Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

Харків 2012

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Медицина третього тисячоліття

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

(Харків 17 - 18 січня 2012 р.)

Харків 2012

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків 17-18 січня 2012 р.) Харків, 2012. – 286 с.

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 21 грудня 2011 р.

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Перспективы в изучении антибактериальных свойств наночастиц

Алтаев М.А., Конь Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель - профессор А.Я. Цыганенко

В связи с широкой распространенностью антибиотикорезистентности перспективным становится поиск новых веществ, обладающих антимикробными свойствами. Целью работы явилась оценка перспектив в изучении антибактериальных свойств наночастиц и их использования в медицине.

Материалы и методы. Нами проведен поиск статей в базе данных PubMed с использованием поисковых слов «(Antibacterial OR bactericidal) AND nanoparticle». Проведено сравнение количества работ в зависимости от года и страны публикаций, проанализированы основные направления работ, типы используемых наночастиц и микроорганизмы, выбранные в качестве моделей исследования.

Результаты. Найдено 732 работы, опубликованные с 1979 по январь 2011 гг. Из данных статей нами отобраны 189 работ, посвященных антибактериальным свойствам наночастиц, из них было 174 (92,06%) оригинальные работы и 15 (7,94%) обзорных. Изучению антибактериальных свойств наночастиц серебра посвящено 104 (55,03%) работы, наночастиц с антибиотиками – 23 (12,17%), диоксида титана – 22 (11.64%), оксида цинка – 19 (10,05%), оксида меди – 10 (5,29%). В качестве микробиологической модели наиболее часто использована E.coli – в 95 (50,26%) работах, несколько реже – Staphylococcus spp. – в 74 (39,15%) работах и др.

Выводы. Большинство работ посвящено наночастицам серебра, при этом недостаточно изучен механизм действия других металлических наночастиц. Необходимы работы посвященные влиянию наночастиц на представителей нормобиоценозов как организма человека и животных, так и окружающей среды.

Загальні відомості про анатомію прямої кишки

Вітенок О.Я., Богданець В.І., Манюк О.М.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Анатомія прямої кишки докладно описана у дорослих (Аминова Г.Г., 2007; Біктіміров В.В. та ін., 2007; П.А.Гелашвили и др., 2007; F.Aigner et al., 2003), більша кількість наукових праць присвячена експериментальним розробкам хірургічної анатомії прямої кишки (А.С.Ильясов, 2004; В.С.Коноплицький, 2007). Зокрема, відомо, що циркулярні і повздовжні м’язові шари відхідникової частини прямої кишки в верхній та середній третині розподілені рівномірно, товщина м’язової оболонки збільшується від проксимальної частини до дистальної. У нижній частині прямої кишки повздовжній м’язовий шар розміщується між сфінктерами, утворюючи три пучки м’язів відхідника, які разом з пучками сполучнотканинних волокон розходяться в трьох напрямах. Перший напрямок – пучки міоцитів повздовжнього шару не доходять до сфінктерів відхідника, направляються назовні косолатерально у вигляді напівкола і вплітаються в м’яз-підіймач прямої кишки. Другий – пучки міоцитів розміщені між сфінктерами, направляються косо і, проходячи в середину, прямують циркулярно напрям, беручи участь в утворенні циркулярного м’язового шару (внутрішній сфінктер). Третій – дистальна частина пучків міоцитів зовнішнього повздовжнього шару проникає в глибину зовнішнього сфінктера відхідника (В Ильясов, 2006). Зовнішній сфінктер прямої кишки є м’язом змішаного типу.

Особенности секреции половых гормонов у самок крыс при употреблении в питании генномодифицированной сои

Гольденберг М.В.
Научный руководитель- профессор В.И. Жуков
Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время широко обсуждается вопрос о возможности применения в питании человека генномодифицированных организмов (ГМО). Однако, имеющиеся сведения о влиянии ГМО-продуктов на функциональное состояние организма единичны, не рассматриваются механизмы влияния.

Цель нашей работы- изучение влияния ГМО-сои на секрецию гонадотропных и половых гормонов у самок крыс. Эксперементы проведены на крысах-самках линии Вистер, содержащихся в стандартных условиях вивария. Животные разделены на 5 групп: 1) самки, получавшие в питание не модифицированную сою в течении 2 месяцев, 2)самки, получавшие в питание не модифицированную сою 5 месяцев, 3) самки, получавшие ГМО-сою в течении 2 месяцев, 4) самки, получавшие ГМО-сою 5 месяцев, 5) самки, находившиеся на стандартном рационе питания (контрольная группа). Проведенные нами эксперименты показали, что использование в питании самок немодифицированной сои, а также ГМО-сои в течении 2 месяцев не влияет на концентрацию изучаемых нами гормонов. У самок, получавших ГМО-сою в течении 5 месяцев выявлено достоверное увеличение концентрации ФСГ при значительном снижении уровня эстрадиола, концентрация прогестерона несколько увеличена, однако увеличение не достоверно; концентрация тестостерона и проолактина практически не отличаются от их содержания у самок контрольной группы. Наши результаты свидетельствуют о том, что под влиянием ГМО-сои изменяется секреторная функция яичников. Полученные результаты позволяют сделать вывод: ГМО-соя при длительном применении в питании крыс-самок способствует снижению концентрации эстрадиола, что может отразится на репродуктивной функции.

Измерение содержания интерлейкина 1β под влиянием рецепторного антагониста при ишемическом поражении головного мозга

Грибовод В.В., Остропolец А.С.
Харьковский национальный медицинский университет

Цитокиновые механизмы острой и хронической церебральной недостаточности привлекают все более пристальное внимание ученых. Установлено, что при разнообразных поражениях головного мозга увеличивается продукция интерлейкинов, в том числе ИЛ-1β, быстрая экспрессия которого обуславливает лейкоцитарную инфильтрацию, нейротоксичность, индуцирует апоптоз нейронов. Антагонист рецепторов ИЛ-1β (АРИЛ-1) увеличивает и снижает неврологический дефицит. Целью нашего исследования является изучение влияния АРИЛ-1 на концентрацию ИЛ-1β при ишемии головного мозга. Эксперименты проведены на белых крысах-самцах массой 140-160 гр., содержащихся в стандартных условиях вивария. Нарушение кровоснабжения в переднемозговом бассейне осуществлялось путем билатеральной каротидной окклюзии. Животных разделили на 3 группы: 1)Контрольная - ложнооперированные животные;2)животные с экспериментальным нарушением мозгового кровообращения;3)животные с экспериментальным нарушением мозгового кровообращения, получавшие АРИЛ-1. Рекомбинантный АРИЛ-1 в дозе 15мг/кг внутримышечно вводили ежедневно в течение 3 дней, в последний раз за 30-40 минут до моделирования нарушения мозгового кровообращения. Через 24 часа после операции определяли неврологический дефицит путем тестирования в открытом поле. Далее животных декапитировали. Определяли массовый коэффициент головного мозга и содержание ИЛ-1β в сыворотке крови иммуноферментным методом. Было выявлено, что в крови ложнооперированных животных содержание ИЛ-1β в первые сутки снижалось, что может отражать реакции иммунной системы на хирургическую травму. Также установлено, что у животных гр. №2 через 40 минут после операции содержание ИЛ-1β в сыворотке крови

увеличивалось в 1,5 раза(143,7±14,12 против 99,07±7,53 пкг/мл в контрольной группе). АРИЛ-1 содержание ИЛ-1β по сравнению с гр. №2 не уменьшалось(140,4±16,48 пкг/мл), однако блокада рецепторов ИЛ-1β значительно уменьшает степень церебральной ишемии в постоперационном периоде. В этот период у животных гр. №2 начинает развиваться отек мозга, о чем свидетельствует увеличение массового коэффициента (МК) мозга в 1,2 раза, в гр. №3 МК практически не изменяется(0,79±0,05 против 0,82±0,03). Установлено, что между содержанием ИЛ-1β и МК существует высокая корреляция в группе №1(r=0,83) и в группе №2(r=0,89), у животных гр. №3 эта связь отсутствует. Через 24 часа после операции у крыс гр. №2 отмечался неврологический дефицит в виде нарушения двигательной и ориентационной активности в тесте «открытое поле». Отмечались тенденции к снижению локомоторной и исследовательской активности, по сравнению с крысами гр. №1. АРИЛ-1 достоверно увеличивал двигательную активность, не снижая при этом исследовательское поведение, повышал сумму всех видов активности в 1,7 раза по сравнению с ложнооперированными животными, и в 2,3 раза - по сравнению с крысами гр. №2, т.е. достоверно снижал неврологический дефицит. Полученные нами результаты позволяют сделать следующие выводы:1)В течение первых суток после билатеральной каротидной окклюзии у крыс постепенно увеличивается содержание ИЛ-1β в крови; 2)АРИЛ-1 уменьшает отек мозга и улучшает кровообращение, редуцирует неврологический дефицит через 24 часа после окклюзии, постепенно снижает концентрацию ИЛ-1β; 3)АРИЛ-1 является вторичным нейропротектором, который редуцирует проявления активации механизмов повреждения нейроном, индуцированной ишемией мозга.

Здатність до плівкоутворення ізолятів Proteus spp. під впливом електромагнітного випромінювання оптичного діапазону

Дубовик О.С., Мішин Ю.М., Аус.з.Абд.Аль
Харьковский национальный медицинский университет

Утворення біоплівок мікроорганізмами є однією з головних проблем у лікуванні гнійно-запальних процесів, тому що у складі біоплівки мікроорганізми набувають надзвичайної стійкості до антибактеріальних препаратів. Сьогодні у всьому світі науковці та лікарі практичної медицини намагаються знайти раціональний шлях терапії із застосуванням немедикоментозних методів лікування, безпечних для людини.

Мета: визначення здатності до плівкоутворення ізолятів P.vulgaris та P.mirabilis під впливом світлодіодного синього та червоного випромінювань.

Опромінення суспензійних культур P.vulgaris та P.mirabilis проводилося у полістиролових планшетах для імуноферментного аналізу протягом 15 хвилин за допомогою фотонної матриці з синіми та червоними світлодіодами. Оптична щільність реєструвалася на ридері «Multiskan EX 355». Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою програми «Biostat».

У результаті проведених досліджень було встановлено, що здатність до формування біоплівок у протеїв різнилась: у ізолятів P.vulgaris, що опромінені червоними світлодіодами (1,09±0,06 од.опт.щ.) здатність до формування біоплівки була вище, ніж при опроміненні синіми світлодіодами у 1,2 рази та порівняно з позитивним контролем (1,03±0,04 й 0,93±0,08 од.опт.щ. відповідно). Однак, стосовно здатності сформованої біоплівки продукувати планктонні клітини, було встановлено, що після дії синього та червоного світла здатність до продукції планктонних клітин біоплівками P.vulgaris майже не різнилася між собою й позитивним контролем (0,99±0,041; 0,96±0,039 й 0,99±0,38 од.опт.щ. відповідно). Зареєстровані результати свідчать про те, що через добу здатність продукованих планктонних клітин до формування вторинних біоплівок суттєво різнилась.

Так, планктонні клітини P.vulgaris, що не опроміненні (позитивний контроль), утворювали біоплівку щільністю 2,16±0,09 од.опт.щ., а у планктонних клітин P.vulgaris, що були продуковані біоплівкою після опромінення червоними світлодіодами, здатність до формування щільної біоплівки знижувалась, порівняно із таким після опромінення синіми світлодіодами (1,17±0,05 й 1,33±0,08 од.опт.щ. відповідно) й порівняно з позитивним

контролем відповідно у 1,9 й 1,6 рази, що говорить про втрату здатності до формування щільної біоплівки планктонними клітинами ізолятів P.vulgaris, що були продуковані сформованими біоплівками після опромінення початкової суспензійної культури P.vulgaris. Пригнічення здатності до формування біоплівок планктонними клітинами, що були продуковані сформованими біоплівками після опромінення інокуляту P.vulgaris червоним або синім світлом, мабуть, пов'язане зі зниженням здатності до адгезії P.vulgaris до субстрату, що потребує ретельного вивчення. Що стосується здатності до біоплівкоутворення P.mirabilis після опромінення як червоними, так і синіми світлодіодами, різниці між щільностями утворених біоплівок не було виявлено (1,14±0,6 й 1,13±0,5 од.опт.щ. відповідно), й щільність сформованих біоплівок не відрізнялась від контролю (1,11±0,6 од.опт.щ.). Але здатність сформованих біоплівок виділяти планктонні клітини достовірно різнилась. Так, кількість планктонних клітин, що продуковані біоплівкою, сформованою після опромінення штамів P.mirabilis червоним світлом, була у 1,5 рази вище, ніж після опромінення синім світлом, кількість яких дорівнювала контрольних значень.

Імуногістохімічне дослідження сигморектального сегмента

Гораш Є.В., Молдован Ю.В., Біла А.В.
Науковий керівник – професор Ю.Т.Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

При проведенні імуногістохімічної реакції з антитілами до десміну реакція виявилася негативною, тобто в м'язовій оболонці кишкової стінки дистального відділу сигмоподібної ободової кишки, сигморектального переходу і очеревинного відділу прямої кишки в ранньому періоді онтогенезу десмін відсутній, що спростовує твердження Y.Watanade et. al. та N.Guarino et. al. про те, що десмін активно виявляється під час міогенезу, а природжена кишкова непрохідність є наслідком його персистенсії з плодового періоду внутрішньоутробного розвитку.

