стан досліджуваного явища, словотвірну ідентичність префіксів і суфіксів, виявити характерні особливості словотвірних моделей у медичній терміносистемі як складовій мови, що функціонує і розвивається.
Матеріали та методи. Проблему варіантності медичних термінів вивчали такі мовознавці, як В.Семиряк, В.Чабаненко, Л.Боярова, М.Плющ, О.Радченко, М.Карп'юк, Л.Симоненко та ін. Матеріалами для дослідження послужили сучасні медичні терміни-варіанти, зафіксовані в різних термінологічних словниках ХХ – поч. ХХІ ст. (тлумачних, перекладних, орфографічних, іншомовних слів і под.), спеціалізовані довідники, посібники, підручники.Використано метод індукції, порівняльно-історичний та зіставний.
Результати. Результати аналізу і вивчення медичних термінів такі: суфікс -іт- (-ит-) передає значення запалення, наприклад: гайморит – запалення гайморових пазух, ларингіт – запалення гортані, перитоніт – запалення очеревини;компонент -томія (-ектомія) передає значення видалення, наприклад: спленектомія – видалення селезінки, бронхотомія – видалення бронху; компонент -патія передає значення хвороба: нефропатія – захворювання нирок, гастропатія – захворювання шлунку; компонент -подібний передає значення схожості на щось (грушоподібний, місяцеподібний); при утворенні українських медичних термінів використовуються власне українські префікси між-, над-, під-, при-, за-, пере-, пів-, роз-, су-, наприклад: міжлопатковий, надкісний, під'язиковий, пристінковий, зап'ястковий, периваскулярний, півмісяцевий, супраспінальний та префікси іншомовного, у більшості випадків греко- латинського, походження: а-, анти-, архі-, де-, диз-/дис-, екзо-, екто-/енто-, гіпер-, гіпо- , наприклад: анемія, антиаритмічний, детоксикація, дискінезія, екзофтальм, ентероколіт, гіпертонія, гіпоглікемія; складні терміни, що складаються з основ іменників, котрі поєднуються за допомогою інтерфіксів о, е (утворюються терміни-іменники і прикметники): бронхоскопія, бронхоектатична хвороба, симпатоадреналова система, аденокарцинома, ротоглотка, гастродуоденальний, гепатобіліарна система, кардіотонічний; складні терміни, що утворюються від атрибутивних словосполучень шляхом

поєднання основ іменників та прикметників/прислівників за допомогою інтерфіксів о, е (утворюються терміни-прикметники): внутрішньочерепний, поперековокрижовий, перснеподібний, нижньощелепний, навколосуглобовий; складні терміни, що складаються з основ іменників, один з котрих має віддієслівне походження, які поєднуються за допомогою інтерфіксів о, е (утворюються іменники і прикметники): лімфообіг, кровопостачання, судинозвужуючий, окоруховий; складні терміни, що утворюються від атрибутивних словосполучень шляхом поєднання прикметників та прислівників (утворюються терміни-прикметники): статевозрілий, кровоплинний.

Висновки. Таким чином можна зробити висновок, що в українській мові існує розвинена, добре структурована медична терміносистема, яка є засобом спілкування вчених-медиків і медиків-практиків. Сучасна медична термінологія української мови має тематично широко розгалужену систему, яка постійно розвивається і поповнюється завдяки словотвірним процесам в загальнолітературній мові.

МОВЛЕННЄВА КУЛЬТУРА ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ

Романюк Оксана
Романюк Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А. Єщенко

Актуальність. Мовна культура є важливим складником особистості медичного працівника. Від мистецтва мовного спілкування суттєво залежать результати лікування, а, особливо, у дітей. Медична практика доводить, що слово і ранить, і лікує; словом можна вбити, словом можна врятувати. Слово лікаря є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості. Тому лікар має володіти культурою мови: вміти добирати мовностилістичні засоби і прийоми відповідно до умов, мети спілкування, віку пацієнта. Саме це є стрижнем, на який нанизуються професійні знання та вміння фахівця.

Мета. Описатиосновні принципи та правила у спілкуванні з пацієнтами дитячого та підліткового віку та дослідити вплив мовленнєвої культури лікаря на ефективність медикаментозного лікування.

Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують опитування дітей та підлітків, їх батьків, збір анамнезу хворих(понад 130 анкет). Для наукового студіювання обрано описовий метод і метод анкетування.
Результати. Більшість дітей станом на 2016/2017рр. не отримують повний курс лікування через недостатню довіру та авторитетність лікаря. Наразі культура мовлення для лікаря є однією з визначальних ознак його професійності, бо саме ефективність лікування багато в чому залежить насамперед від способу пояснення діагнозу пацієнта, доступу до кожного хворого і пошуку шляхів взаєморозуміння. Тому пропонуємо основні принципи та правила мовного контакту між лікарем та пацієнтами дитячого віку: а) відкритість та доброзичливість у спілкуванні; б) уникання клінічних термінів, пояснення важливості та неминучості лікування; в) проведення аналогій з героями казок, дитячих історій; г) застосування пестливих слів; ґ) відмічати успіхи хворих у разі дотримання ними призначеного курсу лікування (приймання ліків, дотримання дієти, ЛФК, процедури тощо).
Висновки. Мовленнєва культура дитячого лікаря має специфіку. Фахівцеві варто враховувати у комунікації відповідно до віку дитини спосіб її подання (добір зрозумілих слів, доброзичлива інтонація, пояснення в описовий спосіб явищ і симптомів, вдаючись до яскравих прикладів, знайомих ситуацій і звичних асоціацій, ігрових форм, лагідна мова, наповнення речень, фраз і тексту загалом словами з позитивною семантикою.

ДІАЛЕКТНІ НАЗВИ ХВОРОБ

Скалецький Микола
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц.Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц.Т. А.Єщенко

Актуальність. Дослідження зумовлена важливістю для мовознавства даних про склад, структурно-семантичні, етимологічні, словотвірні характеристики та особливості функціонування лексики на позначення захворювань в українських говірках і відсутністю спеціальних лінгвістичних досліджень місцевих назв хвороб, поширених в Україні.

Також ,вона зумовлена також необхідністю розвитку сучасного медичного термінотворення та залучення найпоширеніших народних назв хвороб до реєстру словників медичних термінів

Мета. Дослідження є систематизація назв хвороб людей у говірках як окремої підсистеми загальнонародної мови, комплексний аналіз (лексико-семантичний, етимологічний, словотвірний та лінгвогеографічний) складу, способів номінації, формування лексико-семантичних підгруп

Методи та матеріали. Для розв'язання поставлених завдань у роботі використано такі методи: описовий, який дав змогу здійснити інтерпретацію та класифікацію фактичного матеріалу; структурний метод, за допомогою якого встановлено сегмент діалектної функціональної структури, елементи й частини якої співвіднесені, взаємопов'язані й взаємозумовлені; інтерпретацію зіставної мови, що дало змогу виявити спільне й відмінне в системі назв хвороб в різних діалектах української мови. Матеріалом дослідження слугувало анкетування студентів медичних закладів Львова : Львівського національного медичного університету та Львівського медичного колледжу , словники,посібники.

Результати.Усі діалектні назви хвороб поділяють на 9 лексико – семантичних груп (ЛСГ),а саме:

1. ЛСГ назв терапевтичних (внутрішніх) хвороб представлені такими номенами: анемія (неидок'р'іўйа, малок'роўйе, малок'ров'ійеи, малок'р'іўйеи, малок'р'іўйа)
3. ЛСГ назв інфекційних хвороб: віспа ('в'іспа, 'оспа, 'в'ітр'інка, 'в'ітр'ана 'в'іспа, в'ітро'ва 'оспа, сип'н'ак, вар'і'йала)
4. ЛСГ назв психоневрологічних хвороб: конвульсія (′падачка, ′слаб'іст', ′чорна бо′л'езн', ′чорна х′вороба, ′чорна с′лаб'іст', ко′мул'ц'ійа, ко′мунц'ійа, ′патима)
5. ЛСГ назв акушерсько-гінекологічних хвороб: грудниця, мастит (груд′ниц'а, жеил'із′ница, за′палин'еи ′залозс, мо′лочница)
6. ЛСГ назв шкірно-венеричних хвороб: бородавка (боро′даўка, бо′родаўка)
7. ЛСГ назв хвороб вуха, горла, носа: ангіна (ан'г'іна, 'задаўка, за'вушница, за'вушниц'а, 'горло, 'ґелка, г'ланди)
8. ЛСГ назв хвороб очей: більмо (б'іл'′мо, зас′лона, ката′рак, ката′ракта, сл'іпо′та); кон'юнктивіт (за′палин'еи по′в'ік)
9. ЛСГ назв дитячих хвороб: діатез ('висипка, 'в'іспа, 'оспа, д'іа'тезс, золо'туха, 'роф'ійа, 'рох'ійа, го′стец); кір (к'ір)

Висновки.1. Назви хвороб, виявлені у говірках, становлять гетерогенну систему, компоненти якої взаємопов'язані між собою й взаємозумовлені.

2. Кожна з охарактеризованих лексико-семантичних груп охоплює більшу чи меншу кількість семантем, репрезентованих різними номінаціями, якими діалектоносії ідентифікують хвороби. Аналіз матеріалу дослідження засвідчує, що не всі хвороби, описані в науковій медицині, в народі ідентифіковано
3. Народні назви хвороб характеризуються значною здиференційованістю: одній хворобі відповідає не одна, а кілька номінацій, що зумовлено неоднорідністю говірок, поєднаність з суміжними мовами та впливом на нього медичного дискурсу.
4.З погляду походження слова на позначення хвороб у говірках неоднорідні, вони репрезентують різночасові пласти, починаючи із праслов'янських назв. Основу формування й розвитку розгалуженої системи назв хвороб, поширених на теренах України,являють собою власні лексичні ресурси українських говірок.

ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ЛІКАРЯ З ХВОРИМ

Слямханов Айтек
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - викл. Н. В. Іщук

Актуальність. Мовленнєвий етикет є однією із важливих сторін людського спілкування. Для лікаря мовленнєвий етикет має дуже важливе значення, бо процес спілкування з пацієнтом є ключовим етапом лікування хвороби. Саме тому майбутній медик повинен дуже добре знати основні правила поведінки під час розмови, бути досвідченим спеціалістом в галузі психології, щоб без проблем знайти правильний підхід до кожного індивіда. Варто пам'ятати про те, що лікувати можна не тільки ліками, а й словом.
Мета. Розкрити роль слова в лікарській професії, мистецтво і техніку спілкування.
Матеріали та методи. Мовним матеріалом дослідження постає мовленнєвий етикет лікаря. Основні методи: описовий, компонентний аналіз.
Результати. Мовленнєвий етикет є однією з важливих характеристик поведінки людини. Лікареві необхідно вміти будувати діалог. Щоб одержати зрозумілу відповідь від пацієнта, направити процес передачі інформації в потрібне русло, перехопити й удержати ініціативу в бесіді,

активізувати увагу пацієнта, зробити спілкування більш ефективним, треба знати техніку постановки питань і техніку відповідей на них. Шляхом свідомого використання різного типу питань сучасний лікар повинен уміти "розговорити" мовчазного, закритого пацієнта й у той же час повинен уміти вчасно зупинити занадто говіркого хворого. Лікар повинен уміти не тільки говорити, але й слухати. Уміння слухати є одним з головних показників риторичної культури, воно особливо важливо для лікаря, оскільки одним з найважливіших принципів роботи медичного працівника повинно бути виняткова увага до пацієнта. Лікар повинен уміти: володіти певними формулами мови, щоб коректно реалізувати різні інтенції: вітання, подяки, співчуття, прохання, відмови; мати поняття про невербальні засоби спілкування. Лікар повинен володіти нормами мовного етикету, паралінгвістичними засобами й прийомами такими як: сила голосу, темп, мелодика, пауза.
Висновки. Лікування для медика завжди залишатиметься мистецтвом та вимагатиме від нього розвиненої уяви, інтуїції, гармонії розуму і серця. Ці якості допомагають обрати оптимальний шлях лікування, його стратегію й тактику. Слово лікаря є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури і освіченості.

ТРАДИЦІЇ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ У ПОВСТАНСЬКІЙ ВІЙНІ ХОЛОДНОЯРСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

Смалиус Катерина, Козак Володимир
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри – доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник – викл. В. М. Мельник

Актуальність. Наукова спадщина історії України налічує багато джерел, які доносять інформацію про українську визвольну боротьбу. Проте бракує наукових праць, присвячених темі народної військової медицини, яка відіграла не останню роль у потужності повстанського руху.
Мета. У дослідженні означеної теми вчені не мають можливості спиратися на доведені факти, оскільки володіють лише матеріалами, зібраними під час етнографічних експедицій. В контексті сучасних подій в Україні доцільно більше уваги приділити вивченню розвитку військової медицини, яка зароджувалась на основі народних традицій.

Матеріали та методи. У дослідженні було використано матеріали Кам'янського державного історико-культурного заповідника (Черкаська область), історичні джерела та спогади нащадків учасників і очевидців історичних подій.

Результати. Однією із драматичних сторінок історії є збройна боротьба проти більшовицьких окупантів героїв Холодноярської республіки, утвореної у період 1919–1922 років в урочищі Холодний Яр на Черкащині. Серед повстанців були і такі, що вирізнялися з-поміж інших своєю участю та своїми здібностями. Холодноярці їх називали «характерниками». Характе́рник – назва чаклуна, який, згідно з народними легендами часів Запорізької Січі, умів ворожити, лікувати поранених, знав основи психотерапевтичного впливу, досконало володів вправами з фізичної підготовки. За народними переказами та історичними свідченнями характерники мали надзвичайні здібності: вміли зупиняти кров, заговорювати біль, впливати на свідомість людей, лікувати смертельні рани, годинами перебувати під водою, гіпнозувати, з'являтися у кількох місцях водночас та викликати панічний жах у ворогів.

По суті, діяльність характерників на початку ХХ століття започаткувала нову сторінку становлення військової медицини. У народній медицині холодноярських характерників широко використовувалися заговори, аромо- та фітопрепарати, виготовлені із місцевих лікарських рослин, лікування землею. Лікування супроводжувалось промовлянням заклинань – в цьому проявлялась народна психотерапія. Таким чином, ефективно застосовувалась на практиці система воєнно-польової медицини.

Рятівною обителлю для повстанців Холодноярської республіки ставав Мотронинський монастир. При травмах, пораненнях, переломах кісток, кровотечах монахині використовували настої і відвари з лікувальних трав: безсмертника піщаного, подорожника, липи, ромашки дикої, перемелених жолудів. Брак вітамінів після довгих холодноярських зим поповнювали травою левурди; ослаблених після поранень відпоювали медом з монастирських пасік, узваром із фруктів і трав.

Висновки. Сучасна медична практика не відкидає народних традицій надання невідкладної допомоги. Особливо актуальними стали народні лікувальні уміння у контексті воєнних дій на Сході України. Миттєве реагування на поранення, тимчасове вгамування болю, уміння зупинити кровотечу, позитивна емоційна налаштованість при лікуванні смертельних поранень, терапевтичний вплив на свідомість людини, – ці уміння необхідні не лише для військових лікарів, а передусім для самих військовослужбовців, оскільки нерідко забезпечують

надзвичайні результати у випадках, де лікарі не дають оптимістичних прогнозів.

УКРАЇНСЬКА МОВА В УКРАЇНСЬКИХ МЕДИЧНИХ ТЕЛЕВІЗІЙНИХ ПЕРЕДАЧАХ

Смаль Микола
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А. Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А. Єщенко

Актуальність. Телебачення стало однією з форм повсякденного життя. Воно покликано нести в широкі маси не лише передові ідеї, але й високу культуру мови. Серйозні вимоги ставлять до літературності мовлення, яке звучить, і до правильності вимови. Не треба забувати, що до мовлення телебачення глядачі ставляться як до взірця, еталона, саме тут деякі з них навчаються справжньої літературної вимови. Це стосується й українських медичних телепередач. Тож формування масової свідомості засобами ефірного мовлення – вкрай значуща проблема, яка потребує нагального вирішення.
Мета. Описати стан поширення і функціонального використання української мови в телевізійних передачах медичної тематики.
Матеріали та методи. Матеріалом розвідки є добірки в мережі Інтернет 9 телевізійних передач медичної тематики: «Зважені та щасливі»; «За Живе»; «Я соромлюсь свого тіла»; «Щастя з пробірки»; «Поверніть мені красу»; «Операція краса»; «Здоров'я»; «Формула здоров'я»; «Модне здоров'я». Обрано описовий метод для дослідження.
Результати. З огляду на величезний вплив телебачення на глядачів важливим є питання про те, якою мовою воно інформує. За даними опитування, найбільшу популярність серед постійних глядачів медичних телевізійних передач мають канали «Інтер» - 49%, «1 + 1» - 48%, УТ-1 - 33%. За ними йдуть місцеві канали - 24%4. Окремі аспекти медичної сфери життя суспільства в тематичних передачах майже не представлені українськоомовним ефіром. Передусім це стосується медицини, що свідчить про ставлення до мови не тільки телевізійників, а й самої лікарської верстви, яка не приймає українську мову й водночас виставляє себе за новітню українську еліту. Деякі телевізійні медичні програми взагалі важко зарахувати до україно чи

російськомовних. Це в основному стосується ток-шоу. Найчастіше гості цих телепередач (лікарі, зірки шоу-бізнесу чи звичайні люди) розмовляють російською мовою попри те, що ведучі звертаються українською («Зважені та щасливі»). Буває й так, що ведучі переходять на мову гостя - російську («Я соромлюсь свого тіла»). Хоч як це дивно, але складаються й протилежні ситуації: ведучий звертається російською мовою, а гості відповідають українською. Тоді українська мова сприйматиметься не як реверанс у бік законодавчих вимог щодо вжитку її на телебаченні, а стане органічною частиною живого процесу. Тільки в такому разі кількість тих, хто поважатиме себе і рідну мову, зросте.

Висновки. Для кожної країни мова є національною ознакою. Нині в Україні немає повністю українськомовних телеканалів. Поширеними є двомовні медичні телешоу, в яких російська мова звучить на рівні з українською. Медіаконтент українського телебачення медичного спрямування не сприяє утвердженню і розвитку національної свідомості. Тому головне завдання очільників медіапростору – створити всі сприятливі інформаційні мови, в яких буде зростати гідне покоління справжніх українців.

НАРОДНА ОСНОВА УКРАЇНСЬКОЇ ФАХОВОЇ МОВИ ЛІКАРЯ

Содома Борис
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т. А.Єщенко
Науковий керівник - доц. Т. А.Єщенко

Актуальність. В умовах тотальної русифікації пошук та дослідження народної основи витворення української фахової мови лікаря може допомогти розвинути національну свідомість медичних працівників, віднайти більш адекватний українській мові відповідник запозиченим з чужих мов поняттям медичної галузі.

Мета. Описати способи утворення медичних термінів на народній основі.

Матеріали та методи. Джерельною базою розвідки слугують медичні терміни, утворені на народній основі (понад 120 одиниць), вибірку яких здійснено із лексикографічних праць. Методи наукового студіювання – описовий метод, який є найкращим способом точної і повної інвентаризації вказаних лексичних скорочень

Результати. Українці здавна називали хвороби за зовнішніми їхніми виявами у пацієнта. Перші писемні фіксації народних номінацій, пов'язаних із ознаками захворювання, самими хворобами людей і їх лікуванням, сягають найдавніших рукописних пам'яток часів Київської Русі, зокрема «Ізборніка Святослава», літописів, рукописних книжок. У зазначених джерелах повідомляється про різні захворювання, робиться спроба пояснити причини їх виникнення, йдеться про засоби, якими народ боровся з епідеміями та пошестями (скажімо, короста). Більшість цих слів повертаються внаслідок звільнення з-під ідеологічного впливу минулого століття. До тоталітарних режимів явище українських відповідників було досить поширеним. На сторінках журналу «Основа» у творі «Замітка про русинську термінологію» (1861 р.) М. Левченко подав ідею укладання українських термінологічних словників. Він запропонував, утворювати наукові терміни «в дусі народної мови, так, щоб згодом вони були прийняті самим народом». Його ідея здобула популярність з-поміж українських науковців. Деякі терміни, пов'язані з медициною з цього словника: аптекар – лікарник, фармація – лікарниця, хірург – гойник (від слова «гóїти»), хірургія - гòйниця. Учені прагнули створити таку термінологію, яка була б зрозуміла кожній людині без додаткового тлумачення. Думка створити наукову термінологію материнською мовою знайшла прихильників і в Західній Україні (діяльність НТШ). Зокрема роботу із збирання і створення української медичної термінології розгорнула математично-природописно-лікарська секція, що видавала «Збірник математично-природописно-лікарської секції НТШ» (із 1897) і «Лікарський збірник» (1898 - 1904). Значного успіху мав «Медичний латинсько-український словник» д-ра мед. М.Галина (пор.: пропасниця, трясовиця, жовтяниця, пістряк, чиряк, сухоти, остуди, уломи).

Висновки. На жаль, русифікаторський вплив значно витіснив чимало колоритних медичних назв, утворених на народній основі. На нашу думку, деякі назви варто було б повернути до активного медичного мовлення. Це дозволило б зберегти стилістичну колоритність та національну своєрідність професійного мовлення сучасного медичного працівника, утвердити принцип зрозумілості цих слів для пересічного носія рідної мови.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРМІНІВ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ У СКЛАДІ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОСИСТЕМИ

Шарафеддін Наталі

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Т.А.Єщенко
Науковий керівник - викл. І.Р.Козелко

Актуальність. Медична терміносистема охоплює низку термінів, що називають одиниці спеціальної галузі знань—медицини. Дослідження медичної термінології є потрібною та актуальною потребою сучасної медичної науки. Виявлення закономірностей функціонування термінів гастроентерології у складі медичної терміносистеми дозволить вказати на процеси, які сприяють творенню цих термінолексем.
Мета. Описати терміни гастроентерології, вказати на їхні семантичні особливості.
Матеріали та методи. Джерельною базою послужив «Атлас анатомії людини», укладений науковою редакційною радою доц. А. Цегельського, проф.О. Луцика, проф. П. Джуля, доц. Ю. Кривка. Проведено структурно-семантичний аналіз.
Результати. Медична терміносистема, як складова національної терміносистеми, перебувала у постійному полі зору науковців. Інтерес вчених тяжів до вивчення фармацевтичної термінології (В. Петрух, Л. Петрух, О. Михалик, М. Коваленко), судово-медичної (О. Герасименко), медичної клінічної термінології (Н. Місник); питання іншомовного елемента у структурі медичного терміна активно обговорювали І. Кочан, Б. Степанишин, П. Селігей та ін. Проте все частіше лікарі гастроентерологи порушують питання термінології та правильного її розуміння. Нашу увагу звернемо на аналітичну структуру аналізованих найменувань. Терміни гастроентерології характеризуються одно-, дво-, три- та багатокомпонентною структурою терміносполук: 1) терміни, які в переважній більшості називають органи людського тіла: шлунок, стравохід, селезінка, діафрагма, очеревина; 2) двокомпонентні терміни: печінкова тріода, ворота печінки, печінкові вени; 3) трикомпонентні терміни: ворітна вена печінки, поперечна «сідлоподібна» печінка, серпоподібна зв’язка печінки, волокнистий відросток печінки; висхідна ободова кишка, поперечна ободова кишка; 4) чотирьохкомпонентні найменування: лівий вигин ободової кишки, правий вигин ободової кишки, верхній вигин дванадцятипалої кишки. Зафіксовано також чимало термінів, які містять ім’я особи винахідника. Найчастіше такими терміноодиницями гастроентерології є двослівні та трьохслівні сполуки: петля Гельвеція, сальниковий отвір (Вінслоу), підшлункова протока (Вірзунґа),

додаткова підшлункова протока (Санторіні), залози дванадцятипалої кишки (Бруннера).
Висновки. Терміни гастроентерології у складі медичної терміносистеми відзначаються прозорою мотивацією, що яскраво виражено у відкритій сполучуваності термінолексем. Аналізовані медичні терміни презентують терміни-словосполучення, які у своїй структурі допускають функціонування від однокомпонентної термінолексеми до чотирьохкомпонентної. Загалом терміни гастроентерології можуть творитися з допомогою словотворчих ресурсів.

МОВНЕ ВИРАЖЕННЯ КОХАННЯ ТА ЕРОТИКИ У ТВОРАХ КЛАСИЧНОЇ ТА СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Шкут Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра українознавства
Завідувач кафедри - доц. Єщенко Т.А.
Науковий керівник - доц. Черкес Н.Д.

Актуальність. Актуальність пропонованої роботи у необхідності продемонструвати широту української мови на прикладі фольклору та інтимної лірики представників класичної та сучасної української літератури, цікавості даного матеріалу.
Мета. Метою роботи є аналіз творів Т. Шевченка, І. Франка, Лесі Українки, В. Сосюри, Д. Павличка, Л. Костенко, І. Карпи та інших під кутом зору розкриття кохання та еротики.
Матеріали та методи. Матеріали: наукові праці про фольклор та еротику, твори Т.Шевченка, І.Франка, Лесі Українки, У.Самчука, В.Сосюри, Д.Павличка, Л.Костенко, І.Карпи, С.Жадана про кохання, порівняння «Декамерона» Дж.Бокаччо із збіркою еротичних творів «Український Декамерон».Використані також передмови до даних творів, літературно-критичні статті.Методи: аналізу, описовий, вибірково-синтетичний, узагальнення, порівняння та логічної класифікації.
Результати. Статистика художніх засобів,якими описаний світ кохання та еротики у творах митців класичної та сучасної української літератури.
Висновки. Проаналізовані під кутом зору кохання та еротики твори даних митців доводять багатство та унікальність української мови,

цікавість використання художніх засобів у творах. При опрацюванні даного матеріалу було знайдено несподівані для творчості даних авторів художні засоби (епітети, метафори тощо).

ВИДАТНИЙ ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВИЙ ХІРУРГ – М.В. СКЛІФОСОВСЬКИЙ

Самолюк Павла-Ніколетта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Науковий керівник - доц. М. Є. Червінська

Актуальність. У зв'язку з подіями, які сьогодні відбуваються на території України, особливо актуальними стають питання військово-польової хірургії. Зокрема, виникла необхідність у дослідженні її історії та внеску українських хірургів в її розвиток. В літературі недостатньо висвітлена роль видатного радянського хірурга Скліфосовського у розвитку військово-польової хірургії, хоча Скліфосовський був одним з найдосвідченіших військово-польових хірургів другої половини XIX сторіччя, послідовником і учнем М.І. Пирогова.
Мета. Дослідити внесок М.В. Скліфосовського у розвиток військово-польової хірургії та актуальність його досліджень у сучасному світі, зокрема на території України, у зв'язку з військово-політичною ситуацією.
Матеріали та методи. Історичний, аналітичний, аналіз ситуації та індуктивний методи.
Результати. М.В. Скліфосовський брав участь у чотирьох війнах, що відбувались у Європі. Він консультував шпиталі і безпосередньо працював хірургом. Після кожного свого військового досвіду він записував свої спостереження, викладав їх у статтях та публікував їх у медичних журналах. Він наводив цікаві спостереження за перебігом і результатами лікування вогнепальних поранень і відзначив залежність загибелі більшості хворих від скупченості й антисанітарного стану лазаретів. Далі Скліфосовський відзначав переваги гіпсової пов'язки просоченої лаком, що накладали одразу після поранення; відмічав переваги гігроскопічної вати перед іншими перев'язувальними матеріалами. Ним зауважено важливий факт, що не всі вогнепальні поранення грудей небезпечні для життя. Наскрізні кульові поранення з крапельними вхідними отворами, без значної кровотечі в порожнину

плеври, можуть не ускладнюватися інфекцією. Він обґрунтовано довів, що небезпечними є поранення грудної клітки навиліт лише в тих випадках, коли у вхідному отворі руйнується кістка, і її осколки заглиблюються у кульовий канал. У цих випадках уламки ребер з силою занурюються в легеневу тканину, руйнують її і обумовлюють в подальшому розвиток емпієми. Наявність у плевральній порожнині крові ускладнює перебіг ранового процесу та прискорює розвиток запальних явищ. При лікуванні поранених він завжди радив мати перед очима увесь організм людини, а не тільки рану й операційне поле. За тяжкістю поранень кінцівок Микола Васильович на перше місце ставив випадки пошкодження колінного суглоба з порушенням цілості кістки. Проникні поранення колінного суглоба були найбільш небезпечними для життя пораненого. Сприятливих результатів при цих пораненнях тоді було дуже небагато. Особливо високою була летальність поранених після ампутацій стегна.

Висновки. Наукові праці Скліфосовського з питань військово-польової хірургії є цінним внеском у світову науку. Немає потреби доводити усю важливість і виключну цінність висновків і зауважень, що зробив Микола Васильович щодо лікування поранень грудної клітки. Багато з них не втратили свого значення і зараз. Зокрема, і надалі використовуються його санітарні норми для військово-польових госпіталів на місцях проведення бойових дій. Широко використовуються його спостереження, щодо вогнепальних поранень, різних частин тіла.

МУЗЕЮ ХВОРОБ ЛЮДИНИ – 120 РОКІВ

Макар Тарас
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра патологічної анатомії та судової медицини
Завідувач кафедри - проф. Ю. О. Поспішіль
Науковий керівник - проф. Д. Д. Зербіно

Актуальність. Музей хвороб людини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького було внесено у 2006 році до Державного реєстру наукових об’єктів, які є національним надбанням . Нещодавно пройшло 120 років з дня його заснування (він відкрився наприкінці 1896 року).

Мета. Дослідити історію Музею, описати структуру його експозиції і архівів.

Матеріали та методи. Архівні дані, експозиція Музею, аналітичний і описовий методи.

Результати. Музей хвороб людини ЛНМУ імені Данила Галицького заснував у 1896 році професор А.Обжут. В різних роках музеєм керували завідувачі кафедри патологічної анатомії: В.Новицький, М.Войно-Ясенецький, Є.Пальчевський, Д.Зербіно, Ю.Поспішіль. Багато праці в розвиток музею вклали доцент А.Рудницька та В.Федьків. Зараз Музей складається з п'яти відділів: Перший відділ - експозиція мікропрепаратів (2400 одиниць зберігання). У відділі представлені патологічно змінені органи, отримані в процесі секцій (аутопсій), після операції та пологів. Вони широко використовуються в учбовому процесі для навчання студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-курсантів та студентів медичних навчальних закладів Львова. Другий відділ — фундаментальні зібрання протоколів розтинів, автопсій. Цей унікальний архів Музею широко використовують у науковій роботі працівники різних кафедр ЛНМУ імені Данила Галицького. Третій відділ - колекція патогістологічних препаратів (15 000 одиниць), які збирали керівники Інституту протягом 1900-1941 рр. Експонати зберігаються в спеціально відведеній шафі з відповідними наліпками щодо вказівки на діагноз. На деяких - імена тих професорів і лікарів, які їх досліджували. Четвертий відділ - колекція рисунків макро- та мікроскопічних патоморфологічних препаратів (близько 5 тис), зроблених з органів, які вилучалися у померлих під час розтинів (аутопсій), а також рисунків з патогістологічних препаратів.П'ятий відділ — бібліотека, яка містить підручники з патологічної анатомії, наукові часописи, монографії, датовані серединою XVIII ст. У бібліотеці знаходиться унікальне зібрання раритетів, наприклад, Вірховський архів, що налічує 256 томів, зібрання яких тривало 70 років: з 1869 р. (з 47 тому) до 1939 р. (до 303 тому).

Висновки. Музей хвороб людини Львівського національного медичного університетеу імені Данила Галицького – один з трьох фундаментальних патологоанатомічних музеїв у Європі(два інших – музей Шаріте в Берліні та музей Дюпюїтрена в Парижі). На даний момент музей активно розвивається і відіграє велику роль в підготовці медичних кадрів і в санітарно-просвітницькій роботі серед населення.

«КОЖНА ЛЮДИНА ПОВИННА БАЧИТИ СОНЦЕ» В. П. ФІЛАТОВ

Пелех Василь

Львівський національний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Науковий керівник – доц. М. Є. Червінська

Актуальність. Володимир Петрович Філатов був визначним медиком , чий вклад у хірургію та офтальмологію важко переоцінити. Будучи офтальмологом , він приділяв багато уваги хірургічній практиці . Адже вважав що без володіння скальпелем не можливо бути хорошим фахівцем. Крім того Володимир Петрович був надзвичайно працьовитою і цілковито відданою своєму ділу людиною , пройшов не легкий шлях до успіху та визнання. Вивчення його, дозволяє зрозуміти важливість професії лікаря.

Мета. Розповісти про життя да медичну діяльність В. П. Філатова , його внесок у хірургію, а також про заснування Інститут офтальмології (нині Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова).

Матеріали та методи. Історичний, аналітичний, аналіз ситуації та індуктивний методи.

Результати. Володимир Петрович Філатов народився 12 лютого 1875 року в селі Михайлівна колишньої Пензенської губернії в сім'ї земського лікаря Петра Філатова. У молоді роки захоплювався живописом, але вирішив присвятити себе медицині , зокрема офтальмології. Вважається, що Філатов вибрав галузь медицини, коли якось побачив сліпого чоловіка, що йшов із паличкою та простукував нею свій шлях. Майбутній академік був вражений і вигукнув: «Кожна людина повинна бачити сонце!».У 1892 Філатов поступив на медичний факультет Імперського московського університету. Закінчивши університет у 1897 році деякий час працював ординатором університетської очної клініки. В 1911 році очолив кафедру очних хвороб Одеського університету, якою керував до 1956 року. Він приділяв багато уваги викладанню очних хвороб студентам і практикуючим лікарям , ретельно готувався до лекцій, сам малював плакати, таблиці та схеми для кращого їх сприйняття. 28 лютого 1912 року він зробив першу операцію з пересадки рогівки методом повної наскрізної кератопластики. У 1914 році Володимир Петрович винайшов ефективний метод та спосіб пластики за допомогою круглого стебла , що відомий як «філатовське кругле стебло». Згодом, професор ввів у медицину новий ефективний принцип лікування - тканинну терапію. 6 травня 1931 року він використав рогівку трупного ока під час операції пересадки. Він розробив засіб консервації рогівки у вологій камері при температурі +4°С. В 1936 року був організований Інститут експериментальної офтальмології (нині Інститут очних хвороб і

тканинної терапії імені В. Філатова АМН України), який він і очолював від дня заснування до самої смерті. За словами його учнів, навіть безнадійним хворим він ніколи не казав «Ні», стверджуючи, що відбирати віру у хворого - великий гріх. Помер 30 жовтня 1956 року від крововиливу в мозок.

Висновок. Філатов я визначним медиком , що зробив неоціненний вклад у хірургію та офтальмологію. Тяжким трудом він добився значних успіхів , котрі пам'ятають і по сьогодні. Його життєвий шлях демонструє нам значущість професії лікаря.

СЕКЦІЯ БІОЕТИКИ

Лекційна аудиторія кафедри філософії та економіки
Четвер, 27.04.2017р., 09:00

Наукова рада –проф. І. З. Держко, проф. З. З. Масна, проф. Р. Я. Дутка, доц. с. Д. - Г. Т. Терешкевич, доц. Н. В. Малярська, доц. А. П. Лантух, доц. О. М. Христенко, доц. І.В. Суметницький, ас. Б. Р. Попович, ас. Н. І. Кашлюк, викл. Ю. І.Мартинюк, викл. О. С. Іванко, викл. с. Ю. – О. Б.Голубець, викл. К. Б. Білецька, викл. Л. Я. Васьків, викл. І.П. Мартинюк.

Головуючі - Бирюк Вікторія, Венцик Назар, Градик Марія, Рижків Тетяна

ЗНАЧИМІСТЬ ВИКЛАДАННЯ НОРМАТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНИ "ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ" У СИСТЕМІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Рижків Тетяна
Рочко Орест
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді - усна

Актуальність. Сучасний світ веде боротьбу за щораз нові права людини, але водночас ті самі права ненародженої людини, вмираючої, соціально-неадаптованої – порушує. Науковий прогрес спонукає людство ретельніше обґрунтувати втручання в організм людини, зважаючи на етичні вимоги. Замислитися над проблемою виживання людини покликана, насамперед, біоетика.
Мета. Визначити місце та роль біоетики в медичній освіті.
Матеріали та методи. Аналітичний, феноменологічний.
Результати. У нашій країні відбуваєтьсявійна, ведуться спроби реформування медичної галузі, проходять певні процеси етапності формування громадянського суспільства. У вирію цих діянь виникає гостра потреба у науці біоетиці. Ця порівняно молода наука покликана вирішувати проблеми ставлення до людського життя в усіх його проявах, аналізуючи моральність дій людини у біолого-медичній галузі

і в системі охорони здоров'я. Біоетика зосереджує увагу на людині як особистості у її духовній, душевній і тілесній цілісності. Ця наука є «криком про допомогу» з боку тих людей, які опинилися перед обличчям ризику чи негативних наслідків.

Біоетика привертає увагу до біологічного й антропологічного статусу ембріона людини, який від моменту запліднення має всі характеристики людської особистості. Людське життя потрібно шанувати і захищати від моменту запліднення до природної смерті. Не можна допускати його зневаги стосовно: контрацепції як зброї у боротьбі проти життя та людини як особистості; стерилізації, що завдає шкоди фізичній цілісності людської особи та протирічить її свободі і праву — можливості дотримання прокреативного виміру єднальної любові, адже людині відповідають природні методи визначення днів плідності; аборту як убивства дитини. Критерієм біоетичної дозволеності прокреативних технологій людини є подружній акт з єднальною і розмножувальною функціями водночас; запліднення в живому організмі і допоміжна функція техніки. Певні спроби вплинути на хромосомну і генетичну спадковість людини за допомогою генетичних маніпуляцій, які не є терапевтичними, а націлені на продукування людських істот, відібраних щодо статі чи інших наперед визначених якостей, суперечать особистій гідності людини, її цілісності та ідентичності, тому вони жодним чином не можуть бути виправдані можливими корисними наслідками для майбутнього людства. Внаслідок недостатньої уваги до проблеми абортів в Україні склалася критична демографічна ситуація, яка загрожує своїми наслідками майбутньому держави, адже рівень народжуваності не забезпечує природного відтворення населення. У студентів необхідно виховувати відповідальність і пошану до життя, пропагуючи засади біоетики.

Висновок. Викладання нормативної дисципліни "Основи біоетики та біобезпеки" у вищих медичних навчальних закладах України позитивно впливає на якість та ефективність діагностики, лікування, реабілітації хворих, профілактики захворювань, збереження та зміцнення здоров'я людей, продовження тривалості життя, сприяє підвищенню ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я, а також організації навчального процесу, спрямованого на підготовку гуманних і висококваліфікованих фахівців.

ЕТИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ БОРОТЬБИ З НАРКОМАНІЄЮ

Адамчук Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Науковий керівник — доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Вживання наркотиків з приватної проблеми наркомана і його родичів давно перетворилося на проблему національної безпеки в Україні. Число наркоманів неухильно зростає. Також зростає злочинність і смертність, пов'язана з вживанням наркотиків.
Мета. Висвітлити проблему подолання наркоманії в контексті біоетики.
Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.
Результати.Соціологічні дослідження показали, що значна кількість молодих людей вживає наркотики, які вкрай негативно впливають на здоров'я людини та значно скорочують життя. Ця важлива проблема знаходить широкий відгомін у засобах масової інформації З метою посилення боротьби з наркотизацією та вдосконалення профілактичної роботи, відпрацьовано цілий ряд нормативно-правових актів, які, на превеликий жаль, поки що значних позитивних результатів не дали. У більшості людей до споживачів наркотичних речовин сформувалося негативне ставлення.
Найпоширенішими причинами наркоманії є втрата духовних цінностей та сенсу життя, емоційна незрілість, невміння контролювати свою поведінку, зіставляти бажання і можливості.
Характеристиками наркоманії є: набута внаслідок зловживання наркотичною речовиною реактивність, що виявляється в патологічному потязі до даної речовини; змінена толерантність; виникнення абстинентного синдрому у разі припинення вживання наркотиків.
Лікування хворих на наркоманію в умовах наркологічного стаціонару на сьогодні необхідно визнати малоефективним, оскільки ремісію, яка триває більш ніж рік після стаціонарного лікування, реєструють лише у 9–12% пацієнтів. Низька ефективність спонукає до розроблення нових методів лікування захворювання, а також спеціальних реабілітаційних програм, які дадуть змогу збільшити тривалість ремісії та проводити профілактику рецидивів. Наркоманія є захворюванням особистості, тому нині найдоцільніші та адекватні реабілітаційні психологічні програми спрямовані на корекційну роботу з конкретним пацієнтом. Реабілітація хворих із наркологічною залежністю передбачає, насамперед, їх ресоціалізацію, відновлення (збереження) індивідуальної та суспільної цінності хворих, їх особистісного та соціального статусу.
Папа Іван Павло II неодноразово наголошував, що важливу роль відіграє допомога наркозалежному у відкритті власної людської гідності, розвитку його як активного суб'єкта, вивільнення тих

індивідуальних багатств, що поховані вживанням наркотиків, шляхом довірливого повторного активування механізмів волі, спрямованої до ідеалів.
Лікар має бути сучасним “самарянином”, що дієво любить ближнього. Його місія — показувати дорогу повернення до життя в Тому, Хто лікує: “Я Господь Бог твій, Цілитель твій” (Вих. 15, *26*). Шлях реабілітації — переосмислення життя, повернення до гідності Божої дитини по благодаті, дорога до життя в Христі, бо Він — Той, Хто піднімає упалу людську природу і воскрешає навіть того, хто для світу вже загинув; наслідування Христа, пізнання себе та взяття участі у житті Пресвятої Трійці.
Висновок.Для досягнення успіхів у ресоціалізації хворих на наркоманію необхідно перенести акцент лікування залежності з виключно органічної терапії на психологічну корекцію та реабілітацію, а також духовне відновлення людини.