Отже, у новонароджених добре сформовані та чітко виражені всі оболонки сигморектального сегмента. Результи наших досліджень вказують на наявність сфінктера О'Берна-Пірогова-Мутьє, локалізованого в сигморектальному переході. Між тим, можна погодитись з висновком Л.Л.Колесникова, 2007 про те, що сфінктери – це широка перехідна ділянка, яка забезпечує дозоване і регульоване скорочення, представлена передсфінктерним відділом з накопичувальною функцією, власне системою сфінктера і постсфінктерним відділом з евакуаторною функцією. На нашу думку передсфінктерним відділом в сигморектальному сегменті є дистальний відділ сигмоподібної ободової кишки, система сфінктера представлена сигморектальним переходом, а постсфінктерним відділом є очеревинний відділ прямої кишки. Межі товстої кишки також визначаються сфінктерами.

Изучение объема печени человека и его зависимость от антропометрических и морфометрических показателей.

Запорожец И.А., Кисель О.В., Горяинова Г.В.
Харьковский национальный медицинский университет

В хирургической гепатологии выполнение анатомических резекций базируется на данных, касающихся объема органа, объема его долей, секторов и сегментов.

Целью настоящего исследования явилось определение среднего значения объема печени волюмометрическим способом, а также изучение зависимости величины объема печени от ряда антропометрических и морфометрических показателей.

Материалом настоящего исследования послужили 57 трупов людей, обоего пола, зрелого возраста, умерших по причине, не связанной с патологией гепатобилиарной системы. В горизонтальном положении трупа на спине определялось расстояние между нижними точками X ребер (distantia costarum) и расстояние между передними верхними подвздошными остями (distantia spinarum). После чего определялся поперечный индекс живота (ПИЖ), предложенный Т.Ф. Лавровой (1980).

Окружность грудной клетки измерялась сантиметровой лентой в горизонтальном положении трупа на спине на уровне, расположенном на 4 см выше мечевидного отростка грудины. Эпигастральный угол измерялся с помощью угломера, применяемого в травматологии. Линейные размеры печени измерялись на изолированных препаратах после выделения органа из трупа. Измерение объема печени трупа производилось с помощью прибора «Волюмометр».

В результате проведенных нами исследований установлены следующие средние значения антропометрических показателей: distantia costarum – 31,0 ± 4,0 см; distantia spinarum – 27,8 ± 0,66 см; окружность грудной клетки – 86,7 ± 2,0 см; величина эпигастрального угла – 91,0 ± 2,1 градус; поперечный индекс живота – 113,2 ± 3,94.

Средние значения длины печени для обоего пола составили 24,2 ± 0,30 см, для мужчин – 24,6 ± 0,34 см, для женщин – 23,1 ± 0,58 см; средние значения ширины для обоего пола 17,0 ± 0,28 см, для мужчин – 16,8 ± 0,30 см, для женщин – 17,3 ± 0,60 см; средние значения высоты соответственно 8,4 ± 0,13 см, 8,3 ± 0,23 см, 8,7 ± 0,42 см. Колебание объема печени составило 772-1164 $см^3$, срединная точка распределения (*Me*) – 1150 $см^3$.

Нами установлены корреляционные зависимости между объемом печени и рядом антропометрических и морфометрических показателей. Сильная положительная корреляционная связь ($r_{xy} > 0,71$) установлена между показателями высоты печени ($r_{xy} = +0,80$), величиной эпигастрального угла ($r_{xy} = +0,73$) и показателем объема печени. Средней силы ($0,31 < r_{xy} < 0,71$) положительная связь существует между полом ($r_{xy} = +0,67$), показателем поперечного индекса живота ($r_{xy} = +0,63$), шириной ($r_{xy} = +0,59$), длиной ($r_{xy} = +0,57$) печени, distantia costarum ($r_{xy} = +0,43$) и объемом печени. Слабой силы ($r_{xy} < 0,30$) положительная корреляционная связь имеется между distantia spinarum ($r_{xy} = +0,30$), показателем окружности грудной клетки ($r_{xy} = +0,28$) и объемом печени.

На основании ранговой корреляции информативности изучаемых показателей нами определено, что наибольшее влияние на величину объема печени имели: высота печени; величина эпигастрального угла; поперечный индекс живота.

Таким образом, существует прямая зависимость между этими показателями и величиной объема органа, а при колебании этих показателей выше и ниже их средних значений наблюдалось аналогичное колебание среднего значения объема органа.

Клеточные реакции очага карагиненового воспаления на фоне введения натрия нуклеината

Коваленко Л.И., Тверезовский В.М.
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель – профессор А.Н. Шевченко

Воспаление составляет основу большинства заболеваний человека и остается центральной и основной проблемой медицины всей истории. Все чаще острые воспалительные процессы принимают затяжной характер; возрастает количество первично хронических воспалительных заболеваний. Особенный практический интерес составляет механизм перехода острого воспаления в хроническое (вторичное хроническое воспаление). Целью исследования явилось изучение в динамике клеточных реакций очага карагиненового воспаления на фоне введения натрия нуклеината. Опыты проведены на крысах-самцах, массой 180-220 г. Воспаление вызвано подкожным введением 5мг λ-карагинена (“Sigma, США”) в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия. В динамике воспаления, начиная с 6-ых по 28-ые сутки, изучали клеточные реакции очага воспаления на фоне введения натрия нуклеината методом подсчёта воспалительных клеточных очагов в центре и на периферии очага воспаления. Установлено, что накопление нейтрофильных, базофильных и эозинофильных лейкоцитов выявляется в первые двое-трое суток и преимущественно в центральных отделах очага, что является проявлением экссудативной фазы воспаления. На смену последней с того же срока приходит пролиферативная фаза, подтверждающаяся накоплением моноцитов, макрофагов, лимфоцитов, плазмоцитов, тканевых базофилов и гистиоцитов с наибольшей их концентрацией в периферических зонах. Уменьшение уровня

содержания данных клеточных элементов в определённые сроки наблюдения в центре воспалительного очага объясняется их скоплением и формированием гранулём (подсчёт производили вне гранулём), в периферических участках – прогрессированием склеротических процессов с вытеснением клеточных элементов, развитие которых в более ранние сроки наблюдается в группе «Карагинен+препарат».

Морфофункциональное состояние отдаленных лимфоузлов при вторично хроническом воспалении

Кучерявченко М.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Целью исследования является установление особенностей и закономерностей морфофункциональных изменений в отдаленных лимфоузлах при вторично хроническом воспалении.

Эксперимент проведен на 68 крысах-самцах линии Вистар массой 180–200 г. Вторично хроническое воспаление вызывали подкожным введением в область бедра 5 мг λ-карагинена (“Sigma”, США) в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия. В динамике воспаления, начиная с 6-го часа и до 28-х суток, исследовали отдаленные лимфоузлы на парафиновых срезах, с помощью обзорной окраски гематоксилином-эозином и по Ван Гизон. Определяли относительный объем коркового вещества, паракортикальной зоны и мозгового вещества, а также вычисляли плотность клеточных элементов в условной единице площади этих зон.

При вторично хроническом воспалении в отдаленных лимфоузлах происходит первоначальное (к 6-му часу) снижение плотности клеточных элементов в коре и паракортикальном слое с одновременным увеличением плотности в мозговом слое. Начиная с 1-х суток, плотность клеточных элементов во всех слоях возрастает относительно 6-го часа и остается в мозговом и паракортикальном слоях длительно на одном уровне, близкому к контролю, заметно снижаясь на 14-е сутки. В тоже время в корковом слое с 3-х до 10-х суток отмечаются гиперпластические процессы, что проявляется высокой плотностью клеточных элементов. Плотность клеточных элементов во всех слоях, особенно в коре, максимальна на 10-е сутки воспаления. На 14-е сутки отмечается снижение плотности клеточных элементов во всех исследованных слоях лимфоузлов, по сравнению с 10-ми сутками, с подъемом в паракортикальном и мозговом слоях на 21-е сутки, а в коре на 28-е сутки. На 28-е сутки воспаления показатели плотности клеточных элементов во всех слоях оказываются на уровне контроля.

Таким образом, в отдаленном лимфоузле при вторично хроническом воспалении первоначально усиленная миграция Т-клеток преобладает над активацией пролиферативных процессов, так что клеточность коры и паракортикальной зоны снижается. Затем в коре пролиферативные процессы нарастают, и ко 2-м суткам клеточность восстанавливается, а к 3-м суткам наблюдается гиперплазия коры. В паракортикальном слое нарастание пролиферативных процессов приводит к восстановлению клеточности к 1-м суткам практически до контрольной и затем, с небольшими колебаниями, к удержанию ее на таком уровне до 7-х суток. В мозговом слое гиперпластические явления отмечаются с самого начала воспаления, так что с 1-х и практически до 28-х суток наблюдается гиперплазия ткани. Клеточность отдаленных лимфоузлов в динамике воспаления претерпевает довольно значительные колебания, отражающие, по-видимому, изменения соотношения явлений миграции и пролиферации в связи с фазностью клеточных реакций при хроническом воспалении.

Варіант топографії яєчок і над’яєчок у плода 6 місяців

Куфтяк В.В., Тернавська А.В.

Науковий керівник – професор Т.В. Хмара

Буковинський державний медичний університет

Метою роботи було з’ясування типової та варіантної анатомії яєчково-над’яєчкового комплексу у плодів людини 186,0-230,0 мм тім’яно-куприкової довжини (ТКД). Дослідження проведено на 8 плодах за допомогою методів тонкого препарування та морфометрії. В одному випадку (плід 200,0 мм ТКД) виявлені особливості синтопії яєчок і над’яєчок. Яєчка

розміщувались у порожнині великого таза таким чином, що їх нижні кінці знаходилися біля входу у глибоке пахвинне кільце. Повідець як правого, так і лівого яєчка відходив від нижнього кінця органа і занурювався у відповідний пахвинний канал. Праве яєчко, циліндричної форми, займало косе положення, а ліве, сплюснуто-овальної форми, – майже вертикальне. Висота правого яєчка 10,3 мм, ширина – 3,7 мм, товщина – 3,4 мм. Латеральніше верхнього кінця правого яєчка проходив статево-стегновий нерв. Присередня поверхня яєчка прилягала до великого поперекового м'яза. Медіальніше присередньої поверхні яєчка розташовувався сечовід. Головка правого над'яєчка, висотою 2,9 мм, знаходилася на одному рівні з верхнім кінцем яєчка. Тіло правого над'яєчка, довжиною 5,4 мм, прилягало до заднього краю яєчка; довжина хвоста над'яєчка – 1,9 мм. Висота лівого яєчка 7,6 мм, ширина – 4,2 мм, товщина – 3,8 мм. До задньої поверхні верхнього кінця та присередньої поверхні лівого яєчка щільно прилягали петлі сигмоподібної ободової кишки. Позаду останньої знаходилися: бічний шкірний нерв стегна, стегновий і статево-стегновий нерви, великий поперековий м'яз, сечовід, зовнішні клубові судини. Присередня поверхня лівого яєчка прилягала до пупкової артерії. До бічної поверхні, заднього краю та нижнього кінця яєчка прилягало S-подібної форми ліве над'яєчко. Висота головки над'яєчка становила 3,9 мм, довжина тіла – 3,2 мм і довжина хвоста – 2,3 мм.

Лектиногістохімічне дослідження і ембріогенез привушної слинної залоз
Лаврів Л.П., Сарафінчан М.Ф., Пікулович Х.С.
Науковий керівник – професор І.Ю. Олійник
Буковинський державний медичний університет

Лектиногістохімічне дослідження широко ввійшло у практику морфологічних досліджень, є велика кількість лектинів (Лт), адаптованих для вивчення клітин і тканин людини. Лт використовують як маркери нормальних і патологічних клітин та тканин, характер топографії їх рецепторів залежить від ступеня диференціювання складових клітинних популяцій. Слинні залози є особливою групою органів. В останнє десятиліття, внаслідок кардинального покращення діагностики захворювань, частота реєстрації патології слинних залоз значно зросла і згідно повідомлень авторів (Денисов А.Б., 2003; Щипский А.В., 2008) становить від 0,6 до 1,5%. Саме з'ясування особливостей закладки, розвитку і становлення топографії привушної слинної залози (ПСЗ) у пренатальному періоді онтогенезу має важливе значення для цілісного розуміння структурно-функціональної організації слиновидільного апарату, структур ротової порожнини та органів і структур привушної ділянки. Динаміка тканинних і клітинних глікокон'югатів у процесі диференціювання підпорядкована певним закономірностям, що дозволяє застосовувати Лт в ембріологічних дослідженнях. Наявні дані не дають повного уявлення про динаміку становлення топографоанатомічних взаємовідношень привушної слинної залози впродовж пренатального періоду онтогенезу людини. Морфологічні аспекти становлення структур привушної слинної залози в онтогенезі людини вивчені недостатньо або (у частині лектиногістохімічних особливостей) не досліджені зовсім, а деякі з них залишаються дискусійними. Перспективи наукового пошуку в даному напрямку вбачаємо в детальному лектиногістохімічному дослідженні перебігу ембріогенезу ПСЗ та прилеглих до структур.

Применение экстрактов тыквы и морской капусты для коррекции изменений окислительно-антиоксидантного гомеостаза головного мозга при гиподинамии
Лукьянова Е.М.
Научный руководитель - доцент Т.В. Горбач
Харьковский национальный медицинский университет

Экзогенное усиление антиокидантных систем организма (АОС) может играть решающую роль в сохранении жизнедеятельности организма при гиподинамии. Возрастает интерес к продуктам питания, усиливающим АОС. Целью нашей работы являлось изучение антиоксидантной активности экстрактов морской капусты и тыквы.

Эксперименты проведены на белых крысах-самцах, массой 150-170 г. Гиподинамию моделировали, помещая животных в специальные боксы, ограничивающие движение. Животных разделили на три группы: 1) контрольная – животные находились в стандартных условиях вивария в клетках, позволяющих свободно перемещаться; 2) животные находились в условиях гиподинамии 6 часов в сутки на стандартном рационе; 3) животные также находились в условиях гиподинамии, но в дополнение к рациону питания получали ежедневно пищевые добавки из расчета 1,28 г на 1 кг массы тела. Установлено, что при гиподинамии резко увеличивается содержание ТБК-активных продуктов при недостаточности АОС. При применении экстрактов тыквы в головном мозге и сыворотке крови содержание ТБК-активных продуктов достигает уровня у животных контрольной группы, увеличивается общая антиоксидантная активность, по сравнению с контрольной группой. Применение экстракта морской капусты приводит к нормализации содержания ТБК-активных продуктов, однако, общая антиоксидантная активность остается сниженной.

Следовательно, применение экстрактов тыквы и морской капусты способствует нормализации состояния прооксидантно-антиоксидантной системы. Более эффективным является экстракт тыквы.

Комбінована дія озонованих розчинів олеїнової кислоти та тербінафіну на Candida albicans

Лупай О.В., Граматюк С.М.
Науковий керівник - професор А.Я. Циганеннко
Харківський національний медичний університет

Проблема пошуку і розробки сучасних методів лікування пов'язана з полірезистентністю штамів мікроорганізмів. У зв'язку з цим, активно досліджується дія озону, та озонованих розчинів і олій. Антимікробну дію озону обумовлено деструкцією клітинних мембран, порушенням їх бар'єрної функції, окисленням білків, пригніченням функціональної активності бактерій, перетворенням плазмідної ДНК і т.п. У результаті озонування знижується проліферація бактерій, а при великих дозах відбувається їх повна загибель. Антимікотичний препарат тербінафін досить єфективний відносно Candida albicans, але все частіше з’являються резистентні штами.

Мета: визначення ефективності комбінованної дії озонованих розчинів олеїнової кислоти та тербінафіну відносно грибів Candida albicans in vitro.

Матеріали та методи: визначення мінімальної подавляючої концентрації (МПК) озонованої олеїновой кислоти та тербінафіну проводили методом серійних розведень у полістиролових 96-ти луночних планшетах. Результати оцінювали за оптичною щильністю при довжені хвилі 540 нм на фотометрі СФ.

Результати дослідження: при визначенні МПК тербінафіну було встановлено, що показники середньої оптичної щильності склали 0,307±0,5 од. ОЩ, для озонованої олеїнової кислоти 0,611±0,7 од. ОЩ. При визначенні комбінованої дії цих речовин показники склали 0,269±0,6 од. ОЩ.

Висновки: в результаті проведеного дослідження було визначено, що препарат тербінафін має високу єфективність відносно грибів Candida albicans, озонований розчин олеїнової кислоти єфективності не має, але комбіноване застосування цих речовин найбільш ефективне, що можливо пов’язано з поліпшенням проникнення тербінафіну крізь клітинну стнінку мікроорганізма завдяки озонованій олеїновій кислоті.

Исследование социальных факторов роста антибиотикорезистентности микроорганизмов

Майорова М.В., Овсянников А.А., Конь Е.В., Сирица А.В.
Научный руководитель - профессор А.Я. Цыганенко
Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Одним из факторов, способствующих формированию устойчивости микроорганизмов к антибиотикам, является их бесконтрольное и повсеместное применение.

Низкий уровень знаний о рациональной антибиотикотерапии отмечается не только среди части населения без медицинского образования, но и у лиц, связанных с медицинской практикой. Целью работы явилось изучение уровня осведомленности студентов медицинского ВУЗа о рациональном использовании антибиотиков.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 176 студентов 2 курса Харьковского национального медицинского университета по анкетам Special Eurobarometer N338 «Anti-microbial resistance».

Результаты. Согласно результатам опроса 54% респондентов в последние 12 месяцев принимали антибиотики, из них 36% занимались самолечением; при этом 29% опрошенных приобрели антибиотики в аптеке без рецепта. Выявлен значительный удельный вес нерационального использования антибиотиков (при гриппе – в 19,19%, при ОРЗ и при кашле – в 40,74%). Целесообразное назначение препаратов (бронхит, пневмония и др.) не превышало 13%. Отмечен общий низкий уровень осведомленности студентов о случаях надлежащего приема антибиотиков (49% респондентов считали, что антибиотики убивают вирусы, 61% – что антибиотики эффективны при гриппе и ОРЗ).

Выводы. Результаты исследования указывают на то, что неверные общественные представления об антибиотиках делают их неэффективными, а усовершенствование медицинских знаний студентов о надлежащем использовании антибиотиков является первостепенной задачей.

Взаимосвязь секреции лептина и инсулина при сахарном диабете 2 типа

Малько Т.Г

Научный руководитель - доцент Т.В. Горбач

Харьковский национальный медицинский университет

Повышенная секреция инсулина при сахарном диабете 2 типа(СД2) пособствует снижению липолиза и активации липогенеза, что приводит к увеличению массы жировой ткани. Липоциты не только запасают жир, но и секретируют ряд биологически активных веществ, которые оказывают многообразные влияния на обмен веществ. Связь между содержанием лептина и инсулина не изучена.

Целью нашей работы явилось изучение содержания лептина и связи его уровня с концентрацией инсулина у девушек студентов 2-3 курсов ХНМУ. В исследовании участвовало 20 девушек, находящихся на диспансерном учете по поводу СД2, имеющих индекс массы тела(ИМТ) 29±3 кг/м^2. Контрольную группу составили 8 здоровых девушек, имеющих ИМТ 18,9±20кг/м^2. Биохимическое исследование включало определение базальных уровней лептина и базальных, стимулированных уровней инсулина в сыворотке крови в ходе теста толерантности к глюкозе (иммуноферментными методами). Анализ полученных результатов выявил достоверное повышение базальной концентрации лептина у девушек при СД-2, по сравнению со здоровыми девушками (14,25±1,1 нг/мл и 2,0±0,1 нг/мл, соответсвенно). Установлено, что наряду с высокой секрецией базального лептина имеет место повышение базальной (152,6±10,5пмоль/л против 90,45±9,86пмоль/л) и стимулированной секреции инсулина. Получена достоверная прямая корреляционная зависимость между уровнем лептина и индексом массы тела при СД-2, и обратная корреляционная зависимость у здоровых девушек. Повышение базальной продукции лептина при увеличении индекса массы тела при СД-2 указывают на наличие нейроэндокринной дисфункции и формирование лептинорезистентности.

Вариантная анатомия и индивидуальная изменчивость мозжечка человека

Молчанюк Д., Марьенко Н.

Научный руководитель - доцент А.Ю. Степаненко

Харьковский национальный медицинский университет

В основе многих врожденных и приобретенных заболеваний мозжечка, манифестирующих в зрелом возрасте и сопровождающихся синдромами нарушения мозжечковых функций (наследственной мозжечковой атаксии Пьера Мари, цереброоливарной атрофии Холмса, рассеянного склероза, алкогольной мозжечковой

дегенерации и др.), лежат гибель клеток и дегенерация волокон коры мозжечка, которые на органном уровне проявляются уменьшением его массы, объема и линейных размеров – изменениями, доступными для прижизненного выявления с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Применение КТ и МРТ позволяет не только устанавливать наличие объемных процессов (опухоли, атрофии), но и определять линейные размеры и объем мозжечка.

В связи с этим актуальным направлением морфологических исследований мозжечка является изучение вопроса нормы его строения, отражающей закономерности индивидуальной изменчивости, вытекающие из популяционных, возрастных, половых, соматотипических и краниотипических особенностей

Цель нашего исследования – определить индивидуальную анатомическую изменчивость морфометрических показателей мозжечка с учётом возрастной динамики и половых особенностей.

Исследование проведено на базе Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы на 200 объектах – трупах людей обоего пола, умерших от причин, не связанных с патологией мозга, в возрасте 20–99 лет. В ходе судебно-медицинского вскрытия проводили морфометрию мозжечка после его выделения из черепной коробки, рассечения ножек мозжечка и отделения от ствола мозга. Продольный размер черепа определяли от середины надпереносья (глабелла) до самой выступающей кзади точки наружной поверхности затылочной кости (опистокранион). Поперечный размер замеряли между двумя наиболее удаленными от серединной плоскости точками на латеральной поверхности черепа (эурион). Объем черепа вычисляли по классической формуле: $V=4/3\pi R3$, где R – средний радиус черепа, определяемый по формуле $R=\sqrt{(d\times l)}$, где d - длина, l – ширина черепа.

Измеряли массу (взвешиванием на электронных весах с точностью 0,1 г) и объем (путем определения количества вытесненной жидкости с точностью до 1 мл), а также линейные размеры: латеральный, или ширину, ростроказдальный, или длину, и вентродорсальный, или высоту. Полученные выборки оценивали статистически.

Выяснено, что масса мозжечка при средней величине 139–142 г колеблется в широких пределах – от 100 до 190 г, разница между крайними значениями достигает трети значения средней величины. В области средних значений массы находится 59 % вариант, соответственно, 41 % вариант лежит в областях крайних значений, среди последних чаще встречаются мозжечки с меньшей массой. Если учитывать половые особенности, то масса мозжечка колеблется у мужчин от 100 до 190 г и от 100 до 160 г у женщин. Разница между крайними значениями достигает трети значения средней величины у мужчин и пятой ее части у женщин. Средние значения объема по величине несколько меньше средних значений массы мозжечка, как у мужчин, так и у женщин, при этом разница между крайними значениями совпадает с разницей, указанной выше относительно массы. Среди линейных размеров мозжечка ширина и длина мозжечка у мужчин больше, чем у женщин, а значения высоты мозжечка у мужчин и женщин не отличаются. Также стоит обратить внимание на уменьшение всех параметров мозжечка (высоты в меньшей мере) под действием возрастного фактора.

Таким образом, установлено, что: для мозжечка характерна выраженная индивидуальная изменчивость макроанатомических показателей; распределение значений изучаемых показателей носит характер нормального закона, наиболее часто встречаются средние значения изучаемых величин; значения массы, объема и линейных размеров мозжечка у мужчин больше, чем у женщин; различия морфометрических показателей мозжечка обусловлены главным образом размерами черепа, зависящими в свою очередь от половых и возрастных факторов. Полученные данные могут быть использованы для установления нормы строения мозжечка, а также для повышения точности диагностики патологии мозжечка с помощью МРТ.

Особенности поведенческих реакций и метаболических процессов в головном мозге крыс, получавших тонизирующие напитки

Орлова М.А.
Научный руководитель – доцент Т.В. Горбач
Харьковский национальный медицинский университет

Напряжённость социальных и трудовых отношений, высокие информационные нагрузки, изменения в климате способствуют развитию депрессивных состояний, побуждая к применению тонизирующих напитков. В торговой сети имеется широкий ассортимент, однако точный состав их не известен, не изучена безопасность их систематического применения.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния тонизирующего напитка «Black» на поведение крыс и особенности метаболических процессов в головном мозге. Эксперимент был проведён на белых крысах-самцах, массой 150-170 г, содержавшихся в стандартных условиях вивария. Согласно имеющимся на этикетке сведениям в напитке содержится основное действующее вещество – таурин. Однако напиток может содержать и другие, не регламентируемые компоненты, поэтому мы решили включить в эксперимент группу сравнения – животных, получавших раствор таурина..

Экспериментальных животных разделили на 3 группы: 1) контрольные животные, содержавшиеся на стандартном рационе питания; 2) группа сравнения – получавших ежедневно в течение 30 дней по 2 мл раствора таурина; 3) основная группа – животные, получавшие ежедневно в течение 30 дней по 2 мл напитка «Black». Каждая группа включала 5 животных. Поведение животных оценивали «в открытом поле». В гомогенатах головного мозга изучали содержание серотонина и норадреналина (спектрофлюориметрически), активность гексокиназы и фосфофруктокиназы (спектрофотометрически) и содержание АТФ (спектрофотометрически).

Установлено, что у животных, получавших таурин, увеличивается содержание норадреналина в 2 раза и серотонина в 1,4 раза. Возрастает содержание АТФ при увеличении активности гликолитических ферментов по сравнению с соответствующими показателями у животных контрольной группы. Соотношение норадреналин/серотонин, отражающее функциональное состояние организма, повышается, однако увеличивается недостоверно. Повышение содержания АТФ при небольшой активации ферментов гликолиза свидетельствует о том, что преобладают аэробные процессы синтеза АТФ.