БІОЕТИКА: АКСІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Батичко Марина
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. Біоетика – це вчення, покликане виявляти розходження позицій щодо складних моральних проблем, що виникають у зв'язку з розвитком прогресу біомедичної практики і науки.
Мета. З’ясувати ціннісний аспект біоетики, бо вона повинна відповісти на ряд актуальних питань: Чи можна клонувати людину? Чи допустимо створення генетичними методами особливостей «породи» людини, якій притаманні високий інтелект та фізичні якості? Чи треба говорити пацієнтові про те, що він невиліковно хворий? і т.д.
Матеріали та методи. Компаративний метод виходить з того, що жодна філософія світу не може претендувати на повне пізнання істини.
Результати. Біоетика – це стратегія виживання сучасного суспільства. Завданням біоетики – є пошук соціально виважених і морально обґрунтованих рішень подібних питань. Звичайно виникає питання, а чи потрібна медична біоетика взагалі? Адже існує клятва Гіппократа. Вона вже багато століть підносить уроки моральності лікарям. Однак гіппократівська етика та біоетика мають певні відмінності. Перше з цих двох вчень носить суто корпоративний характер. Протягом багатьох

століть вона розглядає лікаря в ролі морального суб'єкта, покликаного виконати свій обов'язок перед пацієнтом. Хворий же вважається страждаючим індивідом. Він пасивний і не бере участі у прийнятті важливого для його життя рішеннях. Предмет біоетики – пацієнт, як активний моральний суб'єкт. При цьому він здатний вступати в діалогічні або навіть конкурентні відносини з вченими та лікарями. Особливості нової дисципліни не скасовуються традиційні цінності, серед яких милосердя і благодійність, моральна відповідальність лікарів і принцип ненанесенения шкоди хворому. Тільки у сьогоднішньої культурної і соціальної ситуації всі ці моменти отримують нове звучання і значення.

Висновок. Предмет біоетики – це неповторність і унікальність особистості кожного індивіду. Моральність та здоров'я – ось та основа, котра слугує виробітку відповідних рекомендацій сучасної науки про моральні відносини і вирішення стратегії виживання людства. Аксіологічний аспект біоетики – це сприйняття останньої як панацеї у добу виживання людства, яке перебуває в системі не тільки екологічних загроз, але й соціальних.

ЕВТАНАЗІЯ — ЛЕГКА СМЕРТЬ ЧИ ВБИВСТВО?

Бевз Любов
Семаньків Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри —проф. І. З. Держко
Науковий керівник —доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Евтаназія пов'язана з найціннішим, що є у людини, її життям. Досягнення сучасної медицини в області реаніматології змінили докорінно ставлення до смерті людини, а це сприяло загостренню сприйняття евтаназії. Тому вивченню цієї проблеми приділяють увагу з різних позицій : юридичної, моральної та медичної.

Мета. Вивчити право на життя і право на гідну смерть з різних точок зору, розглянути аргументи «за» і «проти» евтаназії та проблему легалізації евтаназії.

Матеріали та методи. Аналітичний в поєднанні з науково-статистичним підходом.

Результати. У зв'язку з тим, що людське життя є головною цінністю сучасної цивілізації, проблема евтаназії займає важливе місце. В даний

час розгортається боротьба серед юристів, філософів, медиків, соціологів, політологів, богословів. Життя священне і недоторканне, стверджують одні. Життя не повинне перетворюватися в болісне і безглузде існування, заперечують інші. Та, незалежно від ставлення суспільства до евтаназії, ніщо не може приховати той факт, що евтаназія для пацієнта є суїцидом, а для лікаря — гоміцидом. Людина не має права корегувати Божий закон: "Не вбий". Проблема криється не в потребі особи отримати право на легку смерть, а в необхідності забезпечити її змістом, коли вона страждає від психофізичних факторів. Завершення фізичного життя Богом призначеним відходом, тобто моментом природної смерті, яке веде за межі теперішнього земного буття до Вічності, є його невід'ємною часткою. Померти "добре" означає бути в мирі з Богом, з самим собою та ближніми. Людина потребує бути прийнятою Господом.

Евтаназія є морально не припустима, в ній немає жодної гідності. У разі легалізації евтаназії вона стала б безумовним злом. Небезпечною була б велика кількість зловживань. Наприклад, в умовах нашої держави при бідності медицини, евтаназія могла б перетворитися на засіб вбивства самотніх людей похилого віку, дітей-інвалідів, осіб, які страждають на рак і СНІД. Визнання евтаназії законом могло б також позбавити державу стимулу для фінансування досліджень з пошуку ефективних засобів лікування.

Контрмірою до евтаназії є паліативне лікування, метою якого є покращення стану людини в духовній, душевній і тілесній цілісності. Воно є проявом великої гуманності до безнадійно хворої особи. Прийняття болю має особливе значення у житті християнина, як спосіб єднання з терпінням Христа, має зміст покути, освячення, спасіння. Ісус присутній у людині, яка хворіє і страждає. Її рани — то Його рани. Розбиті тіла спроможні стати життєдайним джерелом, бо з пораненого боку розп'ятого Христа пролилися кров і вода, котрі врятували світ.

В Україні евтаназія заборонена. Про це свідчить аналіз нормативно правових- документів щодо недоторканості людського життя

Висновок.. Хочеться вірити, що закони, які забороняють евтаназію, сформовані під впливом розуміння самодостатності та найбільшої цінності людського життя.

ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНОГО СТАТУСУ ПЛОДУ

Белікова Анастасія
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова

Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. Спір стосовно правового та морального критерія визначення морального статусу плода.
Мета. Дослідити моральний статус ембріону.
Матеріали та методи. Теоретичний аналіз літературних джерел і інтернет-ресурсів ; аналіз статистичних даних, узагальнення, індукція й дедукція, гіпотетичний, історичний і логічні методи, аналогія.
Результати. Під час вагітності, наслідки знищення плоду прирівняні до вбивства, а вилучений плід може розглядатися як пацієнт. Саме тому навіть найбільш ліберальні законодавці в більшості випадків не допускають переривання вагітності саме на пізніх термінах.
Ембріон – самостійний організм зі своїми індивідуальними характеристиками, він не є частиною матері, хоча і залежить від неї з моменту запліднення. Критерієм морального статусу плода є його присутність в моральному судженні, яке виникає, коли ненароджена дитина стає об'єктом моральної рефлексії і для матері, в той чи інший момент вибору, і для загальнолюдської культури. Моральний статус плода на різних термінах вагітності прирівнюється до морального статусу дитини. Здатність плода до чутливості, тобто спроможність сприймати і реагувати на навколишній світ посилює його моральний статус.
Розрізняють два аспекти поняття особистості. Нормативний аспект включає в себе повний моральний статус особистості, сукупність прав, включаючи і право на життя. Дескриптивний аспект полягає у володінні самосвідомістю і пов'язаними з ним якостями: володінням мовою, здатністю до раціональних думок і вчинків, володінням моральними цінностями. Ембріон, плід і немовля не є особистостями в дескриптивному сенсі, однак вони володіють моральним статусом особи. Особове буття людини до його народження на світ володіє тілесним, душевним і духовним виміром.
Ембріон, в будь-якому випадку, має право на реалізацію свого людського потенціалу з моменту запліднення, яке повинне забезпечуватися відповіднім захистом з боку держави на будь-якій стадії розвитку. Ця позиція виражена в цілому ряді міжнародних документів, котрі виголошують святість людського життя з моменту запліднення. Про правовий статус ембріона згадує Декларація прав дитини, яка зокрема застосовує поняття «дитина» до людської істоти ще до її появи на світ. В її преамбулі вказано, що «дитина, внаслідок її фізичної і розумової незрілості, потребує спеціальної охорони і

піклування, включаючи належний правовий захист, як до, так і після народження».
Висновок. Людський ембріон - це абсолютно беззахисна форма існування людської особи. Тому в морально-етичному плані ставлення до ембріону - це еталон моральності суспільства, який є реальним суб'єктом моральної рефлексії. Як такий, він може ставати об’єктом морального чи аморального вчинку і, отже, його присутність в моральних відносинах та його статус морального суб'єкта не може викликати сумнів.

НЕДОПУСТИМІСТЬ ЛЕГАЛІЗАЦІЇ ЕВТАНАЗІЇ З ПОЗИЦІЇ БІОЕТИКИ

Бирюк Вікторія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І.З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Прихильники евтаназії вважають, що вона має бути дозволена законом. Як “моральне” виправдання своєї ментальності вони висувають теорію про “якість життя”, яку подають як визначальну у вирішенні питання, хто має право жити, а кому потрібно померти. Вони пишуть: “безсумнівною цінністю є реальне благополуччя людини. Не кожен має силу лежати паралізованим, щодня потребувати сторонньої допомоги, відчувати постійний біль. Проте кожне людське життя, має найвищу фундаментальну цінність серед усіх творінь і воно є трансцендентним шляхом..
Мета. Розглянути недопустимість легалізації евтаназії з позиції біоетики.
Матеріали та методи. Герменевтичний, феноменологічний, аналітичний.
Результати. В багатьох випадках поняття “якості життя” використовують для виправдання думки про те, що деяким особам не варто жити. Поняття “якості життя” не тільки логічно необґрунтоване, але і морально неприпустиме. Ті, хто керуються цим поняттям, вважають “якість життя” за об’єктивність, яку можна пізнати та виміряти. Це мало б означати, що одна людина може оцінювати корисність життя іншої людини, а і стверджувати, що ця корисність є недостатньою і нарешті мати право чи обов’язок покласти кінець

такому життю. Що з того, що незрячі, глухонімі, скалічені ампутацією кінцівок працюють, мають досягнення, є щасливими батьками родин; що хлопці та дівчата з вадою Дауна такі щасливі і повні радості... У наш час — це вирок, котрий загрожує життю, особливо у разі хвороби.

Побутує думка, що виправдання евтаназії було ініційоване страховими компаніями, які ризикнули покрити власні збитки коштом частини хворих, яких їм доводилося утримувати. Прихильники евтаназії пробують надати цій проблемі соціального статусу, чого не можна допустити. Справді, за проблемою евтаназії приховуються економічні труднощі, як-от утримання безнадійно хворих, що перебувають тривалий час у несвідомому стані, оскільки на це потрібні великі кошти. Йдеться про формування нового стереотипу мислення людини, який хоча й ставить у центрі уваги особу, проте переступає через фундаментальні моральні засади.

У законодавствах більшості західних країн використовується формулювання “право на смерть”. Однак воно не точне (кожна людина має це право, бо є смертною). Згідно з ним той, хто має право на смерть, може мати також право наполягати на виконанні іншими особами свого бажання померти, що фактично легалізує евтаназію, в якій немає жодної гідності. Отже, доцільніше вживати термін “право людини на гідну смерть”.

Якщо законодавець чи асоціації лікарів вирішують (присвоюючи собі владу вирішувати, хто повинен жити, а хто має вмерти), що евтаназія чи допомога при самогубстві допустимі тільки тоді, коли мова йде про людей, які перебувають у певних обставинах, то чи не залишають вони за собою право вирішувати, що це за обставини?”.

Висновок. Закони, які дозволяють евтаназію, повинні бути рішуче засуджені.

СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ: ЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

Богачик Юлія
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність.Етичні принципи для нової медицини не скасовують, але перетворюють основні положення «Клятви Гіппократа», яка є еталоном лікарської моральної свідомості протягом століть.

Мета. Розкрити етичні принципи, які регулюють використання біомедичних технологій.

Матеріали та методи. Феноменологічний, аналітичний, герменевтичний.

Результати. Кінець XX-го століття ознаменувався низкою найбільших досягнень молекулярної і клітинної біології, які відкривають широкі перспективи для створення принципово нових і ефективних біомедичних технологій, що дають можливість вирішити проблему лікування ряду найтяжчих захворювань людини.

Технологія стовбурових клітин - це своєрідний ящик Пандори, який приховує багато таємниць життя, але яка ціна таких відкриттів? У науковому аспекті застосування цієї технології здається безмежним, але етичні міркування ставлять бар'єри на цьому шляху. Перш ніж методи терапії, засновані на застосуванні стовбурових клітин для заміни або регенерації людських органів, мають увійти в медичну практику, необхідно розглядати стовбурові клітини з наукової, етичної та юридичної, суспільно-політичної точки зору. Вираз «неповне знання гірше повного невігластва» доречний в біотехнології, де необхідно досконало розібратися в питанні, перш ніж висловлюватися «за» чи «проти».

При використанні ембріональних тканин та органів порушуються інтереси не тільки пацієнта, але й донора ембріональної тканини, тобто самого ембріону.

Ембріону людини притаманна гідність, бо те, ким стане людина, вже закладене у ньому, але не є ще вираженим і потребує часу для розвитку та остаточного формування, яке не закінчується з народженням. Генетичний розвиток людини не включає в себе зміну її природи, а лише поступовий прояв тих можливостей та здібностей, якими вона вже володіє від самого початку. Людська особа починає існувати від моменту запліднення. Ембріон, як людський індивід, має право на власне життя, і тому кожне втручання не на користь ембріона розглядається як дія, що порушує таке право. Відбирання ембріобласту з бластоцисти, що завдає непоправної шкоди людському ембріону, перериваючи його розвиток, є дією морально неприпустимою. Контрмірою ембріональних стовбурових клітин є стовбурові клітини, отримані з органів і тканин дорослого організму: кістковий мозок, периферійна кров, пульпа молочна зубів, пуповинна кров та плацента.

Не можна допустити, щоб терапія ембріональними тканинами або їх дослідження вплинули на проведення абортів та на бажання жінки

зробити аборт під впливом матеріальних стимулів або під тиском лікаря. Також необхідно захистити право ембріона на життя з моменту запліднення та виключити можливість створення ембріонів людини з метою їх використання для потреб науки або медицини.

Висновок. Встановлення етичних принципів, які регулюють використання новітніх методів генетики, ембріології та трансплантології, повинно захистити права суб'єктів біомедичних досліджень. для того, щоб не допустити зловживання досягненнями біології та медицини, яке може стати загрозою гідності і недоторканості людського життя, порушенням прав людини.

ПРОБЛЕМА ДАРУВАННЯ ОРГАНІВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ У КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Бородай Аліса
Макачка Христина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. На сьогоднішній час є очевидним прогрес у трансплантології. Однак, при всіх позитивних сторонах трансплантації органів не можна не враховувати біоетичні проблеми, які при цьому виникають. Насамперед ідеться про проблему дарування органів. Питання, пов'язані із даруванням власних органів, заслуговують певних міркувань щодо їх змісту і цінності.

Мета. Довести, що фізичне життя, власне або чуже, є першорядним благом для людини і жодна мета, наскільки позитивною вона б не була, не виправдовує його прямого знищення, навіть якщо йдеться про життя іншої людини.

Матеріали та методи. Аналітичний, герменевтичний, феноменологічний.

Результати. З точки зору антропології людина є єдністю духа, душі і тіла; її духовний компонент відмінний від її тілесного виміру, але невіддільний від нього. Тому свою сутність (те, ким є людина стосовно глибокої особистої ідентичності) вона може виразити і показати лише через свою тілесність. Кожний життєвий акт людини під час її земного існування може реалізуватися лише за посередництвом тілесного виміру.

Немає сумніву, що одна з основних цінностей для людської особи полягає у даруванні себе самої для осягнення добра, що є гідним її. Людина, справді, може дарувати (частково або цілковито) те, чим вона володіє, тобто те, чим вона є - себе саму. Ніщо не є ціннішим від нас самих: все, що ми маємо, ніколи не буде таким вагомим, як наша особа; якщо ми любимо когось, як знак нашої любові, ми можемо подарувати йому багато речей, але жодна з них не буде гідна замінити нашу особу.
Отже, найбільший дар, який ми можемо зробити, є власне дар нас самих. Така велика пожертва може бути виправдана лише осягненням добра настільки ж великого і гідного, як, наприклад, життя або здоров'я іншої особи.
Рішення подарувати без відшкодування частину власного тіла з огляду на благополуччя того, хто має крайню потребу в ньому, ціною зменшення лише ефективності або якості власного здоров'я, є не лише актом альтруїзму або щедрості, а також жестом реалізації особливої людської гідності. Таке дарування вважається справжнім актом любові, оскільки його здійснення передбачає жертвування не якоїсь речі, а самого себе.
Висновок.Фізичне життя, власне або чуже, є першорядним (навіть якщо не абсолютним) благом для людини. Жодна мета не виправдовувала б його прямого знищення.

СНІД: БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА

Бурилкіна Дарина
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Дерев'янцева Анна
Харківська гуманітарно-педагогічна академія
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді - усна

Актуальність. Виникнення і поширення СНІДу робить актуальним прояснення того, що є «життя відповідно до природи» і що є «життя всупереч природі».
Мета. Розглянути наступні проблеми: СНІД і природа; СНІД і мораль; СНІД і політика.
Матеріали та методи. Діалектичний, що означає пізнання реальних явищ та процесів у комплексі взаємозв'язків та розвитку.

Результати. 1. СНІД і природа. Природа людини двоїста - вона є і природня, і духовно-вільна істота. Усі потреби людини не тільки вроджені, але і придбані, бо людина може стати Людиною завдяки вихованню. На відміну від тварин, людина повинна вчитися керувати своїми потребами. Соціально-психологічні дослідження Е. Фромма показали, що чоловік і жінка, присвячуючи своє життя задоволенню сексуальних потреб, дуже часто страждають найтяжчими неврозами і почувають себе абсолютно нещасними. Гідність людини - в управлінні своїми потребами, стосовно до сфери свободи вона виражається у виборі засобів для здійснення мети і у виборі самих цілей. Причому в момент вибору вступають в силу не тільки критерії раціональності та ефективності, а й критерії добра і зла, відповідальності і безвідповідальності.
2.СНІД і мораль. Найкращий вихід з ситуації, що склалася - створення системи суспільної солідарності, що має гуманістичний характер. Ця система повинна включати в себе наступні чотири групи: 1) солідарність здорових людей;2) солідарність потенційно інфікованих;3) солідарність інфікованих, що припускає їх відповідальні дії, що виключають можливість передачі хвороби; 4) хворим же пропонується не тільки солідарність, а й співчуття і втіха. Вимога солідарності – моральна вимога, яка має супроводитися відповідними діями.
3. СНІД і політика. Політика - це практичні дії, мета яких - благо певних груп людей. У випадку зі СНІДом метою є захист здорових людей і допомога інфікованим і хворим. Для цього необхідно провести ряд заходів, враховуючи, що СНІД – епідемія пандемічного масштабу, а ні вакцини, ані ліків проти нього немає. До цих заходів відноситься: - рішуча просвіта з приводу СНІДу без моралізаторства і презирства до заражених; - впровадження легко доступного анонімного тестування; - тестування усіх груп ризику; у випадку позитивної реакції на СНІД – заборона, що має форму державної постанови, на певні види поведінки (наркоманія); - у випадку її порушення або при свідомій передачі вірусу – покарання у вигляді ізоляції.
Висновок. Слід пам’ятати, що не може бути таких законодавчих заходів, котрі б захистили б суспільство від СНІДу на 100 %. По відношенню до нього, як у дзеркалі, відображається стан суспільства, де паніка, сумнів переплітаються з розумом, солідарністю, повагою до людини.

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОТИДІЇ ЕВТАНАЗІЇ

Вагілевич Анна

Ващишин Марта
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І.З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. В даний час в світі є багато засобів для підтримки життя штучним шляхом. Іноді від не простого і дуже відповідального вибору лікаря визначається доля людини або її близьких. Якими критеріями повинні керуватися медичні працівники, вирішуючи питання збереження людського життя? Як відноситися до евтаназії? Чи допустимо людині встановлювати межі у святая святих людського буття – як народження, так і смерті?
Мета. Визначити, наскільки моральним та правомірним є вибір лікаря і яке ставлення до цього у різних країнах світу?
Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний, аналітично-порівняльний.
Результати. "Евтаназія" – умисне припинення життя невиліковно хворого з метою позбавлення його від нестерпних страждань, що не піддаються лікуванню наявними медичними методами та засобами.На сьогодні виділяють: непряму чи негативну (яка полягає у намаганні лікаря полегшити страждання особи, що перебуває на останній стадії тяжкої хвороби, призначенням їй ліків, які непрямим чином можуть пришвидшити фізіологічний процес умирання, але без яких особа не може обійтися, або припиненням використання засобу, необхідного для життя, що є надзвичайним), пряму (діяльність лікаря з метою закінчити життя пацієнта або пришвидшити його смерть.), активну (безпосередня практична діяльність з метою спричинення смерті хворого); пасивну (спричинення смерті через припинення підтримування життєвих функцій у хворого); добровільну (здійснюється лікарем стосовно тяжкохворого пацієнта, який перебуває у повній свідомості, згідно з його письмовим проханням); недобровільну (через тяжкий стан пацієнта, який не може висловити прохання про евтаназію, здійснюється на прохання законного представника пацієнта або за медичним висновком (підґрунтям якого є буцім-то вищі інтереси хворого)); примусову форму евтаназії (здійснюється стосовно людей (здорових та хворих) за рішенням влади або посадових осіб наперекір вимогам та інтересам хворого); евтаназію новонароджених, та соціальну. Активна форма евтаназії ще вважаються з боку лікаря вбивством та участю самогубстві. Небезпеку для невиліковно хворих та

осіб з важкими (вродженими) вадами розвитку, з моральної точки зору, становить соціальна евтаназія, при якій рішення позбавити когось життя належить суспільству, що керується, і ця тенденція прогресує, економічним критерієм "витрати-вигода"

Висновок.Не можна вбивати інших, не можна вбивати себе. Незалежно від ставлення суспільства до евтаназії, ніщо не може приховати той факт, що евтаназія для пацієнта є суїцидом, а для лікаря – геміцидом.

ЗНАЧИМІСТЬ БІОЕТИКИ У РЕАЛІЗАЦІЇ ПОКЛИКАННЯ ЛІКАРЯ

Ващишин Марта
Вагілевич Анна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра медичної інформатики
Завідувач кафедри – доц. О. В. Бойко
Науковий керівник – ас. Р. Б. Попович
Форма доповіді – усна

Актуальність. За даними сучасних соціологічних опитувань довіра людей до лікарів значно похитнулася. Деколи так стається не тільки через низький професійний рівень, а передусім через недотримання лікарем високих моральних засад, неповагу до цінностей людського життя, переважання думок про власне збагачення.

Мета. Довести, що лікарський фах полягає у допомозі людям, полегшенні їх не тільки тілесних, але й духовних страждань, забезпеченні пацієнтів необхідною людською підтримкою.

Матеріали та методи.Бібліографічно-описовий, проблемно-тематичний.

Результати. У 70-х роках виникає новий напрямок етики – біоетика. Біоетика – це наука, що вивчає людську поведінку в біологічно-медичній галузі, а також в охороні здоров'я, стосовно її відповідності моральним нормам і цінностям. У центрі біоетичної проблематики стоять рівно ж питання про цінність життя кожної особи та про наслідки, які з цього випливають, що подані у формі конкретних моральних імперативів. Саме тому засади біоетики мають стати визначальними у реформуванні медичної галузі України. Служіння людському життю, тобто здоровим, хворим і особливо ще

ненародженим, належить до найгостріших завдань Української держави.

Як пише Святе Письмо, лікар існує з Господнього благословення і є знаком Його милосердя. Лікар покликаний охороняти те, що є найціннішим для людини — її життя і здоров'я. І медицина — це не лише лікарське мистецтво, не лише наука, яка має високу і благородну ціль. Медицина — це насамперед служіння Богові через людину, яка хворіє і страждає.

Професія лікаря передбачає спілкування з пацієнтом, у якому людська істота постає як вершина Божого творіння. Головне завдання лікаря – підтвердити свою фаховість та здати іспит на милосердя та співчуття.

Незрівнянним прикладом здійснення покликання лікаря є Христос, бо Він так полюбив світ, що прийшов віддати Своє життя як викуп за багатьох.

Торуючи щоденну професійну дорогу, важливо мати приклади для наслідування. Одними із таких прикладів реалізації глибинного сенсу покликання лікаря є давньогрецький лікар, який увійшов в історію як батько медицини, Гіппократ; безсрібники Косма і Дем'ян; святий великомученик і цілитель Пантелеймон; найвідоміший філософ середньовічного ісламу, послідовник античної традиції, Абу Алі аль-Хусейн ібн Абдаллах ібн Сіна (лат. Авіценна); визначний лікар та єврейський філософ Мойсей Маймонід; видатний фахівець медицини Преподобний Агапіт Печерський; італійський лікар Джузеппе Москатті; які своїм безмежним милосердям і чистим серцем допомагали людям долати хвороби.

Авіценна твердив : «Служачи іншим – згоряю сам», «Немає безнадійно хворих, є лише безнадійні лікарі», «Якщо я не прокладу стежини до людських сердець, вони не звернуться до мене».

Висновок. Запровадження викладання у вищих навчальних закладах, особливо медичного профілю, персоналістичної біоетики є ключем до формування зрілої особистості лікаря.

«НЕПОВНОСПРАВНІСТЬ» ЯК ПРЕДМЕТ БІОЕТИЧНОЇ ДИСКУСІЇ

Венцик Назар
Білецький Іван
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. Ю. І. Мартинюк

Форма доповіді - усна

Актуальність. Світ теорії «неповносправності» станом на тепер поділений на тих, хто підтримує її фізіологічний аргумент впливу на якість життя та тих, хто переконаний в її соціальному підґрунті, тобто в існуванні стереотипної упередженості щодо «недієздатності». Попри численні дослідження та спроби подолання протилежних позицій, все ще побутує глибоке розділення у відповідному сприйнятті явища «неповносправності».
Мета. Порівняти два підходи в осмисленні явища «неповносправності» в контексті біоетичного ракурсу.
Матеріали та методи. Аналітично-порівняльний
Результати. Парадокс існування двох підходів щодо розуміння «неповносправності» полягає в тому, що вони, попри свою протилежність, не можуть існувати роздільно і самостійно. Прямо чи опосередковано вони взаємно впливають один на одного. Прихильники суспільного чинника «неповносправності» вважають, що її джерелом є саме дискримінаційна реакція суспільства на відмінні особливості окремих його членів. Натомість, «медична модель» сприймає «неповносправність» як наявність фізичної чи когнітивної відмінності, яка відхиляє в негативний бік «загальноприйняту» норму.
Говорячи мовою теоретиків «медичної моделі», головний аргумент базується над осмисленням фізичної відмінності як своєрідного тавра, яке визнається неестетичним або непідходящим. Представники «соціальної моделі» навпаки стверджують, що таке тавро з'являється виключно як наслідок недоброзичливої суспільної реакції на невідповідну фізичну відмінність. На думку перших, така вада погіршує якість життя, тоді як другі переконані, що вона жодним чином не погіршує якість життя, а навпаки в багатьох випадках може бути навіть перевагою і робити життя більш повноцінним чи навіть щасливим, слугувати джерелом та стимулом досягнення успіху.
Парадокс «неповносправності» полягає у помилковому формулюванні її суті. Якщо припускається, що якість життя залежить від фізичного благополуччя, то така величина є дуже відносна і парадоксальна. В процесі старіння та досвіду хвороб усе подальше життя людини є поступовою втратою його якості. Для прихильників «медичної моделі» неповносправності ставки є насправді високі.
Висновок. Найбільш небезпечним наслідком застосування саме «медичної моделі» є можливість появи євгенічних тенденцій задля позбавлення майбутніх поколінь вад неповносправності, особливо тих, що передаються спадково. Але, нерозв'язаним залишається питання: які вади з усіх слід вважати невідповідними та які підлягають елімінації, а

відтак який об'єктивний критерій відбору? Чи це є вроджена глухота, може вроджена сліпота чи латеральний аміотрофічний склероз (Стівен Хокінг), хвороба Альцгеймера чи відсутність кінцівок (Нік Вуйчіч)? Якщо йти шляхом євгенічної селекції, то довелось би повністю усунути понад 5700, відомих сучасній науці, спадкових вад, а це – беручи лише США – понад 14 млн. осіб. Багато тих, хто був признаний «неповносправним», зуміли свою ваду зробити перевагою і жити повноцінно.

ПРОБЛЕМА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ГОЛОВИ: ІСТОРІЯ І СУЧАСНІСТЬ

Вінярська Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. К. Б. Білецька
Форма доповіді - усна

Актуальність. Людина одвічно прагнула навчитися «лагодити» свій організм, замінюючи «зношені» частини тіла «новими», що дозволило б їй продовжити своє життя. Частково ця ідея стала реальністю завдяки трансплантації органів. Пересадка шкіри, нирок та ін. все частіше розглядається як звичайна операція. Незважаючи на успіх медицини, все ще залишаються паралізовані люди, невиліковно хворі, саме таким особам сьогодні італійський лікар Серджіо Канаверо пропонує трансплантацію голови на інше тіло. Першу таку пересадку він планує здійснити вже цього року.
Мета. Наголосити, що популярна сьогодні ідея трансплантації голови на практиці може викликати ряд проблем: медичного, психологічного та етичного характеру.
Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.
Результати. Спроби трансплантації голови мали місце у XX ст.. Зокрема, у 50 рр. минулого століття радянський науковець Володимир Деміхов здійснив трансплантацію голови від однієї собаки до іншої, при чому пересаджена голова нормально функціонувала, але не могла керувати донорським тілом. Згодом американський нейрохірург Роберт Вайт провів пересадку голови мавпі, яка після операції прожила півтора дні. Нейрохірург хотів здійснити подібного роду дослід з людиною, але його бентежило питання етики.Про зацікавленістьідеєю трансплантації голови людини сьогодні свідчить соцопитування проведене нами серед студентів ЛНМУ імені Данила Галицького. В ньому взяли участь 667

осіб. На питання «чи не зміниться особистість людини після трансплантації голови» 61% респондентів висловились на користь тієї думки, що зміниться, а 39% дотримується протилежної позиції. На запитання, стосовно їхньої згоди на такого роду пересадку, якщо у їхнього пацієнта немає інших способів лікування, 63,3% опитаних відповіли схвально, а 36,7% майбутніх медиків проти таких маніпуляцій. Як видно із дослідження сама ідея трансплантації голови є досить популярною, однак на практиці такого роду маніпуляції можуть викликати низку застережень. Досліди на тваринах виявили ряд можливих проблем, зокрема із регенерацією нервових тканин, відторгненням та ін.. З точки зору психології є загроза того, що пацієнт не буде відчувати вповні себе самим собою, може не сприймати новий тулуб та кінцівки, або в корі головного мозку збережеться пам'ять про силу і форму кінцівок попереднього тіла; сама особистість людини, яка перенесла пересадку голови, може необоротно змінитися. Морально-етичні застереження стосовно такої трансплантації теж пов'язані зі зміною ідентичності пацієнта. Загалом пересадка органів при дотримані певних етичних принципів не викликає осудження, оскільки має на меті відновлення здоров'я індивіда, тоді як трансплантація голови передбачає створення нової істоти, котра може не визнавати дане тіло власним, втратить свою глобальну ідентичність.

Висновок. Підсумовуючи, слід зазначити, що ідея трансплантації голови людини є досить популярною, однак на практиці така маніпуляція може призвести до багатьох проблем, як суто медичного, психологічного та етичного характеру.

ПРОБЛЕМИ СТОСУНКІВ МІЖ ДЕРЖАВОЮ УКРАЇНА І ЦЕРКВОЮ

Гавдьо Богдан
Приватна адвокатура. ГО «Лярш-Ковчег»
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Науковий керівник — доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді - усна

Актуальність. В Конституції присвячено ряд положень щодо стосунків між державою та Церквою та який є їх характер?

Мета. Висвітлити основні засади побудови відносин між церквою та державою у суспільстві.

Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.
Результати. В Основному Законі України говориться: «Верховна Рада України від імені українського народу, громадян України всіх національностей, ... усвідомлюючи відповідальність перед Богом, власною совістю, попередніми, нинішнім та прийдешніми поколіннями, ... приймає цю Конституцію України». Усвідомлення відповідальності перед кимось означає визнання Його найбільшого авторитету (єдиного Бога). Згідно із статистикою, християнство в Україні сповідує 88 % громадян, які є носіями влади (відповідно до статті 5 Конституції України), а тому Україна мала б бути християнською.
Позиція держави щодо релігій та Церкви виражена у статті 35 Конституції України, де «кожен має право на свободу світогляду і віросповідання. ... Церква і релігійні організації в Україні відокремлені від держави, а школа - від церкви ...». Проте з огляду на преамбулу Конституції, історію України та реалії, можна сказати, що Церква не є відірваною від народу та держави, а навпаки, вона та її діяльність тісно з ними пов'язана та їх уособлює. Логічним було б внести корективи до Конституції, враховуючи, що Церква, релігійні організації та держава в Україні є самостійними і незалежними інституціями, які діють в суспільстві та за його межами на основі засад взаємоповаги, суверенності, довіри та взаємодопомоги, у відповідності до своїх завдань і призначення, згідно з законодавством України і міжнародно-правовими нормами.
У реальному житті людина є членом і складовою Церкви, суспільства і держави, які створені для неї. Відокремлення між цими інституціями тягне роздвоєння кожного члена суспільства.
Рівень дії приписів моральних та юридичних норм в суспільстві залежить від рівня підкорення їм волі людини, що можливе завдяки вірі, яка полягає у переконанні у тому, що Боже Слово, яке дається через Церкву і в Церкві, є найбільшим добром. Відкритість держави на діяльність Церкви означатиме її відкритість на Бога. Церква, заснована Ісусом Христом, як спільнота вірних, яка, хоч і не має території, проте володіє всіма повноваженнями, необхідними для виконання головного завдання - спасіння людей.
Держава не повинна перешкоджати у впровадженні богослов'я в школах на добровільних началах.
Ставлення держави до Церкви характеризується свободою вибору. Держава, виражаючи волю народу, має повне право виявляти прихильне ставлення до Христової Церкви, непорушуючи одночасно цим права на існування інших релігійних організацій.
Висновок. Національне законодавство повинно забезпечувати правові умови діяльності Церкви, яке має передбачати її визнання державою як

особливого незалежного і самостійного суб'єкта з відповідними юридичними наслідками.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ЗДОРОВ'Я» ТА «ХВОРОБА» З ТОЧКИ ЗОРУ БІОЕТИКИ

Галімурка Христина
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри – проф. Р. Я. Дутка
Науковий керівник – проф. Р. Я. Дутка
Форма доповіді – усна

Актуальність. ВООЗ дала відповідь на питання, що таке здоров'я. Отже, здоров'я - це стан повного біологічного, медичного, духовного, соціального благополуччя особи. Задумаймося, чи реально, щоб одночасно індивідууму були властиві вище представлені сторони повного комфорту. Видається, що це нонсенс.

Мета. Дослідити підхід до визначення «здоров'я» згідно з ВООЗ.

Матеріали та методи. Герменевтичний, феноменологічний.

Результати. Перш за все людині властиві духовна, душевна і біологічна складові. Духовні складові - це дух, душа, яка є безсмертною, про що ми знаємо зі Святого Письма, а біологічне начало має початок і кінець. Здоров'я, як термін, не може бути в певних рамках і закінчуватися із смертю особи. Бо інакше існувала б несправедливість. Для прикладу, людина на протязі земного життя живе в муках, перш за все біологічних, і в такому разі, згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я відсутнє або неповноцінне. Ми часто в клініці використовуємо термін "практично здоровий", а це не відповідає дійсності. Прикладом цього є наявність змін в організмі, які ми не в силі виявити без певних ознак і симптомів. Отже, чи можливе здоров'я взагалі? Так, тільки тоді ми це можемо зрозуміти, коли повіримо в істину, що у людини безсмертна духовна сторона. Здоров'я як абсолют можливе тільки після нашої смерті в Небесному Царстві. Заважає нам одержати його в повноті і відчувати повне благополуччя первородний гріх. Насмілимося «здоров'я» розтлумачити від початку нашого життя, тобто від моменту запліднення, як процес вдосконалення всіх його сторін, де ведуча є духовна сторона, що має вплив на інші складові, такі як біологічні, медичні і соціальні чинники. Таким чином, на протязі земного життя людина йде до вдосконалення. Зміни в організмі через різні впливи на нього (зовнішні та внутрішні) мобілізують захист, де ведучим є духовний чинник, оскільки він є визначальним і контролює цей процес вдосконалення, як підготовку до життя після смерті. Тоді що таке хвороба (патос — грецьке)? Це окремі ланки в ланцюзі вдосконалення.

На момент закінчення біологічного життя людини, тоді здоров'я чи його відсутність стає іменником, тобто абсолютом. Чи всі особи при цьому стають здоровими? Відповідь на це питання дає духовний чинник, що підтверджує його ведучість. Тільки таке визначення може бути в основі первинної профілактики.

Висновок. Духовний чинник, що є ведучий, має вплив на біологічні і медичні чинники, як дочірні, вторинні, що лежить в основі профілактики, тобто запобіганню хворобі. Первинна і вторинна профілактика - це впливи на вже виниклі патологічні процеси,, тобто ланки в процесі вдосконалення.

РОЛЬ СУЧАСНОГО КІНОМИСТЕЦТВА, ЗОКРЕМА МУЛЬТФІЛЬМІВ, У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ

Гайдучик Людмила
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри - проф. І. З. Держко
Науковий керівник - викл., с. Ю.- О. Б. Голубець
Форма доповіді – усна

Актуальність. Однією з відмінних рис культури XXI століття є розширення сфер її впливу на людей через засоби масової комунікації, такі як інтернет та телебачення, що з'явилися продуктами науково-технічної революції. Мультфільми та фільми стали невід'ємною частиною нашого життя настільки, що ми переклали на них частину своїх обов'язків, зокрема виховання наших дітей.

Мета. визначення впливу сучасного кіномистецтва, зокрема мультиплікації, на формування особистості дітей та рівень їх агресивності.

Матеріали та методи. Проведено анкетування серед учнів 6-11 класів у 3 різних школах у м. Львові, Чернівцях, Кременці та здійснено аналіз сучасної мультиплікації.

Результати. Ми відзначили, що 99,4% опитуваних згадують, що колись любили переглядати мультфільми. На даний момент 98,2% з них дивляться фільми, 65,2% - ще й мультсеріали. Крім того, мультфільми дивляться в 1,42 рази більше дітей з невеликого міста (Кременець) ніж з обласних центрів (Львів, Чернівці).

Проаналізувавши сучасну мультиплікацію, найперше можна відзначити, що вона часто перенасичена сценами насильства та агресії. Головні герої як і раніше борються за справедливість, але при цьому

позбавлені милосердя та наділені жорстокістю. Вбиваючи своїх ворогів, вони отримують велике задоволення і при тому їхні вчинки залишаються безкарними, так як здійснені в ім'я добра. Взагалі, що є правильно, а що погано – важко розібрати в мультфільмах навіть дорослим, не те що дітям. Основний персонаж може бути невихованим, задерикуватим і грубим, цинічним, глузувати, знущатися над слабшими і при цьому залишатися позитивним героєм. Варто відзначити, що все рідше і рідше ерудиція є рисою, притаманною персонажам, з яких діти беруть приклад. Окрім того, на екрані демонструється небезпечна для життя поведінка. Герої стрибають з дахів, бігають по проїжджій частині і, навіть отримавши значні травми, через кілька хвилин з'являються здоровими. Все це негативно відображається на інстинктах самозбереження у дітей.

У ході дослідження відзначено, що існує середньої сили позитивний кореляційний зв'язок (від 0,57 до 0,35 у різних класах) між агресивністю та віком, з якого діти починали дивитися мультфільми; їхніми вподобаннями у виборі фільмів та мультсеріалів; часом, який вони проводять за комп'ютером чи телевізором; залежністю від засобів масової інформації(t=1,1).

Висновок. Сучасне кіномистецтво досить негативно впливає на формування моральних принципів дитячої особистості, значно підвищує рівень агресивності, а тому батькам варто приділяти більше уваги своїм дітям та вибору мультфільмів, фільмів, які вони дивляться.

ГІДНІСТЬ ТА НЕДОТОРКАНІСТЬ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Градик Марія
Градик Тетяна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І.З. Держко
Кафедра неврології
Завідувач кафедри – проф. С.С. Пшик
Наукові керівники – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич, доц. Н. В. Малярська
Форма доповіді – усна

Актуальність. Гідність людської особи та недоторканість життя з моменту запліднення до природної смерті має важливе значення в аналізі таких актуальних проблем, як евтаназія, аборт, експерименти над людськими ембріонами тощо.

Мета. Наголосити на тому, що людському життю притаманна недоторканість, гідність, найвища цінність та на значенні лікарів у їх збереженні.
Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.
Результати. Людське життя недоторкане і має бути шановане і захищене від моменту запліднення до Богом призначеного відходу. Християнська релігія стверджує: "Як образ Божий людський індивід має гідність особи, є кимось, хто здатний пізнавати себе, володіти собою, вільно дарувати себе і ввійти в спільність (причастя) з іншими особами, є покликаний через ласку до єдності зі своїм Творцем".
Кожна людська особа, оскільки створена на образ і подобу Божу, є ціллю самою в собі і ніколи не повинна ставати засобом чи інструментом в руках інших, які з тих чи інших причин можуть мати таку можливість. Особливо заклик охороняти людське життя звернений до медичного персоналу, який безпосередньо пов'язаний із засобами, здатними як принести користь життю та здоров'ю людини, так і зруйнувати їх. Як відомо, науковий прогрес у медицині, з одного боку, є прекрасним засобом покращення умов життя, здоров'я людини, а з іншого - може стати засобом домінування та зловживання. За словами Святого Папи Івана Павла II, метою професії лікаря, «є допомагати, лікувати, підтримувати людину, полегшувати та зцілювати її біль». Цю професію скоріше можна вважати надзвичайно важливою та відповідальною місією і покликанням, аніж буденною пересічною роботою. Дотримуючись клятви Гіппократа, лікарі ніколи не повинні забувати, що не існує страждання, яке б могло виправдати припинення людського існування. Усі зусилля науки та знання мають бути спрямовані для добра суспільства та конкретної особи, яка з огляду на свою безумовну гідність «повинна бути основним критерієм та метою людських вчинків».
Висновок. Обов'язок лікарів бути завжди на варті життя у всіх особливих обставинах, в яких життя внаслідок несправедливості людської волі може опинитися під загрозою.

БІОЕТИКА І ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ

Градик Роман
Градик Тетяна
Градик Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Наукові керівники – проф. З. З. Масна, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич

Актуальність. На сьогодні очевидним є прогрес у трансплантології. Однак при всіх позитивних сторонах трансплантації органів не можна не врахувати антропологічні та етичні проблеми, які при цьому виникають. Питання, пов'язані із даруванням органів, заслуговують певних міркувань щодо їх змісту і цінності.
Мета. Розкрити проблему трансплантації в контексті засад біоетики.
Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.
Результати. Засади біоетики в трансплантації: захист життя донора і реципієнта, захист ідентичності особистості та інформована згода. У вирішенні проблем трансплантації органів при донорстві від живої особи постає необхідність добровільної інформованої згоди як від донора, так і реципієнта щодо: включення процедур, передбачення ризиків, можливих терапій чи застережних засобів після взяття органу, динаміки призначення дарованого органу. Необхідно уникати психологічного тиску або примусового вибору донора на базі моральних, чуттєвих або економічних критеріїв. При донорстві з мертвої особи, якщо не можна дізнатись про попереднє рішення потенційного донора щодо можливості взяття органів для трансплантації, має етичну цінність згода його законних представників. Опанування нових неврологічних знань спричинило певну зміну власне в концепції смерті. Відбувся перехід від концепції смерті "як події", точної і раптової, що співпадає з припиненням биття серця і самостійного дихання, до концепції смерті як "процесу", який відбувається протягом певного проміжку часу, виходячи з безповоротної дезінтеграції цілісності індивідуального організму, яка співпадає з повним припиненням активності мозку. Існує смерть людини, яка полягає у цілісності дезінтеграції особистості, як наслідок відділення життєвого принципу або духу і душі від тілесності. Трансплантація таких органів як головний мозок, гонади, гіпофіз має етичне обмеження на рівні спричинення зміни ідентичності особи. Згідно з Законом України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини" (1999) фетотерапія здійснюється ембріональними тканинами і органами, отриманими з абортивного матеріалу, що є морально неприпустимим. Органи влади в Україні повинні протидіяти нелегальній торгівлі частинами ембріонів людини, які продаються за кордон. У визначенні першочерговості доступу до органів для трансплантації потрібно ґрунтовно дотримуватись імунологічної і клінічної оцінки. Критерії призначення дарованих

органів не мають бути підпорядковані логіці “дискримінації” або утилітарному принципу. Важливим поступом є затвердження Радою Європи конвенції з біоетики, в якій підтверджується заборона торгівлі частинами людського тіла.

Висновок. Фізичне життя, власне або чуже, є першорядним (навіть якщо не абсолютним) благом для людини. Жодна мета не виправдовувала б його прямого знищення. Рішення подарувати без відшкодування частину власного тіла з огляду на благополуччя того, хто має крайню потребу в них ціною зменшення лише ефективності або якості власного здоров’я, є жестом реалізації особливої любові, оскільки здійснення його передбачає жертвування не якоїсь речі, а самого себе.

ВАКЦИНАЦІЯ – ЗАХИСТ ОРГАНІЗМУ ВІД ІНФЕКЦІЙ ЧИ ШКОДА ДЛЯ НЬОГО: БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ

Градик Тетяна
Градик Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Наукові керівники – проф. І. З. Держко, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Кожна людина кілька разів стикається з явищем вакцинації упродовж свого життя. Сьогодні проблематика щеплення стала темою гострих дискусій як в Україні, так і на міжнародному рівні. Наявність численних обговорень та дебатів викликана, зокрема, частими висвітленнями у засобах масової інформації ситуацій щодо негативних аспектів вакцинацій, зокрема небажаних побічних реакцій, які нерідко призводять до летальних наслідків, смерті немовлят невдовзі після проведення вакцинації (так званої білої смерті), численних ускладнень та вад розвитку.

Мета. Дослідити морально-етичну проблему вакцинації, її переваги та недоліки.

Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.

Результати. Складається ситуація, коли батьки масово відмовляються від проведення профілактичних щеплень для своїх дітей, а лікарі своєю чергою застерігають, що наслідками такої поведінки можуть стати епідемії небезпечних захворювань, прояви яких у минулому вдавалося зменшити за допомогою обов’язкової вакцинації. Багато сумнівів та

суперечностей виникає при розгляді вакцинацій у світлі принципів біоетики, зокрема автономії, справедливості, нешкідливості та корисності. Очевидно, у першому випадку мова йде про вибір між обов'язком батьків перед суспільством та можливістю не піддавати своїх дітей вакцинації. При наявності обов'язкових щеплень у багатьох європейських країнах така практика вже в самій своїй суті суперечить принципу автономії, який передбачає можливість вибору. Однак, погоджуючись на проведення щеплення, особа чи її законні представники, повинні бути свідомі ризиків та користі вакцини для організму. Принцип нешкідливості є досить проблематичним, оскільки, як відомо, лише незначна кількість медичних препаратів характеризується відсутністю побічних негативних ефектів. Користь від ідеального медичного препарату повинна значно переважати над побічними негативними реакціями. Що стосується корисності практики щеплення для громадян, то не варто залишати поза увагою її важливу роль у подоланні небезпечних інфекційних захворювань та епідемії.

Кожен індивідуум (представники галузі охорони здоровя, батьки та особи, яким проводиться щеплення), який залучений до даної практики, несе свого роду певну відповідальність за рішення, які він приймає, та вчинки, які здійснює. При прийняті рішень щодо вакцинації з боку лікарів необхідно проводити детальну інформаційну та роз'яснювальну роботу про ефективність щеплення, можливі ризики пов'язані з нею. Своєю чергою батьки, ознайомлені з усією необхідною інформацією щодо щеплення, повинні відповідально ставитися до збереження здоров'я своїх дітей та мати право приймати свідомі рішення, не будучи залежними від певних примусових факторів, які загрожують іншим правам їхніх дітей.

Висновок. При розгляді проблематики вакцинацій незаперечними цінностями виступають свобода людини у прийнятті рішень, здоров'я та життя як окремого індивідуума, так і всього народу.

НОВІ ФОРМИ ПІДЛІТКОВИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ ЯК БІОЕТИЧНА ПРОБЛЕМА

Гречаник Орися
Дрізд Соломія
ВНКЗ Самбірський медичний коледж
Медсестринське відділення
Завідувач відділення – викл. І. П. Мартинюк
Науковий керівник – викл. М. М. Мартинюк
Форма доповіді – усна

Актуальність. Внаслідок поширення нестримної комп'ютеризації щораз більше реальна дійсність зміщується у її віртуальний вимір. Поява нових технічних можливостей сприяє появі нових форм впливу на особливо вразливу свідомість у підлітковому віці, коли перебуває у фазі свого найінтенсивнішого розвитку. Як результат можуть появитись нові, невідомі дотепер, форми узалежнень які моделюють поведінку підлітка і можуть наражати його на цілком реальну, а не віртуальну небезпеку.

Мета. Проаналізувати сучасні тенденції підліткових залежностей та передбачити можливі наслідки їх впливів на свідомість і стрімке поширення.

Матеріали та методи. Аналітично-порівняльний метод, синтез, спостереження.

Результати. В останні півроку усю Україну сколихнули звістки про появу та швидке поширення саме у середовищі молоді так званих «груп смерті», які набрали загрозливих масштабів. Чи не щодня з джерел масової інформації надходять повідомлення про спроби здійснення самогубства серед підлітків, які були учасниками подібних груп. Особливістю поширення пагубних ідей є те, що вони мають походження саме з інтернету, найдоступнішого джерела отримання і обміну інформації на тепер. Ведені недоброзичливими кураторами, учасники цих соціальних груп були піддані значному психо-емоційному впливу, переважно у формі наказів і завдань, який спонукав їх до ризикованої поведінки.

Причина згубних наслідків для підліткової свідомості в основному криється саме у появі та поширенні новітніх тенденцій підліткових захоплень, що згодом можуть перерости у новітні форми залежності. Згідно даних останніх соціологічних досліджень сучасну підліткову молодь можна охарактеризувати як «покоління онлайн». А ітнернет та новітні інформаційно-мобільні технології створюють можливість до пропагування модних тенденцій та їх вплив на свідомість підлітка.

Троє з десяти підлітків кожен свій день починають з перевірки кількості «лайків» та коментарів за свій «пост» у соціальних мережах. У 34% негативні коментарі та «недостатня» кількість «лайків» спричинює відчуття підлітком депресії, роздратування чи розпачу. Понад 90% молоді віком 14-19 років володіють бодай одним «смартфоном» чи іншим «гаджетом» з можливістю підключення до мережі інтернет вдома, в школі чи у будь-якому іншому місці. 95% підлітків посідають бодай одним профілем у соціальних мережах, третина з яких мають такі у двох і більше соціальних мережах, або є авторами більшої кількості підроблених профілів.

Висновок. Сучасну епоху можна охарактеризувати «епохою вітрин», мета якої створити образ успішного індивіда, навіть якщо такий є цілковито вигаданий. Саме тому появляються і «фешн блоги», «селфіманія», «хештег генерація», «вампінг», «номофобія», «челенджі» чи навіть фобія втрати інтернет зв'язку. Але особливий драматизм полягає у тому, що небезпека є абсолютна реальна і далеко не віртуальна.

ПОЕЗІОТЕРАПІЯ

Гурко Ірина
Кожелупенко Андрій
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. У сучасній людині самим слабким місцем є її психіка. Агресивне зовнішнє середовище актуалізує проблему її захисту. З давніх часів люди знали, що ритмічна мова надає потужний вплив на психіку, і користувалися цим. Віршовані форми, пісні здатні збуджувати чи заспокоювати людину, викликаючи радість або навіть сльози. Вірші - це спосіб вираження внутрішнього світу, в якому кристалізується все найцікавіше, найпотрібніше, найголовніше в житті. Можна так само почути таке одкровення, що через вірші відбувається спілкування зі своєю внутрішньою природою, яка проявляється в моменти творчого осяяння.
Мета. Показати, що кожна людина може працювати над втіленням поставлених завдань, гармонійно поєднувати задоволення і одночасно посилювати впевненість в собі і своїх силах. Унікальність поезієтерапії в тому, що вона налаштовує на рефлексію, на власне джерело сили і дозволяє з легкістю і задоволенням реалізовувати задумане.
Матеріали та методи. Робота ґрунтується на герменевтиці, як науці про теорію інтерпретації та розуміння текстів, в тому числі і біблійного змісту.
Результати. Є такі, хто безпосередньо виступають медіумом - це автор і той, хто вивчає творчість. Деякі твори зачіпають найтонші струни душі, інші сприймаються як поєднання красивих, незрозумілих рядків, а іноді просто залишаються без нашої уваги. Так відбирає Душа, це потреба в необхідних думках.
Поезієтерапія за своїм впливом є могутньою цілющою методикою, яку можна порівняти з проходженням сильних тренінгових програм.

Виявилося, що, якщо використовувати в якості формули навіювання або самонавіювання короткий вірш, який містить словесну установку на лікування певної хвороби, то це робить сильний лікувальний вплив на пацієнтів, особливо при неврозах, жахах, нав'язливих станах, шкіряних і виразкових хворобах.

Для кожної окремої людини підходять далеко не всі вірші, а тільки ті, які співзвучні її внутрішньому світу, самопочуттю, особливостям темпераменту і рисам характеру, настрою в даний конкретний момент.

Тому навіть вірш, який підходить для більшості людей і вважається з цієї причини лікувальним, для окремого «пацієнта» може виявитися марним.

Поезієтерапія застосовується в основному самостійно, але може так само доповнити і інші терапевтичні методики: ароматотерапію, кольоротерапію, музикотерапію.

Висновок. Поезієтерапія - це індивідуальний, ефективний і безпечний метод психорегуляції, який не тільки покращує стан організму, але і дозволяє створювати потрібний емоційний настрій. Вірші мають потужний заряд енергії. Вони дозволяють релаксацію, відволіктися від тривожних думок, змінити їх напрямок, зустрітися зі своїми істинними бажаннями. Спеціальна добірка віршів дозволяє посилювати енергію, підключаючи до роботи внутрішню силу, яка проявляється в моменти творчого осяяння.

АБОРТ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Дарморост Христина
Тернопільський державний медичний університет
Кафедра філософії та суспільних дисциплін
Завідувач кафедри – проф. І. М. Мельничук
Науковий керівник – доц. О. М. Христенко
Форма доповіді – усна

Актуальність. Нині аборт залишається однією з болючих проблем сучасного суспільства й водночас недостатньо артикульованою в освітянській сфері. А прийняття рішення про так зване штучне переривання вагітності – аборт зазвичай залежить від світоглядних цінностей майбутньої матері (батька, родини, друзів, лікарів), котрі формуються власне у навчально-виховних закладах / середовищах. Тому відповідальними за просвітницько-профілактичну роботу щодо недопущення абортів є не лише медичні працівники, а й вихователі, педагоги, які навчають майбутніх лікарів та випускників вищих навчальних закладів загалом.

Мета. Визначити загальні та фахові компетентності, яких потребують студенти медичних навчальних закладів з метоюформування у них таких цінностей як життя ненародженої дитини, здоров'я і життя матері.

Матеріали та методи. Теоретичний аналіз, педагогічний аналіз, принципи компетентнісного та аксіологічного підходів.

Результати. У межах навчальної дисципліни «Біоетика» слід формувати такі фахові компетентності: знати про біологічний і антропологічний статус людського ембріону як особистості людини; три біологічні особливості, які характеризують процес розвитку ембріону людини; причини, сутність, методи, наслідки штучного аборту як біоетичного і соціально-духовного явища та як порушення основного права на життя;класифікацію абортів з огляду на моральні чинники та їх оцінку з погляду біоетики.У контексті навчальної дисципліни «Філософія» студентам необхідно розуміти основні світоглядні підходи до тлумачення аборту; у межах «Медичного права» – законодавчу базу, що стосується гідності та недоторканості людського життя з моменту запліднення до природної смерті.

Студенти потребують оволодіти практичними навичкамизастосування природного методу розпізнавання днів плідності;визначення причин абортів у конкретних ситуаціях та застосування вагомих аргументів на користь збереження життя зачатої дитини; розробки методики індивідуальної психологічної допомоги жінкам та сім'ям, які переживають постабортивний синдром.

Як майбутні медичні працівники студенти потребують формування таких загальних компетентностей як здатність спілкуватися та співпрацювати з представниками різних рас, націй, релігій, культур щодо проблеми аборту; аналізувати складні медико-соціальні проблеми, пов'язані з абортом, та швидко приймати рішення;використовувати різні види інформаційних ресурсів біоетичного спрямування у просвітницькій роботі з метою запобігання абортам. Світоглядні цінності процесу формування компетентностей студентів-медиків мають базуватися на засадах персоналістичної біоетики, яка проголошує недоторканість життя зачатої дитини.

Висновок. Проблема аборту потребує вирішення не лише в медичному, а й освітньому контексті. Студенти медичних навчальних закладів потребують комплексної, у тому числі, педагогічної підготовки з метою попередження абортів як в особистому досвіді, так і в професійній діяльності.

МОРАЛЬНІСТЬ — ЯК ОСНОВА ДЕМОГРАФІЧНОЇ КУЛЬТУРИ УКРАЇНИ

Димид Галина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

“І десь там досі засідають “мудреці”:
Наради, збори... Боже мій, та доки?
Чуже життя розчавлене в руці
І більше вже пороки не пороки.”
“Монолог ненародженого життя” Н. Назар

Актуальність. Затяжна демографічна криза на території України, а також недостатність об'єктивного погляду на вирішення проблеми політиків та громадськості вимагають ефективного шляху подолання проблеми.
Мета. Аналіз демографічної кризи в Україні, яка зумовлена падінням моральності та абортивною ментальністю.
Матеріали та методи. Статистичні дані демографічного стану країни, а також наукові праці Назар Наталі Омелянівни.
Результати. На жаль, на даний час не існує цілісно сформованої концепції демографічної політики України. Основою проблеми є низька демографічна культура і не розуміння сутності проблеми, що призводить до не уможливлення шляхів її вирішення. Адже стверджувати, що основою проблеми є соціально-економічні фактори, є базовою помилкою. Головною причиною є свідомість суспільства. Оскільки ще змалку діти бачать по телебаченні реклами сексуальної розбещеності та аморальні фільми, що повністю заперечують моральну цінність шлюбу та цілісності людини з своїм тілом. Наслідком таких морально не допустимих речей є статистика абортів. В Україні показник абортів становить 1,57, тобто на 100 народжених припадає 157 убитих в лоні матері! За розрахунками Інституту демографії до 2030 р. нас буде 37 млн., до 2050 р. – 31 млн. осіб, з них близько 40 % - це люди похилого віку. Ось декілька прикладів наведеної статистичної обробки даних про кількість абортів по областях : Рівненська – 45,5; Львівська – 64,0; Донецька – 138,7; Запорізька – 168,2; Харківська – 175,9; Луганська – 176,2; м. Севастополь – 233,2. Переглянувши усі ці

дані, ми можемо стверджувати, що народ України втратив моральність та цінність людського життя, що просто не припустимо. Адже вагітність розглядається як патологія, що може перешкодити жінці у побудові її "ідеального життя". Але чи може бути ціною "ідеального" нове життя? Звісно ні. У сьогоденні питання демографії ще більше загострилось. Оскільки, на фоні сучасної неоголошеної війни, допускаючи аборти, ми просто своїми руками заганяємо наш український народ у могилу. Адже страшно уявити, яка цифра нас чекатиме попереду, якщо ми не навчимось цінувати і захищати невинне життя.

Під час Міжнародної Конференції ООН, присвяченої проблемам народонаселення в Каїрі 1994 р., Мати Тереза з Калькутти сказала: "...Багато разів повторюю і є цього певна, що найбільшою загрозою для миру є сьогодні аборт. Якщо мамі є дозволено вбити власну дитину, що ж може стримати тебе і мене, щоб ми не вбили один одного? Єдиним. хто має право забрати життя є той, хто його створив. Ні мати, ні батько, ні лікар, ні жодний уряд".

Висновок. Для України існує лише один вихід: повернутися до основ християнства, бо як слушно сказав Андре Мальро: "XXI століття буде або великим століттям релігії, або його взагалі не буде", і важко сумніватися в правдивості цих слів.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕЗЕРВАТИВІВ: ОЦІНКА З ПОГЛЯДУ БІОЕТИКИ

Кандяк Ірина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З Держко
Наукові керівники – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич, викл. Л. Я. Васьків
Форма доповіді – усна

Актуальність. Вважають, що презерватив надійно запобігає зараженню хворобами, які передаються статевим шляхом, зокрема СНІДом, і рекомендують для раннього статевого життя та нетривалих зв'язків. У рекомендаціях не йде мова про мораль раннього статевого життя, так само як і про мораль дошлюбних та позашлюбних статевих зв'язків.

Мета. Дослідити основні побічні дії використання презервативів.

Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.

Результати. Подружжя, як єдність чоловіка та жінки, реалізується у дотриманні прокреативного виміру єднальної любові. На перешкоді повної реалізації подружніх стосунків стоїть контрацепція як ознака кризи подружніх взаємин і відсутності внутрішньої єдності.

Згідно із дослідженнями американського Центру контролю над захворюваністю, презерватив неефективний в однієї із шести пар, що використовують його для профілактики СНІДу. У 15,1 % випадків він розривається (індекс вагітності становить 20 із 100) і не захищає від жодної хвороби, що передається статевим шляхом. Згідно з даними ВООЗ, використання презерватива не оберігає від зараження вірусом імунодефіциту людини, бо навіть через одну мікропору презерватива може проходити близько 50 таких вірусів. Діаметр мікропори презерватива 5 мкм, а діаметр ВІЛу — 0,1 мкм. Мікропори презерватива збільшуються при розтягуванні. Цей вірус, який є малорухливим, переноситься через мікропори за допомогою бактерій (більших розмірів) або сперматозоїдів. Зараження багатьма хворобами, які передаються статевим шляхом, може відбутися через незахищену презервативом шкіру. Презерватив не запобігає, а лише обмежує розповсюдження хвороб, які передаються статевим шляхом. Він запобігає захворюванням, що спричиняються бактеріальними збудниками великих розмірів — гонореї, сифілісу. Надійність від захисту хвороб, спричинених вірусами — герпесу, гепатиту, СНІДу, становить близько 65–70%. Не запобігає зараженню вірусом папіломи людини, який пов'язують з раком шийки матки. Для застосування презерватива необхідно на якийсь час перервати статевий акт, що є морально неприпустимо. Застосування презерватива призводить до психічного дискомфорту, зменшення відчуття задоволення, алергічних реакцій обох партнерів, травмування слизової оболонки піхви, що підвищує схильність жінки до бактеріального вагінозу і запальних захворювань піхви, появи хворобливих виділень, а також негативно впиває на психологічний стан подружжя. При нормальному співжитті організм жінки розпізнає антигени чоловіка, які є також у зачатої дитини, через що виникає імунологічна толерантність до цих антигенів. Необхідно зазначити, що у жінок, які вживали бар'єрні контрацептивні засоби, перш, ніж завагітніли, схильність до викиднів у тричі більша, ніж у тих, які їх не використовували. Одне з ускладнень застосування презервативів — неплідність. Сьогодні немає жодного надійного способу захисту від хвороб, що передаються статевим шляхом, окрім утримання від дошлюбних і позашлюбних статевих стосунків.

Висновок. Безпечного сексу поза Шлюбом не існує. А єдиною ефективною профілактикою хвороб, які передаються статевим шляхом, є уникнення розпусти, моногамність як для чоловіків, так і для жінок.

ЛЮДИНА З ПОЗИЦІЇ ПЕРСОНАЛІСТИЧНОЇ БІОЕТИКИ

Кисиличак Оксана
Процайло Алєся
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Наукові керівники – проф. І. З. Держко, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Людина задає собі запитання про місце та призначення в світі, та залежно від відповіді на нього, обирає власний життєвий шлях.
Мета. Довести, що людина – творець своєї долі тільки тоді, коли виконує Божу волю.
Матеріали та методи. Аналітичний, ферменевтичний.
Результати. Бог сотворив людину на Свій образ і подобу і доручив їй господарювати над світом (Пор. Бт. 1:26-27). Людина – індивідуальність, особистість, творіння і дитина Божа, яку Бог любить понад усіх, хоча любить всіх однаково. Людина походить від Бога, від Нього залежить. У Бога є задум її життя, який настільки важливий, що Ісус Христос став людиною, щоб відкрити Його Своїм життям, стражданнями, смертю та воскресінням.
Причиною створення людини була Божа любов, яка не є егоїстичною, ані спрямованою виключно на Бога (егоїстична любов не несе в собі життя, а смерть). Бог творить світ, не для того, щоб показати Свою славу, велич чи могутність, але щоб віддати Себе іншому. Господь ділиться із тим щастям, яке має в Собі, наслідком якого постає сотворений світ, а вершиною Божого творіння є людина.
Людина створена Богом, щоб стати Його домом, в якому Він бажає жити, обожествлюючи її. Згідно з Божим задумом, людина має пряме і безпосереднє відношення до Бога. В ній немає нічого, що не є від Бога, вона наповнена самим Богом. Основне покликання людини в житті – відновити нерозривну єдність з Богом, якою тішились Адам і Єва в Едемському саду. Найбільшим гріхом людства є те, що люди «виганяють» Бога на небо, а Він є настільки близько людини, що між Ним і нею немає ніякої відстані. Бог є всюди одночасно присутнім.
Не можливо людині вповні зрозуміти цю істину, бо людина обмежена в просторі і в часі. «Бог від кожного з нас недалеко. У Ньому живемо, рухаємося й існуємо» (Ді. 17:26). Не зважаючи на те, що ми робимо, де знаходимось, чим займаємось, ми завжди перебуваємо у присутності

Господа, у Ньому Самому. Не зважаючи на Свою могутність, Бог ніколи не вдається до насильства. Він настільки шанує свободу та волю людини, що дозволяє їй відмовитись від найбільшого Добра – від Нього!

За будь-яким гріхом ховається бажання володіти собою, керувати життям, прагнути, щоб все в житті ставалось, як хоче людина, «стати таким, як Бог» (Бт. 3:5). Це все закінчується розчаруванням, гіркотою, пригніченістю. «Коли хтось Мене любить, той слово Моє берегтиме і полюбить його Мій Отець, і прийдемо до нього, і в ньому закладемо житло» (Ів. 14:23).

Висновок. Людина зможе стати творцем своєї долі тільки тоді, коли довірить управління своїм життям Богові.

ПРОБЛЕМА СМЕРТНОЇ КАРИ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Киця Іванна
Потапов Семен
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді - усна

Актуальність. У всіх культурах і цивілізаціях світу кара смертю завжди була найтяжчою карою, яку могла присудити людина людині. На сьогодні смертна кара як міра покарання застосовується в 38 штатах США, в колишніх союзних республіках і соціалістичних країнах, у всьому арабському світі, у ряді африканських і середньоазіатських держав. Без сумніву, це спадщина дохристиянської культури, що більше є реваншом, компенсацією втрат, аніж культурою навернення та ресоціалізації злочинця.

Мета. Переконати суспільство в абсурдності смертної кари як міри покарання, адже вона не впливає на запобігання злочинів і не належно виховує злочинця.

Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.

Результати. Людство повинне зупинити злочин проти самого себе і зрозуміти: не нами придуманий закон щодо недоторканості людського життя, і не ми в праві його скасувати. Єдине, що можемо зробити - виявити ті злочини людини, за які покарання слід понести більшою мірою, і ті, за які воно буде менш суворим.

З погляду біоетики головні аргументи проти смертної кари:

- можливість помилки і невідкличність такої кари;
- потилична мотивація смертної кари;
- смертна кара немає сенсу; статистика свідчить, що виконання смертного вироку не впливає на запобігання злочинам; з певністю можна ствердити, що вона не належно виховує злочинця, бо де немає життя, там немає виховання;
- смертна кара є неетичною, оскільки дає поганий приклад, виглядає наче помста суспільства за вчинені злочини;
- смертна кара негативна за своєю суттю, бо створює враження, наче немає ні засобів, ні способів, які би могли ресоціалізувати чи знешкодити злочинців;
- смертна кара є вбивством незалежно від мотивів.

Відсутність смертної кари є обов'язковою умовою для перебування держави в Раді Європи. Тому в 2000 році Верховна Рада України внесла зміни до Кримінального кодексу України, якими остаточно вилучила поняття «смертна кара» з офіційного списку кримінальних покарань України. Натомість запроваджене довічне позбавлення волі як найвищу міру покарання. Щороку 10 жовтня проводять Всесвітній день боротьби зі смертною карою. Цього дня у багатьох країнах відбуваються демонстрації, публічні дискусії та семінари, що мають на меті вплинути на владу, з метою заборони смертної кари, а також для звернення уваги широких верств суспільства до проблеми застосування цього виду покарання. Визнання принципового права держави на застосування смертної кари не виправдовує її необхідність.

Висновок. Смертна кара повинна бути визнана абсолютно неприпустимою, оскільки являє собою граничне насильство над особистістю і зухвалість остаточного вироку людині в його метафізичному плані.Аргументи на користь повної відмови від смертної кари наступні: гуманістичні міркування, непереборний ризик судових помилок, сумнівна профілактична ефективність смертної кари.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Кощановська Юлія
Буньковська Ольга
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. Ю. І. Мартинюк
Форма доповіді – усна

Актуальність. З давніх часів люди намагалися забезпечити ефективну та кваліфіковану допомогу і підтримку невиліковно хворих і вмираючих, полегшити їхній біль, зменшити розлади життєдіяльності. Одна з найбільш ефективних форм допомоги невиліковно хворого, зарекомендувала себе система хоспісної паліативної допомоги.

Мета. Провести біоетичний аналіз застосування паліативного догляду та його ефективність в процесі покращення якості термінального етапу життя пацієнта.

Матеріали та методи. Аналітично-порівняльний.

Результати. Термін «паліативний» походить від латинського слова «pallium», що означає «маска» або «плащ». Ця етимологія вказує на те, що паліативна допомога маскує прояви невиліковних захворювань (усуває їх) або покриває плащем тих, хто опинився на холоді, тому що їм не можуть допомогти доступні методи (спрямованої на вилікування захворювання) медицини. Система догляду, яка спрямована на надання хворому допомоги для полегшення його соматичного і психічного стану, а також на підтримку його соціального та духовного потенціалу отримала назву системи паліативної допомоги.

Згідно визначення ВООЗ, паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого – забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та духовної підтримки.

Враховуючи це визначення потрібно наголосити на таких 4 аспектах паліативної допомоги як:

- Медичний – усунення больового синдрому, харчування і особиста гігієна пацієнта і т.п.;
- Психологічний – психологічні переживання зумовлені прогресуючими хворобами, що знижує якість життя пацієнта та його близьких;
- Соціальні – пов’язані з вирішенням низки соціально-побутових питань і проблем, забезпеченням необхідної соціальної підтримки для хворого, його сім’ї та осіб доглядаючих його;
- Духовний – пов'язаний із задоволенням релігійних та культурних потреб хворого та членів його сім’ї на основі визнання етно-культурних відмінностей та особливостей.

На сьогоднішній день існують різні форми паліативної допомоги пацієнтам. Але на загал різні підходи можна розділити на дві групи: а) допомога хворому вдома; б) стаціонарні медичні заклади (це переважно хосписи, відділення паліативної допомоги в лікарнях). Допомога вдома

може надаватись спеціальними виїзними групами, чи підрозділами стаціонарного закладу.
Висновок. Основна мета паліативної допомоги – це покращити умови та якість життя невиліковно хворих пацієнтів в термінальній фазі їх життя. Смерть в системі паліативної допомоги не сприймається як щось трагічне чи катастрофічне, це в першу чергу природній процес та остання подія фізичного життя людини, до якої теж слід бути приготовленим.

НЕВІДПОВІДНІСТЬ ГОРМОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ ПРИРОДІ ЛЮДСЬКОЇ ОСОБИ

Макачка Христина
Бородай Аліса
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Інститут біоетики імені Ярослава Базилевича
Науковий керівник— доц. с.Д. – Г.Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Згідно з даними Ліги контролю над народжуваністю (США) смертність від гормональних контрацептивів у світі становить 7,9 на 1000 жінок віком від 15 до 45 років. На сьогодні у світі гормональними засобами контрацепції користуються близько 60 млн. жінок, від ускладнень яких помирає близько 4740 жінок репродуктивного віку.
Мета. Дослідити основні побічні дії використання гормональних засобів контрацепції, порівнюючи ризик виникнення захворювань у жінок, які користувалися гормональними контрацептивами і які їх не застосовували.
Матеріали та методи. Порівняльний, аналітичний, феноменологічний,
Результати. Основні побічні ефекти гормональних контрацептивів – це серцево-судинні, онкологічні захворювання, запальні гінекологічні захворювання, неврологічні розлади. Серцево-судинні ускладнення у жінок, що застосовували гормональні контрацептиви є одними з найбільш поширених. Ризик тромбозів при користуванні гормональними контрацептивами зростає у 3-11 разів, особливо у жінок віком 35 років і більше. Ризик фатального інфаркту міокарду у цих жінок удвічі вищий, а ризик фатального інсульту — в 1,4 раза вищий,

ніж у жінок, які гормональною контрацепцією не користувалися. Серед онкологічних захворювань найчастіше виникають рак молочної залози, шийки матки. Від початку приймання контрацептиву до проявів раку молочної залози минає приблизно 15-20 років. Найвищий ризик у тих жінок, які користувалися гормональними контрацептивами в підлітковому і молодому віці, особливо до народження першої дитини та в осіб, які не народжували дітей, а також при прийманні контрацептиву 5 років і більше. Дисплазія і рак шийки матки трапляються частіше у жінок, які користуються гормональними контрацептивами. Через те, що є й інші фактори ризику раку шийки матки (ранній вік перших статевих стосунків, кількість статевих партнерів, зараження вірусом папіломи людини та ін.), взаємозв'язок цього захворювання з гормональною контрацепцією буває завуальованим. Окрім цього, частота пухлин печінки у жінок віком 26-30 років має чіткий зв'язок із прийманням ними гормональних контрацептивів. Гормональна контрацепція супроводжується також зростанням ризику злоякісних пухлин шкірних покривів. Дуже частим ускладненням є гінекологічні захворювання. Гормональні контрацептиви призводять до зміни внутрішнього середовища піхви із такими наслідками, як кольпіт, бактеріальний вагіноз, кандидоз піхви. У 5-7% жінок, що застосовували гормональні контрацептиви, виникають неврологічні розлади.

Окрім небезпечної дії для здоров'я і життя жінок, вони мають високий відсоток абортивної дії, призводять до викиднів та вторинної неплідності. Запобіганням використання гормональних засобів контрацепції є дошлюбна незайманість, подружня вірність, моногамність як для чоловіків, так і для жінок.

Висновок. Ризик виникнення онкологічних, серцево-судинних, гінекологічних захворювань у жінок, які застосовують гормональні контрацептиви значно перевищує ризик цих захворювань у жінок, що їх не застосовували. Наслідки використання цих засобів є фатальними.

СМЕРТЕЛЬНИЙ ДІАГНОЗ: «ЗА» І «ПРОТИ»?

Меланчук Тетяна
Харківський національний фармацевтичний університет
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К.А. Іванова
Науковий керівник – доц. А.П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. Чи варто ставити до відома важкохворим про їх діагноз та, більше того — скільки часу їм залишилось жити? Чи не завадить це лікуванню? Мабуть, тільки в нашій країні склалася така ситуація, коли діагноз пацієнта знають лікарі, рідні і навіть друзі, а сам хворий залишається в невіданні, є радше нормою, а не винятком.

Мета. Дослідити і зважити всі аргументи «за» чи «проти» повідомлення діагнозу важкохворому пацієнтові.

Матеріали та методи. Індукції та дедукції, а також співставлення.

Результати. Майже півстоліття тому відомий психіатр Елізабет Кюблер-Росс описала п`ять психоемоційних станів, які проходять безнадійні хворі: заперечення, агресія, торг з собою, депресія і прийняття неминучого. З тих пір нічого не змінилося. Одним вистачає сил прийняти хворобу і жити з нею відпущений час, хтось залишається на стадії заперечення, депресії або навіть агресії, роблячи нестерпним ще й існування близьких.

Аргументи «ЗА»:

1. Коли не потрібно нічого приховувати від пацієнта, фахівцям простіше планувати лікування. А у пацієнта з'являється можливість усвідомленого вибору клініки і лікаря.
2. Якщо пацієнт знає свій діагноз, його простіше переконати в необхідності застосування радикальних методів лікування.
3. Боротися з конкретним ворогом часто ефективніше, ніж невідомо з чим.
4. У пацієнта з'являється можливість отримувати спеціалізовану психологічну допомогу, наприклад, в групах підтримки ракових хворих.
5. Виникає більше довіри у відносинах з рідними, яким не доводиться робити вигляд, що все добре.
6. Пацієнт має можливість управляти своїм життям.

Аргументи «ПРОТИ»:

1. Непередбачувані наслідки психологічного шоку.
2. Негативний вплив самонавіювання на стан хворого.
3. Неможливість адекватної оцінки хворим свого стану (діти, літні люди, хворі з психічними розладами).

Що вище: право людини знати, що він помирає, або помилкове підтримання в ньому надії в спробі полегшити останні дні? НЕ повідомляти діагноз можна, тільки якщо сам пацієнт НЕ бажає його знати і то в разі, якщо хвороба НЕ небезпечна для оточуючих

На Заході пацієнт інформований про все, що стосується його здоров'я навіть в разі безнадійних захворювань, якщо сам факт повідомлення діагнозу не дасть миттєвих ускладнень.

Згідно з нормативно-правовими документами нашої країни будь-який пацієнт віком від 14 років має право на повну інформацію про стан свого здоров'я і діагноз.
Висновок. Кожну ситуацію з потенційно сумним результатом лікарям потрібно розглядати індивідуально, з урахуванням особливостей характеру, стану, бажання людини знати чи не знати правду і перспективу свого лікування. Але при цьому рішення краще залишити за тим, чиє життя висить на волосині. Говорити чи замовчувати діагноз – проблема, у вирішенні якої виходити потрібно з прагнень самого хворого, а не із зручності оточуючих.

СТАТУС ЕМБРІОНА З ПОГЛЯДУ БІОЕТИКИ

Мишовода Тетяна
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Науковий керівник — доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Питання про статус ембріона не є проблемою виключно теоретичною, біологічною чи філософською, призначеного для вузького кола науковців. Воно є як раціональною та об'єктивною базою, на якій формуються державні закони про захист людського життя з перших моментів його існування, так і моральним постулатом щодо недоторканості людського життя з моменту запліднення.
Мета. Відповісти на питання: "Хто є ембріон?"
Матеріали та методи. Герменевтичний, феноменологічний
Результати. Прогрес ембріології підтвердив, що з моменту запліднення людський ембріон — жива людська істота, відмінна від своїх батьків, яка належить до роду Homosapiens, володіє своїм власним унікальним генетичним кодом, динамічно розвивається, послідовно розкриваючи закладені в неї потенції, і яку ми маємо право і обов’язок називати людиною на внутрішньоутробній стадії його розвитку.
Людина вступає в спілкування з Богом з першої миті свого буття. Таємниця богопредявлення людського ембріона - це таємниця тих глибин людського духу, про які знає тільки Бог і які будуть виявлені в імені, званому людині після Воскресіння. "Перш ніж я уклав тебе в утробі, я знав тебе, і перш ніж ти вийшов з лона, освятив тебе" (Єр 1: 5).
Серед аргументів, які відстоюють рівноцінну значущість життя і матері, і зачатої дитини, можна виділити чотири рівні:

1) об'єктивні наукові дані про початок людського життя;
2) філософська очевидність трансцендентності людської особистості, яку неможливо ототожнити з будь-яким тимчасовим відрізком людського життя, а тим більше редукувати до біології, психології або соціальним станом людини;
3) однозначність клятви Гіппократа і біблійних заповідей про неприпустимість зазіхання на людське життя, включаючи заповідь "не убий", та інші розпорядження, що захищають ненароджених дітей;
4) розуміння людини і її покликання, реальність якого була виявлена у Христі і проходить крізь всю історію християнства.
Ембріону людини притаманна гідність, бо те, ким вона стане, вже є закладено, але ще не виражено і потребує часу для виявлення та остаточного формування, що не закінчується з народженням. Генетичний розвиток людини не включає в себе зміну її природи, а лише поступовий прояв можливостей, властивостей та ознак, якими вона володіє від самого початку — від моменту злиття гамет.
Філософська антропологія стверджує, що людина існує в трьох вимірах: духовному, душевному і тілесному. Тобто, не може існувати особа, яка б не була одночасно "я - тілесним" і "я-духовним". Ця нерозривність трьох вимірів свідчить, що початок тілесної сфери людини - є початком індивідума.
Висновок. Ембріон на будь-якій стадії свого розвитку є людською особою і носієм людської гідності. Саме тому всі дії щодо ембріона підлягають оцінці з погляду біоетики, бо він сам є суб'єктом фундаментальних моральних прав.

СИНДРОМ ДАУНА – НЕ ПРИЧИНА ДЛЯ АБОРТУ

Мідянко Мар'яна
Зозуля Тетяна
ВНКЗ Самбірський медичний коледж
Медсестринське відділення
Завідувач відділення – викл. І. П. Мартинюк
Науковий керівник – викл. І. П. Мартинюк
Форма доповіді – усна

Актуальність. Значного резонансу набуло нещодавнє повідомлення результатів проведеного дослідження в Ісландії щодо порівняння народжуваності дітей із вродженими вадами розвитку. Було оприлюднено, що за останні 5 років в цій країні не народилось жодної дитини із синдромом Дауна, що викликало неабияке здивування серед науковців. При аналізі причин таких результатів було виявлено, що 100% дітей, в яких виявили синдром Дауна, абортували. Практику

абортів ненароджених дітей з підозрою на синдром Дауна поступово переймає також і Данія, яка за найближчі 10 років планує стати країною «вільною» від цього захворювання.

Мета. Проаналізувати практику проведення абортів дітей, в яких діагностували синдром Дауна, в контексті принципів персоналі стичної біоетики..

Матеріали та методи. Аналітично-порівняльний, синтез, статистичний.

Результати. Ісландія — це перша країна, яка так результативно «позбулася проблеми» у вигляді дітей із синдромом Дауна і проводить політику світу, «вільного» від цього захворювання. В основі пропонованої політики лежать євгенічні тенденції відбору гідних життя чи його позбавлення ненароджених дітей.

Синдром Дауна – генетична аномалія, яку спричинює присутність додаткової хромосоми у 21 парі. Такі діти мають 47 хромосом у каріотипі замість звичних 46. Їм притаманна характерна зовнішність, підвищена можливість появи певного спектру захворювань, певна розумова відсталість, яка створює особливості їх соціальної адаптації. Через неможливість повної санації проблем цієї аномалії завдання сучасної медицини та реабілітації полягають у забезпеченні їм нормального статусу для людей, що мають синдром Дауна.

Найзагрозливішим соціальним стереотипом стосовно цих людей є сприйняття їх більш чи менш «неповноцінними», які мучаться, терплять і страждають. Тим часом, як показали дослідження телестанції NBC News, 99% осіб із синдромом Дауна - це люди, задоволені своїм життям, 97% люблять себе, а 96% із них подобається, як вони виглядають.

Прихильників та противників практики абортів дітей із виявленим синдромом Дауна умовно поділити на два табори – прибічники «права вибору» та «права на життя». Одним із аргументів останніх базується на розрізненні між природним та етичним критерієм, або «природною» чи «етичною» опікою. Основа першого – полягає у бажанні щось зробити, а в основі другого лежить – етична компетенція суб'єкта дії. Таким чином, бажання аборту для його здійснення недостатньо. Адже, на переконання прихильників етичного критерію, виконавці аборту не володіють належною компетенцією оцінки евентуальних екзистенційних наслідків для народженої дитини із синдромом Дауна.

Висновок. Попри результативні спроби соціальної адаптації, синдром Дауна й надалі сприймають як хворобу, яка робить дитину нещасною, і краще було б її убити, ніж дозволити жити з таким генетичним порушенням.