У животных, получавших «Black», содержание серотонина в головном мозге увеличивается в 2,2 раза, концентрация норадреналина при этом снижается в 1,2 раза, коэффициент норадреналин/серотонин снижается. Концентрация АТФ не отличается от уровня у животных контрольной группы, а активность гликолитических ферментов значительно увеличивается, что свидетельствует о наличии гликогена. По-видимому, адаптация у животных основной группы осуществляется за счёт мобилизации ресурсов организма.

Тестирование животных в «открытом поле» показало, что у животных, получавших «Black», повышена двигательная активность, эмоциональные и вегетативные реакции при значительном снижении ориентировочно-поисковых реакций. У животных, получавших таурин, все изучаемые параметры не отличаются от контрольной группы. Различия в результатах тестирования позволяют предположить несоответствие регламентируемой рецептуры и полного состава напитка.

До термінології клубового сосочка

Проняєв Д.В., Дмитрук Д.С., Москалюк А.Г.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Однією з структур клубово-сліпокишкового переходу, будова та розвиток якої викликає багато протиріч серед науковців, є частина тонкої кишки, що випинає в просвіт товстої кишки. У літературі трапляється декілька назв: баугінієва заслінка, клубово-сліпокишковий клапан, клубовий сосочок та ін. На нашу думку всі ці визначення є недосконалими. Адже

клубово-сліпокишковий сфінктерно-клапанний апарат є поєднанням як клапанних структур так і сфінктерних. Як відомо, клапанні структури організму візуалізуються як складки внутрішньої (у даному випадку слизової) оболонки. Сфінктерні структури візуально являють собою сосочок. Ми заперечуємо тезу, що клубовий сосочок в дефінітивному стані в нормі може бути сосочкоподібного або лійкоподібного типу. На нашу думку, лійкоподібний тип клубового сосочка взагалі не можна розглядати як нормальне анатомічне утворення, а сосочковий тип, хоча і виконує антирефлюксну функцію, і часто трапляється в дефінітивному стані, є недорозвинутим білабіальним сосочком. Ми вважаємо, що сосочок овальної форми, сосочок круглої форми, білабіальний клубовий сосочок є етапами морфогенезу однієї структури. Відповідно клубово-сліпокишковий клапанно-сфінктерний апарат у процесі свого морфогенезу проходив стадії як сосочка, а значить сфінктерної структури, так і складки слизової оболонки, а значить клапанної структури. Таким чином, назви "баугінієва заслінка", "клубово-сліпокишковий клапан", "клубовий сосочок" не відтворюють комплексу морфофізіологічних особливостей даної структури. Ми також не можемо погодитися з тезами, що в утворенні клубового сосочка бере участь лише товста кишка, і з моменту його утворення воно має білабіальну будову. На нашу думку, клубовий сосочок є продовженням клубової кишки, що випинає в просвіт товстої кишки.

Антибактериальная активность тимьянового эфирного масла в комбинации с эфирными маслами из растений семейства Lamiaceae и Pinaceae в отношении Staphylococcus aureus

Скибина К.П., Конь Е.В.
Научный руководитель - профессор А.Я. Цыганенко
Харьковский национальный медицинский университет

Одним из перспективных подходов к преодолению антибиотикоустойчивости является использование природных антимикробных веществ, таких как эфирных масел растений. Комбинированное применение эфирных масел не только позволяет еще более повысить их активность, но и снизить возможный токсичный эффект.

Целью работы было изучение активности эфирного масла чабреца в комбинации с эфирными маслами из растений семейства Lamiaceae и Pinaceae в отношении Staphylococcus aureus.

Материалы и методы. Исследована активность тимьянового эфирного масла в комбинации с 8 эфирными маслами из растений семейства Lamiaceae и 3 маслами из растений семейства Pinaceae в отношении S. aureus ATCC 25923 диско-диффузионным методом и методом серийных разведений.

Результаты. По данным диско-диффузионного метода наибольшее увеличение активности в комбинации с тимьяновым маслом зафиксированно у эфирных масел ели, корицы, сосны сибирской, мелиссы и лаванды. Метод серийных разведений продемонстрировал наличие синергизма у комбинации тимьянового и коричного масла: минимальная подавляющая концентрация (МПК) комбинации масел в соотношении 1:1 составила 0,01% (об./об.), в то время как МПК масел по отдельности – 0,3% и 0,02% соответственно.

Выводы. Комбинация тимьянового и коричного эфирных масел продемонстрировала выраженную активность в отношении *S. aureus* и может быть применена при лечении местных инфекционных процессов стафилококковой этиологии.

Рідкісний варіант синтопії яєчково-над'яєчкових комплексів і товстої кишки у 6-місячного плода

Тернавська А.В., Куфтяк В.В., Попадюк Т.І., Слободян В.М.
Науковий керівник – професор Т.В. Хмара
Буковинський державний медичний університет

Метою роботи було з'ясування корелятивних взаємовідношень правого і лівого яєчково-над'яєчкових комплексів і товстої кишки у плодів людини 186,0-230,0 мм тім'яно-

куприкової довжини (ТКД). Дослідження проведено на 11 плодах за допомогою методів тонкого препарування та морфометрії. В одному випадку (плід 215,0 мм ТКД) виявлений варіант синтопії яєчок і над'яєчок із частинами товстої кишки. Сигмоподібній ободовій кишці притаманна П-подібна форма. Внаслідок особливостей зовнішньої форми та топографії сигмоподібної ободової кишки у ній розрізнялися: ліва висхідна частина, довжиною 19,0 мм; горизонтальна частина (23,0 мм) і права низхідна частина, довжиною 18,0 мм. Брижа сигмоподібної ободової кишки утворена двома листками очеревини, – верхнім і нижнім, та розміщувалась у горизонтальній площині. Ширина брижі сигмоподібної ободової кишки в середній частині становила 17,0 мм, а в бічних відділах – 5,0 мм. Ліва висхідна частина сигмоподібної ободової кишки піднімалась майже вертикально доверху, паралельно до низхідної ободової кишки. Горизонтальна частина сигмоподібної ободової кишки фіксована брижою до задньої стінки живота, розміщуючись паралельно нижньому краю печінки. Права низхідна частина сигмоподібної ободової кишки знаходилась паралельно до сліпої кишки та висхідної ободової кишки. До передньобічної стінки правої низхідної частини сигмоподібної ободової кишки прилягали три петлі клубової кишки, які заповнювали проміжок нижньої частини правої брижової пазухи. Сліпа кишка недорозвинена, довжиною всього 2,0 мм. Від задньої стінки недорозвиненої сліпої кишки відходив червоподібний відросток, довжиною 18,0 мм, що мав форму петлі, верхнє коліно якої щільно прилягало до верхівки сліпої кишки, а нижнє – до дистального відділу клубової кишки. Скелетотопічно червоподібний відросток розміщений на рівні клубового гребеня. Перехід сигмоподібної ободової кишки у пряму кишку знаходився справа від серединної сагітальної площини на відстані 5,0 мм. Яєчка знаходились у черевній порожнині. Зверху до правого яєчка і над'яєчка прилягав дистальний відділ правої низхідної частини сигмоподібної ободової кишки. Нижній кінець правого яєчка та його повідець занурені у глибоке пахвинне кільце. Праве яєчко і над'яєчко вкриті очеревиною спереду і з боків. Частина яєчка, що знаходилася над глибоким пахвинним кільцем мала висоту 4,0 мм. Ширина правого яєчка становила 3,0 мм і товщина – 2,5 мм. Права пупкова артерія знаходилася ззаду і медіально від правого яєчка. Виходячи з топографо-анатомічних особливостей правого яєчка, праве над'яєчко розміщувалося вздовж верхньоприсереднього краю яєчка. Головка правого над'яєчка, висотою 3,0 мм, мала конусоподібну форму і прилягала до верхнього кінця правого яєчка. Тіло над'яєчка, довжиною 5,0 мм, прилягало до верхньоприсереднього краю однойменного яєчка. На рівні нижнього кінця правого яєчка тіло над'яєчка переходило у хвіст, довжина якого дорівнювала 3,0 мм.

Ліве яєчко, сплюснутої форми, вкрито разом з лівим над'яєчком очеревиною спереду, знизу і зверху. Висота лівого яєчка становила 8,0 мм, ширина – 4,0 мм і товщина – 2,0 мм. Верхній кінець лівого яєчка знаходився на відстані 3,0 мм від лівої бічної стінки прямої кишки, проміжок між останніми займав лівий сечовід, в той час як правий сечовід на цьому рівні проходив позаду місця переходу сигмоподібної ободової кишки в пряму кишку. Нижньобічний кінець лівого яєчка знаходився над входом у глибоке пахвинне кільце, а його повідець розміщувався в просвіті пахвинного каналу. Ліве над'яєчко знаходилося вздовж верхнього краю однойменного яєчка. Висота головки над'яєчка дорівнювала 2,0 мм, довжина тіла – 4,0 мм і довжина хвоста – 2,0 мм.

Становлення стравохідно-шлункового антирефлюксного механізму

Товкач Ю.В., Соколов В.В., Поперечна В.В., Яворський А.В.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Формування стравохідно-шлункового сфінктера розпочинається на 5-му місяці внутрішньоутробного розвитку. У цей період різко збільшується товщина слизової оболонки, до максимальної кількості збільшується кількість її складок. Наприкінці 5-го місяця формується кардіальна складка в ділянці кардіальної частини шлунка – „складка Губарєва," існування якої заперечує Л.Л. Колесников у дорослих. Саме цей період розвитку є

критичним у формуванні гастроезофагального замикального апарату. В цей час можливий тератогенний вплив на організм вагітної різноманітних ендо- та екзогенних чинників що можуть спричинитися до розвитку природжених вад стравохідно-шлункового переходу.

Проведені нами гістологічні дослідження стравохідно-шлункового сегмента новонароджених підтверджують наявність ,,складки Губарєва" у новонароджених, що виконує функцію додаткового замикального механізму стравохідно-шлункового сфінктера. Як свідчать дані літератури, протягом неонатального періоду відбуваються перші значні навантаження на ділянку стравохідно-шлункового переходу. У результаті несформованості стравохідно-шлункового сфінктера ,,складка Губарєва", на нашу думку та думку інших дослідників, є тим додатковим компонентом стравохідно-шлункового сфінктера, що функціонує в новонароджених, а потім із розвитком стравохідно-шлункового сфінктера зникає.

Морфометрическая характеристика почечных чашек подростков и юношей

Христенко Н.Е.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью работы было изучение морфометрических характеристик почечных чашек подростков и юношей.

Объект и методы исследования. Всего изучено 20 изолированных органов лиц этой возрастной группы без врожденных аномалий или патологии уронефрологического профиля.

Результаты исследования. У подростков и юношей верхняя почечная чашка (S) - постоянно присутствующее анатомическое образование ЧЛК (G_S=0), характеризуется следующими линейными размерами: d_S=16,2±1,1 мм, h_S=11,6±1,3 мм, c_S=8,5±0,9 мм; как и среди детей младших возрастных групп, сохраняется ее коническая форма с преобладанием диаметра свода чашки над диаметром ее соустья при наибольшей высоте чашки. Общий объем этой почечной чашки (V_S) у юношей и подростков (колеблется в пределах: 3088,2÷5222,4 мм^3), составляя V_S =3907,9±476,4 мм^3.

Нижняя почечная чашка (I)–анатомическое образование, присутствующее во всех изучаемых чашечно-лоханочных комплексах (G_{PI}=0), характеризуется следующими линейными размерами: d_I=10,9±1,2 мм, h_I=9,4±1,0, c_I=6,5±0,7 мм. Нижняя почечная чашка в юношеско-подростковом возрасте возраста имеет широкое, нестабильных размеров соустье (c_I=5,0÷8,0 мм); ее объем (V_I) не достигает достоверных различий от такового у детей младших возрастных групп, значительно варьирует ($V_{Imin/max}$=872,1÷2700,4 мм^3), составляя: V_I =1927,3±396,8 мм^3.

Передние почечные чашки (A_1,A_2,A_3) характеризуются значительной гетерогенностью. Так, наиболее часто отсутствует передняя верхняя почечная чашка (G_{A3}=0,350), реже – передняя нижняя (G_{A1}=0,050) и передняя средняя (G_{A2}=0,050). По линейным размерам, вотивной форме и общему объему эти почечные чашки в юношеско-подростковом возрасте не различаются ($p>0,05$) между собой, однако по объему преобладает одна (передняя средняя почечная чашка), объем которой составляет: V_{A2}=1553,7±252,7мм^3.

Задние почечные чашки (P_1,P_2,P_3) характеризуются большей гетерогенностью, чем передние, что проявляется частым отсутствием задней верхней (G_{P3}=0,300) и задней нижней почечной чашки (G_{P1}=0,280), реже - задней средней (G_{P2}=0,050) почечной чашки. Диаметр свода почечных чашек этой группы в подростково-юношеском возрасте подвержен колебаниям (d_{P1-3}=5,0÷10,0 мм), высота почечных чашек – не превышает диаметра свода (h_{P1-3}=5,0÷12,0 мм), а размер соустья не отличается от такового в передних почечных чашках. .