ВІЛ/СНІД — НЕ ВИРОК, А ЖИТТЯ З ДІАГНОЗОМ

Мінко Катерини
Сосяк Наталія
Крупеня Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Служба охорони здоров'я у всіх країнах світу безсила перед проблемою СНІДу — стрімко зростає захворюваність і смертність населення. Проблема профілактики СНІДу є глобальною.
Мета. Визначити проблеми ВІЛ-інфекції та СНІДу з позиції біоетики, зазначити методи профілактики та лікування даної патології.
Матеріали та методи. Аналітичний, феноменологічний.
Результати.ВІЛ/СНІД є глобальною проблемою сучасності. За даними МОЗ в Україні за 2016 рік зареєстровано 15 245 нових випадків ВІЛ-інфекції. Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 295 603 ВІЛ-інфікованих людей, від СНІДу в Україні померло 41 115 осіб. Інфікована особа страждає через фізичне нездужання, має психологічні та соціальні проблеми, котрі грунтуються на відсутності духовної підтримки та нерозумінні оточуючими хворого. Більшість хворих інфікується через безладне статеве життя, що свідчить про відсутність дотримання моральних норм соціальної поведінки та не усвідомлення смертельної небезпеки, що може їх спіткати.
В ході проведеної роботи ми визначили, що основними причинами інфікування ВІЛ є вільне сексуальне життя, що складає понад 60% усіх випадків інфікування. В основному інфікується молоде населення віком від 15 до 30 років, що свідчить про низьку освіченість, зневажання моральними нормами, недбале ставлення до здоров'я та недотримання норм соціальної поведінки. Частина молоді вважає часту зміну статевих партнерів за норму, що впливає на розповсюдження ВІЛ-інфекції. Окрім статевого, існують парентеральний та внутрішньоутробний шляхи передачі цього вірусу. Виділяють групи підвищеного ризику інфікування вірусом імунодефіциту людини. Це — наркомани; гомосексуалісти; хворі на гемофілію; діти, народжені від хворих на СНІД матерів, реципієнти. До групи ризику відноситься медперсонал, який може контактувати з хворими на ВІЛ-інфекцію чи вірусоносіями, що не мають ніяких клінічних проявів захворювання. Враховуючи

шляхи передачі ВІЛ-інфекції, профілактикою СНІДу є своєчасне обстеження, використання одноразових медичних і перукарських стерильних інструментів, дошлюбна незайманість, подружня вірність, ретельна перевірка донорських матеріалів. Інфікованих людей часто не сприймає суспільство, робить винуватцями недуги, сторониться їх. Хворі травмуються морально та психологічно через недостатність підтримки та освіти. В аспекті біоетики необхідно наголосити на профілактиці самогубства, яке пацієнт хибно вважає єдиним шляхом "подолання" цієї хвороби. Необхідно всіма засобами боротися проти хвороби, а не проти хворої на СНІД людини. Як і інші хворі, так і ВІЛ-інфіковані люди, мають право на те, щоб бути вислуханими і отримати відповідну розраду з боку оточення, особливо медперсоналу. Папа Франциск зауважив: "Щоб зустріти живого Бога, потрібно ніжно цілувати Ісусові рани в хворих (зокрема на СНІД), голодних, бідних, ув'язнених ближніх, будучи вмістилищем Божого милосердя і надії".
Висновок.Допомогти ВІЛ-інфікованим людям можна, розуміючи їх потреби. Співчутливість є ознакою внутрішньої зрілості. Методи профілактики мають ґрунтуватися на керуванні абсолютними, вічними, незмінними, загальнолюдськими моральними цінностями і засадами.

ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА: ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ

Міренкова Поліна
Соловйова Катерина
Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді - усна

Актуальність. На даному етапі розвитку нашої країни, у зв'язку із зростанням кількості людей, що страждають від хронічних, важких, невиліковних хвороб, постає проблема створення відповідних умов життя та фінансування, надання кваліфікованої допомоги, як медичної, так і духовної та психологічної.
Мета. Окреслити проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги.
Матеріали та методи. Діалектичний, що означає пізнання реальних явищ та процесів у комплексі взаємозв'язків та розвитку.
Результати. Паліативні хворі – це пацієнти усіх вікових груп, які страждають на злоякісні новоутворення у III-IV стадії захворювання,

ВІЛ-інфекцію/СНІД, вроджені вади розвитку, серцево-судинні, неврологічні, атрофічно-дегенеративні та інші прогресуючі захворювання та посттравматичні стани, що не можуть бути вилікувані сучасними засобами, і супроводжуються вираженими больовими симптомами, тяжкими розладами життєдіяльності, потребують кваліфікованої медичної допомоги, догляду, психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки у термінальній стадії захворювання або за умови обмеженого прогнозу життя. Існує у медицині декілька рівнів допомоги - первинна, загальна та спеціалізована допомога.

Вивчаючи стан паліативної та хоспісної допомоги в Україні, можна виділити чисельні проблеми матеріального характеру. Кількість хоспісів не відповідає потребам хворих, а дитячі взагалі можна перерахувати на пальцях. Так, на даний момент, на всій території України функціонує лише один дитячий хоспіс (Івано-Франківськ). У світі більшу частину фінансування беруть на себе благодійні організації, але державна підтримка є невід'ємною складовою. Через брак коштів люди вимушені «доживати» вдома, часто без належного догляду та лікування. Хоча активно розвивається напрямок «Хоспіс вдома», групи лікарів допомогають важкохворим без госпіталізації. Хронічний больовий синдром, від якого страждають паліативні хворі, зазвичай знімається тільки наркотичними анальгетиками, враховуючи це, необхідно на законодавчому рівні урегулювати надання необхідних ліків, причому ліків доступних і безкоштовних.

Українські навчальні заклади мають розширити кваліфікацію лікарів, оскільки зараз немає, або майже не має спеціальностей направлених саме на паліативну медицину. Збільшуючи аудиторію спеціалістів підвищиться якість допомоги, можливість залучати іноземні благодійні організації, обміну досвідом та напрацюваннями.

Інша сторона питання - психологічна, духовна та моральна допомога як пацієнту, так і його родині. Зазвичай цим займаються волонтери на добровільній основі. Враховуючи це, необхідно проводити лекції, майстер класи для покращення знань, для освітлення цієї галузі медицини серед загалу. Чим більше людей дізнається і прийме участь, тим більша вірогідність покращити життя тих, хто цього потребує. Вони повинні завжди відчувати, що вони не самотні, їм допоможуть і підтримають.

Висновок. Система паліативної та хоспісної допомоги потребує налагодження взаємодії між державними та недержавними організаціями, підтримки громадськості та меценатів.

ЧИСТОТА — МОРАЛЬНА ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧНОГО ШЛЮБУ

Моспан Назар
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Наукові керівники – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич, викл. Л. Я. Васьків

Форма доповіді – усна

Актуальність. Чимало молодих людей, особливо в наш час, не вважають дошлюбні статеві стосункилюдською слабкістю, поступкою тілесним пристрастям, але сприймають їх як жест, через який можна виявити взаємну любов.

Мета. Наголосити на тому, що безладне статеве життя є порушенням моральних цінностей, руйнує особистість людини та цінність Шлюбу.

Матеріали та методи. Аналітичний, феноменологічний.

Результати. У наш час, на жаль, неконтрольованими з боку держави засобами масової інформації любов рекламується як задоволення сексуальних пристрастей і спонук. Тому й не дивно, що результати соціологічних досліджень показали, що більшість опитуваних юнаків (64%) і дівчат (54%) вважають нормою **мати багато "партнерів" до шлюбу.**

Стосунки до шлюбу несуть в собі хвороби і проблеми, негативно впливають на психіку людини, є причиною розлучень. Наслідком безладного статевого життя є аборти, контрацепція, захворювання, які передаються статевим шляхом. Дошлюбні стосунки утруднюють реалізацію повноти сексуального досвіду, не дають очікуваної глибини єднання, бо обоє могли б зберегти цей особливий дар — цю частину свого буття — для торжества остаточної Присяги. Такий спосіб життя є нечесною справою стосовно фізичної близькості взагалі. Дошлюбні й позашлюбні стосунки часто створюють передумови, які утруднюють подальшу сексуальну активність і заважають у досягненні можливої якнайкращої фізично-статевої гармонії.

Статеве дарування та поєднання двох осіб у правдивій любові повинно мати своє місце виключно у подружжі. Таким був і залишається задум нашого Небесного Творця.

Любов — це перш за все здатність жити один для одного, жертвувати собою заради іншого, поважати його, розуміти та співпереживати з ним. Чисте серце полягає в чистоті думок, слів, помислів і вчинків. Чистота — міцна моральна основа благополучного шлюбу.

Апостол Павло вказує на християнські аспекти дотримання чистоти, коли засуджує гріх розпусти не тільки тому, що цей вчинок завдає шкоди ближньому або суспільному порядку, але й тому що розпусник ображає Христа, який відкупив його Своєю кров'ю та ображає Святого Духа, храмом якого він є. *«Ви ж знаєте, що тіла ваші — члени Христові. Усякий гріх, що його чинить людина, є поза її тілом; а хто чинить розпусту, грішить проти власного тіла. Ви ж знаєте, що* ваше тіло — храм Святого Духа, який живе у вас. *Його ви маєте від Бога, тож уже не належите до себе самих. Ви бо куплені високою ціною! Тож прославляйте Бога у вашому тілі!»* (1 Кор 6, 15. 18-20).

Біблія підкреслює, що "ніхто з тих, хто віддається блуду або чинить перелюб, не наслідує Царство Боже". Проте кожен, хто веде розпусне життя, поки живе — має шанс навернутися.
Висновок. Необхідно стерегтися пожадливостей, жити згідно з правдою, вірою, любов'ю та вмінням керувати власними інстинктами і бажаннями.

ТРАНСГУМАНІЗМ І БІОЕТИКА

Нагху Жамаль
Кисиличак Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З Держко
Науковий керівник – викл. Ю. І. Мартинюк
Форма доповіді – усна

Актуальність. В усі часи людина мріяла отримати здатність літати без застосування техніки, або ніколи не старіти чи вмирати, або володіти тілом чи розумом, що перевищує людські обмеження. Проте, з плином свого життя їй довелось навчитися справлятись з реаліями фізичної скінченності та смертності. Це є ствердженням явної неминучості ще й з огляду на відсутність відповідних засобів істотно змінювати біологічні межі. Однак, новітні технології незабаром зможуть дозволити людям подолати такі обмеження. Існування таких технологій породжують питання щодо доцільності та належності їх застосування в житті людини та здобуття нового досвіду незмірно тривалого довголіття – можливо аж до появи певних форм фізичного безсмертя –

або можливості транс-формування чи ре-формування людського тіла з метою розширення його функціональних здібностей.

Мета. Провести біоетичний аналіз трансгуманістичних ідей та змоделювати можливі наслідки їх практичного застосування.

Матеріали та методи. Аналітично-порівняльний

Результати. Трансгуманізм визначається як інтелектуальний і культурний рух, що стверджує можливість і бажаність принципового покращення умов життя людини з практичних причин, зокрема застосовуючи технологічні досягнення в справі подолання старіння та значного розширення інтелектуального, фізичного і психологічного людського потенціалу, не виключаючи можливості появи до цього неіснуючих біологічних форм. В основі цього світогляду є глибинне переконання, що людський рід в його сьогоднішньому вигляді не зображає вершину нашого розвитку, а скоріше тільки початок її становлення надвищою істотою.

З метою досягнення своїх цілей трансгуманізм як інструменти використовує можливості генетичних маніпуляцій, нанотехнології, кібернетику, медикаментозний вплив і комп'ютерне моделювання. Найбільш амбітне і контраверсійне твердження трансгуманізму полягає в концепції «завантаженого» або «обновлюваного» розуму. На думку прихильників трансгуманізму, постійні досягнення в області ІТ-технологій і нейротехнологій всього протягом кількох десятиліть уможливить відчитати повністю всі синаптичні зв'язки людського мозку та реплікувати його фізично і функціонально всередині інформаційного пристрою, співінтегруючи біологічну та інформаційну форму, таким чином не просто створюючи штучний інтелект але взагалі новий вид інтелекту. Таким чином за бажанням, цей симулятор зможе «жити» в будь-якій механічній формі.

Р. Ястроу, передбачаючи втілення трансгуманістичних ідей, стверджує: «Нарешті, людський мозок, примостившись в комп'ютері, буде звільнений від слабкості смертної плоті ... Він контролює свою власну долю. ... Оселившись в непорушних структурах кремнію, і більше не обмежений в просторі і часі, ... таке життя могло б жити вічно»

Висновок. Підданий настільки значущим змінам «трансіндивід» чи «постіндивід» не зможе бути повноцінно названий представником людського роду та поступово втратить власну ідентичність і особовість. Трансгуманізм, згідно переконань Ф. Фукуями, є найнебезпечнішою сучасною ідеологією.

ПОЦІЛУНОК: БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

Неізмайлова Наталя

Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії та соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. У нашому суспільстві немає людини, яка жодного разу не стикалася в своєму житті з поцілунком. За своїм призначенням поцілунки мають різний характер. Це поцілунки батьківські, дружні, родинні, але особливу роль грають поцілунки закоханих, які особливо впливають на наше здоров'я.

Мета. Вивчити властивості поцілунку як позитивні, так і негативні.

Матеріали та методи. Експериментально-теоретичного рівня: експеримент, аналіз, індукція, дедукція, а також спостереження і узагальнення.

Результати. Поцілунок як соціальне явище цікавий не тільки з точки зору етики, але й медицини, а саме біоетики.Під час «затяжних» поцілунків пульс частішає до 110 ударів в хвилину. Це призводить до поліпшення кровообігу, перекачуванню додаткового літра крові. Так само, легені починають працювати в посиленому режимі: 60 вдихів в хвилину замість звичайних 20-ти. Подібна «вентиляція» - найкраща профілактика легеневих захворювань. Затримка дихання при поцілунку може дуже добре впливати на організм, подібно техніці оздоровчого дихання йогів.

Під час поцілунку стимулюється утворення слини, яка чудово захищає зуби від карієсу завдяки вмісту в ній кальцію і фосфору. Крім того, хто часто цілується, значно менше схильні до пародонтозу. Адже найкраще лікування при цьому захворюванні ясен - їх масаж.

Пристрасний поцілунок викликає напруження більше 30-ти м'язів обличчя. Шкіра завдяки цьому розгладжується, стає більш пружною і краще забезпечується кров'ю.

Знеболюючим ефектом поцілунок зобов'язаний гормону ендорфіну. Чим більш пристрасний поцілунок, тим більше ендорфіну виробляється організмом. За один поцілунок в організм викидається заспокійлива доза гормонів, яка перевищує мінімальну дозу морфію.

При поцілунках відбувається викид адреналіну, який забезпечує нам радісну активність і «кидається» на гормон стресу - кортизол. А також, лише три поцілунки в день забезпечують людині не менше, ніж на добу, вкрай романтичний і миротворчий настрій.

Приблизно 80% бактерій, які містяться в слині - абсолютно однакові у всіх людей, а ось близько 20% - дуже індивідуальні. Опиняючись у роті іншої людини, вони дають імунній системі імпульс для процесу

утворення антитіл. У медичній практиці весь цей процес називається перехресною імунотерапією.
Проте, не слід забувати, що поцілунки є і переносниками багатьох інфекцій, якими можна заразитися: простудні захворювання - ГРВІ, ангіна, ОРЗ, грип та герпес, стоматит, шлунково-кишкові захворювання, туберкульоз, також, можна заразиться і такими вірусними інфекціями, як гепатит С, ВІЛ, які звичайно передаються через кров, але якщо у партнера є ранки в роті, то цілком можливо заразиться цими інфекціями.
Висновок. Зараз дуже багато досліджень, які намагаються негативно відноситися до поцілунків, бачачи, перш за все, в цьому шкоду для здоров'я. Але, все одно, він має більше цілющих властивостей, ніж побічних ефектів.
Вітайте один одного святим поцілунком (1Кор. 16:20).

ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ БЕЗПЛІДДЯ: ІНТАРИТОПЛАЗМАТИЧНА ІН'ЄКЦІЯ СПЕРМАТОЗОЇДІВ (ICSI) ЧИ НАПРОТЕХНОЛОГІЇ?

Озява Катерина
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. К. Б. Білецька
Форма доповіді – усна

Актуальність. Однією із найактуальніших проблем людства сьогодні є безпліддя, тобто нездатність досягнути вагітності протягом 1-2 років регулярного статевого життя без застосування будь-яких протизаплідних засобів. За даними ВООЗ зараз у світі нараховують близько 48,5 млн. безплідних пар. Згідно з дослідженнями МОЗ України рівень безпліддя у нашій країні сягає 20 %. Для вирішення даної проблеми сьогодні подружні пари все частіше звертаються до допоміжних репродуктивних технологій. Майже половина циклів (45,9%) штучного запліднення у 2014 р. в Україні були розпочаті вдаючись до методу ICSI.
Мета. Вказати на альтернативний до допоміжних репродуктивних технологій, зокрема до методу ICSI, шлях вирішення проблеми безпліддя, а саме використання НаПротехнологій, проаналізувати переваги останнього.
Матеріал і методи. Аналітичний, статистичний.

Результати.ICSI (IntraCytoplasmicSperm Injection – **Інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда) – це** метод допоміжних репродуктивних технологій, що полягає у введенні одного сперматозоїда безпосередньо в ядро або цитоплазму яйцеклітини за допомогою тонкої голки. Відсоток успіху при першій процедурі ICSI не перевищує 25%, при другій спробі – 44,5%, наступній – 58,6%. При цьому вартість за одну процедуру коливається від 30 до 60 тис. грн. Окрім високої вартості та не 100 % ефективності даний метод екстракорпорального запліднення має ще й ряд етичних застережень. Зокрема при ICSI відбувається підміна подружнього акту любові лікарськими маніпуляціями і саме від останніх залежить успішність процедури; цей метод може передбачати мастурбацію чоловіка; гормональну стимуляцію жінки; кріоконсервацію, експериментування, продаж та редукцію ембріонів. На противагу даному та іншим методам штучного запліднення існують НаПроТехнології, які не викликають сумнівів стосовно етичності, оскільки ці методи опираються на підтримку і корекцію природних процесів в організмі чоловіка і жінки та спрямовані на зачаття і виношування дитини. Перевагами НаПроТехнологій є також їх невисока вартість, ефективність та безпечність. За даними Міжнародного інституту відновлювальної репродуктивної медицини (м. Лондон) із 1100 подружніх пар які потерпали від безпліддя 52,8% змогли народити здорову дитину. При цьому третина учасників дослідження раніше безуспішно зверталися до штучного запліднення. Серед респондентів, які раніше не зверталися до запліднення «в пробірці», показник народжень був вищим і становив **61,5%.** Ризик передчасних пологів, багатоплідної вагітності, народження дитини з дуже низькою масою тіла та серйозними ускладненнями вагітності при використанні НаПроТехнологій є мінімальним.

Висновок. Підсумовуючи слід зазначити, що рівень безпліддя в Україні є досить високим. Часто подружжя для вирішення даної проблеми вдаються до методу штучного запліднення ICSI. Однак дана маніпуляція є досить дороговартісною, не має 100% ефективності, а також викликає ряд етичних застережень. На відміну від ICSI використання НаПроТехнології є етичним, безпечним, не таким дорогим, а також досить ефективним, навіть для тих, котрі попередньо звертались до штучного запліднення.

ВАЖЛИВІСТЬ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ З ПОЗИЦІЇ БІОЕТИКИ

Ортинська Андріана

Шикула Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

“Хіба ж не знаєте, що ваше тіло — храм Святого Духа, який живе у вас?
Його ви маєте від Бога, тож уже не належите до себе самих. Ви бо куплені високою ціною!
Тож прославляйте Бога у вашому тілі!” (І Кор. 6, 19–20).

Актуальність. Число людей у світі, які мають зайву вагу та страждають ожирінням, перевищує 2 мільярди. В Україні на ожиріння страждає 22,1 % громадян. Постійно зростає число пацієнтів із хворобами, розвиток яких пов’язаний із неправильним харчуванням.

Мета. Довести важливість дотримання принципів раціонального харчування.

Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.

Результати. Сьогодні існує тенденція зниження грамотності великої частини людей щодо культури харчування. Прагнення задовільнити гіпертрофовані матеріальні потреби призводить у частини людей до «заїдання» невдач, пошуку психологічного комфорту внаслідок споживання великої кількості чи різноманітності їжі. Зараз активно пропагується реклама харчових продуктів, що містять небезпечні для здоров’я компоненти: підсилювачі смаку, синтетичні барвники та консерванти, транс-жири та генетично модифіковані організми. Це вкрай негативно впливає на формування відношення до харчування значної частини населення, особливо молодого покоління. Неплановані численні перекуси протягом дня (часто харчами сумнівної якості) ведуть до втрати контролю над масою тіла. Надмірна вага знижує адаптаційні потенції організму і стає вагомим чинником у ризику серцево-судинної патології, цукрового діабету ІІ типу, а інколи – онкопатології. Моральний аспект також дуже страждає, оскільки сучасна людина втрачає «повагу» до їжі, маючи її в надлишку. У багатьох «пристойних» членів суспільства нездорові гастрономічні пристрасті переростають у «культ їжі» та поступово ведуть до обжерливості, хоча у християнстві це вважається гріхом. Завданням лікарів є створення у пацієнтів мотивації до здорового способу життя, зокрема правильного харчування. Поряд із медичними працівниками, порадництво у таких питаннях мають практикувати психологи та

духовні особи. Спираючись на духовні цінності, необхідно допомагати пацієнтам переорієнтовувати світогляд, відходити від надпотреб у їжі до зосередження на інших життєвих стремліннях і цілях. Слід знати і пам'ятати, що їжі потребує не тільки фізичне тіло, але й душа, бо сказано в Євангелії: «Не хлібом самим буде жити людина, але кожним словом, що походить із уст Божих» (Від Матвія 4:4).

Вибір правильного харчування є одним із важливих складових здоров'я. Нефармакологічне лікування (зміна способу життя та харчування) не дає побічних ефектів, є дешевшим та ефективним компонентом терапії: покращує стан серцево-судинної системи, контролює рівень цукру, зменшує ризик виникнення онкології та збільшує тривалість життя. Знаючи ці принципи, можна вплинути на ризик виникнення серцево-судинних захворювань, ожиріння та онкологічних проблем.

Висновок. Нехтування принципами раціонального харчування становить величезну небезпеку для здоров'я сучасної людини.

БІОЕТИЧНА ОЦІНКА ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ

Парфенюк Андрій
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Львівська семінарія Святого Духа
Наукові керівники – викл. О. С. Іванко, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич,
Форма доповіді – усна

Актуальність. Право на життя – це право на його недоторканість та охорона від посягання на нього, чи це право індивіда наполягати на виконанні іншими особами свого бажання померти?

Мета. Висвітлити засади біоетики, якими повинні керуватися медичні працівники у наданні допомоги невиліковно хворим.

Матеріали та методи. Описовий, аналітичний

Результати. Людське життя священне, бо від самого початку воно несе в собі творчу дію Бога і назавжди перебуває в особливому відношенні з Творцем – своєю єдиною Ціллю. Один Бог є Владикою життя, від його початку і до кінця: ніхто за будь-яких обставин не може претендувати на право безпосередньо знищувати невинну людину. Людське життя є фундаментом усіх людських цінностей, джерелом і незамінним елементом людської активності і суспільного співжиття.

В енцикліці «EvangeliumVitae» («Євангеліє Життя») Папи Івана Павла ІІ йдеться про те, що евтаназія – це дія чи бездіяльність, що за своєю природою і наміром означає вбивство особи, щоб запобігти стражданню

Християнська традиція завжди відкидала евтаназію, оскільки дана проблема стосується не тільки людини, але і Бога. Бог дав людині життя, тому людина не вправі вирішувати жити їй чи ні. У Божественній Літургії ми молимось в Анафорі "Твоє від Твоїх, Тобі приносимо за всіх і за все". Ми приносимо Богу своє життя, що належить Йому.

Принцип святості, недоторканості людського життя міститься в "Клятві Гіппократа": "Я не дам нікому смертельного засобу, який просять у мене, і не покажу шляху до подібного замислу". Евтаназія суперечить медичній етиці, оскільки лікар, який погодився на евтаназію, зраджує сам собі, клятві Гіпократа, в якій він присягав служити життю. Обов'язком лікаря є турбуватися про всіх пацієнтів, незважаючи на те, які б важкі форми хвороби вони не переживали.

Незалежно від ставлення суспільства до евтаназії, ніщо не може приховати той факт, що евтаназія для пацієнта є суїцидом (самогубством), а для лікаря – гоміцидом (людиновбивством). Людина не має права корегувати Божий Закон: «Не вбий».

В цілому світі переважає негативне відношення до евтаназії. Так, Рада Європи 25 травня 2002 року прийняла рішення «дотримуватись абсолютної заборони на добровільний кінець життя невиліковним чи близьким до смерті хворим».

Питання людського терпіння (болю), яке ми приймаємо, має особливе значення у житті християнина, як засіб єднання з терпінням Христа, має покутничу, рятівничу, освячуючу дію.

Висновок. Евтаназія – це акт вбивства, який не може виправдовуватись жодною метою. Евтаназія є злочином, у якому за жодних умов не можуть співдіяти працівники охорони здоров'я як такі, що завжди забезпечують виключно життя. Із позиції біоетики необхідно категорично засудити евтаназію та зробити пріоритетною політику захисту людського життя.

РОЛЬ АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СЕРЦЯ В ДУХОВНОМУ ВИМИРІ ЛЮДИНИ

Потоцька Надія

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра топографічної анатомії; кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна, проф. І. З. Держко
Науковий керівник – ас. Н. І. Кашлю, ас.Р. Р. Согуйко, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Ще в старі часи древні греки вважали,що серце-це орган душі,настрою,думки,розуму,погляду,переконання.Таким чином,серце стало ніби органом почуття надзвичайно тонким і універсальним. Серце не тільки центральний орган відчуттів,але найважливіший орган пізнання ,орган думання і сприйняття духовних впливів .
Мета. Дослідити наскільки духовне і фізичне благополуччя людини залежить від правильної функції серця.
Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.
Результати. По Святому Писанню (Біблія) серце є органом спілкування людини з Богом. Серце має велику здатність відчувати Бога.
При доброму і благодатному упорядкуванні душі відчувається в серці тиха радість,глибокий спокій і теплота .Дія на серце духа нечистого і його слуг породжують в ньому тривогу ,холод,неспокій. Саме по цих відчуттях серця духовні подвижники радять оцінювати свій духовний стан і розпізнавати духа світла від духа темряви .Саме серце,за Біблійним Писанням ,мислить,роздумує,пізнає. Задаємо собі питання: як різні думки входять в серця наші,звідки ідуть? Звичайно,ми не відкидаємо роль мозку в мисленні і у всіх психічних процесах.Нам відомі в мозку рухові і сенсорні центри ,вазомоторні ,дихальні,теплові тощо.Але в ньому немає центрів почуття.Ми не знаємо яким чином думки,що виникли в мозку,передаються в серце.Але думка, як акт психологічний,не потребує анатомічних шляхів проведення. Не потребують цих шляхів і почуття,які виникли в самому серці.Не тільки з мозку серце отримує ці опрацьовані думки ,сенсорні сприйняття ,але й саме серце отримує від світу духовні екзогенні почуття найвищого порядку. Ці почуття із серця передаються розуму,ідуть в мозок і значною мірою визначають,направляють і змінюють всі психічні процеси,які здійснюються в розумі .
В серці зароджується пізнання і закладається мудрість.Якщо серце позбавлене Божої благодаті,не сприймає зі світу Духа істини і добра,а спрямоване до зла,брехні,гордості ,то в ньому зароджується і панує безумність.
Інтелектуали вважають незмінною істиною те,що ми пізнаємо дійсність розумом,анатомо-фізіологічний органом ,яким є головний мозок.Але ще геніальний математик і філософ Паскаль зумів знайти границю і

безсильність розуму,запропонував замінити його пізнавальною способністю. Він зробив висновок,що потрібно перекласти нашу надію на відчуття ,інакше надія постійно буде коливатися.
«Мудрість спочиває в серці розумного»(Притча 14,83).
«Серцем вірують до праведності ,а устами-на спасіння» (Рим,10,10).
«Вкладу закони мої в серця ваші» (Євреїв 10,10).
«Мир Божий зберігають серця ваші» (Фел. 4,7).
«Господа Бога вихваляйте в серцях ваших» (І Петр. 31,15).
Висновки. Серце-другий орган сприйняття,пізнання і думання.
Воно має свої причини,невідомі розуму.Серце ,а не розум,відчуває Бога.

СПРАВЖНЯ ЛЮБОВ – МОГУТНЯ МОТИВАЦІЯ ЧИСТОТИ

Процайло Алєся
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З Держко
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри – проф. Р. Я. Дутка
Наукові керівники – проф. Р. Я. Дутка, доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Зберігати чистоту серця – означає ставати святим. «Той, Хто вас покликав – святий, так само й ви самі усім вашим життям станьте святі» (І Пт. 1:15-16). Цього від людини прагне Бог, Який є ініціатором зустрічі та єдності з Ним.
Мета. Розкрити необхідність дотримання чистоти як запоруки чеснотливого життя.
Матеріали та методи. Аналітичний, феноменологічний, герменевтичний.

Результати. Христос став людиною, помер на хресті і воскрес для того, щоб бути з нами, наповнювати нас своєю Любов'ю, жити нашим життям. Нам потрібно полюбити Бога так, як Він полюбив нас. «Бог бо так полюбив світ, що Сина Свого Єдинородного дав, щоб кожен, хто вірує в Нього не загинув, а жив життям вічним» (І Ів. 5:3).
Бога так гаряче любили святі. Ми, коли Його так не любимо, попадаємо в полон злих думок і пожадань тілесних, зустрічаючи потім скорботу замість задоволення, гіркоту замість радості, тривогу замість спокою. Тільки тоді, коли людина всім серцем полюбить Бога, живучи вже не

для себе самої, а для Нього, то виконування Заповідей Божих не буде сприймати, як обмеження власної свободи, але навпаки, всім своїм серцем буде направлена на те, щоб виконати навіть найменшу заповідь, повністю звільнитись із рабства гріха. Христос сказав: «Якщо любите Мене то й заповіді Мої берегтимете» (Ів. 14:15). Цими словами Ісус показує найкращий спосіб виконування Заповідей Божих – з любові. Христос говорить на сторінках Біблії: «Твоя справжня свобода – це Я. Полюби Мене!»

Любов є найсильнішою мотивацією у боротьбі проти гріхів та за чистоту серця. Чистота не полягає тільки в тому, щоб утримуватись від розпусти та тілесних утіх, а у звільненні від пристрастей. Викорінюючи зі свого серця легкі чи повсякденні гріхи, християнин отримує захист від важких гріхів.

Гріх робить нас нагими від благодаті Господньої і зневажає Духа Святого, якого ми отримали при св. Тайнах Хрещення та Миропомазання. Гріх – не просто злий моральний вчинок, який можна перекрити одним чи декількома добрими, гріх – це смерть душі. Згрішити означає стати автономним, стати самим по собі. Але чи може людина бути незалежною від Бога, від Котрого залежить все її існування? Чи буде випромінювати світло електрична лампочка, яка не є підключеною до електромережі? Наші свідомі і добровільні, злі чи погані вчинки є гріхом, тому що суперечать досконалій любові, якою полюбив нас Христос, звільнивши нас з рабства гріха.

Необхідно у життєвій мандрівці зустріти Христа, аби довіритися Йому, очистивши своє сумління та серце для духовних цінностей (св. Іван Павло ІІ).

Висновок. «Блаженні чисті серцем, бо вони Бога побачать» (Мт. 5:8)».

ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНІ ОРГАНІЗМИ: ПЕРЕВАГИ ТА РИЗИКИ

Романишин Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. К. Б. Білецька
Форма доповіді – усна

Актуальність. Суперечки навколо генетично модифікованих організмів (ГМО) точаться від початку виникнення генної інженерії (XX ст.). Особливої гостроти дискусії набрали в останні десятиліття, коли трансгенні продукти почали широко використовуватись. Перші трансгенні рослини були одержані у 1983 році; перший харчовий ГМ продукт (сир) був дозволений у США у 1990 році. Сьогодні спостерігається стрімке зростання площ під ГМ сільськогосподарськими культурами. За останні 10–15 років площа, на якій культивуються трансгенні культури, збільшилася у масштабі планети у 40 разів і нині складає понад 85 млн. гектарів. Генетичній модифікації піддалися вже більше 120 видів рослин.

Мета. Проаналізувати докази прихильників та противників використання ГМО.

Матеріали і методи. Аналітичний.

Результати. Генетично модифікований організм – це організм, генотип якого було змінено за допомогою методів генної інженерії. Прихильники ГМО стверджують, що досягнення генної інженерії можуть принести порятунок для людства від небезпечних хвороб, голоду та бідності, забезпечити розвиток сільського господарства. Методами даної науки одержують інсулін, потрібний для лікування діабету, а також противірусний препарат інтерферон. Рослини, одержані методами генної інженерії, більш стійкі до несприятливих погодних умов, можуть володіти кращими смаковими якостями, не піддаються впливу шкідників. Противники ГМО наголошують на тому, що будь-яке втручання на генному рівні не може не викликати змін у плодах цієї рослини, які можуть містити шкідливі для організму речовини. Складно прогнозувати, як споживання ГМ продуктів вплине на організм через деякий час, оскільки для цього потрібно вести спостереження за кількома поколіннями людей, які споживають такі продукти харчування. Нещодавно французькі науковці із університету Кана встановили зв'язок між виникненням злоякісних пухлин та ГМО. Протягом двох років вчені проводили дослідження на 200 щурах, яких вигодовували ГМ кукурудзою. У самок щура спостерігалося масове захворювання молочних залоз з появою злоякісних пухлин величиною 25% розміру тварини. У самців ураженим виявлялися печінка і нирки.Вчені не виключають, що ГМО можуть стати причиною алергій і серйозних порушень обміну речовин, а також пригнічувати імунну систему і привести до несприйнятливості організму до окремих медичних препаратів. Окрім того, ГМО здатні самостійно схрещуватись чи розмножуватись з природними популяціями, викликаючи необоротні зміни у всій екосистемі землі (напр. порушення екологічної рівноваги –

зникнення деяких видів тварин тощо), що в свою чергу може нести загрозу для майбутнього людства.

Висновок. Завдяки генній інженерії можливе виготовлення потрібних людству ліків, отримання кращих врожаїв та ін.. Однак використання цих технологій теж може мати непередбачувані наслідки. Сьогодні науковці пов'язують вживання ГМ продуктів із виникнення злоякісних новоутворень, алергій тощо. Також поширення ГМО може негативно впливати на екосистему загалом, а це в свою чергу може принести шкоду для цілого людства в майбутньому.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ НАПРЯМИ ДЕВІАНТНОСТІ ПОВЕДІНКИ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Романко Ірина
Львівський національний університет імені Івана Франка
Кафедра корекційної педагогіки та інклюзії
Завідувач кафедри – проф. К.О. Острянська
Науковий керівник – доц. І. В. Сулятицький

Форма доповіді – усна

Актуальність. Однією з найактуальніших соціальних проблем сьогодення є злочинність неповнолітніх і молоді, котра протягом останніх років в Україні зросла. Основні причини злочинності неповнолітніх: безробіття, невпевненість в майбутньому, низький рівень життя людей, розпад сім'ї, жорстоке ставлення до дітей. Необхідність корекції девіантної поведінки на рівні педагогічної теорії і практики зумовили вибір теми цього дослідження**.**

Мета. Визначити і теоретично обгрунтувати зміст та ефективні форми і методи соціально-педагогічної профілактики девіантної поведінки неповнолітніх.

Матеріали та методи. Герменевтичний, феноменологічний, аналітичний.

Результати. Підліткова злочинність становить 14% від всіх громадян України. Серед злочинців збільшилось також і число дівчат. Показник делінквентоності відображає стан правопорядку і законності в державі. Особа з дисгармонійним розвитком є більш вразливою і повинна бути об'єктом підвищеної уваги з боку держави та суспільства.Девіантна поведінка є непердбачуваним загрозливим явищем, яке з кожним днем все більше знаходить свої прояви серед молоді..Девіантна поведінка — це поведінка, що відхиляється від прийнятих у суспільстві ціннісно-нормативних стандартів. До протиправних дій зараховують проступки (провини), правопорушення та злочини. Серед типових проступків неповнолітніх виокремлюють

лихослів'я, систематичне порушення дисципліни в школі, бійки з однолітками, бешкетування. Окремі види агресивної поведінки, які бувають притаманні делінкветним підліткам, – це фізична агресія (напад), непряма агресія, вербальна агресія, фрустрованість, дратівливість, негативізм, образа, підозрілість. Усі ці види агресивної поведінки можуть бути не лише небезпечні оточуючим, а й самому неповнолітньому. Саме тому для таких дітей необхідна психологічна корекція.

Психологічна корекція девіантної поведінки передбачає психологічне втручання в особистісний простір для стимулювання позитивних змін, послаблення або усунення тих форм поведінки особистості, що перешкоджають її соціальній адаптації.

Девіантна поведінка може мати в собі соматичні прояви, які в подальшому можуть призвести до розвитку соматичних хвороб, а саме: хвороб дихальної системи, нервової системи, органів травлення, порушення обміну речовин, що значним чином буде ускладнювати життя людини.

Корекція девіантної поведінки буде сприяти підтримці етичного контролю, який базується на дотриманні цінностей та віри людини.

Соціально-педагогічна профілактика девіантної поведінки з позиції біоетики буде ефективною, якщо будуть використані наступні методи роботи, а саме проведення:

- систематичних, профілактичних бесід на тему правової поведінки;
- постійної діагностики неповнолітніх та наявність схильності до делінквентної поведінки;
- і різноманітних тренінгів на підтримку стабільного емоційного стану дітей.

Висновок. Враховуючи основні причини девіантної поведінки дитини (за такими факторами: всередині особистості дитини, оточення та відносин в сімї), необхідно скласти психокорекцій ну програму для роботи з ними.

ВПЛИВ МУЛЬТФІЛЬМІВ НА ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ

Саян Лідія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Кризова ситуація, яку спостерігаємо в Україні, великою мірою спричинена неконтрольованими засобами масової інформації, яким повинна належати провідна роль у вирішенні багатьох проблем. Найважливіше — формування дитячої і підліткової свідомості.

Мета. Дослідити вплив мультфільмів на формування особистості дитини.

Матеріалитаметоди. Дослідження, що стосуються впливу мультфільмів на психіку дитини, проводилися на статистичних даних інтернет-ресурсів різних країн Європи, зокрема України, а також Америки.

Результати. Через нестачу критичної оцінки та повчання батьків, діти, немов губка, вбирають усе, що пропонує їм телекультура. На такій основі формуються життєві ідеали дітей і молоді.

Мультфільм — модель навколишнього світу, тому діти схильні наслідувати те, що вони бачать на екрані. *У сучасних мультфільмах можна виділити цілий ряд недоліків, які можуть призвести до неправильного формування і розвитку особистості дитини:*надлишок агресії та насильства на екрані, повна безкарність, немає чіткої межі між добром і злом, наділення жінки чоловічими рисами характеру, неповага до жінки, матері, престарілих людей, тварин і рослин, неправильне формування інстинкту самозбереження, неусвідомлене підштовхування дитини до суїциду.

Зараз особливою популярністю користуються зарубіжні мультфільми, в основному американського виробництва. Їх світ, фон, на якому відбуваються події, безнадійно лежить у злі. На противагу цим мультфільмам, мультфільми радянського виробництва відображають правильну для дитини картину світу. В країнах Європи батьки більше звертають увагу на те, що дивляться їх діти. Найбільш «розкутими» вважаються американці. Саме їх мультфільми в більшій мірі передають дітям неправильність життя. В Україні, згідно з соціологічними даними, на жаль, ситуація не достатньо хороша. Період віку, при якому дитяча психіка є найбільш сприйнятливою, коливається від трьох до п’яти років. На дитину впливає культура та інтелект сім’ї, в якій вона виховується. Саме в цей час матері хочуть вийти на роботу і, на жаль, дітей залишають на няньок чи родичів. Звісно, що в цих випадках більшість часу якраз виділяється на перегляд мультфільмів. Насправді ж, дитина надає перевагу живому спілкуванню, і якщо дорослий з ним спілкується, то дитині кінофільм або мультиплікації не є такими потрібними.

Мультиплікаційні фільми роблять великий вплив на розвиток дітей дошкільного віку. З одного боку, — це яскраві, видовищні, образні,

прості, ненав'язливі, доступні дітям мультфільми. Вони формують у нього первинні уявлення про добро і зло, еталони гарного і поганого поводження. Через порівняння себе з улюбленими героями, дитина має можливість навчитись позитивно сприймати себе, справлятись зі своїми страхами і труднощами, шанобливо ставитись до інших.
Висновок. Необхідно спочатку переглянути, прочитати відгуки в інтернеті щодо мультфільмів перед тим, як показувати дитині, а також регулювати частоту перегляду дошкільнятами різних мультфільмів.

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНА ПРОБЛЕМА ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ЛЮДИНИ

Семаньків Ірина
Бевз Любов
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність.Початок 2017 року ознаменувався в науковому світі новиною про те, що вперше вдалась отримати ембріон тварини, в якому прижились і розвивались людські стовбурові клітини. Цього вдалось досягнути шляхом введення стовбурових клітин людини в ембріон свині на стадії бластоцисти. Цей ембріон був названий химерою – в честь створіння із античної міфології. Науковці переконані, що в перспективі це дослідження дозволить вирощувати органи для трансплантації і вивчати природу генетичних захворювань. Для того, щоб дослідження просувалось вперед, вчені повинні довести не тільки ефективність дослідів, але і їх етичність.
Мета. Визначити морально-етичну припустимість введення стовбурових клітин людини ембріонам тварин, спираючись на засади персоналістичної біоетики
Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.
Результати. Виділяють дві широкі категорії стовбурових клітин: ембріональні (hESCs)та стовбурові клітини дорослого організму. Гострим є питання власне використання ESCs, адже вони походять з ембріобласта. З точки зору персоналістичної біоетики використання таких клітин є не припустимим – ембріон набуває всіх характеристик людської особистості від моменту запліднення.

Однак, творцями «химери» були використані стовбурові клітин дорослого організму. Отримання матеріалу для подальших досліджень таким чином оминає факт вбивства людського ембріона, але не розвіює всіх побоювань громадськості з приводу даного дослідження.
Оскільки стовбурові клітини здатні розвиватись у будь-яку людську тканину, згодом теоретично може бути випадково створена тварина з людським мозком, статевими залозами, які є органами, що визначають сутність індивіда, що було б етично неприпустимо. Проте на даний момент кількість приживлених стовбурових клітин людини до клітин ембріона свині настільки мала, що годі й говорити про створення хоч якоїсь тканини повністю людської. А в подальшому планується програмування стовбурових клітин на потенційну закладку власне певного органа.
Висновок. Будь-які нові наукові розробки повинні керуватись принципамиперсоналістичної біоетики, яка за основу моралі приймає недоторканість людського життя та гідність особи і тільки їй підпорядковує всі інші принципи. Метод створення химер, у тому вигляді, в якому він існує зараз, не посягає на порушення прав людини. А в перспективі може допомогти вирішити широкий спектр проблем медицини та біології. Розробки, які своїми ідеями майже що межують з науковою фантастикою, завжди насторожують, але, враховуючи їх попереднє детальне вивчення, не повинні відштовхуватись в тому випадку, коли вони узгоджені з принципами біоетики.

АБОРТ – ВБИВСТВО

Стецюк Мар'яна
Макар Тарас
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією
Завідувач кафедри – проф. З. З. Масна
Наукові керівники – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич, ас. Н. І. Кашлюк
Форма доповіді – усна
Актуальність. Однією з найбільших проблем сьогодення є вбивство. Це і війни, і замовні вбивства, і самогубства, і евтаназія. Та чи не найбільшою проблемою є аборти. Дехто вважає, що це лише проста "операція" і з байдужістю спостерігають, як проливається невинна кров. Та людина, яка коли-небудь була присутня при аборті, не має сумніву, що його можна прирівняти до жорстокої смертної кари, де

вирок виносять батьки, а лікар – професійний, холоднокровний виконавець.