Удельный вес объемов отдельных чашек в общем объеме ЧЛК – следующий (в порядке убывания): верхняя почечная чашка - 33,9±2,4%, нижняя почечная чашка - 16,1±2,1%, средние (задняя - 13,9±2,5% и передняя - 13,2±1,1%) почечные чашки. Проведенный корреляционный анализ между объемом отдельных чашек и общим объемом ЧЛК юношей и подростков выявил прямую средней силы взаимосвязь между общим объемом ЧЛК и объемом задней нижней почечной чашки (V_{P1}; $r_{ПЧ}$ =+0,63) и обратную средней силы корреляционную связь с объемом задней средней (V_{P2}; $r_{ПЧ}$ =-0,56) и задней верхней почечной чашками (V_{P1}; $r_{ПЧ}$ =-0,52).

Заключение. Морфометрический анализ объема почечных чашек у подростков и юношей позволяет сделать вывод о наличии трех групп почечных чашек, классифицируемых по признаку объема. Так, наибольшим объемом обладает верхняя почечная чашка (V_S=3907,9±476,4 мм^3), от которой достоверно отличается ($p<0,05$) объем нижней почечной чашки (V_I=1927,9±396,8 мм^3). Объемы передних (A_1,A_2,A_3) и задних (P_1,P_2,P_3) почечных чашек достоверно ($p<0,05$) отличаются от объема верхней. В анализируемой возрастной группе объем передней средней почечной чашки (A_2) достоверно ($p<0,05$) преобладает над объемом передней нижней (A_1), а объем задней средней почечной чашки (P_2) - над объемами задней верхней (P_3) и задней нижней (P_1) почечными чашками.

Експериментальне вивчення впливу НПЗЗ різної хімічної будови та їх композицій з кофеїном на орієнтовно-дослідницьку діяльність щурів в умовах формалінового набряку

Шамовцев В.С., Лук'янова Л.В., Бачинський Р.О., Краснікова Ю.М.
Науковий керівник - доцент Г.О. Сирова
Харківський національний медичний університет

При визначенні механізмів дії фармакологічних препаратів важливим є вивчення їх впливу на характеристики поведінки тварин. Найбільш поширеним та інформативним тестом при вивченні впливу лікарських засобів на емоційний стан і рухову активність тварин є тест «відкрите поле».

Мета даної роботи – дослідження впливу НПЗЗ різної хімічної будови (диклофенаку натрію та ібупрофену) та їх композицій з кофеїном на характер рухової активності та емоційності у щурів при тестуванні у «відкритому полі».

Відповідно до поставленої мети вирішувалися наступні задачі: дослідити та проаналізувати рівень рухової активності, орієнтовно-дослідницької поведінки і тривожно-фобічного стану гризунів у тесті «відкрите поле» під впливом НПЗЗ різної хімічної будови та їх композицій з кофеїном.

Всі процедури з тваринами виконували відповідно до міжнародних правил і норм. Поведінковими показниками були горизонтальна (визначали за кількістю пересічених квадратів), вертикальна (визначали за кількістю вертикальних стійок), пізнавальна активність (визначали за кількістю заглядань у отвори) та емоційна реакція (визначали за кількістю умивань, дефекацій та уринацій). Досліди проводились протягом 3 хвилин, за стандартною методикою.

Отримані результати досліджень були оброблені статистично з використанням пакету прикладних програм "STATISTICA-6".

Експериментальне дослідження проводили на 36 щурах лінії WAG масою 210 – 230 г, які утримувалися при стандартних умовах віварію. Тварини були розподілені на 6 груп по 6 тварин у кожній групі. Тваринам 1-ї групи – інтактним, однократно перорально внутрішньошлунково через зонд вводили 3% крохмальний слиз (2 мл на 200 г ваги тварини). Тваринам 2-ї групи однократно перорально внутрішньошлунково через зонд вводили 3 % крохмальний слиз (2 мл на 200 г ваги тварини) та моделювали формаліновий набряк. Тваринам 3-ї – 6-ї груп за 1 годину до моделювання формалінового набряку однократновнутрішньошлунково у вигляді суспензії на 3 % крохмальному слизу вводили дослідні НПЗЗ та їх композиції з кофеїном: тваринам 3-ї групи вводилидиклофенак натрію (5 мгна 1 кг ваги тварини), 4-ї групи – комбінацію диклофенаку натрію (5 мг на 1 кг ваги тварини) кофеїном (0,6 мгна 1 кг ваги тварини), 5-ї групи ібупрофен (6 мг на 1 кг ваги тварини) і 6-ї групи – комбінацію ібупрофену (6 мгна 1 кг ваги тварини) з кофеїном (0,6 мг на 1 кг ваги тварини). Реєстрацію поведінки тварин проводили як до введення препаратів, так і через 4 години після моделювання формалінового набряку (на фоні максимального його розвитку).

Експериментальні дослідження показали, що у щурів на фоні максимального розвитку формалінового набряку у порівнянні з інтактними тваринами та з вихідними даними спостерігалося статистично вірогідне зменшення кількості пересічень квадратів, заглядань в отвори, стійок, умивань, дефекацій.

Мононведення диклофенаку натрію сприяло вірогідному зниженню рухової (горизонтальної і вертикальної) та емоційної активності, дослідницької діяльності, грумингу у порівнянні з тваринами 2-ї групи. В той же час, мононведення ібупрофену сприяло вірогідному збільшенню цих показників. При використанні фармакологічної композиції диклофенаку натрію і кофеїну спостерігалося вірогідне збільшення рухової (горизонтальної і вертикальної) та емоційної активності, дослідницької діяльності, грумингу у порівнянні з мононведенням. При введенні фармакологічної композиції натрію та ібупрофен) та їх композиції з кофеїном неоднозначно впливають на зміну показників орієнтовно-дослідницької діяльності щурів в умовах формалінового набряку.

Анатомическая изменчивость вне- и внутрижелудочковой части гиппокампа

Шевцов А. А., Носко В.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Одним из наиболее перспективных направлений нейрохирургии является стереотаксическая нейрохирургия – малоинвазионный метод, требующий данных о точном расположении хирургической мишени, а также влияние на координаты структур головного мозга определенных факторов (пол, возраст, форма черепа, сторона мозга).

Цель работы: определить вариабельность парагиппокампальной извилины по отношению к системе стереотаксических координат и ее формы в зависимости от пола, возраста, формы черепа, стороны мозга.

Материал и методы исследования: изучено 72 препарата головного мозга человека в 5 возрастных группах: 0-14 лет (1), 15-30 лет (2), 31-46 лет (3), 47-62 года (4), 62-91 (5). Морфометрический (метод прямой и непрямой планиметрии); исследование структуры гиппокампа на различных секциях головного мозга; исследование микроскопической структуры гиппокампа с использованием метода импрегнации серебром; исследование сосудистого русла гиппокампа путем интраваскулярной инъекции 50%-го раствора туши, инъекции маловязкой смолы по Mercox.

Выделено два варианта строения парагиппокампальной извилины: извилина с четким отделением бахромки от зубчатого края (1); сглаженная парагиппокампальная извилина, у которой зубчатый край не имеет выраженных зубцов (2). Выявлено, что формы (1) и (2) определяются формой черепа. Установлена выраженная зависимость линейных размеров и стереотаксических координат парагиппокампальной извилины от пола, возраста, меньше – от стороны мозга. Дано подробное описание макромикроскопического строения вне- и внутрижелудочковой частей гиппокампа, его связей с другими отделами головного мозга.

Gender differences of human cerebellum macroanatomical indexes

Moltchanuk D.

At the heart of many congenital and acquired diseases of cerebellum that are symptomatic in the mature age and that are accompanied with the syndromes of cerebellar duties disorder (Pierre Marie's genetical cerebellar ataxia, Holmes' atrophy, Marie-Foix Alajouanine syndrome, multiple sclerosis, alcoholic degeneration, etc) necrocytosis and the degeneration of cerebellum cortex's fibers that become apparent on the organic level by decrease of its size and linear dimensions – changes, accessible to be detected during the life-time with the help of computer tomography(CT) and magnetic resonance tomography (MRT) are lying. The use of CT and MRT let us not only set the presence of volumetric processes (tumor, atrophy) but also define linear dimensions and the size of cerebellum. In connection with this the investigation of the question of the standard of cerebellum's constitution that reflects the law of individual changeability, that is the result of populational, age, gamic, somatotypical, craniotypical characters, is the topical direction of morphological research.

ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА

Морфометрические особенности дефинитивной коры надпочечника новорожденных крысят вусловиях внутриутробной и постнатальной гипоксии

Андреев А.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Дефинитивная кора надпочечников новорожденных особей играет очень большую роль во внеутробной адаптации, поэтому изучение морфофункциональных особенностей зон дефинитивной коры новорожденных особей в эксперименте является необходимым для понимания пределов благополучной адаптации к гипоксии и срыва адаптации с неблагоприятным, т.е. смертельным исходам.

Цель данного фрагмента исследования – сравнить морфометрические особенности дефинитивной коры надпочечников новорожденных крысят, перенесших острую постнатальную гипоксию в двух ситуациях: без предшествующей хронической внутриутробной гипоксии и после таковой с учетом пола крысят.

Материал и методы. Эксперимент поставлен на крысах линии Вистар. У самок в возрасте 4 мес. несколько раз в течение недели определяли уровень артериального давления (АД). Отобрали две группы самок: с повышенным и нормальным артериальным давлением. После подсадки к самцам в течение периода беременности периодически у самок также определяли уровень артериального давления. Новорожденные крысята от самок с нормальным артериальным давлением сформировали контрольную группу (Кгр.), а от самок с артериальной гипертензией – две основные группы: гр.Ои/н (предполагается наличие внутриутробной хронической гипоксии) и гр.Ои.н+п/н (новорожденные крысята от матерей с артериальной гипертензией, которые после рождения помещались в барокамеру с созданием условий пониженного давления воздуха и пониженного содержания кислорода, что аналогично подъему на высоту 3500м). Длительность сеанса 5 мин. У крысят отмечалось развитие выраженного цианоза кожных покровов и тахипное. Летальных исходов не было. Затем крысята были выведены из эксперимента декапитацией.

Надпочечники фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Затем материал подвергался стандартной проводке через спирты увеличивающейся концентрации, заливался парафином. Срезы надпочечников окрасили гематоксилином-эозином.

Кроме описания гистологических особенностей надпочечника, проведено измерение толщины клубочковой, пучковой зон дефинитивной коры, измерена площадь ядер эндокриноцитов и периметр ядер, на «экваториальном» срезе (микроскоп Olympus DP-Soft с помощью программы Version 3:1.). Цифровые данные обработаны методом вариационного анализа.

Результаты и обсуждение. В сравнении с контрольной группой животных дефинитивная кора надпочечника у животных гр.Ои/н и грОи.н+п/н сформирована полностью. Клубочковая зона более широкая, а пучковая зона утолщена почти в два раза. Кариометрия позволила обнаружить у особей мужского пола значительное укрупнение ядер в клубочковой зоне и уменьшение площади ядер в пучковой зоне. Можно сказать, что утолщение клубочковой зоны у особей мужского пола происходит за счет, в основном, гипертрофии эндокриноцитов, а утолщение пучковой зоны – за счет гиперплазии спонгиоцитов. Дополнительное постнатальное гипоксическое воздействие (гр.Ои/н+п/н) привело к появлению признаков гиперплазии клубочковой зоны и ещё более выраженной гиперплазии в пучковой зоне. Для особей женского пола характерны несколько иные адаптационные изменения дефинитивной коры надпочечника: утолщение клубочковой и пучковой зон сопровождается гипертрофией эндокриноцитов в обеих опытных группах.

Вывод. У выживших новорожденных крысят, перенесших интранатальную и постнатальную гипоксию, наблюдаются гипертрофические и гиперпластические процессы в дефинитивной коре надпочечника, причем у особей мужского пола гипертпластические процессы более выражены.

Морфогенез під'язикової слинної залози у передплодів третього місяця ембріогенезу

Бернік Н.В.
Науковий керівник –професор І.Ю. Олійник
Буковинський державний медичний університет

Найменш вивченими в плані вікової морфології є анатомічні та гістологічні особливості органів і структур у пренатальному онтогенезі, який, на думку М.Р. Сапина (2002), доцільно розділити помісячно, а в найбільш гострі (критичні) періоди навіть потижнево. Саме тому комплексом гістологічних, лектиногістохімічних і морфометричних методів нами досліджено вікову динаміку морфологічних змін під'язикової слинної залози (ПЯСЗ) упродовж третього місяця пренатального онтогенезу людини. Матеріалом для дослідження послужили серійні гістологічні зрізи передплодів віком 32,0-80,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД); 9-12 тижнів внутрішньоутробного розвитку (ВУР). Ріст епітеліального зачатка ПЯСЗ на початку 9-го тижня ВУР відбувається переважно у довжину, діаметр змінюється мало і у передплодів 32,0 мм ТКД становить 40-44 мкм. Діаметр вторинних епітеліальних тяжів досягає 28-30 мкм. Особливістю цього періоду розвитку є те, що у деяких епітеліальних тяжах II і III порядків появляються просвіти (канали). У передплодів 32,0-42,0 мм ТКД формотворчі процеси зачатка ПЯСЗ з суміжними структурами та органами відбуваються більш інтенсивно із зростанням кількості рецепторів лектинів. Дані зміни, очевидно, відбуваються за рахунок посилення трофіки прилеглих до зачатка залози тканин, чому сприяє різке зростання кількості мікросудин даної ділянки. ПЯСЗ упродовж третього місяця ембріогенезу представлена двома складовими: 1 – головною вивідною протокою у ділянці під'язикового м'ясця (caruncula subligualis) чи на незначній віддалі від нього; 2 – майбутніми секреторними відділами. У передплодів 45,0-80,0 мм ТКД обидві складові залягають по обидві сторони від вуздечки язика (frenulum linguae) під слизовою оболонкою ротової порожнини, утворюючи її потовщення – під'язикову складку (plica sublingualis).

Способ выявления катамнеза в случаях судебно-медицинской диагностики острой и хронической алкогольной интоксикации

Бондаренко В.В., *Сербиненко И.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет
***Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы**

Катамнез – совокупность сведений о состоянии здоровья пациента и течении его заболевания, представляющая собой медицинскую информацию, собираемую после первичного наблюдения пациента, его обследования, лечения и выписки из стационара. Сбор катамнеза – это универсальный метод диагностики, применяемый во всех областях медицины, и являющийся одним из основных методов клинических исследований. Источниками для его сбора являются данные из медицинской документации, беседы с пациентом, сведения, полученные от его родственников, близких и др. лиц.

В судебной медицине катамнез играет важную роль в диагностике причин смерти, особенно в случаях скоропостижной смерти. Судебно-медицинскому эксперту необходимо не только правильно собрать катамнез, но и адекватно его оценить, что в итоге предопределяет успех в постановке диагноза. Отсутствие данных катамнеза в ряде случаев, наоборот, затрудняет постановку диагноза, особенно, при наличии конкурирующих причин смерти. Специфика судебно-медицинской деятельности заключается в том, что судебный медик при сборе катамнеза может полагаться только на показания родственников и близких умершего, а также на сведения из медицинской документации, если такая имеется. В большинстве случаев медицинская документация отсутствует и единственным источником информации остаются показания родственников, близких, соседей умершего.

Опыт практической работы в бюро судебно-медицинской экспертизы позволяет утверждать о сложности выявления катамнеза у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. Это связано с тем, что родственники, в большинстве случаев, скрывают факт злоупотребления алкоголем и ограничиваются стандартными фразами «Да, выпивал» или

«Пил столько, сколько пьют другие». На основании этих фраз следователь в сопроводительных документах указывает факт злоупотребления алкоголем, что в итоге ложится в основу судебно-медицинского диагноза. На наш взгляд, для утверждения о факте злоупотребления алкоголем необходимо значительно больше информации, которую эксперт имеет возможность получить со стороны родственников и близких умершего путем несложного опроса. В настоящее время методика такого опроса отсутствует, в связи с чем, нами предлагаются специальные вопросы, ответы на которые могут судить либо о наличии, либо об отсутствии алкогольной зависимости.

Как известно, одними из основных критериев алкогольной зависимости считаются патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, рост толерантности, алкогольные амнезии, абстинентный синдром, формирование запоев и др. Для выявления вышеуказанных критериев мы предлагаем ответить на следующие вопросы: 1) Какое количество алкоголя было необходимо умершему для появления первых признаков алкогольного опьянения? 2) Имели ли место случаи потери памяти после употребления спиртных напитков? 3) Наблюдались ли случаи употребления алкоголя по утрам, после имевшего место накануне употребления спиртных напитков? 4) Испытывал ли умерший чувство вины, связанное с употреблением спиртных напитков? 5) Возникало ли у родственников или близких умершего раздражение или беспокойство по поводу употребления умершим спиртных напитков? 6) Как часто умерший употреблял алкоголь? 7) Имели ли место запои, если да, то какова их продолжительность? 8) Возникало ли желание у умершего сократить со временем количественное потребление алкоголя?

Таким образом, совокупность полученных ответов будет отражать полную картину либо наличия, либо отсутствия алкогольной зависимости для каждого конкретного человека, что может быть положено в основу формулировки «злоупотреблял спиртными напитками», что в конечном итоге будет способствовать повышению качества судебно-медицинских экспертиз.

Витоки кафедри судової медицини ХНМУ
Губін М.В., Демченко М.В., Адонина Н.О., Дмитренко П.
Харьковский национальный медицинский университет

Однією з важливих умов професійної підготовки молодих фахівців є оволодіння ними історичної спадщини попередніх поколінь. Ця доповідь відображує витоки зародження харківської судово-медичної школи – найстарішої на Україні. Акцент зроблено на особистий внесок в організацію навчального процесу та практичну судово-медичну діяльність перших завідувачів та їх найближчих помічників – прозекторів спільної, на той час, кафедри анатомії, фізіології та судово-лікарської науки.

Економічне та політичне зростання Російської імперії на початку XIX століття прискорило розвиток науки та культури. За участю великого українського вченого, уродженця Харківської губернії, Василя Назаровича Каразіна, 17 січня, за старим стилем, 1805 року було відкрито Імператорський Харківський університет (тепер - Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна).

До складу університету ввійшов й медичний факультет (тепер – Харківський національний медичний університет).

За 1-м університетським статутом Російської імперії від 5 листопада 1804 року, у “Відділенні лікарських (медичних) наук” Харківського університету, як і у більшості університетів Європи кінця XVIII початку XIX століття, судова медицина викладалася на спільній кафедрі “Анатомії, фізіології і судово-лікарської науки”. Судова медицина Росії того часу однією з перших була включена в перелік окремих медичних дисциплін, обов’язкових для викладання.

Першим прозектором, згодом професором анатомії і фізіології, а, отже, і судової медицини, з 1805 по 1811 рр, був доктор медицини Людвиг Йосипович (Яків Осипович) Ванноті - вихованець Фрейбургского університету. Ним і був створений перший анатомічний театр університету у маленькому будинку у ботанічному саду, за містом.

Завдяки клопотанню ради університету, губернатор Харкова, Бахтін, дозволив доставку трупів раптово померлих та самогубців в анатомічний театр. Так у 1806 році для судово-медичних розтинів та виготовлення анатомічних препаратів на кафедру надійшло п'ять трупів. У цьому приміщенні Л. Ванноті проводив судово-медичні розтини та протягом зими 1807 року виготував перші 44 анатомічних препарати, з яких у 1810 р. була утворена перша колекція, згодом розміщена у центральному корпусі університету. Так було покладено початок анатомічному музею медичного факультету Харківського університету. Л. Ванноті у 1811 р. був призначений екстраординарним, а в 1812 р. - ординарним професором на кафедру лікарського речовинослів'я (фармакології), рецептури й історії медицини. Також у 1812 р. він склав й надрукував перші 30 екзаменаційних питань із судової медицини, які дійшли до сьогоднішнього часу.

Вчена рада Харківського університету у 1811 р. обрала наступним завідувачем кафедри анатомії, фізіології та судово-лікарської науки І.Д. Книгіна, який на той час був професором С-Петербурзької медико-хірургічною академії.

Першою заслугою І. Д. Книгіна стало не тільки упорядкування анатомічного господарства кафедри, а і початок судово-медичних досліджень трупів. Кількість розтинів у 1820 році вже досягла 20 за рік.

Разом з проф. Книгіним прозекторами на кафедрі працювали: М.І. Лукін (з 1812 по 1820 рік), вихованець Московської військово-медичної академії, що проводив судово-медичні розтини; В. М.Черняєв (з 1820 по 1821 рік) та А.С. Венедиктов (з 1821 по 1826 рік), що також проводив судово-медичні розтини. Судову медицину І.Д. Книгін читав 4 години на тиждень.

Таким чином, судова медицина у Харкові має багату історію, яка розпочалася у 1805 році і тісно пов'язана з іменем першого завідувача кафедри анатомії, фізіології та судово-лікарської науки Харківського Імператорського університету – професора Людвига Йосиповича Ванноті.

Судебно-медицинская диагностика случаев смертельных повреждений при падении тела с большой высоты в воду

Губин Н.В., Сокол В.К., Адонина Н.О., Питенько О.Э.
Харьковский национальный медицинский университет

Судебно-медицинской диагностике случаев падения тела с большой высоты на тупой твердый предмет с преобладающей поверхностью посвящено достаточно большое количество научных исследований. Однако в литературе мы не встретили работ, посвященных установлению характера повреждений, механизма их образований и соответственно причины смерти при падении тела с большой высоты на воду. Вместе с тем в мировой практике известны случаи прыжков спортсменов в воду с высоты 52,4 м, без возникновения каких-либо повреждений.

Учитывая выше изложенное, на наш взгляд представляет интерес случай из нашей практики комиссионного судебно-медицинского исследования по поводу смертельной травмы при падении в воду с большой высоты гр-на К., 1984 г.р., труп которого был обнаружен 29.06.2009 г. в воде прибрежной зоны возле скального массива поселка Симеиз. Со слов очевидцев К совершил прыжок в воду со смотровой площадки, скалы «Дива» с высоты 55 м. При исследовании трупа в Ялтинском отделении Крымского республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы, обнаружены множественные кровоподтеки, ссадины на лице, на передней поверхности шеи, повреждения слизистой оболочки преддверия рта, поперечные переломы рожков подъязычной кости, очаговые кровоизлияния под мягкую мозговую оболочку в теменных областях и изменения, свидетельствующие об асфиктической либо быстро наступившей смерти. В крови трупа обнаружено 3,76 промилле этанола. Диатомовый планктон не обнаружен. Признаков сотрясения тела экспертом не зафиксировано. Эксперт, проводивший исследование трупа, не имел подробных обстоятельств случая и пришел к заключению, что смерть гр. К. наступила в результате

механической асфиксии от сдавления органов шеи и закрытия отверстий рта и носа рукой человека, и уже затем последовало погружение тела в воду.

Однако в дальнейшем экспертами Крымского республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы было проведено комиссионное исследование по факту смерти гр-на К., в ходе которого были изучены все материалы дела. При этом экспертная комиссия пришла к иному заключению о возможности образования телесных повреждений в результате падения тела с большой высоты, при вертикальном вхождении в воду головой вниз, при соударении лица и передней поверхности шеи с водной поверхностью, с последующим утоплением по асфиктическому типу. Это заключение экспертов не переубедило правоохранительные органы в своих суждениях, относительно обстоятельств случившегося. Было назначено повторное комиссионное судебно-медицинское исследование в Харьковское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, в проведении которого приняли активное участие ведущие специалисты кафедры судебной медицины Харьковского национального медицинского университета. Изучив материалы дела и проведя необходимые исследования, эксперты пришли к заключению, что в результате прямого, координированного падения гр-на К. на воду, с высоты 55 м, вхождения в нее обутыми ногами вертикально, и несколько под наклоном передней поверхностью тела к плоскости воды, последующего погружения, и резкого удара о воду передней поверхностью шеи, в направлении спереди назад и несколько снизу вверх, образовались повреждения ее мягких тканей. Перелом подъязычной кости, возник за счет ее смещения кзади и кверху и упоре рожками о шейный отдел позвоночника. За счет резкого забрасывания струи воды в преддверие, полость рта, гортани и гидродинамического удара, возник стойкий ларингоспазм, механическая асфиксия что и послужило причиной смерти.

Исходя из приведенного наблюдения следует вывод, что судебно-медицинская диагностика телесных повреждений при падении тела в воду с большой высоты требует совершенствования, необходимо комплексное изучение такой травмы для выявления четких диагностических критериев ее судебно-медицинской оценки.

Ушкодження гортані при судово-медичному визначенні ступеня тяжкості тілесних у живих осіб

Губін М.В., Сокол В.К., Дубовий І.В. *, Демченко М.В.
Харьківський національний медичний університет
***Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи**

Судово-медична експертиза травм гортані становить 4 %, від щорічної кількості експертних досліджень із приводу визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, що пов’язнані з травмою уха, горла, носа. Вдосконалювання судово-медичної експертизи живих осіб, вимагає постійного обґрунтування нових діагностичних підходів та критеріїв, що об’єктивізують оцінку ступеня тяжкості різних видів тілесних ушкоджень. При цьому аналіз спеціальної літератури показує, що серед ушкоджень ЛОР-органів, залишаються не визначеними діагностичні критерії для всебічної судово-медичної оцінки при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень при травмах шиї, зокрема при травмах гортані. Разом з тим при судово-медичні оцінці ушкоджень гортані з повним порушенням цілості її стінки (усіх шарів), незалежно від того з боку шкіряних покривів чи з боку слизової оболонки заподіяні тілесні ушкодження, труднощів не виникає. Такі ушкодження згідно «Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (Наказ МОЗ України №6 от 17.01.1995 р.) відносяться до тяжких, як небезпечні для життя. Але, якщо має місце не повне порушення цілості стінки гортані, то такі ушкодження вже не є небезпечними для життя і тому судово-медична оцінка вже повинна здійснюватись за наслідками та кінцевими результатами травми. В цьому випадку вже необхідно використовувати критерій «тривалість розладу здоров’я» або «стійка втрата загальної працездатності «Правил…» і ушкодження можуть бути оцінено як середньої тяжкості, або легкі. Як показав аналіз висновків експерта (актів) судово-медичної експертизи проведеної у відділі експертизи

потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи (ХОБСМЕ) за 2007-2010 рр. в експертній практиці привалюють травми гортані що не є небезпечними для життя. За цей період часу до судово-медичної експертизи за направленням судово-слідчих органів звернулось 10 постраждалих. З них лише в одного постраждалого було зафіксовано ушкодження гострим знаряддям всіх шарів стінки гортані та трахеї, що є небезпечним для життя. В інших спостереженнях мали місця травми гортані ускладненні розвитком гострого посттравматичного ларингіту з крововиливами в голосові зв'язки, їхній набряклістю, порушенням рухливості та фонації. Порушення цілості щитопід'язичної мембрани, перелом щитоподібного хряща, набряк м'яких тканин в ділянці черпалоподібних хрящів було встановлено лише в одного постраждалого.