Мета. Розкрити руйнівні наслідки аборту з позиції біоетикиз метоюформування світогляду, що базується на повазі до недоторканості та святості людського життя.

Матеріали та методи. Герменевтичний, феноменологічний.

Результати. З абортів починаються усі вбивства. Аборти спорідненні з евтаназією, бо заперечують Божу волю і здійснюються тоді, коли людина немічна: аборти - коли дитина в утробі матері не може себе захистити, а евтаназія - коли людина похила віком, немічна чи важко хвора.

Зараз у світі щороку здійснюється більше 1,5 мільйона абортів. У сучасному суспільстві спостерігаємо моральне падіння, намагання ігнорувати природне право і пошану людського життя. Аборт стає проблемою моральності не лише індивідуальної, а й суспільної чи навіть політичної.

У наш час аборти є головною причиною занепаду світу. Якщо мати може вбити свою невинну дитину, що ж може тоді утримати людей від вбивства один одного? Тільки Той, Хто створив життя, має право забрати його. Дитина - найпрекрасніший дар Бога сім'ї, родині, народові. Деякі люди не дозволяють немовляті з'явитися на світ, вдихнути йому повітря, побачити красу сотвореного Богом світу і подякувати Господеві за цей дар, відчути порух дитини у своєму лоні та її перший крик, побачити перші кроки, почути її перші слова. Вони також колись стануть перед Всевишнім на Страшному Суді і будуть змушені відповісти за усі свої вчинки.

Наслідки аборту несприятливі для всіх:

— для жінок: велика ймовірність як фізичних, так і психологічних травм чи втрата здатності народжувати дітей у майбутньому;

— для майбутнього покоління: кількість мертвонароджених дітей і передчасних пологів у жінок, що зробили аборт, збільшується вдвічі; зростає число дітей з різними фізичними вадами;

— для сім’ї: психічне здоров’я, передусім жінки, надломлюється, моральна єдність подружжя послаблюється, жінка втрачає свою гідність, стає предметом експлуатації з боку чоловіка, сімейна гармонія порушується;

— для підлітків: невпорядкованість статевого життя, внаслідок чого зростає число одиноких матерів;

— для держави: виникає демографічна проблема

Висновок. Аборт підриває основи не лише держави і суспільства, а й, передусім, основи сім’ї і моральний стан кожної окремої людини.

ВИМОГИ БІОЕТИКИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТІВ НА ЛЮДИНІ

Стрельникова Юлія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки, курс біоетики
Завідувач кафедри – проф. І. З Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Неможливо уявити сучасну медицину без впровадження новітніх досягнень науки, проведення кропітких досліджень і експериментів, без яких вона не мала б майбутнього. Проте об'єктом для експериментів медицина щораз частіше обирає людину, що породжує питання, які стосуються безпеки і дотримання прав людини.
Мета. Розкрити засади біоетики до проведення експериментів на людині.
Матеріали та методи. Феноменологічний, герменевтичний.
Результати. Доки експериментування незагрозливі для людського життя і здоров'я та мають гідну наукову чи терапевтичну мету, доти вони не викликають дискусій. Працівники системи охорони здоров'я, причетні до наукових досліджень на людині, повинні: здійснювати дослідження, цінні та корисні для пацієнтів і суспільства; застосовувати методи досліджень, які відповідають науковим стандартам; гарантувати найсприятливіше співвідношення ризику-вигоди для суб'єктів дослідження; надавати всі проекти досліджень на розгляд відповідного контрольного (етичного) комітету; отримувати інформовану згоду осіб, які беруть участь у дослідженнях; поважати конфіденційність і право на збереження таємниці особистих даних; детально й чесно повідомляти про наукові відкриття, у своїх висновках ґрунтуватися лише на реальних відомостях; критично оцінювати методи та результати дослідження, перш ніж застосовувати їх у своїй практичній діяльності.
Біоетика сформулювала певні етичні вимоги до проведення експериментів:
1. Особа має добровільно брати участь в експериментах, тобто надати інформовану згоду. Недопустимі експерименти на людських ембріонах, дітях та особах, які неспроможні самостійно приймати рішення, наприклад, психічно хворих, непритомних, ув'язнених.
2. Експерименти не повинні порушувати фізіологічне функціонування органів і тканин, природний динамізм їх розвитку та вдосконалення людської особистості.

3. Доклінічна стадія експериментування повинна включати: теоретичну підготовку, лабораторні дослідження, експерименти на тваринах з метою зведення до мінімуму ризику під час проведення їх на людині.
При використанні лабораторних тварин для експериментування необхідно дотримуватись вимог і умов, викладених в "Європейській конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілях" (1986 р.). Зміст цієї конвенції повністю відповідає принципу трьох "R", сформульованого Расселом і Берчем. Цей принцип вимагає по можливості зменшення кількості експериментальних тварин ("reduction"); покращання умов їх утримання та використання ("refinement"); заміни їх, якщо це можливо, нижче організованими тваринами або альтернативними об'єктами і методами ("replacement"). Відповідальність за дотримання цих принципів несе не тільки організатор, а й усі учасники експерименту.
Висновок. Медичні експерименти повинні проводитися з урахуванням суттєвих для людини цінностей, передусім гідності людини, цінності її життя і здоров'я. Участь у таких експериментах є не лише етичною, але може бути виразом медичної солідарності, шансом для розвитку медицини і, насамперед, знаком любові до людини.

БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТ БОРОТЬБИ З АЛКОГОЛІЗМОМ

Терзалова Марія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри — проф. І. З. Держко
Науковий керівник — доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність. Проблема алкоголізму є дуже актуальною нині в Україні. Адже на теренах нашої держави на перший план поставлено проблеми ринкової економіки, а не особистість, сенс життя людини.
Мета. Висвітлити алкоголізм як психофізичну патологію та соціальну проблему, пов'язану з вживанням та продажем алкоголю та обґрунтувати необхідність зміни державної політики в питанні профілактики алкоголізму та її популяризації серед людей.
Матеріали та методи. Статистичний, аналітичний, феноменологічний.
Результати. Алкоголізм — це хвороба, яка виникає внаслідок систематичного вживання спиртних напоїв і характеризується патологічним потягом до спиртного, розвитком психологічної та фізичної залежності. Алкоголізм супроводжується руйнівними змінами

не лише в тілі людини, а й виявляється у порушенні психоемоційного стану та духовному спустошенні.

За офіційною статистикою, в Україні хворіє на хронічний алкоголізм близько 900 тис. осіб та щороку їхні ряди поповнюють 50–55 тис. осіб. Статистичні дані доводять, що 50% опитаних дітей алкоголіків — залежні і актуалізують дану генетичну програму. Однак точну кількість хворих на алкоголізм визначити не вдається, оскільки цю залежність важко виявити, а ще важче переконати хворих на алкоголізм лікуватися. Внаслідок зловживання алкоголем скоєнні 50% усіх злочинів, а також алкоголізм є причиною великої кількості аварій, травм, смертельних випадків. Там, де є алкоголік, хворіє ціла система, що складається з сім'ї, родичів, сусідів, найближчих друзів. Хвороба навколишніх полягає у співпідпорядкуванні чужому узалежненню — у співузалежненні. Співузалежнення полягає у зосередженні на особі хворого, який стає центром конфлікту; приховування узалежнення перед суспільством; стан стресу через терпіння, почуття небезпеки; занедбання та дезорганізація сімейного життя; переживання проблем, пов'язаних з узалежненою особою; суспільна ізоляція; духовна пустка.

Вирішення проблеми алкоголізму починається з визнання людиною свого безсилля та бажання духовного відновлення. Необхідно перенести акцент лікування залежності з виключно органічної терапії на психологічну корекцію та реабілітацію, створити мікроклімат довіри та взаєморозуміння, котрі б допомогли у реадаптації осіб до суспільного життя. Хворобу легше попередити, ніж лікувати. Тому потрібно викорінювати її причини. Профілактика алкоголізму з боку держави насамперед має бути спрямована на зведення до мінімуму реклами алкогольних напоїв (під вплив якої попадають не тільки дорослі, а й підлітки і діти, які легко спокушаються на «солодкі» слова). Подолання алкоголізму потребує зусиль самої людини, допомоги родини, суспільства й держави. До боротьби зі зловживанням алкоголем залучаються громадські та релігійні організації. Одна із можливих засад порятунку — підтримка товариств анонімних алкоголіків, заохочення їх до активної діяльності.

Висновок. Профілактика алкоголізму має бути спрямована на викорінення у свідомості людини поняття про нешкідливість алкоголю. Найважливіше завдання у лікуванні та реабілітації хворих на алкоголізм полягає не лише у відновленні, а й у збереженні особистісного та соціального статусу людини.

ПРОБЛЕМА ЕВТАНАЗІЇ В КОНТЕКСТІ БІОЕТИКИ

Ханіна Наталія

Національний фармацевтичний університет, м. Харків
Кафедра філософії і соціології
Завідувач кафедри – проф. К. А. Іванова
Науковий керівник – доц. А. П. Лантух
Форма доповіді – усна

Актуальність. Евтаназія - безперечно, багатогранна проблема, яку неможливо розглядати з однієї точки зору. Можливість її легалізації викликає особливий резонанс, провокує масу обговорень, засуджень і критики.
Мета. Аналіз спроб легалізації евтаназії в Україні і прогнозування можливих соціо-правових та моральних наслідків.
Методи. Гіпотетико-дедуктивний метод, аналіз, індукція, аналогія.
Результати. Суть порушених філософських і біоетичних проблем, ґрунтована на визначенні медичних критеріїв смерті. В минулому вважалося, що зупинка дихання або серцебиття дорівнювала смерті усього організму. Більш точним визначенням моменту смерті особи є так звана смерть мозку, або безповоротне припинення усієї мозкової активності. Сучасна медична апаратура здатна довго підтримувати функціональну діяльність систем організму (у тому числі - дихання і серцебиття) без церебральної активності.
З точки зору онтологічної філософії виникає проблема про співвідношення між питаннями автономності вибору, гуманності та розуміння суті людського життя, зокрема у випадку невиліковних захворювань, які супроводжуються стражданнями, соціальними або психофізичними втратами. Людина здатна самостійно вершити свою долю, що передбачає її моральну відповідальності за власний вибір.
Видовий поділ евтаназії сприяє її кращій етичній оцінці. У випадках активної евтаназії, спір зосереджений між прихильниками «права на смерть» та «права на гідну смерть». Пасивна евтаназія передбачає припинення необхідного лікування або підтримувальної терапії, що приводить до смерті. Таким чином, приклади пасивної евтаназії зустрічаються у вигляді практик припинення необхідного лікування за бажанням пацієнта, або його «офіційних» представників. Так і активна евтаназія є прямим запереченням принципів медичної деонтології і персоналістичної біоетики. Вона підлягає найактивнішій суспільній дискусії, зокрема що стосується спроб її легалізації. Крім того, негативне забарвлення проблемі надає ризик зростання і розвитку тенденції евтаназії, як умисного позбавлення себе життя в якості знаряддя суїциду. Визначальним моментом забезпечення правового контролю є моральна оцінка евтаназії та її невідповідності сутності медичних процедур, втручань та маніпуляцій.

Висновок. В цілому питання про етичну недопустимість легалізації евтаназії ще далеке від свого остаточного вирішення у зв'язку з існуванням різноманітних філософських визначень життя. Головним питанням є: що таке життя людини, в чому полягає вищість його цінності над цінністю відсутності страждань? Якщо відповідь на питання про життя, буде чисто біологічним («життя є формою існування білкових тіл»), то не вирішуються соціальні і моральні проблеми, якщо чисто соціологічним («життя є діяльністю на благо суспільства»), то не вирішуються біологічні і моральні проблеми. Усебічний розгляд цієї проблеми, врахування менталітету нашої країни, повага громадянських прав і свобод людини стосовно її життя – основа вірного шляху вирішення цієї проблеми.

НЕПРИПУСТИМІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЕМБРІОНАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН У МЕДИЦИНІ З ТОЧКИ ЗОРУ БІОЕТИКИ

Шевчук Галина
Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – доц. с. Д. – Г. Т. Терешкевич
Форма доповіді – усна

Актуальність.Відкриття стовбурових клітин викликало бурхливу реакцію в науковому світі. Багато людей вже поклали на дане відкриття величезні надії та сподівання і називають його еліксиром вічної молодості.
Мета. Показати, що використання ембріональних стовбурових клітин для лікування захворювань – це те саме, що і вбивство людини.
Матеріали та методи. Аналітичний, герменевтичний.
Результати. Стовбурові клітини – це клітини, які не мають спеціалізації та здатні розвинутися в будь-який вид тканини. Основною їх властивістю є здатність до самопідтримання протягом часу існування цілого організму, завдяки численній кількості мітозів без диференціації; здатність диференціюватися у будь-який клітинний тип — дають початок клітинам з обмеженою проліферативною здатністю, від яких походять популяції високодиференційованих клітин (скелетні м'язи, нейрони, кісткову тканину, тканину печінки і т. д.).
Відкрили стовбурові клітини канадський вчений Ернест Мак Кулох та Джеймс Тілл у 1969 році. Ці відкриття фундаментально змінили можливості медицини. Захворювання, для клітинного лікування котрих використовують стовбурові клітини – це хвороба Альцгеймера,

хвороба Паркінсона, цукровий діабет І-типу, онкозахворювання, серцево-судинні захворювання, пошкодження спинного мозку, інсульти, ревматоїдний артрит, остеоартрит, розсіяний склероз, цирози, гепатити, панкреонекроз. Також у косметології застосування стовбурових клітин виявило високу ефективність. Потрапляючи в організм, вони миттєво знаходять вогнища пошкодження або запалення. Як тільки стовбурові клітини виявляються на вогнищах, вони замінюють пошкоджені клітини.

Найбільш доступними є стовбурові клітини червоного кісткового мозку у дорослих людей та стовбурові клітини пуповинної крові. Їх можна вирощувати та програмувати на спеціалізацію. Проте стовбурові клітини дорослих людей мають певний пухлиногенний ефект, а також змінюють імунний стан організму.

Сьогодні з`явилася новітня біотехнологія — фетальна терапія, яка базується на використанні ембріональних стовбурових клітин, джерелом яких є: клітини ембріону на стадії бластоцисти, тканини зубів ембріона, амніотична рідина, для отримання яких здійснюються маніпуляції та руйнування живих людських ембріонів, що є морально неприпустимі, навіть якщо спрямовані на добру мету. Персоналістична біоетика звертає увагу на біологічний та антропологічний статус ембріона людини, котрий від моменту запліднення є людським суб'єктом з добре визначеною ідентичністю (має всі характеристики людської особистості: керовану особистим геномом свою власну проект-програму життя і розвитку та людську гідність, що заслуговує на пошану). Людський ембріон починає від моменту злиття гамет свій власний безперервний постійний і координований розвиток, такий, що в жодній його фазі не може вважатися простим скупченням клітин, і має право на своє власне життя. Тому кожне втручання не на користь самого ембріона розглядається як дія, що порушує таке право.

Висновок. Контрмірою експлуатації ембріональних стовбурових клітин у медицині є стовбурові клітини, отримані з органів і тканин дорослого організму: кістковий мозок, периферійна кров, пульпа молочних зубів, пуповинна кров та плацента.

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ НАЛЕЖНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УКРАЇНІ

Шира Оксана
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра філософії та економіки (курс біоетики)
Завідувач кафедри – проф. І. З. Держко
Науковий керівник – викл. К. Б. Білецька
Форма доповіді – усна

Актуальність. Згідно з даними МОЗ України за 2015 рік, лише 2,3% українців страждають на психічні розлади. Утім експерти Асоціації психіатрів України стверджують, що цей показник відображає лише ту кількість людей, які хоча б раз у своєму житті зверталися по психологічну чи психіатричну допомогу. Внаслідок воєнних дій на сході нашої держави тисячі громадян зіткнулися із посттравматичним стресовим розладом. За оцінками ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій від депресії і тривожних розладів страждає кожна п'ята людина Однак у даній ситуації українці не завжди можуть отримати адекватну допомогу.
Мета. Наголосити на потребі дотримання прав людини при наданні допомоги психічно хворим особам в Україні.
Матеріали та методи. Аналітичний, статистичний.
Результати. Сьогодні в ЗМІ все частіше з'являється інформація про негідне ставлення до психічно хворих в Україні. Зокрема, у Сумській обласній психіатричній лікарні №2 (м. Охтирка) виник скандал внаслідок зниження температури повітря у палатах до + 10 °С. Саме з цим пов'язують захворюваність на пневмонію, від котрої, за даними прокуратури, померло 5 пацієнтів даного медичного закладу. Загалом права людини порушуються не лише у попередньо згаданій лікарні, а досить часто мають системний характер. Станом на початок 2015 р. в Україні функціонувало 144 *психоневрологічні інтернати та 70 психіатричних лікарень. За даними* Департаменту з питань реалізації Національного превентивного механізму, значна частина *підопічних цих закладів проживає в умовах, які, з точки зору міжнародного досвіду, прирівнюються до жорстокого поводження і тортур***.** Зокрема, досить часто психічно хворі недоїдають (на харчування виділяється 6,56 грн. на день), не завжди отримують належний санітарний догляд через відсутність умов (наприклад душу чи теплої води) або через халатність медичного персоналу, іноді пацієнти навіть не мають можливості вийти на прогулянку протягом багатьох років (що доступне навіть в'язням). Така ситуація можлива в Україні, зокрема через те, що психічно хворі і їх рідні практично не мають можливості вибирати для себе того чи іншого лікаря-психіатра або психіатричний заклад з кращими умовами перебування. Відповідно, у лікарів-психіатрів і в цілому у психіатричних закладів немає мотивації для удосконалення своєї роботи. Важливо теж зазначити, що після лікування в психіатричних

закладах люди не завжди можуть працевлаштуватися, а це не сприяє їхній соціальній реабілітації.

Висновок. Підсумовуючи, варто сказати, що в Україні є досить поширеними психічні захворювання чи розлади психіки. Дуже часто особи, котрі потерпають від цих захворювань не отримують якісного догляду, проживають в незадовільних умовах. Відсутність можливості вибору психіатричного закладу та лікаря, зокрема призводить до того, що медичний персонал не завжди сумлінно виконує свої обов'язки, що іноді приводить до порушення елементарних прав людини стосовно психічно хворих.

АРХІЄПИСКОП ЛУКА – ЛІКАР ДУШІ ТА ТІЛА

Шикула Соломія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії
Завідувач кафедри - проф. З. З. Масна
Науковий керівник - ас. Р. Р. Согуйко
Форма доповіді – усна

Актуальність. Цього року виповнюється 140 років з дня народження одного з наших співвітчизників - хірурга, доктора медицини, архієпископа Луки.

Мета. Ознайомлення з життям та науковими доробками хірурга та єпископа Валентина Войно-Ясенецького.

Матеріали та методи. Проаналізовано матеріали наукового та публіцистичного характеру. Використано методи: бібліографічний, аналітичний, метод історичного аналізу.

Результати. 27 квітня 1877 року в сім'ї Фелікса та Марії Войно-Ясенецьких, які жили в Керчі, народився син Валентин. 1889 року сім'я переїхала до Києва, де син навчався в художній школі та гімназії. У 1898 році Валентин вступає на медичний факультет Київського університету, який настільки успішно закінчив, що всі йому пророчили тільки шлях ученого. Під час російсько-японської війни працював хірургом у військовому госпіталі в Читі. Протягом 13 років Войно-Ясенецький працював земським лікарем. Його робочий день починався о 9-й годині ранку і закінчувався о 1-й годині ночі. Число відвідувань на рік становило 30–35 тис., число операцій — 700–1100.

Переїхавши до Москви, переймав досвід у відомого професора хірургії та топографічної анатомії П.І. Дяконова. У 1916 році захистив

докторську дисертацію «Про регіонарну анестезію другої гілки трійчастого нерва».
У квітні 1917 року хвороба дружини змусила Войно-Ясенецького прийняти пропозицію переїхати до Ташкенту, де він обіймав посаду хірурга та головного лікаря міської лікарні.Через два роки дружина помирає від туберкульозу легень, залишивши на руках чоловіка чотирьох дітей. Ця трагедія приводить його до філософських роздумів про смисл життя. Войно-Ясенецький став часто відві¬дувати церкву. У 1921 році він прийняв сан священослужителя.
У травні 1923 єпископ Уфимський Андрій, перебуваючи у засланні, здійснив його таємний постриг з іменем Лука. 31 травня 1923 ієромонах Лука був висвячений на єпископа Ташкентського і Туркестанського. У цьому ж році він був заарештований, і почалися багаторічні заслання. Будучи на засланні, єпископ не залишав свого лікарського обов'язку, поєднуючи пастирську та медичну діяльність, спасаючи душі й тіла людей.
У 1934 р. вийшла у світ монографія Войно-Ясенецького «Нариси гнійної хірургії», яка здобула світову популярність.
У середині 1942 р. термін заслання закінчився, а восени він був зведений у сан архієпископа.
У 1945-1947 рр. святитель пише відому богословську працю «Дух, душа, тіло». У 1946 р. архієпископ Лука став главою Кримської єпархії, продовжуючи свою лікарську та педагогічну діяльність.
Відійшов святитель-сповідник до Господа 11 червня 1961року.
Висновки. Валентин Войно-Ясенецький – неординарна постать у історії медицини, в якій поєдналась видатний хірург, науковець та архієпископ.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ І СВІТОГЛЯДНИЙ КОНТЕКСТ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАР-ПАЦІЄНТ У ТЕРАПІЇ НЕВИЛІКОВНИХ ХВОРОБ

Ярошевич Дарія
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра філософії та економіки
Завідувач кафедри - проф. І.З.Держко
Науковий керівник - Р.Р. Процюк
Форма доповіді – усна
Актуальність. Число невиліковних захворювань щорічно зменшується, але кількість хворих стрімко зростає. Основна специфіка невиліковних хвороб: пацієнт повинен змиритися і прийняти захворювання, терапія

спрямована на зменшення проявів захворювання, стабілізацію життєвих показників для максимально повноцінного життя пацієнта, яке при цьому радикально змінюється. Постає проблема переосмислення цінностей. Формування команди «лікар-пацієнт» сприяє зменшенню стресу, який впливає на весь організм і на ефективність терапії.

Мета. Аналіз впливу психоемоційної та світоглядної складової у терапії невиліковних хвороб.

Матеріали та методи. Вихідними методологічними засадами дослідження є: принцип діалогу у лікуванні, запропонований Мішелем Фуко, який складається із «структур повсякденності» – соціальних складових та «дискурсивного знання»; п’ять стадій Кюблер-Росс, які проходить помираючий пацієнт: заперечення, злість, адаптація, депресія, сприйняття; результати роботи дослідницької групи у Спрінг-Гроув, присвяченої вивченню психоделічної терапії.

Результати. Основа ефективної терапії – довіра поміж лікарем і пацієнтом. Доступна подача діагнозу, відкритість, довіра, прозорий план лікування – запорука створення міцної команди. Під час кожної психологічної стадії пацієнт по-іншому сприймає, аналізує навколишній світ, отже підхід лікаря теж повинен відрізнятися, а у критичні моменти необхідно удосконалювати план терапії. За статистикою найбільш емоційно нестабільною є стадія депресії, де існує ризик суїциду або припинення лікування.У період злості трапляються випадки розбою,злочинів, вчинених пацієнтами.

Зміна світогляду: у період прийняття, пацієнт відчуває глибокий внутрішньоемоційний стрес, який є рушійною силою формування майбутніх пріоритетів. На етапі шоку цінності не змінюються, у стані злості він руйнує пріоритети, стереотипи. Протягом адаптації відбувається повноцінне переосмислення планів, наступним етапом є депресія, яка виникає через те, що пацієнт, хоч і створив план «нового життя», але не мириться із хворобою, прагне повернути все назад. Останній етап - прийняття, пацієнт сприймає хворобу як те, що робить його сильнішим. Можливе виникнення «психічного дефекту» - нав’язливі думки, «інтелектуального дефекту» - втрата розсудливості, сповільнений аналіз інформації, «комплексу неповноцінності» як наслідку психологічних проблем. Якщо необхідна консультація психіатра, пацієнти стають замкнутими, це ускладнює терапію. Існують вікові особливості формування ставлення і реакції на хворобу. Для молоді фатальними є хвороби,що спотворюють зовнішній вигляд, для зрілого віку – хронічні, інвалідизуючі, для літніх людей – смертельні хвороби та ті, що призводять до втрати працездатності.

Висновок. План терапії повинен відповідати психологічному стану пацієнта. Хвороба руйнує цінності і пріоритети хворого, тому лікареві

необхідно сприяти пошуку пацієнтом нових світоглядних засад і цінностей. Важливо коригувати психологічний стан пацієнта та вчасно звернутися до психіатрів аби не розвинулися психічні розлади, спричинені стресом через невиліковну хворобу.

17th International Students Scientific Conference

I. Theoretical part
The lecture-room of General Anatomy
Friday, 28.04.2017, 9:00

Scientific Committee – Prof. I. Z. Derzhko, Prof. O. S. Zayachkivska, Prof. V. I. Fedorenko, Prof. N. M. Vorobets', Assoc. Prof. M. Z. Tymkiv, Assoc. Prof. O. B. Lys, Assoc. Prof. O. O. Vashchenko, Assoc. Prof. O. I. Chupashko, Assoc. Prof. U. M. Galyuk, Assoc. Prof. Kh. A. Kyryk, Assoc. Prof. I. A. Tanchyn, Assoc. Prof. R. Ya. Boris, Assoc. Prof. M. Ye. Chervin'ska, Assist. Prof. R. M Lysyuk, Assist. Prof. M. A. Panas, Assist. Prof. A. R. Gural', Assist. Prof. N. I. Kupynyak, Assist. Prof. M. H. Orel, Assist. Prof. Kh. M. Nasadyuk, Assist. Prof. I. I. Il'kiv, Assist. Prof. N. V. Denysenko, Assist. Prof. Y. O. Fuss, lecturer S. Ye. Shun'kina, lecturer X. I. Pavliv, lecturer U. I. Lushch, lecturer R. R. Protsyuk, head of SSS I. Y. Zubko

Session chiefs – Belyak Andriana, Vares Yarema, Zhyvitska Khrystyna

THE CONTENT OF SULFHYDRYL GROUPS AS BIOLOGICAL MARKER OF HUMAN HEALTH AND THE STATE OF ENVIRONMENT

OlexandrSelivanov
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of General Hygiene and Ecology
Head of the Department - Prof.V. I. Fedorenko
Scientific Advisor - Assoc. Prof.L. P. Kozak

Actuality. It was known that human health is an indicator of the environment. Assessment of human body contact with environmental factors based on direct and indirect methods of investigation such as individual monitoring and application of biological markers or indicators. The last may be characterized pathognomonic or specific effect of environmental factors.
Aim. The aim of research was to analyze and summarize current data about sulfhydryl groups as biological markers of human health and environmental indicators.
Materials and methods. Include the analysis of current data and the research results of many Ukrainian and foreign authors.
Results. The research results of many Ukrainian and foreign authors indicate that the leading role in the functioning of the antioxidant system,

detoxification of reactive oxygen species, adaptive process and in maintaining intracellular redox status plays the low and high molecular SH-containing compounds. Important data is the role of thiol groups in muscle contraction, cell division, oxidative phosphorylation, peroxide oxidation, photosynthesis, radiation damage, nervous activity, including neurotransmitter processes. An important part of the antioxidant defense system of the body is glutathione, which neutralizes lipid peroxides and supports in the restored state of SH-groups of proteins that ensures their functional activity. SH-functional groups of proteins are an integral part of the enzymatic system of a living organism. SH-containing compounds played a leading role in protecting cells from radical OH •, formed in the Fenton reaction. It is noted that SH-containing compounds are subjected to oxidation in the first place and it prevents oxidation of other functional groups and molecules. In addition, the thiol compounds - important components of maintaining redox homeostasis in cells and tissues. According to various stress effects and pathological conditions found reverse oxidative modification of SH-groups, which leads to more disulfide groups are non-specific reaction to extreme effects. This modification changes the state of cell membranes, their permeability and adhesive properties, affects enzyme activity and cell proliferation. The content of sulfhydryl groups in rat's blood, liver and brain tissues under chronic action of ethanol was determined. It was established that the concentration of non-protein SH-groups increased in two times against control values, and protein SH-groups decreased in the blood of rats under chronic effect of ethanol. That is why the obtained results indicate the important role of sulfhydryl groups in maintaining of redox homeostasis of cells and antioxidant protection of tissues under ethanol intoxication.

Conclusion. Thus the ratio reduced and oxidized SH-groups and their ability to oxidative modification (buffer capacity) are important criteria of non-specific resistance of the organism.

DRUG ADDICTION AND ALCOHOL ABUSE AS CURRENT SOCIAL PROBLEMS

Olesia Lisova
Oksana Kuza
Medical College of Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Natural Sciences № 1
Head of the Department - L. B. Hoidenko
Department of Social Sciences and Economics
Head of the Department – Z. Y. Shvets
Scientific Advisors – K. R. Zdanevych, O.M.Chatoryiska

Actuality. Drug and alcohol addiction in Ukraine is primarily a social problem, as the society has limited knowledge of the issue and doesn't consider it an illness. Meanwhile youth drug and alcohol abuse ruins the health and social activity of not just a particular individual but the whole society.
Aim. The aim of the research was to study the spread of drug and alcohol addiction among the youth, to determine its reasons and to reveal a gender tendency of the problem.
Materials and methods. The research was conducted at Lviv Regional State Clinical Narcological Dispensary. And also the results of our anonymous survey among the youth were analyzed.
Results. The findings of the research were as follows: 83,4% of young people have some experience of alcohol use; 11,3% of interviewees have reported the use of a drug at least once - 15.4% of them are male and 7.9% are female. The most widely used drugs are marijuana and cannabis, as stated by every tenth questionee; only 3.6% of interviewees (4,4% of them are male and 2.9% are female) have used other types of drugs. There have been mentioned such reasons for alcohol and drug consumption as to relieve stress (10%), to try something new (27%), peer pressure (37%),and a desire to look older (7%). Our hypothesis that substance abuse begins at an early age has been proved: 57% of questionees take drugs or alcohol for the first time between 16 and 20 years of age.
Conclusion. Drug addiction and alcohol abuse are prior current social problems that require not just medical but also moral and psychological ways of solving them. Alcohol advertising bans, educational programs on negative effects of alcohol and drugs, healthy lifestyle promotion will help young people create a positive image of a successful and socially active person.

PREVALENCE OF HEPATITIS C VIRUS (HCV) IN EGYPT

Ashraf Abdelfattah
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Microbiology
Head of the Department - Prof.O. P. Korniychuk
Scientific Advisor - Assist. Prof. M. A.Panas

Actuality. Hepatitis C virus constitutes an epidemic disease in Egypt which is having the highest prevalence in the world at 14.7%. About every family in Egypt is touched by hepatitis C. The blood borne virus, which is highly infectious, infects at least 1 in 10 of the population aged 15 to 59. HCV prevalence in Egypt was mainly due to the mass vaccination practices

against schistosomiasis in 1960, when needles were used without sterilization for more than one person.HCV was not discovered yet. Infection was continued for years due to lack of both awareness and efforts to control the spread. Overall, despite improvement in schistosomiasisrelated morbidity between 1980-1990 it appears to have caused widespread infection with HCV, which by the 1990s, had replaced schistosomiasis as the primary cause of liver disease in Egypt.

Aim. To determine the reasons behind the high prevalence of HCV in Egypt

Materials and Methods. Data obtained from medical databases, web resources

Results. Active infection rates are particularly high among individuals who reported receipt of at least one injection to treat schistosomiasis compared to those who had not received such an injection. Higher HCV prevalence rates are observed in males compared to females. These differences may also be in part attributed to the parenteral anti schistosomiasis campaigns (PAT), as males were more affected by the schistosomiasis disease burden and hence were main targets of these campaigns. Also, higher prevalence was observed in rural dwellers compared to individuals living in urban areas. These differences may also be in part due to the PAT campaigns, as rural areas were more affected by the schistosomiasis disease, consequently, were more involved by these campaigns. Blood transfusion was a common route for HCV transmission in Egypt. After that date, blood and blood products were screened for HCV which eliminated the possibility of HCV transmission via this route. Transmission among health care workers through needle sticks and sharp injuries is common in Egypt and contributes to the high rates of HCV infection, given that needleless systems are not adopted in all Egyptian hospitals and health care units.

Conclusion. HCV infection is a major health problem in Egypt. The beginning was iatrogenic, however, other routes of transmission led to continuation of the problem up till now. Both adults and children are affected by this disease. Routes of transmission and risk factors for this infection are well established. All efforts should be exerted to bring HCV disease to an end.

LEGISLATION OF ADVERTISEMENT OF THE MEDICINES (USA EXPERIENCE)

Attama Queenfreda
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Organization and Economics of Pharmacy
Head of the Department - Prof. B. P. Hromovyk
Scientific Advisor - Sen. Lect. S. E. Shunkina

Actuality. Advertising is a non-personal form of promotion that is delivered through selected media outlets that, under most circumstances, require the marketer to pay for message placement. Advertising has long been viewed as a method of mass promotion in that a single message can reach a large number of people. But, this mass promotion approach presents problems since many exposed to an advertising message may not be within the marketer's target market, and thus, may be an inefficient use of promotional funds.

Aim. To study the laws and regulations guiding medicines' advertisement in the USA.

Materials and methods. The objects and information of study were selected through a comprehensive list of legislation acts of medicines advertising; the range of medicines permitted and not permitted to be advertised; modern methods of advertising and the effects the legislation passed has on advertisement. The subject of research is the regulation and practical methods in which medicines are advertised. Research methods: bibliographical information search, content and comparative analysis frequency analysis.

Results. The results of the research analysis shows the regulations of advertisement of medicines and its effects and restrictions. In the U.S, Federal law does not ban pharmaceutical companies from advertising any kind of prescription drugs, even ones that can cause severe injury, addiction, or withdrawal effects. However, companies cannot use reminder ads (reminder ads give the drug's name but not the drug's use). The assumption behind reminder ads is that the audience knows what the drug is for and does not need to be told for drugs with certain serious risks (drugs with "boxed warnings"). Drugs that have special problems, particularly ones that may lead to death or serious injury, may have this warning information displayed within a box in the prescribing information. These legislations of medicines advertisement also shows the negative and positive impact advertising has had throughout the years on the world. Some patients are more willing to receive treatments with drugs they are familiar with, seen in an advertisement on the television or billboards, or heard on the radio or from sale points. Trade names play an important role in medicine advertisement, as establish brands that has been on the market for a while and is in the maturity stage of its lifecycle will have a more effective and efficient advertisement compared to brand that is in the growth stage, just entering the market.

Conclusion. The legislation of advertisement of medicines in USA was analyzed, and also the impact it has had on the world as it continuously changes.

EFFECT OF THE NOVEL TRIPEPTIDE T-34 ON LIPID PEROXIDATION PROCESSES IN STOMACH UNDER CONDITIONS OF INDOMETHACIN-INDUCED ULCERATION

Chineke Chibuikem
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Biochemistry
Head of the Department - Prof. A. Y.Sklyarov
Scientific Advisor - Assist. Prof. C. M.Nasadyuk

Actuality. The search for the new gastroprotective compounds, preventing stomach ulceration in patients, treated by nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) is the hot issue of uptodate gastroenterology, biochemistry, pharmacology. Literary data gives increasing evidence about the prominent gastroprotective effects of a number of oligopeptides.
Aim. Aim of the research was to study the effect of the tripeptide T-34 (H-Glu-Asp-Gly-OH) on the lipid peroxidation processes in gastric mucosa (GM) in indomethacin-induced (II) gastric lesions (GL) in rats.
Materials and methods. The study was conducted on white male rats, devided into 3 groups (n=3 in each group): 1) control; 2) intragastrically (ig) administered indometacin (ind), 15 mg/kg; 3) ig pretreated with T-34 (10µg) 30 min before ind introduction. 24h later rats were sacrificed, GM was examined macroscopically and GL were scored using 12 grades scale. In GM homogenates the content of thiobarbituric acid (TBA) products was measured.
Results. Cyclooxygenase (COX) blockage by indomethacin resulted in the development of GL (area of ulceration made 8±2.5 mm2 and 6±2 points respectively), accompanied by 40% ($p<0.05$) increase of the intensity of lipid peroxidation processes due to the content of TBA products in GM compared to the control group. Pretreatment with a tripeptide T-34 resulted in tendency to decrease of the area and severity of II GM damage. The content of TBA products in T-34-pretreated group decreased for 22% ($p>0.05$) compared to the effect of COX blockage by indomethacin.
Conclusion. Tripeptide T-34 exerts gastroprotective properties in II GL in rats, mediated by the decrease of the lipid peroxidation processes in GM. Thus, T-34 is perspective for further studies towards deeper elucidation of its cytoprotective effect.

ANALYSIS OF ACTIVE PHARMACEUTICAL INGREDIENTS OF ANTI-ACNE PREPARATIONS

Ebisi Ursla Ifeoma
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Drug Technology and Biopharmaceutics
Head of the Department - Assoc. Prof. S. B. Bilous
Scientific Advisor - Assoc. Prof. O. O. Vashchenko

Actuality. Acne vulgaris (acne) is a common skin condition that affects most people at some stage in their life. Successful treatment of acne needs careful selection of anti-acne agents. There are available different anti-acne modalities, but problem of the acne treatment remains to be topical. Therefore, development of new anti-acne preparations should help to manage the situation.

Aim. Aim of this work was to analyze active pharmaceutical ingredients (API) used in the composition of anti-acne preparations.

Materials and methods. Pharmaceutical and medical data sources. Methods: search and systematization of information, logical analysis.

Results. Acne is multifactorial inflammatory disease of pilosebaceous units that has various clinical presentations including seborrhea, comedones, erythematous papules and pustules, less frequently nodules, pseudocysts with ultimate scarring in few of them. The choice of preparation to treat acne is dependent upon the severity of acne and must consider the pathogenesis. There are four main pathogenetic mechanisms: increased sebum productions, follicular hyperkeratinization, Propionibacterium acne colonization, and the products of inflammation. Informative analysis showed that topical anti-acne preparations mostly contain the following ingredients: retinoids and retinoid-like drugs, benzoyl peroxide, salicylic and azelaic acids, antibiotics, and others (zinc and its compounds, sulfur and resorcinol, lactic acid). Topical retinoids (tretinoin, adapalene, tazarotene, isotretinoin, metretinide, retinaldehyde) target the microcomedo-precursor lesion of acne, reduce the production of sebum, stop dead skin cells blocking hair follicles, decreasing welling and inflammation. Benzoyl peroxide is a broad spectrum bactericidal agent which is effective due to its oxidizing activity and also has anti-inflammatory, keratolytic, and comedolytic activities. Salicylic acid has been used for many years in acne as a comedolytic agent that also exhibits antiseptic and keratolytic action. Azelaic acid is effective in anti-acne preparations due to its antibacterial and anti-inflammatory properties. Skin antibiotics (clindamycin, erythromycin) are used to control surface bacteria which aggravate and often foster acne. However, topical antibiotics are limited in their ability to penetrate the skin and clear more deep-seated acne. Usually, topical antibiotics are recommended in combination with other topical anti-acne agents (e.g., benzoyl peroxide) in order to reduce the chances of developing antibiotic resistance.

Conclusion. The best anti-acne preparation should provide combined action and be able to inhibit sebum production, limit bacterial growth and encourage shedding of skin cells to unclog pores. This can be achieved by the appropriate active pharmaceutical ingredient. Therefore, selection of active pharmaceutical ingredient for the development of a new anti-acne preparation must be well-grounded.

SEARCH ANALYSIS FOR PROMISING HERBAL SOURCES FOR TREATMENT OF HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Hevi Mawuli
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Pharmacognosy and Botanics
Head of the Department: Assoc. Prof. R. Ye.Darmohray
Scientific Advisor: Assist. Prof. R. M.Lysiuk

Actuality. Human African trypanosomiasis, also known as sleeping sickness, is a vector-borne parasitic disease. The parasites concerned are protozoa belonging to the Trypanosoma genus. They are transmitted to humans by tsetse fly (Glossina genus) bites. Sleeping sickness occurs only in 36 sub-Saharan Africa countries. Chemotherapy of African trypanosomiasis is unsatisfactory for various reasons including unacceptable toxicity, poor efficacy, undesirable route of administration and drug resistance. In this regards, the last few decades have witnessed a surfeit of investigations which have been geared to investigate the effect of common traditionally-used medicinal plants in alleviating the cellular changes produced during trypanosome infection.
Aim. To collect and summarize current scientific data concerning herbal sources and individual active principles of plant origin with anti-trypanosomal properties.
Materials and methods. Informational search in digital and printed scientific editions, medical search databases; generalization processing methods.
Results. A total of 215 plants species from 82 families exhibiting anti-trypanosomal activity were found. Plants from Asteraceae, Fabaceae, Anacardiaceae, Maliaceae, Rubiaceae and Euphorbiaceae families have received more scientific attention than others. The following plant taxons might be considered as promising ones for further investigations: Euphorbia hirta, Ocimum gratissimum, Artemisia absinthium, Artemisia annua, Thymus vulgaris, Allium sativum, Cannabis sativa. Phytochemistry studies of the anti-trypanosomal plants led to the isolation of 96 specific bioactive anti- trypanosomal compounds from different parts of the plants.

Phytoconstituents such as flavonoids, alkaloids, terpenes, quinones, polyphenols, triterpenoids and sterols (saponins, cardiac glycosides), polyacetylenes are the most frequently implicated phytochemicals in the plants' extracts. Amongst the most active compounds were citronellal, myrcene, limonene. Other anti-trypanosomal compounds include artemisinin, β-sitosterol, betulin, betulinic acid, caryophyllene, flavone, lupeol, oleanolic and oleic acids, phytol, quercetin, stigmasterol, ellagic acid, ursolic acid, amyrin. A great diversity of natural products has shown in vitro activity against African trypanosomes and for some of these products this activity seems to be quite selective; several compounds isolated from a natural source had an IC50 in the submicromolar range and only 12 of them were revealed to be relatively selective ($SI \geq 20$).