Тілесні ушкодження в 1 спостереженні експертами були розцінені як тяжкі за критерієм небезпека для життя «Правил…», в 3 спостереженнях експертами були розцінені як середньої тяжкості за критерієм «тривалість розладу здоров'я» «Правил…». На наш, погляд лише в цих експертизах врахована повна тривалість розладу здоров'я та кінцеві результати травм гортані. В інших випадках експертних досліджень встановлені легкі тілесні ушкодження, що спричинили за собою короткочасний розлад здоров'я.

Тобто на практиці домінують ушкодження які потребують ретельної судово-медичної оцінки їх кінцевих результатів.

Проведенні дослідження дозволили зробити певні висновки. До останнього часу чіткі судово-медичні діагностичні критерії травм гортані, не встановленні. В судово-медичній практиці при експертизі живих осіб превалюють травми гортані, що не є небезпечними для життя та потребують ретельної судово-медичної оцінки їх наслідків та кінцевих результатів, що викликає труднощі у судово-медичних експертів. Лише чіткий запропонований алгоритм дозволить провести дослідження в напрямку виявлення та обґрунтування чітких діагностичних критеріїв визначення ступеня тяжкості травм гортані. Проведені дослідження нададуть допомогу фахівцям у галузі судової медицини, що проводять дослідження, у напрямку підвищення якості судово-медичної діагностики при експертизі живих осіб.

Морфологические особенности легочной артерии мертворожденных от матерей с преэклампсией

Калужина О.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на многочисленные исследования акушеров-гинекологов, перинатологов и патологоанатомов одними из самых грозных осложнений беременности остаются на сегодняшний день преэклампсия и эклампсия. Известно, что в мире от этих осложнений ежегодно умирает около 63 000 женщин. При этом в развитых странах материнская смертность составляет 0-1,8%. Тогда как в развивающихся странах уровень материнской смертности достигает 14%. По данным Центра США по контролю и профилактике заболеваний (CDC), при преэклампсии/эклампсии летальность достигает 6,4 на 10000 случаев во время родов. Особенно высок риск материнской смертности в сроке 20-28 недель. Перинатальная смертность при беременности, осложненной эклампсией, в Соединенных Штатах и Великобритании колеблется от 5,6% до 11,8%. Гибель плода наступает вследствие острой плацентарной недостаточности на фоне внутриутробной задержки роста плода.

В современной литературе имеются данные о патологических изменениях в различных органах и системах у плодов и новорожденных, рожденных от матерей с преэклампсией. Однако наряду с этим, по нашему мнению, недостаточно освящены вопросы, посвященные патологическим изменениям легочной артерий у данной группы пациентов.

Цель исследования - изучить морфологические особенности легочной артерии мертворожденных от матерей с преэклампсией.

Материалом для исследования послужили легочные артерии мертворожденных в сроке гестации 24-38 недель. Сформированы две группы: в 1-ю группу (контроль) вошли мертворожденные от матерей с физиологической беременностью (по данным карт развития

беременности), во 2-ю группу объединены мертворожденные от матерей с преэклампсией. После забора материала во время аутопсий проводилось макроскопическое описание легочных артерий мертворожденных обеих групп. Затем материал фиксировался в 10% формалине, подвергался спиртовой проводке и парафиновой заливке. После чего готовились срезы толщиной 5-6мкм, которые окрашивались гематоксилином и эозином.

При макроскопическом исследовании препаратов обеих групп существенных различий не наблюдалось. При микроскопическом исследовании препаратов контрольной группы обращало на себя внимание набухание эндотелия сосудов. При микроскопическом исследовании препаратов легочных артерий мертворожденных от матерей с преэклампсией наряду с набуханием эндотелия было выявлена его десквамация на значительном протяжении, о чем свидетельствовало наличие пластов эндотелиальных клеток, свободно лежащих в просвете сосудов. Для более детального исследования морфофункциональных изменений нами будут проведены гистохимические и морфометрические исследования.

Таким образом, в ходе проведенного предварительного исследования выявлены морфологические изменения легочной артерии у мертворожденных от матерей с преэклампсией в сроке гестации 24-38 недель, которые в дальнейшем могут привести к развитию патологических состояний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Топографоанатомічні особливості міхурово-сечівникового сегмента

Кашперук-Карпюк І.С., Прийдун О.І., Мервінська І.Л.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Аномалії сечовидільної системи посідають третє місце серед природжених вад (їх частка становить 28%) (А.Н.Стрижаков и др., 2000). Найбільшу частоту мають різноманітні варіанти обструктивних уропатій, які становлять 39% від усіх ембріо- та фетопатій (В.Г.Гельдт и др., 2005). Порушення уродинаміки частіше трапляються в основних уродинамічних вузлах: чашково-мисковому, мисково-сечовідному, сечовідно-міхуровому та міхурово-сечівниковому сегментах (В.Г.Гельдт, 2005), що сприяє порушенню відтоку сечі, розвитку пієлонефриту та ниркової недостатності. У плодів 4 місяців довжина сечового міхура становить 7,0 - 13,0 мм, 5 місяців – 10,0 - 17,0 мм, 6 місяців – 10,0 - 20,0 мм; 7 місяців – 13,0 - 23,0 мм. З 7 місяців і до народження спостерігається більш інтенсивне збільшення міхура: у плодів 8 місяців довжина коливається від 18,0 до 34,0 мм; у плодів 9 місяців – від 18,0 до 43,0 мм (V.A.Politano, H.Bergman, 1999). Характерною особливістю будови сечового міхура у новонароджених є відсутність дна. Це зумовлено тим, що сечоміхуровий трикутник визначається у вертикальному положенні і ніби продовжує задню стінку сечового міхура (О.Ф.Возіанов, 2000).

У новонароджених хлопчиків довжина сечівника становить 6,2 см, діаметр – 0,3 см. У новонароджених дівчаток сечівник відносно широкий, довжина становить – 1,6 см, діаметр – 0,4 см (Д.А.Сеймівський, 2004).

Порівняльна оцінка методів ізолювання доксазозину гідрофільними розчинниками з біологічного матеріалу

Ковальська О.В., Маміна О.О., Рибалка Л.І.
Національний фармацевтичний університет

Однією з важливих проблем сучасної судово-медичної експертизи є вибір ефективних, експресних та економічних методів ізолювання лікарських препаратів різними екстрагентами з біологічного матеріалу, серед яких найбільш широко застосовуються гідрофільні розчинники – вода, підкислена кислотами щавлевою (метод Васильєвої О.О.) або сульфатною (метод Крамаренко В.П.).

Доксазозин -1- (4 - аміно - 6, 7 – диметокси – 2 – хіназолініл) – 4 - [(1,4-бензодіоксан -2 -іл) - карбоніл] піперазина мезилат, α_1-адреноблокатор використовується у медичній практиці при лікуванні артеріальної гіпертензії та гіпертрофії простати, але при

передозуванні, самолікуванні може вражати серцево-судинну систему, порушувати функції печінки та нирок, викликати інтоксикації організму та летальні випадки, тому розробка методів його дослідження у біологічних об'єктах є актуальною проблемою.

Мета дослідження – порівняльна оцінка методів ізолювання доксазозину водою, підкисленою кислотами щавлевою та сульфатною з тканини печінки трупу. Новизна дослідження обумовлена відсутністю систематичних даних відносно поведінки доксазозину при ізолюванні його різними екстрагентами з біологічного матеріалу, вибору оптимальних умов очищення екстрактів від домішок.

Ізолювання доксазозину з модельних сумішей 10 г подрібненої тканини печінки трупу тварини та 0,2 мг препарату, а також контрольних проб проводили з використанням води, підкисленої 10% розчином кислоти щавлевої або 20% розчином кислоти сульфатної при pH 2-2,5. Встановлено, що доксазозина мезилат у кислому середовищі гідролізується з утворенням доксазозину, який екстрагують хлороформом з водної фази або етером з водної фази, насиченої амонія сульфатом. Після підлуговування водних фаз 25% розчином амонію гідроксиду або 20% розчином натрію гідроксиду до pH 9-10 доксазозин-основу екстрагують хлороформом.

Модифікування застосованих методів проводили у напрямку вибору оптимальних умов очищення екстрактів при використанні центрифугування 6000 об/хв протягом 10 хв; висушування органічних екстрактів при кімнатній температурі з наступним розчиненням сухого залишку у 20 мл 0,1 М розчину кислоти хлористоводневої та екстрагуванням домішок гексаном тричі по 5 мл, які відкидали. Очищені розчини кислоти хлористоводневої випаровували до сухого залишку, який розчиняли в етанолі.

Для очищення етанольних розчинів доксазозину використовували метод тонкошарової хроматографії. Оптимальні умови хроматографування: система рухомих розчинників – хлороформ-ацетон (8:2); хроматографічні пластини Сорбфіл ПСТХ-АФ-А; проявник – реактив Драгендорфа за Муньє, (чутливість проявнику –1-3 мкг речовин у пробі); Rf доксазозину = 0,54-0,56, домішки - на лінії старту або на лінії фінішу.

Для кількісного визначення доксазозину в екстрактах застосовували УФ-спектрофотометричний метод при використанні спектрофотометру СФ-46, кювети товщиною 10 мм; λmax 250 ±1 нм; розчину порівняння, який отримано з контрольної проби. Вміст препарату розраховували за рівнянням градуювального графіку C = 0,001 + 8,99 A, де C – концентрація доксазозину у стандартному розчині, мкг/мл, A – оптична густина. Встановлено, що інтервал лінійності градуювального графіку складав у діапазоні концентрацій (1,0 – 8,0 мкг/мл); нижня межа визначення - (0,9 мкг/мл).

Висновки: Встановлено, що при застосуванні води, підкисленої кислотою щавлевою можливо виділити до 49,5+3,48 % доксазозину з тканини печінки, а водою, підкисленою кислотою сульфатною - до 35,8+4,25 %.

В результаті проведеної порівняльної оцінки методів ізолювання доксазозину встановлено, що найбільш ефективним, економічним та експресним є модифікований метод Васильєвої О.О.

Характеристика судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку людини

Колесник В.В., Олійник І.Ю.
Буковинський державний медичний університет

Успіхи сучасної нейрохірургії, зростання оперативних втручань у ділянці шлуночків головного мозку і на судинних сплетеннях, експериментально-клінічні дослідження, що проводяться на даних утвореннях, та спроби їх трансплантації (Skinner S.I. et al., 2006-2009; Matsumoto N. et al., 2010; Thanos C.G. et al., 2010) посилюють зацікавлення до вивчення тканинних і судинних структур бічних шлуночків головного мозку людини. Їх морфологічні та топографоанатомічні особливості в онтогенезі – представляють собою основне завдання серед багатьох ще нез'ясованих питань неврології і нейрохірургії, що вимагають вирішення. Вичерпні фактичні дані з цього питання і по сьогодні ще відсутні.

Метою нашого дослідження було встановлення закономірності розвитку, будови та морфології судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку людини на різних етапах онтогенезу.

Матеріалом для дослідження послужили судинні сплетення бічних шлуночків головного мозку людини від 12-и тижнів внутрішньоутробного розвитку до 83-х років. Забір некропсійного матеріалу проведено в Чернівецькій обласній комунальній медичній установі „Патологоанатомічне бюро" при патологоанатомічному дослідженні померлих різної статі та віку, смерть яких наступила від захворювань, не пов'язаних із ураженням головного мозку.

Нами проведено макроскопічний аналіз отриманого матеріалу з оцінкою його стану, цілісності, виявленням наявних деформацій, утворень. Мікроскопічно вивчали тканинний склад, судинне і мікроциркуляторне русло судинних сплетень. Дослідження проведено із застосуванням методів макро- та мікроскопії, напівтонких зрізів, гістохімічних методів та морфометрії.

Морфометричним методом вивчали діаметр різних ланок кровоносного русла судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку людини на етапах онтогенезу.

Дані досліджень показують, що судинні сплетення бічних шлуночків головного мозку складаються з епітелію і сполучнотканинної основи з великою кількістю кровоносних судин. Визначаються ворсинчаста і неворсинчата частини сплетення. Епітелій представлений світлими і темними клітинами кубічної та сплощеної форми, що підтверджує повідомлення Emerich D.F. (2004), Дарій А.А. (2008).

Строма судинного сплетення складається з колагенових фібрил, протофібрил і волокон, які занурені в основну речовину. Групами та поодиноко тут розміщені фібробласти.

Від кровоносних судин основи судинного сплетення відходять (у товщі останнього) гілочки мікроциркуляторного русла з високою складністю організації. Встановлено, що діаметри мікросудин в онтогенезі зазнають змін, які корелюють із змінами самого сплетення, що відбуваються в ньому одночасно з розвитком головного мозку. Проведені виміри діаметру мікросудин показують, що максимальних показників ланки мікроциркуляторного русла досягають у осіб віком 16-20 років та продовжують утримуватись практично на одному рівні у віці від 20 до 58 років.