Conclusion. Although some natural products are active in the submicromolar range and show good selectivity, only few have been studied in vivo in an animal model. None of these results have been incorporated into clinical practice. There is a strong evidence of the potential beneficial effects of phytotherapy in the traditional management of trypanosomiasis, which could be subsequently developed into a cost effective alternative medicine to complement treatment of trypanosomiasis.

MODERN ANALYTIC TECHNIQUES FOR DETERMINATION OF TRACE ELEMENTS IN HERBAL PREPARATIONS

Matthew Uche Eze
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Pharmacognosy and Botanics
Head of the Department - Assoc. Prof.R. Ye. Darmohray
Scientific Advisor - Assist. Prof. R. M.Lysiuk

Actuality. The use of herbal products as the first choice in self-treatment of minor conditions continues to expand rapidly across the world. This makes the safety of herbal products an important public health issue. As metals are likely to be present in many food sources, it is important to reduce the total population exposure to toxic elements by minimizing contamination of herbal products (WHO, 2007; Kosalec, et al., 2009).

Aim. To collect and summarize current data related to modern analytic techniques for determination of trace elements in herbal preparations.

Materials and methods. Informational search in digital and printed scientific editions, medical search databases. The European Pharmacopoeia (8th edn). Atomic absorption spectrometry with electrothermal atomization.

Results. Trace elements in medicinal plants can have a substantial influence on the therapeutic value of herbal remedies: a positive contribution as a

source of essential nutrients or even as active principles, or a negative effect because of the accumulation of high concentrations of potentially toxic elements. Official techniques for trace elements determination in accordance with the European Pharmacopoeia comprise a) atomic absorption spectrometry AAS (Flame technique, or FAAS (Pawel Konieczynski et al.,2015; Electrothermal atomisation technique; Cold vapour and hydride technique); b) X-ray fluorescence spectrometry (XRFS); c) inductively coupled plasma mass spectrometry (ICP-MS) (Gałuszka et al., 2015); d) inductively coupled plasma–atomic emission spectrometry (ICP–AES) (Lemberkovics et al., 2001); e) atomic emission spectrometry (AES). Other currently applied methods and measurement techniques for determination of trace elements in herbal drugs comprise galvanostatic stripping chronopotentiometric analysis (SCP) (Štroffeková et al., 2008), laser-induced breakdown spectroscopy (LIBS) and inductively coupled plasma optical emission spectrometry (ICP OES) (Andrade et al., 2016). The own experimental investigation outcomes concerning quantitative determination of trace elements in some official herbal drugs and folk medicine remedies, applying atomic absorption spectrometry with electrothermal atomization (AAS/EA) with a Zeeman background correction after total microwave – assisted digestion (mineralization) of samples by means of their conversion into soluble forms and further determination for concentration in the solutions (a method of standard additions) in sealed analytical autoclaves, will be presented.

Conclusion. Quantitative analysis of essential and toxic metals present in medicinal herbs is an important issue for researchers worldwide. Its significance is illustrated by the numerous studies to determine the levels of metallic and non-metallic elements, macro- and microelements, essential and toxic elements in plants used medicinally, which have employed a myriad of instrumental analytical techniques.

MYXEDEMA COMA AND THYROID CRISIS AS LIFE THREATENING CONDITIONS IN THYREOLOGY

Anna Ceglarek
Michal Szczesny
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical department
Head of Department – mgr T. Kulpok - Baginskii
Scientific Advisor – dr n. med. B. Sezhysko

Actuality. Thyroid diseases are among the most common endocrine disorders. They concern a large group of people in our country. Therefore the

risk of life threatening condition resulting from complications is also high. Undiagnosed and improperly treated thyroid diseases can lead to myxedema coma or thyroid crisis which will require specialist and complex treatment usually in intensive care units.

Aim. The aim of the study is to present life threatening conditions in thyreology, myxedema coma and thyroid crisis, as well as procedures in these situations including pre-hospital and hospital proceedings.

Materials and methods. Material used in this study includes data from literature on issues concerning the structure, functions and dysfunctions of the thyroid gland and the procedures in case of life threatening conditions resulting from the disorders. Based on the analysis of the literature, described the structure and basic functions of thyroid gland and the most common disorders are described. Furthermore, two life threatening conditions, myxedema coma and thyroid crisis, are distinguished and their symptoms, methods of diagnosing and pre-hospital together with hospital proceedings described.

Results. The thyroid gland, located in the neck endocrine gland, produces two hormones: triiodothyronine and thyroxine. Diseases of thyroid may constitute disturbances of gland functions i.e. hyperactivity (excessive production of hormones) or insufficiency (deficiency or limitation of production of hormones). Life threatening conditions resulting from deficiency or excess of thyroid hormones include myxedema coma and thyroid crisis. Myxedema coma is a complication resulting from improperly treated or untreated, extremely severe hypothyroidism. The diagnosis is based on clinical picture. It is important to differentiate other life threatening diseases characterized by the occurrence of similar clinical symptoms. The priority in pre-hospital and hospital proceedings will be to recognize the life threatening condition, protect of vital functions of a patient, treat concomitant diseases as soon as possible in order to enable the start of a substitutable therapy with the aid of thyroid hormones in case of myxedema coma and thyreostatics in case of thyroid crisis.

Conclusion. Deficiency or excess of thyroid hormones can disrupt functioning of many organs and systems, and may even cause a life threatening condition. Immediate assessment of the patient's condition and implementation of an appropriate approach gives a chance of effective treatment. Myxedema coma and thyroid crisis require hospitalization in intensive care unit.

EARLY DIAGNOSTICS AND SUBMUCOSAL DISSECTION OF NONEPITHELIAL GASTRIC TUMORS

Korniienko Maksym

Yakovenko Vladislav
Kuryk Olena
Gubar Oleksandr
Bogomolets National Medical University
Department of Pathological Anatomy № 1
Head of Department – Prof. L. M. Zakhartseva
Scientific Advisor – Prof. O. G. Kuryk

Actuality. Gastric non - epithelial submucosal tumors (SMT) are frequently identified during routine upper endoscopies. Endoscopic ultrasonography (EUS) is one of the most useful modalities for diagnostic. Endoscopic submucosal dissection (ESD) is an advanced endoscopic therapy for SMT. Histological diagnosis of the removed tumor is important for the further tactics and prognosis.

Aim. To study the effectivness of early diagnostic, endoscopic miniinvasive treatment and morphological verification of gastric SMT.

Materials and methods. We undertook a retrospective review of the 23 patients with gastric SMT who underwent ESD in "Oberig clinic" (Kyiv) during 2009 - 2016 years. All patients underwent EUS before the procedure (Olympus EUS EXERA EUM60, UM DP20-25R). ESD were performed by one experienced endoscopist (Olympus Exera II, GIF Q-160Z; Olympus Exera III, GIF HQ-190).

Results. The patients included 9 men and 14 women from 31 to 67 years. On EUS, 18 tumors (79%) were located in the submucosal layer and 5 (21%) in the muscularis propria layer. Median tumor size was 10 mm (range: 4-35 mm). The tumor sizes were ≤ 20 mm in 18 lesions (84%) and > 20 mm in 5 (16%). Paraffin-embedded resected specimens were sectioned and stained with hematoxylin and eosin. If needed, additional immunohistochemical staining for c-kit (CD117), DOG-1, CD34, desmin, smooth muscle antigen (SMA), or S-100 protein was performed to differentiate tumors of mesenchymal origin. Mesenchymal lesions that stained positive for SMA and desmin were diagnosed as leiomyomas. Lesions that stained positive for c-kit or DOG-1 and CD34 were diagnosed as GISTs. Lesions that stained positive for S-100, chromogranin A, neuron-specific enolase were diagnosed as neuroendocrine tumors. The malignant potential of GISTs was categorized based on tumor size and mitotic counts with Phospho-Histone H3 (mitotic marker), and malignant potential ofneuroendocrine tumors was determined with Ki-67. The histological diagnoses were neuroendocrine tumor (n = 9), GIST (n = 5), leiomyoma (n = 4), inflammatory fibrinoid polyp (n = 2), glomus tumor (n = 1), calcifying fibrous tumour (n = 1), aberrant pancreas (n = 1).

Conclusion. The ESD is an effective and safe treatment for gastric SMT, which can resect the whole lesion and provide pathological examination.The final histopathological diagnosis for most gastric SMT tumors is only possible after the immunohistochemical study.

ASSESSMENT OF COPPER AND ZINC CONTENT IN THE BLOOD OF PREGNANT AND NON-PREGNANT WOMEN

Khudysh Ostap - Borys
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Normal Physiology
Head of Department – Prof. O. S. Zayachkivska
Scientific Advisor – Assist. Prof. N. V. Sukhodolska

Actuality. The reproductive health care is a priority problem due to the unhealthy environment. From the physiological standpoint, special attention should be paid to the research of the content of trace elements in women organisms, because premorbidal background of the expectant mother is the key to uncomplicated pregnancy and newborn's health.
Aim. To research copper and zinc level in the blood of non-pregnant and pregnant women in different trimesters of gestation.
Materials and methods. Investigation of copper and zinc content in the blood of 31 non-pregnant women and 80 women with physiological course of gestation was carried out. Determination of metals was evaluated by inversion voltammetry method.
Results. The copper content in the blood of non-pregnant women was amounted in average 1.267±0.052 mg/l, which corresponds to the physiological norm. However, in 6.4 % of women, the level of copper was less than 0.7 mg/l, which is prognostically unfavourable. In the blood of pregnant women were identified in 1.2-2.6 times higher concentrations of copper compared with non-pregnant women ($p<0.01$). It has been revealed an increase of its content on 22.5 % in the first trimester of pregnancy, on 37.3 % – in the second and on 41.6 % in the third trimester of gestation. The average concentration of zinc in the blood of non-pregnant women was equal to 4.559±0.268 mg/l being 1.4 times lower than acceptable level for reference person (6.54 mg/l). The zinc content in the blood of pregnant women was 4.415±0.286 mg/l, 4.587±0.275 mg/l and 5.351±0.220 mg/l according to trimesters of gestation and was characterized by a non-significant changes of its content respectively: –5.4 % in the first trimester, +6.2 % in the second one and +14.2 % in the third trimester of gestation compared with non-pregnant women.

Conclusion. The assessment of copper and zinc concentration in the blood of pregnant and non-pregnant women showed the changes in their levels in the dynamics of gestation that are associated with the intensification of metabolism during pregnancy. However, the metal content deviations from reference values have been revealed in substantial proportion of the examined women that may cause the gestational complications and an imbalance of trace elements in the body of the foetus.

THE EFFECTS OF α-TOCOPHEROL ON PROCESSES ARGININE – NO-ARGINASE SYSTEM IN DIFFERENT ORGANS OF RATS UNDER CONDITION OF WATER-IMMERSION RESTRAIN STRESS

Stadnyk Lesya
Voronovska Mariia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Depatment of biological chemistry
Head of Department – Prof. A. Ya. Sklyarov
Scientific Advisor – Assoc. Prof. O. P. Havrona, Assist. L. P. Biletska

Actuality. Stress is one of the main factors leading to the development of many diseases in human organism. Excessive activation of hormonal processes in conditions of prolonged stress leads to a change in the neutralization of ammonia. The α-tocopherol is a fat-soluble vitamin. It has antioxidant properties and is used in the complex treatment of many diseases. It is interesting to study the changes in arginase activity in liver and spleen in a water- immersion restrain stress(WRS) and the influence of the α-tocopherol on the NO-arginine system.

Aim. was to determine the influence of α-tocopherol on processes arginine – NO-arginase system in different organs of rats under condition of WRS.

Materials and methods. The experimental procedures were carried out in accordance with international guidelines for the use and care of laboratory animals. 15 male rats weighing 200-220 g were used.The experimental animals were divided into 2 groups: 1 group – WRS during 5 h was used, 2 group was used to study the influence of α-tocopherol on the background of WRS. The investigated compounds were administered at a single dose (10 mg·kg-1) 30 min prior to WRS. (K.Y.Takagi, Y.Kayuya, 1964).The content of NO in homogenate was determined as nitrites by the method of Green et al. (1982). Arginase activity was determined by the method of Geyer and Dabich (1971). The level of L-arginine in plasma samples was measured by Sakaguchi reaction (Alejnikova et al., 2000).

Results. In animals injected α-tocopherol on the background of WRS arginine content increased in the liver by 221% ($p < 0.05$), in the spleen - by 17,8% ($p < 0.01$), arginase activity increased in liver by 68,75% ($p < 0.05$), and in the spleen activity remained almost unchanged, the level of NO decreased by 87,7% ($p < 0.05$) in the liver, and by 5,7% ($p < 0,01$) in the spleen compared to group I.

Conclusion. WRS is leading to the increase of NO, which may indicate the activation of NO-synthase in the liver and spleen of rats, the development of inflammatory damage. On the other side, reduced arginase activity, which indicates the predominance of oxidative conversion of arginine way of a non-oxidative one. The α-tocopherol increases the activity of arginase and arginine level, so the organs were recovered and return to their normal functional state.

MESIOANGULAR IMPACTION OF LOWER "WISDOM TEETH": INCIDENCE, ROENTGENOLOGICAL CHARACTERISTICS, PECULIARITIES OF SURGICAL MANAGEMENT

Vares Yarema
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy
Head of Department – Prof. Z. Z. Masna
Scientific Advisor – Prof. Z. Z. Masna

Actuality. It is generally acknowledged, that the mandibular third molar is the most commonly impacted tooth. It also presents the greatest surgical challenge and invites the greatest controversy when indications for removal are considered. Over recent years there has been debate over the advisability of removing symptom-free wisdom teeth or leaving them in place. One of the main reasons for conservative management of these teeth is the high incidence of complications associated with their surgical removal, and particularly the small, but measurable, risk of damage to the inferior alveolar nerve or the lingual nerve, which depends on the tooth's angulation.

Aim. The creation of a scheme of preoperative clinical and roentgenological assessment and surgical management of lower third molars with mesioangular impaction.

Matherials and methods. The objects of investigation were the special literary information concerned with teeth impaction and 30 archive case histories of patients with mesioangular impaction of lower third molars, who were treated in the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery during 2016-2017 years.

Results. The analysis of literary data and our own statistical research revealed, that the mesioangular impaction accounts for approximately 45% of all impacted mandibular third molars. In the majority of cases the reasons for the removal of "wisdom teeth" were the symptoms of pericoronitis, cystic changes in surrounding bone tissue or its resorption. The roentgenological assessment of impacted lower third molars included the determination of tooth's angulation, depth, the relationship to the mandibular canal, crown features and root morphology, the structure of the surrounding bone, presence of associated pathology, the state of the second permanent molars, etc. The protocol of surgical removal consist by a number of following logical steps: elevation of a mucoperiosteal flap, which permit adequate access to operating area; removal of buccal and distal bone to expose crown of tooth to its cervical line; sectioning of the distal aspect of the crown or the entire tooth into two portions; removal of tooth's portions by rotational and lever motions of small straight elevator. The postoperative patient's management included the prescription of analgetics, antibiotics, oral hygiene procedures, etc.

Conclusion. Thus, the correct preoperative clinical and roentgenological assessment of lower "wisdom tooth" and step-by-step surgical technique of its removal allow to minimize the incidence of intra- and postoperative complications in patients with mesioangular impaction, in particular.

DEPENDENCE OF THE HEART PERFORMANCE INDICATORS UPON THE CONSTITUTIONAL TRAITS, PHYSICAL EXERCISE AND BAD HABITS OF PERSONS OF PRE-ADULT AGE

Ivan – Volodymyr Chalyi
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Sub-department of Operative Surgery with Topographic Anatomy
Head of the Sub-department - Prof. Z. Z. Masna
Scientific Advisor – Assis. H. V. Bylyn

Actuality. The organ, which ensures life and functional capabilities of the human body, is heart. Its contractions are recorded already at the fourth week of the fetal development, and its capability is designed for 150 years of life. The heart functions continuously, whether we are in an active or passive state. During 70 years of human life, the human heart contracts 2.5 billion times, pumping 10 thousand liters of blood a day and consuming for its work such an amount of energy, which would be enough to lift a weight of 900 kg to a height of 14 meters. Blood that the heart pumps throughout a person's life can fill 4375 railway tanks. And if the heart did not pump blood, but water, the water could be in 70 years enough to create a 2.5 m deep, 7 km

wide and 10 km long lake. However, during its whole life the heart, as the whole human body, is exposed to factors that reduce its functional capability. These factors include, especially, unhealthy lifestyle, improper nutrition, inadequate physical exercise, stress, and bad habits. Also, the work of the heart largely depends on the constitutional structure type of the human body.

Aim. To find out the effect of physical exercise and bad habits on the heart among people of pre-adult age of different constitutional types.

Material and methods. The research involved 50 people (25 males and 25 females) who were students of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University of different constitutional types, without the background chronic diseases and diseases of the cardiovascular system in their past medical history. According to the results of the questionnaire survey, they were divided into the following groups: 1.people, who did not go in for sports and had no bad habits

2.people, who did not go in for sports and smoked

3.people, who went in for sports and had no bad habits

4.people, who went in for sports and smoked All the studied people got their pulse rate checked at rest and after exercise (15 squats).

Results. According to the obtained data, the average studied parameters in all studied groups were higher in males than females. At physical exercise, the pulse rate after physical exercise increased among all studied people, but among people who went in for sports the difference in heart rate before and after exercise was the lowest, while it was the largest among people with bad habits. The analysis of the dependence of the studied parameters upon the constitutional traits of the studied people revealed that at rest the heart rate was the highest in asthenics and it was the lowest in hypersthenic people (in both genders). The difference in heart rate before and after exercise was the largest in hypersthenic people.

Conclusion. The heart rate in healthy people of pre-adult age has both gender and constitutional dependence and, also, depends on external factors, including physical exercise and bad habits.

ASPECTS OF LIFE AND THE INCIDENCE OF COLORECTAL CANCER

Mirosław Zalewski
Szymon Talarek
Aleksander Wojdat
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department
Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Colorectal cancer is one of the most recognizable of cancer. Despite extensive knowledge of his subject, his treatment of advanced forms is still ineffective. The formation of the majority of colorectal cancers are involved harmful factors, which are primarily related to lifestyle such as unhealthy diet, low physical activity, which leads to obesity, smoking and excessive alcohol consumption and contact with harmful substances occurring, for example in place work.
Aim. To assess the style of life of patients with colorectal cancer.
Materials and methods. The literature review analyzed the lifestyle that could have an impact on the occurrence of the incidence of colon cancer.
Results. Improper diet is crucial to the development of colon cancer. For dietary factors that increase the likelihood of colorectal cancer include: excessive consumption of foods rich in saturated fats, a diet rich in red meat, a small amount of food fiber or a diet low in calcium and folic acid. Moreover, according to some research into dietary factors that increase the risk of developing colorectal cancer include consumption of insufficient quantities of plants of the garlic.
Conclusion. Furthermore, the lack of physical activity contributes to the formation of abnormal weight gain, which can increase the risk of developing colon cancer. Statistically significant correlation between obesity, body mass index (BMI) and an increased risk of developing colorectal cancer, particularly in men. Therefore, it is very important to take even a small, but regular physical activity.

THE IMPACT OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY FOR THE DIAGNOSIS OF CHOLELITHIASIS

Kamil Góra
Piotr Słapak
Grzegorz Lisaj
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department
Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is the reference method detection and treatment of choledocholithiasis. It can be performed at any stage of treatment. It allows the diversity of the causes of cholestasis, an assessment of the degree of expansion of the bile duct, the location of the level obstacles and to determine the indications for invasive research bile

duct. Contraindication to ERCP are coagulation disorders, diseases of the stomach and duodenum, preventing the introduction of the camera and certain postoperative. Nowadays gallstones is one of the most common diseases of the digestive system. May remain asymptomatic or block the flow of bile from the common bile duct, which is a typical symptom of jaundice. Extrahepatic obstructive jaundice can lead to serious, often fatal diseases such as acute pancreatitis, cholangitis or chronic liver disease. Despite the different course of choledocholithiasis due to a potential risk of life-threatening complications should seek to rapidly detect and remove the stones from the biliary tract.

Aim. The aim of this study was to evaluate the clinical efficacy retrograde cholangiopancreatography in patients with suspected choledocholithiasis bile ducts.

Materials and methods. Based on the literature review evaluated retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis of biliary choledocholithiasis. The diagnosis of choledocholithiasis regardless of clinical symptoms associated with the decision to remove deposits from the bile ducts. The method of choice is the ERCP.

Results. Data indicate gallstones as a leading cause of inflammation of the bile ducts and pancreas. The most recommended method is to perform diagnostic ERCP with evacuation deposits. The sensitivity and specificity ERCP is quite high, between 89-100%, but the advantage of this diagnostic test is associated with the risk of its invasiveness. It should there fore be performed only in patients who expect to need for intervention.

Conclusion. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is used in the diagnosis and treatment of biliary obstruction. Endoscopic management primarily concerns the establishment of the etiology of stenosis and biliary obstruction. If the change does not qualify for radical surgical treatment, patients with symptoms of cholestasis will have the choice of palliative endoscopic treatment. After endoscopic surgery, the number of complications is statistically less than other treatments. Low invasiveness of the surgery allows for improvement of quality of life.

BEHAVIOURAL THERAPY FOR ENHANCING PHYSICAL ACTIVITY IN PARKINSON`S DISEASE – PRELIMINARY RESULTS

Sebastian Szczęsny
Dominika Grzybowska-Ganszczyk
Kamil Trela
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department

Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Parkinson's disease (PD) is a chronic, degenerative disease of central nervous system with characteristic motor system dysfunction. Persons with PD are less physically active (PA) than the general population. Physical therapy plays an important role in the treatment of Parkinson's disease by improving physical capacity, balance, gait, posture, independence and mobility in different disease stages. Parkinson`s disease, which affects about 2% of the population over 65 years and more than 4% of those over 85 years, is one of the most frequent causes of physical disability from among the diseases of the nervous system. It has been well known that physical activity in Parkinson`s disease (PD) patients is less than in the general population. Behavioral intervention for increasing physical activity among persons with PD.

Aim. Behavioral intervention for increasing physical activity among persons with PD.

Materials and methods. The sample was 45 persons with PD (Females=22, Males=23), aged 66+/-2,5 with average length of time since diagnosis 12+/-3,5 years, HY 2.0. All persons with Parkinson's disease were innitialy less physically active than the general population. Persons with PD were assigned either to intervention group (22) or to control group (23). There were no significant differences between groups if it comes to sex, age, disease severity and increasing symptoms. Interventions involved 5 talks on physical activity (1- personal, 4-telephone) over 12 weeks, and monitoring physical activity by ActiGraph for 7 days before and after the intervention. To assess the efficiency of physical activity in addition to ActiGraph 7164 also used Timed Up and Go test (TUG), Functional Ambulation Category (FAC), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Results. It was assumed that, an increase in PA occurs when the patient increases the number of steps by min 25%. The intervention group had a statistically significant and large increase in PA to compare with the control group, respectively 73% (n=16) vs 30 % (n=7). The number of steps per day increased after the intervention by 51.63% (n = 1771). The motor symptoms have also improved.

Conclusion. The current study supports the efficacy of a behavioral intervention for increasing physical activity in a sample of persons with PD. It is likely to be an effective method of working with patients with PD in order to increase and sustain their physical activity

THE QUALITY OF LIVE OF THE PATIENT WITH THE MYXOMA ALLEGED PERITONEUM

Anna Pańczyk
Łukasz Nowak
Dagmara Latocha
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department
Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Myxoma alleged peritoneum is a disease entity which doesn't have clear-cut symptoms and is mainly detected by the sheer coincidence. The patient often goes to the doctor with completely different manifestations or complaints requiring the operation. To diagnose the patient by coincidence or during the process of qualifying the patient to further treatment. However, that cancer is recognised only in the course of performing operation. After diagnosis a Myxoma alleged peritoneum (MAP) a therapeutic and healing process starts which affects more distant quality of the patient's life.
Aim. The main purpose of this thesis was the attempt of evaluating the quality of patient's life after the medical operation.
Materials and the methods. The examination was conducted in BMI Clinic Hampshire in the Basingstoke town, Great Britain. Examination was made on 52 year old patient with the MAP of coming from the vermix. At the work research methods were applied - study of the individual case which concerned with patient with the MAP. The patient gave consent to conduct the following examination.
Results. The influence of the professional quality of the patient care contributed to the better quality of living after the treatment. An important role was the healing - care process above the patient which required the holistic approach.
Conclusion. Relying on the part of the patient and his family caused, that he took cooperation in the destination of achieving the better quality of his life.

QUALITY OF LIVING OF PATIENTS WITH THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Magdalena Kuc
Michał Szczęsny
Artur Wilimek
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department

Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Caused chronic obstructive pulmonary disease will Pulmonary emphysema and with chronic bronchitis, associated with the wrong reaction of the pulmonary tissue to action of dusts and the tobacco smoke, is taking the fourth place amongst causes of deaths. Persistent, humid, morning cough lasting at least three months is a base of the chronic bronchitis diagnosis, expectoration of mucous discharge for about two years, exertional dyspnea followed by dyspnoea at rest and cyanosis. A cigarette smoking is the main cause of COPD, passive smoking inhalation and often infections of bronchi and lungs and the exhibition to smokes, dusts and gasses coming into existence as a result of the industrial production.As a result of chronic dyspnoea and the lowered quality of life patient is achieving changes of the mood and anxiety disorders. The chronic obstructive pulmonary disease has progressive character, and the quality of the patient's life depends on illness advancement, support from the family, active participation in the social and family life and application of physiotherapeutic recommendations.The purpose of the work was diagnosis and analysis occurring at patients with the chronic obstructive pulmonary disease, the health education and suggesting optimal actions for the proper care of patients from COPD.

Aim. Introduce measures to eliminate the occurrence of COPD patients with dyspnea at rest or exercise; elimination of lying secretion in the respiratory tract; providing for sick persons the sense of security; showingcoexistencediseases from COPD; education of patients and their families with a range of illnesses and to cope in case of exacerbation.

Materials and methods. 24 hospitalized patients constituted the examined group in the Pulmonological Branch in the province Śląsk. An author's questionnaire of the questionnaire form containing 22 questions was a research tool. The share of respondents in the survey was anonymous, conscious and voluntary. The study evaluated the impact of socio-demographic factors, comorbidities and behaviors that predispose to the occurrence of COPD.

Results. Exertional dyspnea, and rest was partially eliminated by a recommendation perform during remission endurance exercise training or endurance - Muscle strength of upper extremities, lower extremities and abdomen, improving respiratory function and decreasing shortness of breath. As a result of patients breathing gymnastics, inhalation, mucolytic and anti-inflammatory drugs, reduced retention of secretions in the respiratory tract and accelerated regeneration of ciliated epithelium of bronchi. For comorbidity with COPD most often indicated by respondents belonged diabetes, hypertension, heart failure, and osteoporosis.

Conclusion. Patients and their families have acquired adequate knowledge of the disease and cope in case of exacerbation.

PARAMEDIC TASKS IN SUDDEN EMERGENCY CARDIOVASCULAR ON THE EXAMPLES OF ACS. DIFFERENCES IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION OF LEFT AND RIGHT VENTRICLE

Dominika Grzybowska-Ganszczyk
Sebastian Szczęsny
Michał Chadryś
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza
Social and Medical Department
Head of Department – mgr Tomash Kulpok-Baginski
Scientific Advisor – dr n. med. Boguslava Serzysko

Actuality. Describing differences in medical emergency operations on the example of myocardial infarction right and left ventricle is very important the patient is well diagnosed and the procedure is differentiated in case of infarction .In this research work presented presentation and explanation of the pathophysiology of infarction of right and left ventricle and their importance for understanding the nature cardiovascular disease.
Aim. To present and explain the pathophysiology of left and right ventricular myocardial infarction and represent various rescue mechanisms on excess of the heart muscle and the interior.
Materials and methods. Based on available literature was made evaluation of the differences in the paramedic proceedings in case of a Myocardial Infarction Right Ventricular (MIRV) and Myocardial Infarction Left Ventricular (MILV).
Results. Early diagnosis of MIRV is necessary because it allows the necessary modification of treatment. The inclusion of pharmacotherapy recommended in Milva when MIRV appears would contribute to the occurrence of sudden cardiac arrest. Acute cardiology, which are a direct threat to life, requires swift often instant decision in order to choose effective strategies. They concern the choice of the shortest and most effective way of diagnostic and therapy. Sudden cardiac arrest (SCA) causes about half of all cardiac deaths. SCA is always a big challenge for people who want to help, even if they are professional rescuers. That is why it is extremely important not only to acquire the practical skills of cardiopulmonary resuscitation, but also regular repetition of acquired knowledge. Symptoms of myocardial infarction are: chest pain in 80% of patients, which is usually described as a burning, very strong, crushing, squeezing, sharp and stabbing; shortness of

breath, weakness, dizziness, syncope, or fainting, palpitations, anxiety, fear of death. Pharmacological proceedings in MILV is to prevent myocardial ischemia (nitrates-nitroglycerin, beta-blockers, ACE inhibitors, calcium channel blockers), anticoagulant effect (aspirin, heparin, thienopyridines-Clopidogrel) and analgesic (morphine). In 30-50% of MIRV cases occur with infarcted of lower left ventricular wall. MIRV clinical signs are hypotonia, enlarged jugular vein and absenceof pulmonary congestion characteristics with ST-segment elevation of> 0.1 mV in V_4R to V_6R, which occurs in 10% of patients with inferior myocardial infarction. Determination of Kussmaul symptom indicates right ventricular infarction. Kussmaul symptom is the increase in the jugular venous pressure during inspiration. MIRV often occurs with cardiogenic shock and its treatment is completely different then in left ventricular failure.

Conclusion. In MIRV we should avoid nitrates as well as other drugs, Morphine, beta-blockers, diuretics, ACE inhibitors. All of these drugs may lead to hypotension.

THE HUMAN BODY FROM PHENOMENOLOGICAL AND PERSONALIST PERSPECTIVE: APPEALING TO THE DONORSHIP ISSUE

Horoshko Vasyl
Danylo Halytskyi Lviv National Medical University
Department of Philosophy and Economics
Head of Department – Prof. I. Z. Derzhko
Scientific Advisor – Assos. Prof. U. I. Lushch

Actuality. In view of the increasing medical possibilities to intervene the human body as well as the possibilities of using body parts in research and commercial enterprises, the human body is considered as a useful instrument and even a marketable commodity. However, the use of "owner-property" language questions the existential integrity of the human being.

Aim. To define the specificity of the relationship of the human being to his body and the relationship between the human beings in the world appealing to phenomenological and personalist perspective on the ethics of organ transplantation.

Matherials and methods. Analysis, comparison, description, generalization, phenomenological method.

Results. The human body became an object of consumption, possession and investment. Thus, the human body is objectivated and alienated of the human Self. Jean Baudrillard distinguished four models of body: 1) animal –as a set of instincts; 2) robot – as a labour force; 3) mannequin – a body that has

value and produces sexuality; 4) corpse – as the human organism examined by medicine. Hence, the human body is interpreted as an object of manipulation and ownership. The owner of the human body is defined in three ways: 1) religious – God is the owner of human body; 2) secular – a person owns his own body; 3) socialist – society owns human body. On the contrary, personalism interprets the human person as the integrity of body and soul. To be human is also to be with others. Martin Buber distinguishes social relationship (I-it: owning, using and dominating) and interhuman relationship (I-Thou: coexistence and cooperation). Martin Heidegger defines the human as Dasein – "being-there", being in the world under particular circumstances and involved in daily activities. The core of human existence is "being-in-the-world" through our body. Yet, Dasein is only possible due to Mitdasein – being and working together with others. We are "attuned" together in the world: we interact with others, feel empathy and compassion. Our body is what connects us to others. We do not feel the other's pain but we feel it with him and we sense an urge to help him. From this perspective, organ donation is not an issue of ownership or a trade, but the "gift of life" we can offer to others or receive from them.

Conclusion. The body enables our "being-in-the-world" and "being-in-the-world-with-others". Gifts are important for establishing and maintaining moral relationships between people. Therefore, donorship should be regarded as gift-giving in the context of our attunement with the others.

II.Clinical part

The lecture-room of Normal Physiology
Friday, 28.04.2017, 11.00

Scientific Committee - Prof. L. B. Markin, Prof. O. O. Abrahamovych, Prof. O. V. Lukavetskyy, Prof. Ya. M. Pidgirnyi, Prof. U. A. Fesenko, Prof. V. P. Andryushchenko, Prof. V. M. Zubachyk, Prof. E. V. Bezvushko, Prof. A. Y. Kordiyak, Prof. O. O. Syzon, Prof. L. V. Besh, Prof. O. M. Zinchuk, Prof. Y. B. Borys, Assoc. Prof. A. M. Urbanovych, Assoc. Prof. O. B. Kunynets, Assoc. Prof. I. V. Datz, Assoc. Prof. N. M. Dydyk, Assoc. Prof. O. Y. Matvijchuk, Assoc. Prof. O. A. Borzhievskyi, Assoc. Prof. Yu. F. Kushta, Assoc. Prof. M. O. Harbar, Assoc. Prof. M. O. Kryzhanska, Assoc. Prof. K. L. Shatylovytch., Assoc. Prof. H. Ya. Kunynes, Assoc. Prof. V. V. Khomyak, Assist. Prof. R. V. Kulinchenko, Assist. Prof. L. I. Sehediy, Assist. Prof. O. S. Medvyedyeva, Assist. Prof. Z. R. Leontieva, Assist. Prof. Yu. O. Fus, Assist. Prof. O. I. Matsyura, Assist. Prof. A. P. Revura , Assoc. Prof. M. G. Pliatsko, assist. Dashko M.O. assist. Dziskovskyy I.S., assist. Voznyak I.Ya.

Session chiefs - Petrovska Kateryna, Svystak Irma

LEVELS OF VITAMIN D IN THE SERUM OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS WITH DIFFERENT DEGREES OF ACTIVITY

Kovalets Diana
Enekwe Ifeanyi Christian
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Internal Medicine №1
Head of Department - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assist. Prof. V. Chemes

Actuality. Rheumatoid arthritis (RA) - one of the most common diffuse connective tissue diseases, accompanied by bones and joints lesions and leads to early disability. Despite numerous studies to date have not established causes of "not right " immune activation, but proven effect of some risk factors that play an important role in causing RA. In particular, the number of publications have actively discussed the impact of hypovitaminosis D in the course of RA, so it can be considered as a factor that worsens the disease.

Aim. To investigate the levels of vitamin D in the blood serum of patients with rheumatoid arthritis with different degrees of activity.

Matherials and Methods. To study in a randomized way included 21 patients aged 27 to 80 years (76.19% of women aged 54,00 ± 2,89 and 23.81% of men aged 50,20 ± 3,44 years). All patients were diagnosed of RA criteria established by the American College of rheumatology (1987). The average duration of disease was: in women - 9,79 ± 2,21 years, men - 9,46 ± 2,04 years. The deficit and the insufficiency of Vitamin D set according to the classification of the International Institute of Medicine, according to which vitamin D deficiency diagnosed by levels of vitamin D in the blood serum <20.0 ng / ml; insufficiency of vitamin D - 20,0 -30,0 ng / ml; and the normal level - 30-50 ng /ml. All patients were in the active phase of the disease, 3 of them (14.28%) had I degree of disease activity, 12 (57.14%) - II, 6 (28.58%) - III. All statistical calculations were performed using Excel for Windows XP, using the value of Student's (W. S. Gosset's) t-test, K. Pearson'scriterion, p-values were considered statistically significant, if $p<0.05$.

Results. We found that in 52.38% of cases, the deficient in vitamin D was occured, at 28.57% - insufficiency of vitamin D. We studied the dependence of the vitamin D levels of activity of the process. Negative correlation was found in patients with second and third degree of activity ($r = - 0,68$; $p = 0.01$) in patients with I and II degree of activity ($r = 0,93$; $p = 0.23$) and I and III ($r = 0,51$; $p = 0.65$) correlation wasn`t found. Also, there was a negative correlation between vitamin D levels and the level of antibodies to cyclic citrullinated peptide ($r = - 0,51$; $p = 0,017$).

Conclusions. Reduction of vitamin D was observed in 80.95% of patients. Communication between vitamin D levels and the degree of activity were not found.

THE ASSESSMENT OF SINGLE KIDNEY RESECTION METHODS ON PROGRESSION OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

Kulchynska Solomiya
Karkhut Marta
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Urology
Head of Department - Prof. Y.B. Borys
Scientific Advisor - Assoc. Prof. S.M. Pasichnyk

Actuality. One of the most difficult categories of patients with the renal cell carcinoma (RCC) are those who have anatomically or functionally single kidney associated with chronic renal insufficiency (CRI). The surgical service is the "gold standard" in the treatment of kidney cancer. The radical nephrectomy with subsequent conduct of chronic hemodialysis

does not ensure positive outcomes. Performing conservative surgeries allows to improve the effectiveness of treatment. However, the common post-resectional complications is bleeding (2%) which has a negative influence on functional state of the organ and may lead to the further progression of CRI.
Aim. Investigate the influence of central and local ischemia on progression of CRI in single kidney resection.
Matherials and Methods. A retrospective analysis of medical charts of 49 patients, in which the following therapy has been carried out. Men were 27(55.1%) and women 22 (44.9%) with the mean age 48+1.3. Tumor sizes were in average 63.7+2.7 mm. Glomerular filtration rate (GFR) in all patients was <90 mL/min/1.73m². The patients were divided into two groups: the first–20 patients who underwent resection with the use of general ischemia. The second group–29 patients operated with the use of local ischemia.
Results. During three months after the surgery GFR level decreased almost by 8.5 mL/min/1.73m² (9.8%) in the first group and 6.2 mL/min/1.73m² (7.1%) in the second. The creatinine rate increased by 15.5 mg/dL (15.6%) and 9.2 mg/dL (10.5%) respectively.
Conclusions. The chronic renal failure is more likely to develope in patiens who underweant kidney resection with the use of general ischemia (29.8%) than in those, whom resection was performed using local ischemia. The efficiency and speed of the surgery depended on technique, a quality of the suture material, modern antibiotic and homeostatic drugs. Equally important remains the problem of acute renal insufficiency prognosis in the early postoperative period. It is necessary to learn how to detect the kidney damage in an early stage and prevent the progress of acute and chronic failure henceforth.

COMPARATIVE EVALUATION OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF INITIAL CARIES

Moroz Mariia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Therapeutic Dentistry
Head of Department - Prof. V. M. Zubachyk
Scientific Advisor - Assist. O. A. Petryshyn

Actuality. Finding new and improving existing minimally invasive treatments of caries and their implementation into practice is an urgent task of preventive dentistry.

Aim. Evaluate the results of treatment by infiltration using products «Icon» and material InnoDent Repair in patients with initial caries after orthodontic treatment .

Matherials and Methods. The study involved 32 patients, aged 18-26 years, where after removing braces were found initial carious lesions of vestibular surfaces of front teeth. In 18 patients (group I) treatment were performed by infiltration of sealing material Icon DMG for smooth surfaces, and in 14 patients (group II) -implantation of enamel by InnoDent Repair.

Results. In clinical cases of caries infiltration treatment using the original Icon DMG acquired natural enamel appearance since infiltrant has a similar refractive index as a healthy enamel, so it can equalize the difference in refraction of light and bring the exterior area of carious lesions to the surrounding intact enamel. Throughout the term of observation on the results of the treatment was not observed occurrence of secondary demineralization, the aesthetic appearance of teeth preserved and psychological state of the patients did not cause concern. When applied to the demineralized areas tooth implant InnoDent penetrates deep into the micropores, which forms the fibrillar matrix. A similar process occurs during odontogenesis. Biomatrix InnoDent absorbs calcium and phosphorus ions from saliva, forming new crystals of HAP (hydroxyapatite). However, immediately after the preparation procedure carried InnoDent Repair visual inspection showed no effect of restoring enamel for aesthetic reasons. Only after 1 month in 10 patients a natural look of enamel was restored, and in 4 patients because of dissatisfaction with the aesthetic of teeth was conducted repeated implantation procedure of InnoDent. Upon visual inspection after 3 months 3 patients didn't have any complaints about the aesthetic appearance of the treated teeth.

Conclusions. As a result of observation using Icon-concept and InnoDent Repair for initial treatment of dental caries summarize the experience:
- both methods are micro-invasive, because treatment protocols of Icon, and InnoDent Repair apply etching the surface of hydrochloric and phosphoric acid respectively;
- immediate aesthetic effect observed following treatment with the use of the drug Icon;
- biomimetric regeneration through InnoDent Repair mimics the natural process of amelogenesis prolonged and promotes remineralization of enamel;
- Icon and InnoDent Repair is the material of choice in minimally invasive therapeutic practice dentistry.

EARLY PRETERM LABOR (22-28) AND THEIR POSTNATAL CONSEQUENCES

Mbata Munachimso Kizito
Jeremiah Maina Yaga
Adeyemi Wuraola
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology
Head of Department - Prof. L. B.Markin
Scientific Advisor - Assoc.Prof. K. L.Shatylovytch

Actuality. Preterm labor is defined by WHO as onset of labor prior to the completion of 37weeks of gestation, in a pregnancy beyond 22 weeks of gestation. The characteristic typical symptoms are low back pain, increase uterine tone, regular uterine contractions.

Aim. The aim is to determine the rate of preterm labor in women in Lviv regional hospital, the survival rates and to assess the main postnatal consequences of such deliveries.

Matherials and Methods. 50 women with early preterm labor (22-28 weeks) were actually observed, including asking for their various complains and carrying out physical examinations on the patients and interpreting their lab results. It was investigated and analyzed 50 of newborns papers. The study was conducted between 16/06/2016 and 08/08/2016.

Results. During this period a total 50 patients were screened between 22 and 28 weeks of gestation. 19 women gave the birth through C.S and 31 of them through the birth canal. Babies born at 23 weeks had a 17% chance of survival, at 24 weeks - a 39% chance of survival, at 25 weeks - a 50% chance of survival. After 28 weeks most babies are able to survive with the help of medical Technology. It was established that the neonatal period of the newborns who were delivered by CS was complicated by: RDS (17 (89,5%), trauma (5 (26,3%), ventricular hemorrhage (6 (31,6%), bacteria sepsis (1 (5,3%), periventricular leukomalacia (2 (10,5%), no death. Then through the birth canal: RDS (27 (87,1%), trauma (15 (48,4%), hemorrhage (11 (35,5%), bacterial sepsis (22,5%), periventricular leukomalacia (4 (12,9%) and 6 deaths (19,4%) were recorded.

Conclusions. 1. The smaller is the gestational age the greater are the chances of survival of the children. 2. Delivery by CS decreases the frequency of such complications as: trauma and bacterial sepsis. 3. In early preterm labor such complications as RDS, ventricular hemorrhage, periventricular leukomalacia remain at a high level regardless of the method of delivery.

VESICO-VAGINAL FISTULA (VVF), A SOCIAL CALAMITY IN NORTH-WESTERN NIGERIA.

Ojukwu Victoria Ezinne
Odionyenma Pearl Kelechi
Nsikak Paulinus Usoroh
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology
Head of the Department - Prof. Markin L. B.
Scientific Advisors - Assoc. Prof. K. L. Shatylovytch., Assoc. Prof. H. Ya. Kunynes

Actuality. Vesico-vaginal fistula (VVF) is a dehumanizing condition that has continued to inflict high maternal morbidity and potential mortality yet a preventable calamity in North-Western Nigeria.
Aim. To identify the leading etiology of VVF, its coexistence with recto-vaginal fistula considering socio-demographic variables and evaluating the intervention measures in North-Western Nigeria.
Matherials and Methods. A retrospective study for VVF of 1443 cases over 10 years was conducted between 2005 to 2015 in Tudun Wada General Hospital Kano,Nigeria. Information pertaining to age, parity, marital status, occupation, cause of VVF and coexistence with recto vagina fistula were retrieved from the case notes. Aspect of traditional practices, customs and literacy were noted. The data was analyzed using SPSS-version 20 IBM USA.
Results. A total of 1443 patient's cases were studied. The patients aged between 12 to 60 years with mean parity of 4.0. 70 % were married (90% separated from their husband on disease onset while only 10% still lives with their husband), 10% were never married, In 20% marital status were not indicated. According to obtained data 65% were illiterate farmers,15% were traders with high school education, 20% were illiterate traders. Causative factors obtained include prolonged obstructed labor (1198 patients) 83.0 %, Gishiri cut (144 patient) 10.0%, surgical trauma (42 patients) 3.0%, infection (29 patient) 2.0%, others (29 patients) 2.0%. The co-existence with recto-vaginal fistula was in (173 patients) 12.0% and 88% (1270 patients) were without recto-vaginal fistula. Common complications were stigmatization, divorce and social exclusion.
Conclusions. Vesico-vaginal fistula is a social calamity in north-western Nigeria occurring mainly amongst illiterate farmers due to prolonged obstructed labor and traditional peculiarities. Psychological trauma to victims is enormous and Prevention should be the main approach to eliminate this disabling condition. Surgical correction has proven to be the most appropriate and effective way of treatment with good

prognosis.Therefore, we recommend psycho-therapy to help victims combat emotional disturbances that arise with Isolation, Divorce, Stigmatization and social exclusion.
Also Education of the society and especially females of this environment is crucial. We believe that girls and women of this environment could benefit from health and formal education.

ANESTHESIA IN OPHTHALMIC SURGERY

Horishna Vira
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Anesthesiology and Intensive Care
Head of Department - Prof. Y. M. Pidgirnyi
Scientific Advisor - O. Y. Ilchyshyn

Actuality. Anesthesia in the ophthalmic surgery allows to carry out complex and prolonged surgeries in a painless manner. Both general and local anesthesia methods are used in this field. In addition to pain relief ophthalmic anesthesia should provide the stability of intraocular pressure, avoidance of negative effect of oculocardiac reflex in the form of bradycardia, eyeball immobilization and blocking tear flow through channels to the eye. Since most patients with this profile are older people with multiple comorbidities, it also must be considered while choosing a method of anesthesia.
Aim. To analyze ophthalmic anesthesia methods.
Matherials and Methods. The retrospective analysis of anesthesia cards of 162 patients who were operated in the ophthalmic departments №1 and №2 of Lviv Regional Hospital in the period from September 2016 to January 2017. The average age of the patients is 61±12 years. Among comorbidities dominated hypertension, coronary heart disease, atherosclerosis, diabetes mellitus.
Results. According to the method of anesthesia, patients were distributed as follows: retrobulbar block was used in 5 (3.0%) cases, peribulbar block in 6 (3.7%) cases, the general anesthesia – in 38 (23.5%) cases, and topical anesthesia – in 113 (69.8%) cases. Duration of surgery was from 30 minutes to 2 hours. The physical status of patients was rated as class II-III according to classification ASA. Patients were operated in a supine position. A mixture of local anesthetics 2% lidocaine and 0.5% bupivacaine was used in proportion 1:1 (with the addition of epinephrine 1: 200,000) for retrobulbar and peribulbar blocks. Some drugs for general anesthesia such as succinylcholine, ketamine, sodium hydroxybutyrate are contraindicated for ophthalmic operations due to increasing intraocular pressure. For general

anesthesia of our patients the following drugs: sodium thiopental, propofol, non-depolarising muscle relaxants, opioids were used.To prevent hemodynamic response to tracheal intubation and extubation, lidocaine (1.0 - 1.5 mg/kg intravenously) was injected 5 minutes before manipulation. Among postoperative complications, we observed increased intraocular pressure in 38 (23.5%) cases, retrobulbar hemorrhage in 2 (1.2%) cases. The limited usage of regional anesthesia in ophthalmic surgery doctors explain by the risk of complications such as retrobulbar hemorrhage, optic nerve injury, perforation and penetration of globe.

Conclusions. The majority of ophthalmic operations are performed under topical anesthesia. In case of necessary eyeball immobilization, the preference is given to general anesthesia with endotracheal intubation and mechanical ventilation. The usage of regional anesthesia is limited due to the specific complications such as damage of anatomical structures.

EFFICIENCY OF LOCALIZATION PROCEDURES IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

Demyd Lidiia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Surgery №1
Head of Department - Prof. O. V. Lukavetskyy
Scientific Advisor - Assoc. Prof. V. V. Khomyak

Actuality. High-resolution ultrasound (US) examination and 99mTc sestamibi scanning (MIBI) are used to localize pathological parathyroid glands in case of primary hyperparathyroidism (PHPT).

Aim. To find out the efficiency of localization procedures, to make conditions for introduction of minimally invasive operations in patients with PHPT.

Matherials and Methods. We analysed 103 consecutive cases of PHPT operated in our clinic from 2004 till 2014, male to female ratio – 11 to 92, age – 59,5±12,5 years. All patients were performed US, MIBI scans – in 16 (15,5%) patients. The indications for MIBI scans were: negative or doubtful result of US. All ultrasonographies were performed by one radiologist, who had special interest in neck examination. We were pioneers in MIBI scans of parathyroid glands in Ukraine. Sensitivity, specificity and positive predictive value (PPV) were calculated

Results. Sensitivity of US was low (58,5%) in cases of parathyroid glands hyperplasia, and was significantly higher in patients with parathyroid adenomas (85,7%) and carcinomas (92,3%). The use of MIBI scans in difficult cases for US localization rises sensitivity up to 95,5% in patients

with adenomas and 72,6% in cases of hyperplasia. We should mention 100% PPV in patients with parathyroid carcinoma.
Conclusions. US examination must be performed in all case of PHPT. MIBI scans are very informative in case of parathyroid adenomas, carcinoma, but this procedure helps us to localize parathyroid hyperplasia only in 72% of cases. Use of US and MIBI scans makes good conditions for directed or minimally invasive parathyroidectomy.

RADIOGENOMICS: THE NEW PERSPECTIVES OF MEDICAL EDUCATION

Illiuk Polina
Sedliaruk Daryna
Ivaniv Natalia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Radiation Diagnostics and Treatment
Head of the Department - Assoc. Prof. I. V. Datz
Scientific Advisor - Assoc. Prof. Yu. O. Mytsyk

Actualuity. Radiogenomics can be used to create imaging biomarkers that can identify the genomics of a disease. Important as a part of pathophysiology, oncology, radiology and narrow specialties educational programs (e.g. urology) on the level of medical university students, residents and specialists.
Aim. To determine the role of the radiogenomics in radiology educational programs at Lviv National Medical University on example of renal cell carcinoma (RCC).
Matherials and methods. The educational project was based on retrospective study that enrolled 125 patients with clear cell RCC (ccRCC) after radical nephrectomy with mean follow-up period 3 years. In all cases MRI including DWI (b value=0,800 s/mm2), qPCR quantification of miRna-15a expression in paraffin-embedded samples was performed. Analysis of associations between miRna-15a expression, RCC's MRI qualitative and quantitative features and survival rates was accomplished.
Results. We achieved the statistically significant evidences of associations between miRna-15a expression levels, MRI features of ccRCC (necrosis, renal vein invasion, presence of intratumoral calcifications, definition of tumor margin and architecture, presence of collecting system invasion, intratumoral hypervascularity, homogeneous or nodular tumor enhancement pattern on nephrographic phase images) size of tumor, DWI apparent diffusion coefficient mean values and survival rates - overall survival, progression-free survival. Based on literature data and our study results

experimental 4-hours educational course on radiogenomics of RCC for medical university students was developed and presented in student research groups (45 students). The course was evaluated by designed multiple choice questions package before and after presentations.

Conclusion. Associations between RCC's MRI features, miRNA-15a expression in tumor tissues and survival rates may play an important role in treatment planning and prognostication of disease outcome. The results of implementation of experimental educational course on RCC radiogenomics demonstrated intelligibility and timeliness of the subject for educational programs for medical university students.

INFANTILE TYPE OF SWALLOWING IN CHILDREN AS A RISK FACTOR OF DENTAL ALVEOLAR ANOMALIES DEVELOPMENT

Ali Habib Bourji
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Orthodontic Department
Head of the Department - Prof. E. V. Bezvushko
Scientific Advisor - Assos. Prof. I. S. Dubetska-Hrabous

Actuality. One of the peculiarities of newborn children's oral cavity is the infantile type of swallowing, which is observed from birth till 2-3 years of life. But, according to literature, 50% of 3 years old children and more than 25% of 12 years old children have the infantile type of swallowing (John Mew, 2010).

Aim. To study the prevalence of the infantile type of swallowing in children and its influence on dental alveolar system.

Matherials and methods. There were examined 35 children with age 7-16 years who attended the Dental Center of Danylo Halytsky Lviv National Medical University with preventive aim.

Results. The examination has shown that 11.43% of children have infantile type of swallowing and consequently open bite. It was established from anamnesis that all these children had disorders of enunciation and inability to bite off in the region of frontal teeth. As a result of bad self cleaning of the oral cavity, more than half of these children had bad oral hygiene and dental calculus in the area of frontal teeth which is atypical for the children of this age. After making the sanitary-educational work, we recommended the dental appliances which normalize position of tongue during swallowing.

Conclusion. The infantile type of swallowing is a risk factor of dental alveolar system anomalies development and needs timely correction.

VISUAL EVALUATION OF TEETH AND MARGINAL GINGIVA DISPLAYED DURING SMILING USING PHOTO- AND VIDEOGRAPHY

Mazur Anna
Romanko Anna-Maria
Shitev Eugen
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Prosthetic Dentistry
Head of the Department - Prof. Kordiyak A.J.
Scientific Advisor - Assoc. Prof. Nataliya Dydyk

Actuality. Smile perception depends on variety of aspects, between which such features as different lips position, smile height or marginal gingival visibility play a crucial role and have a meaningful impact on aesthetics of smile. These are important components of new smile design in the meaning of feature dental prosthetic treatment plan.

Aim. To evaluate the visual display of teeth and marginal gingiva in the frontal esthetic segment of upper jaw during spontaneous and posed smiling.

Matherials and methods. 50 students (aged from 17 to 24 years old) of Dental Faculty took part in the experiment. One hundred fifty digital photographs – three photographs of maximum smiling per subjects - were taken from frontal, right frontal-lateral and left frontal-lateral views and examined for the presence or absence of the visual display of teeth and gingiva. Dynamic analysis of spontaneous smile was conducted via digital video records of smiling while students were in relaxed and free mood. Obtained outcomes had been noted, calculated, and compared. All methods were conducted under the same norms and conditions.

Results. The visual display of marginal gingiva during maximum smiling occurred in 32 of 50 subjects examined in this study, equivalent to a 64% occurrence rate. 36% of examined subjects were categorized as having a low gingival smile line while a total of 12% were found to reveal the entire clinical crown with a contiguous band of gingival, hence categorized as a high smile line. Differences were noted for gender subgroups. Among women, average smile line was found in 57,1%, low in 37,1%, and high only in 5,7% and amongst men respectively - 40%, 37,1% and 26,6%. The average smile line representing a displaying of 75% to 100% tooth exposure was the most common finding in the study – 52%.

Conclusion. The high occurrence rate of gingival display during smiling is presented. Visual amount of tooth and gingiva represents the most important smile characteristic that remarkably influences on smile perception and needs to be assessed during smile analysis of the patient undergoing esthetic dental prosthetic treatment.

VITILIGO: PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS AND TREATMENT METHODS

Hamerska Bozhena
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Dermatology, Venerology
Head of Department - Assoc. Prof. O. O. Syzon
Scientific Advisor - Assoc. Prof. I. S. Diskovskiy
Language consultant - Senior lecturer L. V. Manyuk

Actuality. Vitiligo is a long-term disorder with characteristic patches of depigmentation in certain sections of the skin and mucous membranes. The disease affects people of any age, race or gender. However, the effective cure has not been invented yet. For many individuals, vitiligo is not only a cosmetic problem but a major social dysfunction that significantly restricts their ability of working normally, having proper social or private life.

Aim. To present vitiligo as dermatosis that leads to psychological problems and social stigmatization. To explore modern way of vitiligo treatment.

Matherials and methods. The study among 23 vitiligo patients has been conducted in the setting of 4th in-patient department of Lviv Regional Dermatovenerologic Dispensary. The received data was analyzed using Zung Self-Rating Depression Scale. Medical and pharmaceutical data sources. Search and systematization of information, complex logical analysis.

Results. There are two ways to overcome social stigmatization of vitiligo patients. Firstly, the information about vitiligo should be spread among the society, as in many countries the disease is studied insufficiantly and thus believed to be a sign of leprosy or sexually transmitted one. According to the research carried out at Owaisi Hospital Research Centre, 79.2% of 53 examined vitiligo patients experienced psychological problems. Major depressive disorder accounted for 56.6%. Social phobia had the highest prevalence at 67.9%. Suicidality was found in 28.3% of patients. Consequently, in the course of our analysis 23 vitiligo patients with or without related dermatological conditions that received medical treatment in 4th in-patient department of Lviv Regional Dermatovenerologic Dispensary have been tested. A number of 13 examined patients (57%) had mild, 7 (31%) - moderate and 3 (12%) - severe depressive syndrome. It’s worth noting that patients with severe depressive syndrome also suffered from related dermatological diseases, such as scleroderma and lichen planus. Secondly, doctors’ attitude to vitiligo and current methods of treatment and prevention should be changed. We believe that the disease should be considered as a psychodermatological disorder. Effective complex drugs

included in European medical guidelines such as pseudocatalase, afamelanotid, tacrolimus and tofanicib citrate should be tested in addition to topical remedies (PUVA(photochemoterapy), topical steroids, skin camouflage, tattooing).

Conclusion. Vitiligo is a dermatosis causing a severe psychological, emotional and social influence on patients. Doctors should be empathic to vitiligo patients, providing better perspectives of solving the manifestations of the problem and above all, showing interest and stimuli, encouraging their patients, rather than convincing that the disease is incurable and all the efforts to fight it will be unsuccessful.

HAND GRIP STRENGTH TEST AS A WAY TO MEASURE OVERALL MUSCLE TONE

Chenchak Mykhailo
Yahodynskiy Andriy
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Physical training and sports medicine department
Head of Department - Assoc. Prof. O. B. Kunynets
Scientific Advisor - Lecturer Z. R. Leontieva

Actuality. Muscular strength is an indicator of physical development. Hand grip strength can be quantified by measuring the amount of static force that the hand can squeeze around a dynamometer. It doesn't only reveal how strong your hand and arm are. It can be a measure of overall muscle function and – according to recent studies – even portend how long you're likely to live.

Aim. To determine hand grip strength among medical students of Danylo Halytsky Lviv National Medical University and compare it with normative data.

Matherials and methods. The study involved 156 medical students, divided into 4 groups: I and II – respectively 50 males and 76 females that aren't involved in professional sports; III and IV – 18 males and 12 females that are the members of the athletic sports club. We measured their hand grip strength using the spring-type hand dynamometer (average hand grip strength norms are 40-45 kg for men and 30-35 kg for women)

Results. In the I group hand grip strength of 20,0% of men was 40 kg and higher (norm); 24,0% – 30-39 kg; 40,0% – 20-29 kg; 16,0% – 10-19 kg. In the III group 100% of men had norm values. In the II group nobody had normal hand grip strength values; 2,6% – 20-29 kg; 39,5% – 10-19 kg; 57,9% – 9 kg and lower. In the IV group 100% of women had norm values.

Conclusion. Scientists, physical therapists and physicians often assess grip strength because it's an easy, noninvasive test that measures overall muscle power fairly accurately. The results of our study showed that only students from athletic sports club are all strong enough to show average hand grip strength norms. The majority of the students from group I and II should review their lifestyle, add more physical activity and strength exercises to improve their muscle tone.

EFFECT OF INTERVAL HYPOXIC TRAINING ON PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITION IN THE 4th YEAR LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Chinelo Ekezie
Agunloye Ruth Toluwani
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Internal Medicine №1
Head of the Department - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assoc. Prof. M. G. Pliatsko

Actuality.The positive impact of intermittent hypoxia-training method is confirmed in vitro on cell cultures (Prof. Tymochko) laboratory animals (Wang J., Zhang S.) and in clinical trials in various conditions (Manukhina E.B.), as well as sports medicine (Park H.Y.). For medical students, studying is associated with physical and psychological stress, especially in the pre-exam period, so the search of methods which would reduce the impact of these factors is important.

Aim. To investigate the effect of interval hypoxic training on physical and cognitive parameters of 4th year students.

Matherials and methods. 17 students aged 21-23 years (10 male, 7 female) took part in the investigation. Every day they provided the hypoxic training for 10 minutes about an hour before bedtime (Frolov V.F.). Control of physical and psychological parameters were at the beginning and the end of the course hypoxic training which lasted 10 days. Assessment of the results was conducted by these criterions: 1. Questionnaire to assess the general condition (Garkavi L.Kh); 2. Time to restore the pulse after a standardized physical activity 3. Breath holding test (Shtange); 4. Memory test (Hooper Visual Organisation Task); 5. IQ test. Statistical analysis of the results done on a personal computer using the application package.

Results. Self estimation of general condition (points): before training - 15,56±2,47; after - 17,94±2,72 ($p < 0,05$). Restore the pulse after a standardized physical activity (sec) : before training - 156,1±16,1; after - 136,58±11,48 ($p < 0,05$)Breath holding test (sec): before training -

28,88±3,33; after - 34,94±3,1 (p< 0,05).. Memory test (%) : before training - 83,11±3,77; after - 85,35±2,95 (p> 0,05). IQ- test (points) : before training - 87,23±5,56; after - 88,35±5,12 (p> 0,05).

Conclusion. After 10-days of hypoxic training, the level of self-estimation of general condition and physical adaptation confidentially elevated, memory and IQ tests show positive changes, but not confident. Hypoxic training positively affects both physical and psychological and cognitive status of the young, practically healthy person, and can be recommended to students as an effective way to support adaptation reserves of the body, which is important in everyday life, especially in pre-exams period.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND DIAGNOSTIC APPROACH OF RIGHT-SIDED AORTIC ARCH IN THE CHILDREN

Stakhnyak Dariya
Lyga O.V.
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Pediatrics №2
Head of the Department - Prof. L. V. Besh
Scientific Advisor - Assist. Prof. O. I. Matsyura

Actuality. Right-sided aortic arch is one of the congenital defects of the arterial system. This anomaly occurs when the IV arch and left dorsal aorta fully disappear and are substituted with appropriate vessels on the right side. Different variants of exit of left subclavian artery and ductus arteriosum can be observed in cause of such arrangement of the aortic arch. Dysphagia, stridor and recurrent respiratory infections contribute to the diagnosis of vascular rings in the child in the first months after birth. Anomalies detection is greatly facilitated with the introduction of the latest methods of examination as computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging in the medicine.

Aim. Analysis of the clinical manifestations of respiratory diseases and the results of instrumental examinations of patients , who have been diagnosed with vascular rings.

Matherials and methods. A retrospective analysis of case histories of two patients, treated for the respiratory system diseases at the Western Ukranian Specialized Children's Medical Center (Lviv) and the Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (Rabka-Zdroj, Poland) in 2015 and 2016 and had diagnostic search of congenital vascular anomalies.

Results. The patient L. CT scan with intravenous contrast of the chest revealed right-sided aortic arch with aberrant exit of left subclavian artery; narrowing of the esophagus and trachea at this level.

The patient A. CT scan with intravenous contrast of the chest made possible to detect congenital anomaly of the arterial system - right-sided aortic arch; minor emphysema in upper lobe and VI segment of the right lung. Two patients had been treated for diseases of the respiratory system. The perfomed examinations allowed to reveal a secondary nature of airways obstruction.

Conclusion. 1. Due to the similarity of clinical manifestations vascular rings should be differentiated from respiratory disorders with infectious and allergic origin, and congenital abnormalities of the respiratory system.2. Described anomaly may have different clinical manifestations - from asymptomatic (accidentally discovered during the examination) to severe manifestations of airways and esophagus obstructions. 3. Symptoms of this defect depend on the intensity of compression on the airways and esophagus. 4. Aortic arch anomalies may be isolated defects or associated with other congenital cardiovascular abnormalities.

HYPERTENSION AND RELATED CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Ezema Chiemeka Oscar
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Endocrinology
Head of the Department - Assoc. Prof. A. M. Urbanovych
Scientific Advisor - Assist. Ch. A. Moskva

Actuality. Hypertension, also known as high or raised blood pressure, is a global public health issue. Globally cardiovascular disease accounts for approximately 17 million deaths a year, nearly one third of the total. Of these, complications of hypertension account for 9.4 million deaths worldwide every year. Hypertension is a common condition which usually co-exists with Diabetes Mellitus. It aggravates complications of Diabetes Mellitus and raises the cardiovascular morbidity and mortality.

Aim. To establish relationship between cardiovascular risk factors and hypertension in patients with Diabetes Mellitus type 2.

Matherials and methods. A study was carried out on 69 patients with type 2 diabetes mellitus. They were evaluated for hypertension by measuring their blood pressure using a sphygmomanometer. A detailed history was taken from the patients card and physical examination and laboratory assessments were made. The following variables were obtained: age, duration of DM, smoking, Lipid Profile, HbA1c, blood pressure, and body mass index. All results were given in Mean.

Results. 37 patients with known hypertension were compared to 32 normotensive patients. The findings of the study show that the mean blood

pressure of hypertensive patients with DM2 was (sSP, 154 ± 4.86 mmHg and dBP 101 ± 4.12 mmHg). Compared to normotensive patients, hypertensive patients were older (58 ± 2.3 years), had more smokers (31), and had longer duration of DM (8.9 ± 0.73 years). In addition, HbA1c level (8.4 ± 0.26 %) was higher among hypertensive patients compared to normotensive patients. BMI (30.2 ± 1.12 kg/m2) was higher among hypertensive patients. Higher cholesterol was noted (6.4 ± 0.39 mmol/L) in patients with hypertension in comparison to normotensives.

Conclusion. Patients with a history of smoking, longer duration of diabetes, obesity, dyslipidemia and poor glycemic control were likely to develop hypertension. Studies have shown that blood pressure should be controlled to prevent development of complications associated with DM.

PECULIARITIES OF DIABETES MELLITUS TYPE

Yahodynskiy Andriy
Chenchak Mykhailo
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of endocrinology
Head of the department — M.D., Ph.D., Assoc. Prof. A.M. Urbanovych
Scientific advisor — assist. M.R. Krasnyi

Actuality. Diabetes mellitus (DM) now takes the place in the "top of three" - diseases that are often causes death. We can say that this disorder is called "the disease of civilization". Ahead of DM are only cancer and atherosclerosis. The incidence of first detection of the disease is significantly increased, both in the whole world and in the Ukraine. About half of patients with DM do not realize about his disease, which is accompanied by the development of a large number of complications that become causes of the first reference for medical assistance, such as:

- Hyper hlycemia
- diabetic coma
- diabetic micro- or macroangiopathy;
- diabetic neuropathy and many others.

Therefore, all modern doctors must to know the peculiarities of this disease and to be able to differentiate the complications of diabetes and other disabilities.

Aim. To analyze World Health Organization (WHO) statistical data about current epidemiology of DM in the world and in the Ukraine.

Materials and methods. Scientific study, analysis of the materials and data published in the official web-page of World Health Organization about

diabetes mellitus morbidity in the Ukraine as of 2016 year; scientific publications in endocrinology.

Results. As of 2016 year, 422 million people have diabetes worldwide that is higher from an estimated 382 million people in 2013 and from 108 million in 1980. The prevalence of diabetes is 8.5% among adults, nearly double the rate of 4.7% in 1980. DM type 1 makes up about 10% of the cases.

According to WHO data, in the proportional mortality rate in Ukraine (% of total deaths, all ages) to the death of diabetes accounts for less than 1%. But it should consider that diabetes leads to the complications, mortality of which may be included to the structure of other disease mortality (e.g., cardiovascular, other non-communicable diseases).

There has also been a steady upward trend in the prevalence of diabetes among the population of Ukraine during the observation from 1980 to 2014.

Conclusion. It is necessary to implement regular medical examinations and controlling blood glucose levels in order do not miss the beginning of the. The illness is easier to prevent than to treat its consequences.

NEW DIRECTIONS IN THE TREATMENT OF HIV-1 AND HBV INFECTION.

Ifeanyi Gerald Emodi
Obianuju Chinyere Efobi
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Infectious Diseases
Head of the Department - Prof. O. M. Zinchuk
Scientific Advisor - Assoc. Prof. M. O. Kryzhanska

Actuality. The problem in treatment of HIV and hepatitis B viral infection is a major concern to the world due to the ineffective treatment provided and the ability of the microorganism causing this infections to develop resistance to the available treatments. These therefore, makes it a major public health problem today.

Aim. To ensure not just a functional treatment but the complete treatment of HIV-1 and Hepatitis B viral infection.

Matherials and methods. This work is based on the analysis of scientific literature sources. In a random selection of sick patients with HIV-1(human immune-deficiency virus) and chronic HBV (hepatitis B virus) infection, 40 individuals of (25male & 15 female) patients were selected within the age range of (30 - 60) years. The individuals were categorized into three groups; group “A” accounting for 10 patients with HIV-1 virus infection, group “B” accounting for 20 patients with chronic HBV infection and group “C” the control group which contains distinctly of 10 patients with both infections.

However, there were genome extractions from every patient of both groups A and B. Infected CD4+ T cells were extracted from patients in group "A" and hepatic cells containing genome of the HBV were taking from patients in group "B". Inoculation of an enzymes that codes gene in all extracted infected cells were done and left for 7 days to allow genomic coding and edition occur. Patients of the control group continued with their medications, ART (anti-retroviral treatment) and AVT (anti-viral treatment) respectively.
Results. According to reports available currently in literature, the gene responsible for resistance of treatment was deleted between the two breakpoints in chromosomes of patients in group A, cleaving of viral templates present in the nuclei of infected cells which acts as a reservoir for further infection was achieved in group B while viral genome of both diseases were still found in group C patients irrespective of their treatment.
Conclusion. From the above results, using this modified system illustrated by the scientists, it is now possible to provide not just a functional treatment but ensure complete treatment of these infections by completely eliminating the genomic templates present in the nuclei of infected cells of affected patients.

PECULIARITIES OF THE HEAD AND NECK PHLEGMONS

Otunuga Moyinoluwa
Ilenloa Sophia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Surgery
Head of the Department - Prof. V. P. Andryushchenko
Scientific Advisor - Assoc. Prof. Yu. F. Kushta

Actuality. For today percentage of phlegmons of enumerated localizations considerably increased. Distinguishes phlegmons of submandibular, submental, pterygomandibular areas. Exist phlegmons of the orbit, zygomatic, chewing, parotid areas, of pterygopalatinal space, infratemporal and temporal fossae also. These diseases characterized a very serious clinical course with many severe complications
Aim. The aim of our work – to show up the features of clinical symptoms, diagnostic process and treatment of the head and neck phlegmons.
Materials and methods. Material of research – patients with phlegmons of enumerated areas. In the scientific work was used comparative statistical method of information processing.
Results. Owing to the modern principles of surgical treatment was achieved good result of the cure and treatment.

Conclusion. For performing of operations different phlegmons surgeons must to know perfectly anatomic features of the neck and head. Before operations patients should be examined n detail.

BLOOD GROUPS: PREVALENCE AND RELATIONSHIPS WITH GASTROENTEROLOGICAL DISEASES

Jeremiah Maina Yaga
Ojukwu Victoria Ezinne
Odionyenma Pearl Kelechi
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Internal Medicine № 1
Head of Department - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assist. Prof. O. P. Fayura

Actuality. Other than being present at the surface of red blood cells, the antigens of the ABO blood group (BG) system are efficiently expressed by a variety of human cells and tissues. Numerous studies recently described the involvement of the ABO in the pathogenesis of many human disorders, such as gastric cancer, arterial hypertension etc.
Aim. To find out the prevalence of BG and relationships with gastroenterological diseases.
Materials and Methods. Retrospective analysis of 140 case histories of the patients of the Gastroenterological Department from the archive of Lviv Regional Clinical Hospital for 2016 year was made. All statistical calculations were performed using Statistica 10.0, software for Windows XP, using the value of Student's (W. S. Gosset's) t-test, K. Pearson's criterion, p-values were considered statistically significant, if p<0.05. To study in a randomized way there were involved 140 case histories of the patients (males – 64.3% (46.3±1.7 years), females – 35.7% (46.7±2.3 years)). Most of the patients were in working age – 30-44 years old (27.9%) and 45-59 years old (46.4%). Among all the patients O or A BG were in 39.3%, AB – in 12.1%, B – in 9.3%.
Results. It was found that gastric ulcer more often develop in the patients with BG O compared to the patients with BG A (56.7%, 26.7%, p=0.041). So, the risk of gastric ulcer in patients with O BG was 12.0%. It was also found that duodenal ulcer and calculous cholecystitis were more often seen in the patients with BG O (46.2%, 55.6% accordingly) compared to the patients with BG B – 2.6% and 0.0% accordingly (p=0.045, p=0.023). Among the concomitant diseases the most often were seen the disorders of the cardiovascular system, in particular the prevalence of them in patients with O BG was statistically significant more often (53.3%) compared to the

patients with B (p=0.003) and A (p=0.043) BG. In case of the nervous systems diseases, the patients with A BG have them more often compared to the patients with B BG (p=0.043).
Conclusions. The patients with O BG have higher risk of ulceration in the stomach and duodenum and forming of the calculus in the gall bladder as well as the developing of the concomitant cardiovascular diseases. The found features will help the doctors in case of knowing patient's BG to pay more attention to the assured body system, preventing the appearance of concrete diseases or their forehanded diagnostics and treatment.

INFLUENCE OF PROFESSOR'S ANTONI CIESZYŃSKI SCIENTIFIC WORK OVER PROGRESS OF DENTISTRY ON THE BASIS OF SOURCE DOCUMENTS ANALYSIS.

Kuczyński Kasper
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Therapeutic Dentistry
Head of the Department - Prof. V. M. Zubachyk
Scientific Advisors - Assoc. Prof. V. S. Hrynovets, Assist. Prof. I. R. Fedun

Actuality. Dentistry is the field of medicine that is under constant development. New methods of treatment are based on modern techniques, materials and devices which make modern work of dentist more efficient, precise and effective. These valuable achievements would not be made without devoted work of many great doctors currently and from the past. One of the greatest Man whose work had enormous influence on dentistry and is commonly used even in these days is professor Antoni Cieszyński.
Aim. To prove that professor's Antoni Cieszyński scientific work had important influence on dentistry
Materials and methods. Analysis of source documents about professor Antoni Cieszyński was carried out. Under analysis were taken inter alia such titles: Weiss, J. (1915). Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. Berlin: Hermann Meusser Verlag.; Polska Stomatologia I Przegląd dentystyczny (1936). Księga Pamiątkowa poświęcona Prof. Dr, Antoniemu Cieszyńskiemu z okazji trzydziestolecia pracy naukowej. Lwów: Polska Stomatologia.; Hrynovets, V., Shybinsky, V., Ogonovsky, R., Hrynioch, V. (2012). Dedicated to the 130th Birthday Anniversary of Professor, Antoni Cieszyński. Polish Journal for Environmental Studies.; Cieszyński, A. (1934). Projekt Reformy Studiów Lekarskich. Lwów: Drukarnia Filler-Neumann.
Results. Professor Antoni Cieszyński formulated the rules of isometry (Cieszyński's isometry) in dental radiology, which enables precise dental X-

ray pictures that show the true dimensions of teeth. Cieszyński also developed an extra-oral technique of anesthetizing the mandibular alveolar nerve, and a treatment for trigeminal neuralgia which involved injections of alcohol to the Gasser's ganglion. The clinical activity of Antoni Cieszyński included periodontal surgery (Cieszyński-Widmann-Neumann's operation) and surgery of abscesses and phlegmones of head and neck. He also was an author of first atlas and textbook of dental radiology. His works included also projects of polish dentistry reforms. He was a member of numerous scientific societies (ADA, ASI, FDI) and a founder of the first Polish dental journal: Polska Dentystyka (Polish Dentistry). In 1936 he received FDI W. D Miller Gold Medal in Brussels.

Conclusions. Professor Antoni Cieszyński scientific research exert actual impact on worldwide dentistry development. Some of his scientific achievements are still successfully used and are fundamental for many branches of dentistry medicine nowadays.

PREVALENCE OF BODY MASS EXCESS AMONG THE FOREIGN MEDICAL STUDENTS OF DANYLO HALYTSKY LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Kizito Mbata
Nana Aisha Onisarotu
Nathan Yabo
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Internal Medicine № 1
Head of Departmen - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assist. Prof. O. P. Fayura

Actuality. It is not a secret that students are quite known to undergo non regular food intake. Additionally, chronic stress stimulates the body to produce excess cortisol increasing the appetite and causing the elevated risk of obesity.

Objectives. To determine the prevalence of obesity among the foreign medical students of Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

Materials and Methods. We used questionnaire, supplemented by us, consisting of certain questions relating to lifestyle, additionally we measured blood pressure (BP), circumferences of the waist and thigh, with counting the waist/thigh index in 100 involved persons. Statistical analysis was performed, using program «Statistica 10.0» for Windows XP, using the value of Student’s (W. S. Gosset’s) t-test, K. Pearson’s criterion, p-values were considered statistically significant, if $p<0.05$.

To the study in a randomized way were involved 100 foreign students of different courses (males – 46.0% (23.7±0.3 years), females – 54.0% (22.8±0.3 years)), with the mean BP 120.0±1.0/77.0±1.0 mm Hg. 4.0 % of the students were underweight, 64.0 % – with normal weight, 26.0% – overweight, 5.0 % - have I degree obesity, 1.0% – II degree obesity and none with III degree obesity. After the survey, it was conducted stratification of the students into 2 groups: with overweight and obesity and without.

Results. The prevalence of body mass excess (BME) among the students is high (32.0%). The increasing of body mass index positively correlates with the frequency of fast and spicy food intake, microwave oven usage, levels of diastolic BP and negatively correlates with pulse BP (decreasing of which can be a marker of vegetovascular disorders and anemia), the frequency of physical exercises and breakfast intake. Almost all the students with BME do not have breakfast in the morning that stimulates the students to eat fast food more frequently, the quality of which is very questionable. The waist/thigh ratio that shows where is the accumulation of metabolically active visceral fat (predictor of dyslipidemia, insulin resistance and trigger factor for cardiovascular events) in all the surveyed persons was higher than normal, positively correlated with the systolic BP. Also it was higher in students with BME compared to the students with normal weight ($p<0.001$), that more often have breakfast, do sports, less often use microwave oven ($p<0.001$).

Conclusions. Due to the high prevalence of BME and risks connecting with this among the medical students there is a need of regular physical activities, healthy food maintaining, maximally excluding the microwave oven usage.

FREQUENCY, CHARACTER OF LESIONS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AND SOME RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Orafunum Mercy Ebelechukvu
Obianuju Efobi Chinyere
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of internal medicine №1
Head of the Department - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assist. Prof. O. T. Romaniuk

Actuality. Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of morbidity and mortality in patients with chronic kidney disease (CKD), even in the earliest stages of CKD. Although traditional cardiovascular risk factors are common in CKD, they can not fully explain the increase in the incidence of CVD in this population.

Aim. Determine the frequency, nature of lesions of the cardiovascular system and some risk factors in patients with CKD

Materials and Methods. In a randomized manner with the previous stratification in the presence of CKD, allowed us to select 38 case histories of patients who were hospitalized in the Nephrology department LRCH diagnosed with CKD I-V stages (age 22 to 85 g., men - 13 women – 25, disease duration from 2 to 18 years).All patients examined by protocols MOH Ukraine of 12.12.2004 yr. №593 «On approval of medical care in the specialty" Nephrology "). Resulting information statistically processed in the program" Microsoft Excel ", Student test evaluated

Results. An analysis of medical records of CVD were 29 patients (82.8%), 9 patients (17.2%) did not have them. Coronary artery disease: diffuse cardiosclerosis was found in 7 patients (25.9%), post infarction cardiosclerosis in 1 patient (3.7%), stable angina in 3 patient (11.1%), heart failure in 29 patient (82.8%) and atrial fibrillation in 2 patients (7.4%). CKD I stage was diagnosed in 9 patients, 4 of them (44.4%) had CVD. Among the identified risk factors: smoking in 3 patients (33.3%), diabetes mellitus in 1 (11.1%), hypertension in 4 (44.4%), LVH in 4 (44.4%), dyslipidemia in 5 (55.6%), proteinuria in all patients (100.0%), anemia was not found. CKD II stage was diagnosed in 13 patients, 8 of them (61.5%) had CVD. Among the identified risk factors: smoking in 4 patients (30.8%), diabetes in 4 (30.8%), hypertension in 12 (92.3%), LVH in 11 (84.6%), dyslipidemia in 4 (30.8%), proteinuria in all patients (100.0%), anemia in 8 (61.5%). CKD III stage was diagnosed in 6 patients, 5 of them (83.3%) had CVD. Among the identified risk factors: smoking in 2 patients (33.3%), diabetes (66.7%), hypertension in 6 (100.0%), LVH 6 (100.0%), dyslipidemia in 2 (33.3%), anemia and proteinuria in all patients (100.0%). All 4 (100.0%) of patients with CKD IVstage diagnosed CVD. Among the identified risk factors: smoking in 1 patients (25.0%), diabetes mellitus in 1 (25.0%), hypertension and LVH in 4 (100.0%), dyslipidemia in 1 (25.0%), proteinuria and anemia in all patients (100.0%). All 6 (100.0%) of patients with CKD Vstage were found CVD. Among the identified risk factors: smoking in 2 patients (33.3%), diabetes 2 (33.3%), hypertension and LVH 6 (100.0%), dyslipidemia in 3 (50.0%), proteinuria and anemia in all patients (100.0%). Established that hypertension, anemia and LVH was significantly more frequent ($p<0,05$) occurred in patients with CKD stage IV and CKD stage V than in patients with CKD I stage. Also found that the decrease in GFR increased incidence of CVD ($p<0,05$).

Conclusion. In 82.8% of patients with CKD is to defeat the cardiovascular system. With the growing severity of CKD increases their frequency.

CHARACTERISTICS OF ANEMIC SYNDROME IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Pervez Md Masud
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Internal Medicine №1
Head of Department - Prof. O. O. Abrahamovych
Scientific Advisor - Assist. Prof. S. I.Guta

Actuality. Anemia is one of the most common syndrome in patients with systemic lupus erythematosus (SLE), which is seen in approximately 65.0 - 75.0 % of patients with this diagnosis. The main pathogenetic mechanisms include iron deficiency, decrease of the erythropoietin production, increased disease activity. Clinical course of anemia significantly worsens the patients' life quality, therefore, the study of the anemic syndrome features is especially important.

Aim. Describe the features of anemic syndrome in patients with systemic lupus erythematosus.

Materials and Methods. The study in a randomized way included 49 patients aged 19 to 59 years (mean age - 38,8 ± 10,3 years) with a diagnos is of SLE, including 44 women and 5 men who were examined in the Rheumatological Department of the Lviv Regional Clinical Hospital. All the patients were examined according to the protocols of Ministry of Public Health of Ukraine (MPH of Ukraine from 12.10.2006 N 676 "On approving the protocols of care on the specialty "Rheumatology"). All statistical calculations were performed using Excel for Windows XP, using the value of Student's (W. S. Gosset's) t-test, K. Pearson'scriterion, p-values were considered statistically significant, if $p<0.05$.

Results. It was found that 33 (67.3%) patients with SLE were diagnosed with anemia. In 15 patients (45.5%) revealed anemia of chronic disease in 8 (24.2%) a combination of anemia of chronic disease and iron deficiency, 8 (24.2%) were diagnosed with iron deficiency anemia,in 2 (6.1%) other causes of anemia (hemolytic). In the group of patients with a combination of anemia of chronic disease and iron deficiency were observed lower values of hemoglobin levels (89,4 ± 7,0 g / l) compared with patients of other groups; and in patients with anemia of chronic disease ESR (40,3 ± 4,3 mm / h) was more elevated than in patients of other groups. Also it was found a direct correlation of the disease duration and hemoglobin levels in patients with SLE ($r = 0,3$; $p <0.05$).

Conclusions. In 67.3% of patients with SLE appears anemic syndrome with different pathogenetic mechanisms, among which dominates anemia of chronic disease (45.5%), which is taken into account in diagnostic and therapeutic algorithm.

CLINICAL CASE OF LYME CARDITIS

Salaudeen Ismaeel Abidemi
Konyk Maria
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of infectious diseases
Head of the Department - Prof. O. M. Zinchuk
Scientific Advisor - Assoc. Prof. O. O. Zubach

Actuality. Lyme carditis results from direct invasion of heart tissues by spirochetes and often times it involves all layers of the heart. The most common clinical manifestation is atrioventricular (AV) conduction blockade, which can fluctuate rapidly and progress from first- to third-degree heart block within minutes to hours. Lyme carditis is worthy of studying due to an increasing number of cases of lyme disease over the years, and also as a result of the unreported as well as undocumented cases leading to a rather preventable condition- lyme carditis.

Aim. To be able to show the clinical manifestations, diagnostic methods and efficacy of treatment of lyme carditis in a patient admitted to Lviv Regional Clinical Hospital of Infectious diseases.

Materials and Methods. Physical Examination, ECG, Echocardiography, Immunoblotting.

Results. A 38 year old patient is admitted 03.11.2015 to Lviv Regional Hospital (Infectious disease department) presenting with general weakness; pain in the left popliteal area; periodic heart ache, palpitation, and shortness of breath notably on exertion. Diagnostic methods: Physical examination (auscultation on admission reveals muffled heart sound; pulse-52 and heart rate-48bpm; and arterial pressure- 80/60mmHg); ECG: (progressive prolongation of PR interval hence, incomplete AV-block (Mobitz 1), Echocardiography (cm): right ventricle-2,6; left ventricle-5,0; left atrium-3,6; wall of left ventricle -1,2; interventricular septum-1,4; diameter of ascending aorta- 3.2; ejection fraction- 62%, valve function is satisfactory. Immunoblotting (shows the presence of specific IgM and IgG to Borrelia burgdorferi). Clinical diagnosis-“Lyme borreliois, acute erythema form, stage of dissemination: Lyme carditis”. Management: Unidox 0.1g (2 times daily; for 21 days), fluconazole 0.15g (7 times, every other day), zelenin drops (20 drops daily, but controlled by heart rate), suprastin 25mg, vitamin B1 and B6. Successive ECG post treatment shows restoration of the normal functions of the heart with the final ECG showing sinus rhythm; pulse-58; heart rate-58bpm and arterial pressure- 110/70mmHg.

Conclusions. Lyme carditis is an uncommon manifestation of Lyme disease, but also one of the most serious and it progression to third-degree AV block can be rapid, and potentially fatal if untreated. Healthcare personnel, physicians and other primary care-givers should maintain a high level of alertness to Lyme carditis in young male patients from high-incidence Lyme disease locations, and other regions particularly when they present with atypical symptoms, including cardiac related ones, in addition to the more common classical symptoms of Lyme disease, thus preventing progression to lyme carditis.

CUSTOMS AND RITUALS IN THE OPERATING ROOM

Tarczynska Anna Maria
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of General Surgery
Head of the Department - Prof. V. P. Andryushchenko
Scientific Advisor - Assoc. Prof. Yu. F. Kushta

Actuality. Customs and Rituals In The Operating Room 1.INTRODUCTION: A. History of Surgery B. History of Operating Customs and Rituals C. Beginnings of Operating Customs and Rituals
Aim. The goal of our presentation was to highlight the differencies between today's picture of an operating room and past era of the antiseptis. Though what were main sourses of infections in the operating room, and how to prevent them.
Materials and Methods. Theoretical Research, Quantitative Approach.
Results. Today's picture of a surgeon and the operating room is fundamentally different from 150 ago.
Conclusions. We would like to say that each patient should be treated as potentially infectious.

THE ROLE OF VITAMIN D IN PREGNANCY OUTCOME AFTER INFERTILITY TREATMENT.

Aisha Nana Onisarotu
Ifeanyi Gerald Emodi
Omovo Eguono Anastacia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology
Head of the Department - Prof. L. B. Markin
Scientific Advisor - Assist. Prof. L. I. Sehediy

Actuality. Vitamin D is unique among hormones because it can be made in the skin from exposure to sunlight. Vitamin D has been well-known for its function in maintaining calcium and phosphorus homeostasis and promoting bone mineralization. The vitamin D receptors are present in most tissues and cells in the body. It is known that vitamin D receptors are localized in reproductive organs such as the ovaries, fallopian tubes and myometrium. There are some evidence that in addition to sex steroid hormones, the classic regulators of reproduction, vitamin D also modulates reproductive processes in women.

Aim. To estimate the incidence of vitamin D deficiency and the impact of low levels of vitamin D in pregnancy rate (PR) in the treatment of infertility.

Materials and Methods. Retrospective analysis of 150 patients' case histories was performed on infertile women aged 20-40 years undergoing IVF (in vitro fertilization) treatment during October 2015 till April 2016. Plasma 25-OH vitamin D levels were analysed. Patients with endocrine disorders, endometriosis, BMI less then 18,5 and more than 30 кg/м2 were not included in investigation. We considered serum levels of vitamin D (25(OH)D3) > 30 ng/ml sufficient; vitamin D (25(OH)D3) 20–29 ng/ml insufficient, and vitamin D (25(OH)D3) < 20 ng/ml deficient.

Results. Deficiency of vitamin D (I group) was found in 37 women (24.7 % of the patients). Insufficiency of vitamin D (II group) was found in 43 women (28.7 % of the patients). Sufficient level of vitamin D (III group) was found in 70 women (46.6 % of the patients). It was found that PR (pregnancy rate) after IVF treatment was significant higher in III group in comparison with I group (55,7% vs 29,7%; $p<0,05$). There were no significant difference between PR in III and II group (55,7% vs 37,2%; $p>0,05$) as well as between I and II group (29,7% vs 37,2%; $p>0,05$).

Conclusions. Vitamin D deficiency influences pregnancy rates. Correction of vitamin D deficiency is needed to improve pregnancy rate. This research had a small quantity of data so, we need further investigations taking into account more factors like embryo quality, race, and ethnicity.

THE EFFECTS OF A-TOCOPHEROL ON PROCESSES ARGININE – NO-ARGINASE SYSTEM IN DIFFERENT ORGANS OF RATS UNDER CONDITION OF WATER- IMMERSION RESTRAIN STRESS

Stadnyk Lesya
Voronovska Mariia
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Biological Chemistry
Head of the Department — M.D., Ph.D., Prof. O.Y. Sklyarov

Scientific Advisors — Ph.D., senior teacher O.P. Khavrona; M.D., Ph.D., Ass. Prof. L.P. Biletska
Language advisor — senior lecturer O.G. Vasylenko

Actuality. Stress is one of the main factors leading to the development of many diseases in human organism. Excessive activation of hormonal processes in conditions of prolonged stress leads to a change in the neutralization of ammonia. The α-tocopherol is a fat-soluble vitamin. It has antioxidant properties and is used in the complex treatment of many diseases. It is interesting to study the changes in arginase activity in liver and spleen in a water- immersion restrain stress (WRS) and the influence of the α-tocopherol on the NO-arginine system.
Aim. To determine the influence of α-tocopherol on processes arginine – NO-arginase system in different organs of rats under condition of WRS.
Materials and Methods. The experimental procedures were carried out in accordance with international guidelines for the use and care of laboratory animals. Fifteen male rats weighing 200-220 g were used. The experimental animals were divided into 2 groups: 1 group – WRS during 5 h was used, 2 group was used to study the influence of α-tocopherol on the background of WRS. The investigated compounds were administered at a single dose (10 mg·kg-1) 30 min prior to WRS. (K.Y.Takagi, Y.Kayuya, 1964). The content of NO in homogenate was determined as nitrites by the method of Green et al. (1982). Arginase activity was determined by the method of Geyer and Dabich (1971). The level of L-arginine in plasma samples was measured by Sakaguchi reaction (Alejnikova et al., 2000).
Results. In the background of WRS arginine content increased in the liver by 221% ($p < 0.05$), in the spleen - by 17,8% ($p < 0.01$), arginase activity increased in liver by 68,75% ($p < 0.05$), and in the spleen activity remained almost unchanged, the level of NO decreased by 87,7% ($p < 0.05$) in the liver, and by 5,7% ($p < 0$,01) in the spleen compared to group I.
Conclusions. WRS is leading to the increase of NO, which may indicate the activation of NO-synthase in the liver and spleen of rats, the development of inflammatory damage. On the other side, reduced arginase activity, which indicates the predominance of oxidative conversion of arginine way of a non-oxidative one. The α-tocopherol increases the activity of arginase and arginine level, so the organs were recovered and return to their normal functional state.

CORRELATION BETWEEN DIFFERENT MULTIPLE FACTORS IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Pawan Tiwari

Salih S.
Vasyl Karazin Kharkiv National University
Department of Pediatrics
Head of the Department - Prof. V. H. Chernuskyi
Scientific Advisor - Assoc. Prof. N. O. Panko

Actuality. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a chronic and socially significant disease as it leads to quick disability in childhood despite of treatment. Its etiology is unknown, and the genetic component is complex, making clear a distinction between the various subtypes difficult

Aim. It was to analyze correlation between multiple factors in patients with JIA which is accompanied by possible relations with polymorphism of genes of folate cycle enzymes and parameters of different laboratory, instrumental tests.

Materials and Methods. The study included 9 patients with JIA of age group 2-18 years, who had been treated with MTX for 7 months and more. The measurement of genotypes of genes of folate cycle, such as 5-methyltetrahydrofolate-homocysteine methyltransferase (MTR), 5 methyltetrahydrofolate-homocysteine methyltransferase reductase (MTRR), 5,10 methylenetetrahydrofolate reductase C677T and A1298C variants (MTHFR-677 and MTHFR 1298) were made by polymerase chain reaction. Common blood count, biochemical and serological blood tests, X-ray and echosonography of joints were investigated for all patients. For statistical processing of materials stagraphics 3.0 was used.

Results. In children with JIA genotypes of MTR gene correlated with level of WBC ($r = 0.77$; $p < 0.05$), intensity of manifesting symptoms ($r = - 0.76$; $p < 0.05$), level of C-reactive protein ($r = 0.71$; $p < 0.05$), ESR ($r = 0.84$; $p < 0.01$), sialic acid rate in blood ($r = 0.77$; $p < 0.05$), level of haptoglobin ($r = 0.72$; $p < 0.05$). Correlation between genotypes of MTHFR677 gene and MTHFR1298 gene was found ($r = - 0.90$; $p < 0.001$). Genotypes of MTHFR1298 gene correlated with radiological degree of affected joints ($r = - 0.68$; $p < 0.05$) and functional stages of joints ($r = - 0.72$; $p < 0.05$).

Conclusions. Corresponding evaluation of genotypes of MTR in the initial stage of JIA development prognosis about activity of inflammatory process during treatment with methotrexat might be determined. Prognosis of functional stage and radiological degree progression can be predicted according measurement of genotypes of MTHFR1298 gene. The results demands approving on lager group of patients.

TO THE QUESTION OF ACETYLCYSTEINE APPLICATION IN CARDIOLOGICAL PRACTICE

Molotyagin Dmitry
Kharkiv National Medical University
Department of Internal Medicine №2 and Clinical Immunology and Alergology
Head of the Department - Prof. P.H. Kravchun
Scientific Advisor - Prof. P.H. Kravchun

Actuality. Acetylcysteine has been used in clinical practice for several decades, and in recent years the range of indications for its use has been expanding and in addition to traditional ones, it includes new directions related to antioxidant and detoxifying actions, including cardiological practice.
Aim. An analysis of existing data on the use of acetylcysteine in patients with cardiac pathology.
Materials and Methods. For the study were used scientometric databases and the Internet.
Results. According to long-term observations, Acetylcysteine can find application in therapy of coronary heart disease. The basis for this purpose is its protective action concerning ischemic and reperfusion lesions, depression of gomotsistein and lipoprotein (a) levels (Ushkalova E., 2007). The concomitant use of Nitroglycerine and Acetylcysteine can lead to intensifying of vazodilatative effect of Nitroglycerine (Omura S. et al., 2002). As the donator of sulfhydryl groups, Acetylcysteine can matter for the prevention of tolerance development to Sodium nitritums at patients with the accompanying coronary heart disease (Zuin R. et al., 2005), being both on oral administration, and on infusion of Nitroglycerine in the conditions of an intensive care. Acetylcysteine effectively neutralizes free oxygen radicals (possesses both direct action, and mediated – through glutathione products) in case of surgical interventions with use of the cardiopulmonary bypass (Andersen L. et al., 1995). Last years drug is widely used at transdermal coronary interventions and manipulations on the peripheric arteries which are carried out including against the background of a renal failure, for prophylaxis contrast-induced nephropathy (Dengin V., 2008) as besides antioxidatic effect, Acetylcysteine has vazodilatative properties, and also prevents death of endothelial cells. As has shown a small research (Shamkhalova M., 2007), in group of the patients accepting Acetylcysteine, probability of increase in serumal creatinine (more than for 25%) within 2 days after introduction of contrast was 68% lower, than in group of placebo.
Conclusions. Thus, Acetylcysteine proved the positive tire-tread effect on cardiovascular system. Obtaining results requires carrying out additional researches with a large number of patients. However the data on the positive effects and good tolerance of medicine which are saved up now demonstrate

that extension of indications to application of an atsetiltsistein in cardiological practice will allow to reduce the frequency of development of cardiovascular catastrophes and by that to reduce cardial pathology mortality rate.

AUTONOMIC REGULATION DIFFERENCES IN ACQUIRED HEMIPLEGIA PATIENTS

Achando Dianna Janet
Ezema Chiemeka Oscar
Lviv National Medical University
Anesthesiology and Intensive Care
Head of the Department - Prof. Pidgirniy Y. M
Scientific Advisor - Prof. U. Fesenko

Actuality. With an increase in stroke-causing- diseases, including hypertension, atherosclerosis and diabetes melitus type 2, the number of patients that have lost motor or sensory function has increased. Following a stroke, the most pronounced loss recognized is loss of the motor or sensory functions, either on the ipsilateral or contrallateral side. Distorted temperature regulation could prompt consideration of autonomic regulation dysfunction.

Aim. To determine temperature differences in ipsilateral and contralateral sides of patients who have suffered stroke or trauma, and the role of gender.

Materials and Methods. An infrared thermometer was used to measure the temperature of 17 hemiplegic patients (8 male, 9 female) in 6 different regions (axillar, palm, flank –umbilical line, anterior thigh, heel, hallux) on both sides. The patients were between 35-89 years with an average age of 62.8±16.5 years and were either stroke victims or recovering from trauma. Results were analyzed using MS Excel and given as mean ± standard deviation.

Results. On the affected (whether left or right) side, patients showed higher temperatures (except the umbilical area) in comparison to the contralateral side. The highest average temperature differences (between affected and intact sides) were seen in the big toe (+1.25±4.27°C), palm (+0.73±1.89°C) and heel (+0.66±2.92°C). The least average temperature difference was seen in the umbilicus (-0.28±1.17°C). In comparison with males, female patients showed greater differences in temperature (between affected and unaffected sides) in the umbilical (-0.36±1.34°C), palmar (+0.8±2.14°C) and heel (0.92±3.06°C) regions. In comparison with females, males had higher temperature differences between the axillary (0.9±1.21°C), femoral (0.6±0.77°C) and hallux (2.08±4.39°C) regions.

Conclusions. 1. On average, in all patients higher temperatures were noted on the affected side in comparison with the intact side. 2. Compared to males, females had a greater temperature difference between intact and affected sides in their umbilical, palmar and heel regions while males had a greater difference in their axilla, femoral and hallux regions. 3. Variation in temperatures between intact and affected sides in various regions, more so peripheral regions, points towards affection of autonomic regulation. Patients should be monitored to determine whether there is a change in other physiological regulations to avoid injuries and any further deterioration.

AMIONTIC FLUID EMBOLISM: RISK FACTORS, PATHOPHYSIOLOGY AND NEW STRATEGIES OF MANAGEMENT.

Boateng Emmanuel Kwofie
Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Department of Obstetrics
Head of the Department - Prof. L. B. Markin
Scientific Advisor - Assist. Prof. O. S. Medvyedyeva

Actuality. AMIONTIC FLUID EMBOLISM: Risk Factors, Pathophysiology and New Strategies of management.
Aim. We sought to provide evidence-based guidelines regarding the risk factors, pathophysiology and modern management skills required in amniotic fluid embolism.
Materials and Methods. A systematic literature review was performed using MEDLINE (Medical Literature analysis and retrieval system Online) PubMed, EMBASE (Excerpta Medica dataBase) and the Cochrane Library. The search was restricted to English-language articles published from 1900s through 2016. Priority was given to articles reporting original research, in particular randomized controlled trials, although review articles and commentaries were consulted. Abstracts of research presented at symposia and scientific conferences were not considered adequate for inclusion. Evidence reports and published guidelines were also reviewed, and additional studies were located by reviewing bibliographies of identified articles. Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) methodology was used for defining the strength of recommendations and rating quality of the evidence. Consistent with US Preventive Task Force guidelines, references were evaluated for quality based on the highest level of evidence.
Results. There were increased risk of amniotic fluid embolism in pregnant women who had caesarean section, induction of labour, polyhydramnios,

grand multiparity and amniocentesis with the formal having the highest risk. It has a biphasic model in its pathophysiology: Phase 1, amniotic fluid and foetal cells enter the maternal circulation. Phase 2: biochemical mediators leading to disseminated intravascular coagulation syndrome.

Conclusions. 1. Multidisciplinary team involvement, therefore call for HELP. 2. The provision of immediate high-quality cardiopulmonary resuscitation with standard basic cardiac life support and advanced cardiac life support protocols in patients who develop cardiac arrest associated with amniotic fluid embolism 3. Following cardiac arrest with amniotic fluid embolism, immediate delivery of foetus after 5 minutes of unsuccessful CPR in arrested mothers, abdominal delivery is indicated. 4. The provision of adequate oxygenation and ventilation and when indicated by hemodynamic status, the use of vasopressors and inotropic agent in the initial management of amniotic fluid embolism. Excessive fluid administration should be avoided. 5. Coagulopathy may follow cardiovascular collapse with amniotic fluid embolism, early assessment of clotting status and early aggressive management of clinical bleeding with standard massive transfusion protocols. Fresh Frozen Plasma is indicated in such situation.

MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH HYPERANDROGENISM

Yakymenko Danuta
Lukashenko Katherina
Kharkiv National Medical University
Department of Obstetrics and Gynecology №1
Head of the Department - Prof. M. O. Shcherbyna
Scientific Advisor - Prof. O. V. Saltovskyi

Actuality. Hyperandrogenism is a pathological state, caused of secretion change and metabolism of androgens. Hyperandrogenism is a frequent occurrence in obstetric practice. Consequence of hyperandrogenism can often be various disorders of ovarian-menstrual cycle, infertility, noncarrying of pregnancy. According to the literature, hyperandrogenism is a reason of spontaneous abortions in 20-40 % women and it is a reason of the formation of placental insufficiency, diagnosed only in III trimester of pregnancy when it becomes decompensated and treatment doesn't give the desired effect.

Aim. The aim of the study is an elaboration of principles of management of pregnant women with threatening abortions in hyperandrogenism

Materials and Methods. 38 pregnant women were observed in 5-18 weeks term of gestation hyperandrogenism of varying severity. The medium age of pregnant women from main group was 28,04+6,34 years. Enough adulthood

of pregnant women was explaining by endocrine infertility in anamnesis 24 patients (63%) in groups. Hyperandrogenism was diagnosing based on clinical survey with considering of complaints, anamnesis of the disease's development, hormonal tests, information about somatic and gynecological status. All pregnant women were dividing in 2 comparable clinical groups. With the aim of save the gestation for 17 pregnant women in I clinical group was carrying out a traditional treatment, was ordering the rest, antispasmodic drugs and progesterone. For 21 pregnant women in II clinical group besides a traditional preserving therapy (antispasmodics, progesterone preparations) was ordering a dexamethasone 3 mg. in per day for 2-3 months.

Results. In 1 group the pregnancy interrupted in 5 pregnant women (29.4%), in 2 clinical group – 2 (9.5%), it shows a bigger efficiency this treatment scheme

Conclusions. Ordering a dexamethasone in therapy's complex of spontaneous abortion in the pregnant women with hyperandrogenism doing a results treatment's improving, with a bigger efficiency lets to save a pregnancy.

LIVER FUNCTION IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS MANGED PROLONGED METHOTREXATE TREATMENT

Uchenna Samuel Aliejim
Asuka E. S.
Vasyl Karazin Kharkiv National University
Department of Pediatrics
Head of the Department - Prof. V. H. Chernuskyi
Scientific Advisor - Assoc. Prof. N. O. Panko

Actuality. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a chronic and socially significant disease as it leads to quick disability in childhood despite treatment. The "Gold standard" of JIA management is methotrexate (MTX) which is metabolized by the liver.

Aim. The aim was to assess the liver function in patients with JIA who have been treated with MTX for prolonged time.

Materials and Methods. The study included 14 patients with joints form of JIA from 3 to 18 years old. Patients were divided into 3 groups corresponding to duration of MTX therapy. I group consisted of children with duration of MTX treatment from 6 months to 1 year, II group – from 1 to 5 years, III group – from 5 to 14 years. They were investigated by measurement of alanine aminotransferase (ALAT), aspartate aminotransferase (ASAT), haptoglobin, triglycerides, gamma glutamine

transferase (GGT), apolipoprotein-A (Apo-A), a2-macroglobulin, cholesterine levels. The equation for calculating the FibroTest score regression coefficient had been done according U.S. patent 6.631.330. Student –Fisher Test, Mann - Whitney U-test were used for the statistical processing.

Results. Despite MTX treatment there was progression of JIA which was determined according to assessment of joints functional class and radiological stage ($p < 0.05$). Increased level of ALAT was prominent (40 %) in children of II group in comparison with other studied patients ($p < 0.05$). It might have been associated with hepatotoxicity of the most active MTX treatment at that moment and as a sign of liver cytolysis. Only 17 % of children of III group had increased GGT content, which most probably was caused by damage of liver cellular membrane under the prolonged autoimmune inflammation. Metabolic liver function was not changed because levels of Apo-A, haptoglobin, total bilirubin, cholesterine were within normal limits due to all stages of MTX taking. The increased level of a2-macroglobulin as a predictor of liver fibrosis was determined in all studying groups with the average frequency 36 % and it did not correspond to the duration of MTX treatment. According FibroTest score regression 14 % of patients had liver fibrosis F1, which did not depend on duration of MTX treatment.

Conclusions. According to our findings, patients using MTX for JIA management had progressive joint damage despite usage of MTX. Hepatic cytolysis frequently appeared within 1-5 years of MTX therapy. Liver fibrosis does not depend on duration of MTX treatment.

А
Абдельрахман Ахмед, 466
Абузаід Алі Насер, 142
Адамчук Вікторія, 514
Антонів Марта, 99
Антонюк Юлія, 150
Архіпов Олександр, 154

Б
Бабська Ольга, 8
Базилевич Марта, 3
Байко Яна, 368
Байло Юрій, 213
Балаж Олеся, 402
Баліцька Соломія, 248, 255
Барбара Бєлка, 467
Батичко Марина, 516
Бевз Любов, 517, 576
Безкоровайна Ольга, 264
Белікова Анастасія, 518
Беляк Андріана, 103
Березова Мирослава, 9, 162
Береська М.О., 456
Бермес Марія, 351
Бєлова Лілія, 149
Бирюк Вікторія, 520
Білецький Іван, 528
Білоус О., 244
Бірчак Іван Ігорович, 439
Богачик Юлія, 521
Богачова Ольга, 225
Богдан Анастасія, 119
Боднар Марія, 94, 248
Божик Анна, 405
Божук Інна, 113
Бойко Валерій, 258, 261, 270
Бойко Вікторія, 466
Бондаренко Руслан, 111
Борачок Тарас, 316
Боровець Владислав, 468
Боровик Катерина, 10
Бородай Аліса, 264, 523, 551
Бортник Катерина, 268
Босий Сергій, 297
Бублейко Іван-Олексій, 404
Будзин Андрій, 119
Бульбах Ліліана, 107
Буньковська Ольга, 549
Бурилкіна Дарина, 524
Буфан Ростислав, 156
Бухштаб Андрій, 80
Бучма Софія, 376
Бяла Олександра, 395, 441

В
Вагілевич Анна, 526, 527
Вакула Богдан, 374
Василів Марта-Анастасія, 44
Васкан Віталія, 143
Васько Віталія, 177
Ващишин Марта, 329, 526, 527
Венцик Назар, 528
Вересович Орест, 76
Верещак Софія, 328
Вікторія Фостач, 467
Вінярська Оксана, 530
Власенко Ольга, 235
Власова Олена, 327
Вовк Наталія, 228
Вовк Софія, 285
Войцехівська Ірина, 187
Волошин Мар'яна, 95
Воронич Віталій, 238
Вучкан Андріана, 457

Г
Гавдьо Богдан, 531
Гавриленко Софія, 357
Гавриш Ангеліна, 472
Гайдучик Людмила, 534
Галатин Руслана, 397

Галій З., 244
Галімурка Христина, 533
Галушко Олександр, 245
Гальченко Павло, 217
Ганноха Катерина Олександрівна, 206
Гарасим Софія, 404
Гарасим Уляна, 289
Герон Наталія, 120
Гетманець А.О., 134
Глуховська Соломія, 94
Глушкова Ольга, 290
Гнатів Олена, 281
Гнатій Олена, 471
Гнатюк Андрій, 376
Голованова Аліна, 269
Головко Алла, 114
Голота Адріан, 69
Гончаренко Ярослав, 372
Гончарук Людмила, 142, 143
Горак Володимир, 416
Горішна Віра, 332, 351
Горобівська Тетяна, 184
Градик Марія, 535, 536, 538
Градик Роман, 536
Градик Тетяна, 535, 536, 538
Грет Тетяна, 459
Гречаник Орися, 539
Гриб Мирослава, 149
Григоренко Олександра, 64
Гринь Надія, 182
Гриньох Тереза, 377
Грицак Г., 243
Грицак Ганна, 278
Грицак Христина, 42, 48
Гудима Наталія, 120
Гузенко Олександр, 229
Гуменецька Наталія, 98
Гуменюк Яна, 337
Гунько Ганна, 145
Гупало Христина, 260
Гурко Ірина, 541
Гут Діана, 295

Д

Давиденко О., 244
Данилишин Марія, 149
Данилко Марта, 282
Даниляк Олег, 211
Дарвіш Катерина, 423
Дарій Іван, 12
Дармороста Христина, 542
Дацишин Наталя, 241
Дем'янчук Діана, 115
Демид Лідія, 209
Дерда Аліна, 291
Дерев’янцева Анна, 524
Джунь Яна, 150
Дигодюк Юлія, 318
Димид Галина, 544
Дікарєв Орест, 73
Довгопола Тетяна, 162
Дорошенкова Анна, 29
Дрізд Соломія, 539
Дудко Ксенія, 49, 361
Дудок Анна, 281, 343
Дудок Діана, 46, 221
Дуля Анастасія, 379
Дядюк Олександр, 450
Дятленко Анастасія, 460

Е

Ебазеров Хайредін, 293
Евеліна Вьонцек, 470
Енекве Іфеанії Крістіан, 126

Є

Єзерська О.І., 456
Єрмак Олександра, 13

Ж

Живіцька Христина, 310, 311
Жигайло Софія, 293
Жук Христина, 125

Журавінська Оксана, 474

З

Заболотна Зоряна, 159
Заза Кристина, 89, 210
Заліський Олег, 405
Заторська Оксана, 475
Затхей Світлана, 188, 189
Захарова-Гетьман Катерина, 476
Земскова Мар'яна, 202
Зозуля Тетяна, 555
Зубенко Марта, 249
Зубікова М., 471
Зубко Ірина, 3, 47
Зубович Роксоляна, 102

І

Іванейко Назарій, 96
Іванишин Оксана, 3, 274
Іванів Наталія, 146
Іванісік Вікторія, 294, 389
Іванцюра Михайло, 152
Іванчишин Андріан, 437
Івахнова Кароліна, 380
Ігнатьєва Катерина, 192
Іллюк Поліна, 146, 266, 387
Ільченко Мар’яна, 420
Іншина Діана, 62
Іськів Роксолана, 423, 424

К

Кадикова Ольга, 15
Кадушкевич Богдан, 409
Калиш Дем’ян, 77
Кандяк Ірина, 545
Канішина Тетяна, 16
Карамян Артур, 203
Карімова Гульнара, 287
Карпа Оксана, 343
Кархут Марта, 344
Кархут Софія - Марія, 196
Кацюба Юліана, 289
Квасова Поліна, 90
Кечур Юрій, 64
Кизима Іванна, 327
Кикта Христина, 444
Кирилюк Ярослав, 477
Кириченко Михайло, 90
Киричок Альбіна, 222
Кисиличак Оксана, 547, 561
Киця Іванна, 493, 548
Кінах Андрій, 303
Кіт Юлія, 198, 326
Кітченко Сергій, 268
Клім'юк Магда, 479
Кліщ Ірина, 171
Клюс Тетяна, 198, 312
Ключківська Христина, 340, 351
Коваленко Сергій, 197
Ковалець Діана, 126
Ковалик Дарина, 419
Ковалишин Мирослава, 116
Коваль Андрій, 265, 279
Коваль Марина, 298
Ковальський Ярослав, 381
Ковальчук Валентина, 123, 219
Ковальчук Іван, 44
Ковтун Вадим Богданович, 158
Ковтун Яна, 52
Когут Евеліна, 443
Кожелупенко Андрій, 541
Кожема Дмитро, 54
Козак Володимир, 100, 501
Козак Юлія, 122
Коліщак Оксана, 76
Конечний Юліан, 400
Конєва Анастасія, 222
Конкуловська Ірина, 154, 319
Коновал Степан, 83
Копанська Дзвенислава, 119, 137, 316
Копач Мар'яна, 198, 326
Копичин Катерина, 411
Коржовська Віта, 67

Коростиль Божена, 438
Корчак Софія, 57
Коструба Маркіян, 365
Кощановська Юлія, 549
Кравчинський Богдан, 104
Кравчук Юлія, 318
Кравчун Павло, 18
Крапівко Світлана, 19
Крив'як Петро, 122
Крисько Владислав, 419, 427
Крупач Андрій, 245
Крупеня Юлія, 557
Крупка Давид-Назар, 415
Крута Соломія, 293
Кузейків Марія, 128, 291
Кук Марія, 302
Кулачек Вероніка, 20
Кулачек Ярослав, 22
Кулікова Катерина, 353
Куліш Володимир, 60
Кульчинська Соломія, 344
Куляба Назар, 174, 179
Куновська Оксана, 8
Курдина Андрій, 234
Курман Лілія, 78
Курус Юлія, 46, 221
Кутасевич Марія, 371
Кухар Анна, 337
Кухарик Ольга, 106
Кучабський Степан, 246
Кучерепа Роман, 461
Кушнір Валентин, 480

Л

Лабацевич Ірина, 482
Лавриненко Андрій, 270
Лагно Єлизавета, 186
Ланова Юлія, 153
Ланюш Федір, 174, 295
Левко Наталія, 189
Левко Наталя, 188
Легкодух Олексій, 59
Легович Жанетта, 266
Леонтьєва Вікторія, 62
Лесняк Мартин, 393
Лецик Христина, 483
Лещук Ірина, 322
Лига Ольга, 314
Липівський Григорій, 224
Лісовський Руслан, 326
Лозовська Аліна, 485
Лопатинська Тетяна, 211
Лут Ірина, 486
Любенко Олена, 448
Лялька Мар'яна, 406

М

Макар Тарас, 149, 509, 577
Макачка Христина, 523, 551
Максимович Ірина, 266
Макух Марта, 355
Маланія Венера, 306
Малахова Валерія, 322
Малишко Ірина, 423, 426
Малиш-Комогорцева Софія, 160
Маліков Мустафа, 194, 251
Мариняк Любов, 340
Марковська Олена, 353
Мартинів Роман, 333
Мартинюк Андріанна, 382
Маруха Роман, 23
Марущак Мар`яна, 428
Марчинська Олена, 487
Марчук Маргарита, 169
Марчук Назарій, 488
Матвієнків Олег, 348
Матійків О.В., 449
Матюшенко Катерина, 405
Матяшок Любомир, 256
Меланчук Тетяна, 552
Мелешко Ірина, 383
Мельник Зоряна, 108
Мельникова Катерина, 165, 495
Меркуленко Зоряна, 185

Меркулов Андрій, 258
Мерцало Богдан, 218
Миронова Марія-Юлія, 415, 430
Михайлова Вікторія, 307
Мишовода Тетяна, 554
Мідянко Мар'яна, 555
Мінко Катерина, 348
Мінко Катерини, 557
Міренкова Поліна, 558
Мірошниченко Дмитро, 261
Місюк Ольга, 191
Міщук Ярина-Анастасія, 110
Мокра Христина, 274, 275
Моношин Олександр, 129
Моношина Наталія, 129
Моравецька Віра, 398
Мороз Наталія, 200
Мороз Олена, 387
Морозкін Артем, 489
Москаленко Олександра, 205
Моспан Назар, 560
Мрочковська Ірина, 431
Музика Ілона, 446
Музика Марія, 223

Н

Нагху Жамаль, 561
Настишин Софія, 74, 77
Нго Тхі Туйєт Нга, 235
Недзельський Степан, 400
Неізмайлова Наталя, 563
Николин Галина, 81
Нікітчук Ольга Миколаївна, 206
Ніколайчук Софія, 299
Новіцька Наталія, 432
Новоскольцев Артур, 91

О

Обухова Марія, 335
Озява Катерина, 564
Оленюк Любов, 219
Олєйнікова Юлія, 152
Оніщенко Марія Василівна, 158
Орел Віталій, 163
Орел Катерина, 350
Орищин Анастасія, 140
Орловська Ельвіра, 258
Ортинська Андріана, 566
Остапчук Юлія, 397

П

Павлишин Дарина, 84
Пазинюк Марія, 474
Пакулець Андрій, 357, 362
Палюх Оксана, 463
Паляниця Ірина, 491
Панцерно Катерина, 264
Панченко Світлана, 42, 48, 311
Панчишин Михайло, 241
Панчук Нестор, 67
Паранчишин Василина, 239
Параскевов Роман, 365
Парфенюк Андрій, 567
Паска Мирослава, 434
Пастернак Соломія, 405, 407
Патер Наталія, 274
Патер Наталія-Ярослава, 3, 332
Паук Марта-Марія, 183
Пашек-Садоха Рената, 412
Пелех Василь, 510
Пемпусь Олена, 201
Петейчук Тарас, 3
Петейчук Тарас Михайлович, 208
Петрівська Наталія, 130
Петрук Богдан, 269
Пецюх Ігор, 420
Пивоваров Олександр, 26
Пилипів Оксана, 168
Писаренко Геннадій, 225
Півень Вікторія, 185, 261
Підкова Анастасія, 354
Пільгуй Інна, 226
Пітин Ангеліна, 319

Поліков Георгій, 262
Поліщук Ярослава, 320
Порохнавець Софія, 166
Потапов Семен, 493, 548
Потоцька Надія, 569
Приймак Марія, 283
Приходько Дар'я, 347
Процайло Алєся, 547, 570
Процюк Маргарита, 494
Прусак Ольга, 301
Пукач Ілона, 67

Р

Резніков Юрій, 28
Ригель Святослав, 385
Рижків Тетяна, 513
Різниченко Олексій, 231
Ройко Гліб, 252
Ройчук Павло, 136
Романишин Соломія, 571
Романів Уляна, 495
Романко Ірина, 573
Романюк Андрій, 248
Романюк Катерина, 497
Романюк Оксана, 497
Рочко Іван, 398
Рочко Орест, 513
Рудий Назарій, 405
Рудик Богдан, 60
Рудковська Адріана, 323
Рудь Юрій, 379
Руминська Тетяна, 251
Ряшко Валентин, 85

С

Савка Остап, 132
Самко Христина, 133
Самойлова Анна, 354
Самойлова Ганна, 31
Самолюк Павла-Ніколетта, 508
Сапай Аліна, 268
Сас Олег, 248
Саюк Сергій, 56
Саян Галина, 228
Саян Лідія, 574
Сборщик Оксана, 133, 386
Свинаренко Станіслав, 231
Святун Юрій, 74, 77
Седлярук Дарина, 376, 387
Селіванов Олександр, 303
Селяметова Леніє, 128, 291
Семанків Ірина, 517, 576
Семенова Катерина, 327
Семенюк Ірина, 253
Семченко Владислав, 241
Сератор Софія, 464
Сергієнко Ірина, 215
Середа Андріян, 360
Сипало Анна, 32
Сисак Оксана, 156
Сисак Степан, 450
Скалецький Микола, 498
Скоромна Галина, 294, 389
Скробко Ігор-Андрій Олегович, 86
Слабий Максим, 257
Сліпа Наталія, 437
Слямханов Айтек, 500
Смалиус Катерина, 501
Смаль Микола, 503
Соболь Вікторія, 201
Собчишин Марія, 419
Содома Борис, 504
Соколовська Вікторія, 66
Соловей Ірина, 310
Соловей М., 243
Соловей Ю., 243
Соловйова Катерина, 558
Солодухіна Софія, 55
Соляник Дар'я, 47
Соляр Христина, 305
Сорока Богдана, 54, 302, 369
Сорока Ірина, 140
Сорочка Марія, 8

Сосна Галина, 376, 390
Сосновська Ксенія, 168
Сосяк Наталія, 348, 557
Сохань А. В., 394
Сочинська Анна, 132
Стадник Леся, 236
Стахняк Дарія, 310, 314
Степчук Роксолана, 45
Стецько Марта, 452
Стецюк Мар'яна, 577
Стрелкова Марина, 33
Стрельникова Юлія, 579
Струк Василь Вікторович, 87
Стусік Христина, 410
Султанова Єлизавета, 453
Суханов Андріан, 232
Сушінець Вікторія, 281, 343

Т

Табаченко Олена, 35
Тарабань Ірина, 339
Тарас Онищук, 60
Тарасюк Ярина, 418
Теглівець Ірина, 72
Теглівець Марта, 72
Терещенко Тетяна, 36
Терзалова Марія, 580
Тимків Олена, 391
Тимчишин Мар'яна, 139
Титус Андрій, 8
Ткачук Яна, 357, 358
Тринчук Юліана, 122
Труфін Ярослава, 454
Туркевич Данило, 3, 174
Тхір Наталія, 341

У

Уляновська Марія, 42, 332
Урбанович Мирослава, 180

Ф

Фатяк Уляна, 66
Федінчик Оксана, 320
Федорів Олена, 136
Федорчук Мирослава, 303
Філяк Юлія, 435
Фостяк Діана, 374
Фостяк Софія, 345

Х

Ханевська Яна, 364
Ханіна Наталія, 582
Харченко Андрій, 238
Хрип'як Христина, 214
Хропот Оксана, 400

Ч

Чалий Іван - Володимир, 3
Чаплинська Катерина, 133
Чапля Наталія, 139, 265, 276
Ченчак Михайло, 89, 210
Черніга Олег, 165
Чибрик Павліна, 238
Чихрак Софія, 174, 175
Чугай Милана, 315
Чудінович Ірина, 184, 270

Ш

Шалавило Андрій, 466
Шанигін А.В, 134
Шарафеддін Наталі, 505
Шахова Ольга, 318
Шваєвська Катерина, 401
Шевчук Галина, 583
Шеремета Данило, 3
Шикула Соломія, 41, 566, 586
Шиманський Андрій, 63
Шимушовський Віталій, 254
Шинкаренко Марія, 49
Шира Оксана, 585
Шікасюк Віталіна, 205
Шкут Катерина, 507
Шоробура Наталія, 393
Штибель Денис, 414, 423

Ю
Юнашев Дмитро, 336
Юров Дмитро, 367
Юрчак Маріанна, 51
Юрчук Ігор, 361
Юськів Христина, 71

Я
Ягодинський Андрій, 194, 251
Яковцова Тетяна, 336
Якубовська Ірина, 286
Януш Роман, 3
Яремко І.Я, 394
Ярка Галина, 213
Ярошевич Дарія, 587
Ясинецький Микола, 272
Яцунда Лілія, 191

A
Achando Dianna Janet, 645
Adeyemi Wuraola, 619
Agunloye Ruth Toluwani, 628
Aisha Nana Onisarotu, 640
Aleksander Wojdat, 606
Ali Habib Bourji, 624
Al-Trawneh Olena, 38
Anna Pańczyk, 610
Artur Wilimek, 611
Ashraf Abdelfattah, 592
Asuka E. S., 648
Attama Queenfreda, 594

B
Belyak Andriana, 590
Boateng Emmanuel Kwofie, 646

C
Семен Марта, 324
Chenchak Mykhailo, 627
Chineke Chibuikem, 595
Chinelo Ekezie, 628

D
Dagmara Latocha, 610
Demyd Lidiia, 622
Dominika Grzybowska-Ganszczyk, 609, 612

E
Ebisi Ursla Ifeoma, 596
Enekwe Ifeanyi Christian, 615
Ezema Chiemeka Oscar, 630, 645

G
Grzegorz Lisaj, 607

H
Hamerska Bozhena, 626
Hevi Mawuli, 597
Horoshko Vasyl, 613

I
Ifeanyi Gerald Emodi, 631, 640
Ilenloa Sophia, 632
Illiuk Polina, 623
Ivan – Volodymyr Chalyi, 605
Ivaniv Natalia, 623

J
Jeremiah Maina Yaga, 619, 633

K
Kamil Góra, 607
Kamil Trela, 609
Karkhut Marta, 616
Kasper Kuczyński, 634
Kastsiukovich S.V, 39
Kizito Mbata, 635
Konyk Maria, 639
Kovalets Diana, 615
Kulchynska Solomiya, 616

L
Lukashenko Katherina, 647
Łukasz Nowak, 610

Lyga O.V., 629

M

Magdalena Kuc, 610
Mariia Moroz, 617
Matthew Uche Eze, 598
Mazur Anna, 625
Mbata Munachimso Kizito, 619
Michał Chadryś, 612
Michał Szczęsny, 611
Mirosław Zalewski, 606
Molotyagin Dmitry, 644

N

Nana Aisha Onisarotu, 635
Nathan Yabo, 635
Nsikak Paulinus Usoroh, 620

O

Obianuju Chinyere Efobi, 631
Obianuju Efobi Chinyere, 636
Odionyenma Pearl Kelechi, 620, 633
Ojukwu Victoria Ezinne, 619, 633
Oksana Kuza, 591
Olesia Lisova, 591
OlexandrSelivanov, 590
Omovo Eguono Anastacia, 640
Orafunum Mercy Ebelechukvu, 636
Otunuga Moyinoluwa, 632

P

Pawan Tiwari, 643
Pervez Md Masud, 638
Petrovska Kateryna, 615
Piotr Słapak, 607

R

Romanko Anna-Maria, 625

S

Salaudeen Ismaeel Abidemi, 639
Salih S., 643
Sebastian Szczęsny, 608, 612
Sedliaruk Daryna, 623
Shitev Eugen, 625
Stadnyk Lesya, 641
Stakhnyak Dariya, 629
Svystak Irma, 615
Szymon Talarek, 606

T

Tarczynska Anna Maria, 640

U

Uchenna Samuel Aliejim, 648

V

Vares Yarema, 590
Vira Horishna, 621
Voronovska Mariia, 641

Y

Yahodynskiy Andriy, 627
Yakymenko Danuta, 647

Z

Zaikina Tetiana, 14
Zhyvitska Khrystyna, 590