Зростання діаметру мікросудин судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку відбувається хвилеподібно з наявністю періодів швидкого і сповільненого росту. Розвиток і ріст мікросудинного русла корелює із змінами функціонального навантаження судинного сплетення.

Морфометрично встановлено, що щільність капілярного русла на одиницю площі (1 мм^2) судинного сплетення з віком помітно змінюється як в самому судинному сплетенні, так і між сплетенням бічних шлуночків. Велику частину об'єму сплетення складає мікроциркуляторне русло, яке фактично і визначає його функції. Судини мають звивистий хід і на своєму шляху утворюють „петлі", особливо на краях сплетення.

По ходу судин і в місцях поділу артеріол містяться скупчення гладком'язових клітин, що утворюють прототипи муфт. Наявність останніх, очевидно, впливає на регуляцію кількості крові в судинному сплетенні.

Мікросудини в онтогенезі зазнають змін, які корелюють зі змінами самого сплетення (що відбуваються в ньому одночасно з розвитком головного мозку) і відображають функціональні навантаження судинного сплетення. Діаметри складових мікроциркуляторного русла судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку збільшуються ($p<0,01$) у зрілому віці порівняно із внутрішньоутробним періодом розвитку у 2,17 рази.

Вибір оптимальних умов ідентифікації хлоропіраміну методом газо-рідинної хроматографії, придатних для судово-медичної експертизи

Лебедин А.М., Маміна О.О., Бондаренко Є.Л., Нікульшина Г.А.
Національний фармацевтичний університет

Серед методів, які використовуються при проведенні судово-медичної експертизи**,** хроматографічні методи (газо-рідинної, високоефективної рідинної та тонкошарової

хроматографії) характеризуються високою чутливістю та селективністю. Наведені дані у літературних джерелах свідчать про відсутність систематичних досліджень відносно вибору оптимальних умов ідентифікації хлоропіраміну методом газо-рідинної хроматографії (ГРХ), придатних для судово-медичної експертизи.

Хлоропіраміну гідрохлорид (супрастин) – N-(2-піридил)-N-(*пара*-хлорбензил)-N',N'-диметилетилендіаміну гідрохлорид - належить до групи антигістамінних препаратів, які застосовуються для полегшення симптомів алергії, мають седативний, снодійний та протисвербіжний ефекти. Механізм дії хлоропіраміну базується на блокуванні гістамінових H_1-рецепторів.

Передозування препаратом супроводжується психомоторним збудженням, галюцинаціями, судомами, депресією. Летальне враження відмічається при розвитку коматозного стану та паралічу дихального центра, тому розробка методів його дослідження у біологічних об'єктах є актуальною проблемою.

Розроблені раніше методики ГРХ-аналізу антигістамінних препаратів мають певні недоліки, обумовлені використанням різноманітних умов (колонок з сорбентом-носієм, температурного режима колонки, детектора, випарника та швидкості надання газа-носія у колонку), що не враховують індивідуальні властивості досліджуваної речовини.

Метою даної роботи є вибір оптимальних ГРХ-умов для ідентифікації хлоропіраміну, придатних для аналізу препарату у біологічних об'єктах.

Хроматографування проводили на газовому хроматографі «Agilent 19091 J-413». Попередні дослідження базувались на застосуванні загальних умов ГРХ-аналізу деяких антигістамінних препаратів: капілярної колонки 30м х 320 мкм з нерухомою рідинною фазою – 5%-фенілметил-полісилоксан, DB-5 0,25 мкм. Рухома фаза - гелій надавалась у колонку зі швидкістю – 40,0 мл/хв. Детектування хлоропіраміну проводили полум'яно-іонізаційним детектором, швидкість надання водню – 40,0 мл/хв. Температуру колонки лінійно програмували: 1 хв при 55°С; зростання температури від 55 до 175°С зі швидкістю 30°С/хв. та від 175 до 320°С зі швидкістю 10°С/хв.; при 320°С температурний режим зберігався протягом 1 хв. Температура випарника складала 250°С, детектора - 300°С.

Встановлено, що при застосуванні наведених умов хроматографування не спостерігались симетричні піки хлоропіраміну, відмічалась наявність додаткових піків продуктів розкладу речовини при нагріванні колонки до максимальних температур.

В результаті досліджень були вибрані оптимальні умови ГРХ-аналізу хлоропіраміну: капілярна колонка 50м х 250 мкм з нерухомою рідинною фазою – 5% фенил- 95%-диметил PSX, X-5 0,25 мкм. Рухома фаза - гелій надавалась у колонку зі швидкістю – 60,0 мл/хв. Швидкість надання водню при детектуванні хлоропіраміну полум'яно-іонізаційним детектором складала 40,0 мл/хв. Температуру колонки лінійно програмували: 5 хв при 180°С; зростання температури від 180 до 200°С зі швидкістю 15°С/хв. та від 200 до 280°С зі швидкістю 6°С/хв.; при 280°С температурний режим зберігався протягом 6 хв. Температура випарника складала 250°С, детектора - 250°С.

Висновки: встановлено, що при використанні розроблених умов хроматографування спостерігались симетричні піки хлоропіраміну без додаткових піків домішок. Час утримування хлоропіраміну складав 15,95±0,2 хв; межа виявлення – 0,1 мкг/мл; коефіцієнт симетрії - 1,0.

Морфометрические показатели сердца плодов с асимметричным вариантом ЗВУР в сроке гестации 36-41 неделя

Мирошниченко М.С.

Харьковский национальный медицинский университет

В становлении процессов адаптации новорожденных со ЗВУР к условиям внеутробной жизни особенная роль принадлежит сердечно-сосудистой системе, от эффективности работы которой зависит функционирование всех других систем организма. Изучение структурно-

функциональных изменений в развивающемся сердце имеет важное значение для оценки надежности адаптивных процессов.

Цель исследования – выявить морфометрические особенности сердца у плодов с асЗВУР в сроке гестации 36-41 неделя.

Материалом для патоморфологического исследования послужила ткань сердца плодов в сроке гестации 36-41 неделя. Было сформировано две группы: в группу сравнения вошли плоды, антропометрические показатели которых соответствуют сроку гестации (n=36), и группа плодов с асЗВУР (n=43). Определение удельного объема кардиомиоцитов (УОК), сосудов (УОС), соединительной ткани (УОСТ) и эндомизия (УОЭ) в правом (ПЖ) и левом желудочке (ЛЖ) сердца в исследуемых группах проводилось на микроскопе Olympus BX-41 с помощью программы “Olympus DP-soft version 3.1”.

Результаты. При измерении УОК у плодов с асЗВУР отмечается достоверный дефицит данного показателя в ПЖ (68,9±2,67%) и ЛЖ (65,1±2,75%) сердца по сравнению с группой сравнения (соответственно 86,8±1,95%, 85,1±2,06%) ($p<0,001$), что может свидетельствовать, по нашему мнению, о запаздывании темпов созревания и дифференцировки кардиомиоцитов у таких детей.

В исследуемых группах при измерении УОС в желудочках сердца отсутствует достоверная разница данного показателя между группой сравнения и плодами с асЗВУР. Так, в ПЖ и ЛЖ сердца группы сравнения УОС составляет 2,9±0,97% и 3,0±0,98%, у плодов с асЗВУР - 1,8±0,77% и 1,9±0,79%.

Анализируя УОСТ в желудочках сердца исследуемых групп, отмечается достоверное преобладание данного показателя у плодов с асЗВУР. Так, в группе сравнения УОСТ в ПЖ составляет 6,9±1,46%, в ЛЖ - 6,8±1,45%, а у плодов с асЗВУР в ПЖ, ЛЖ сердца соответственно 18,9±2,26% и 17,1±2,17%. Увеличение количества соединительнотканного компонента в желудочках сердца плодов с асЗВУР может свидетельствовать об активизации фибробластов под воздействием хронической гипоксии на сердечно-сосудистую систему.

В желудочках сердца УОЭ у плодов с асЗВУР (ПЖ - 10,4±1,76%, ЛЖ - 15,9±2,11) достоверно больше по сравнению с группой сравнения (ПЖ - 3,4±1,05%, ЛЖ - 5,1±1,27%).

Во всех исследуемых группах достоверных отличий между ПЖ и ЛЖ сердца в показателях УОК, УОС, УОСТ, УОЭ не выявлено.

Таким образом, проведенное количественное исследование структур сердца у плодов в сроке гестации 36-41 неделя показало, что у детей с асЗВУР по сравнению с группой сравнения в желудочках сердца отмечается достоверный дефицит кардиомиоцитов, достоверное увеличение соединительной ткани и эндомизия.

Влияние хронического стресса на морфологию надпочечников и тимуса крыс

Остропolец А.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Хронический стресс оказывает значительное влияние на организм, вызывая мобилизацию всех его резервов и активацию иммунной системы. Целью этого исследования было изучить влияние хронического стресса на морфологию надпочечников и тимуса крыс.

Эксперимент был поставлен на половозрелых белых беспородных крысах. Стресс вызывали фиксацией животных в неподвижном состоянии, каждая экспозиция длилась по 3 часа. Животных одной группы фиксировали 3 раза, второй – 12 раз, третьей – 20 раз. Контролем служили интактные крысы. После окончания эксперимента тимус и надпочечники извлекали, обрабатывали по общепринятым гистологическим методикам, срезы окрашивали гематоксилином и эозином. У контрольных животных тимус имел хорошо выраженное дольчатое строение, с хорошо различимыми корковым и мозговым веществом. Площадь коры в 1,5-2 раза превышала площадь медуллы. Лимфоциты расположены достаточно густо, тельца Гассаля мелкие, по 2-3 клетки. После 3-х сеансов кора заметно обедняется лимфоцитами, наблюдаются гнездные очаги с убылью клеток и картину «звездного неба». Мозговое вещество расширено, ретикулоэпителиальные клетки

пролиферируют. Все это соответствует 2-3 стадии акцидентальной инволюции.После 12-ти кратной иммобилизации объем коры отчасти восстанавливается, так же, как и плотность лимфоцитов. После 20 сеансов в тимусе вновь возникают реактивные изменения, но большей степени выраженности (3-4 фаза акцидентальной инволюции). Дольки очень мелкие, выражена инверсия слоев, невозможно отграничить корковое вещество от мозгового. Субкортикальные зоны долек местами лишены лимфоцитов. Ретикулоэпителий пролиферирует, в единичном случае обнаруживалось кистозное образование с гомогенным секретом.

Надпочечники интактных животных имели четкое разделение на корковое и мозговое вещество, в коре хорошо видны три зоны. Цитоплазма клеток вакуолизирована умеренно.После 3 сеанса кора увеличивается примерно на треть за счет расширения пучковой и сетчатой зон, сужения клубочковой (соотношение 1: 17: 6,5).В поверхностных зонах пучкового слоя отмечается дистрофия клеток. Вакуолизация клеток снижена, что свидетельствует об усилении синтеза кортикостероидов. Клетки мозгового слоя активированы.

После 12 сеанса ширина коры увеличена в меньшей степени, а соотношение зон составляет 1: 11: 4. Вакуолизация адренокортикоцитов усиливается, что свидетельствует о некоторой стабилизации состояния. Увеличение сеансов до 20 приводило к выраженному сужению коркового вещества надпочечников. Соотношение зон составляет 1: 16,5: 2,5,при этом клубочковая и сетчатая зоны сужены почти в 2 раза по сравнению с контролем. В пучковой зоне выявляются микронекрозы, дискомплексация эпителиальных тяжей, участки с погибающими клетками и утилизирующими их макрофагами. Вакуолизация клеток практически отсутствует.

Таким образом, фиксационный стресс вызывает у крыс определенные реактивные изменения тимуса и надпочечников, причем выраженность этих изменений совпадает с фазами стресс-реакции. Фазе напряжения (3 сеанса иммобилизации) соответствует активация синтеза кортикостероидов надпочечниками (расширение пучковой и сетчатой зон, уменьшение вакуолизации клеток). Как результат – под влиянием кортикостероидов происходит гибель незрелых Т-лимфоцитов в тимусе и фагоцитоз их макрофагами. В фазе резистентности(13 сеансов) наблюдается относительная нормализация состояния. В фазе истощения (20 сеансов) в надпочечниках появлялись признаки резкого угнетения функциональной активности (сужение коры, отсутствие вакуолизации). В тимусе торможение лимфопоэза, запустевание коры, инверсия слоев.

Судово-цитологічні ознаки ушкоджень при пострілах з пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 CLASSIC

Плетенецька А.О., Бояріна Л.І.
Харківський національний медичний університет

В Україні проблема, пов’язана зі зростанням випадків ушкоджень при пострілах з пневматичної зброї, займає високу питому вагу за рахунок підвищення рівня злочинів. Але характерних ознак для розмежування видів зброї та визначення дистанції пострілу з пневматичної зброї досить не існує.

Метою дослідження було визначити цитологічних ознак кульових ушкоджень біоманекенів при пострілах із пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 Classic свинцевими кулями Skarabey DS, Crosman Premier Super Point й сталевими обмідненими кульками BBs з різних відстаней.

Матеріалом дослідження були зазначені кулі, вилучені з біоманекенів із трупним закляканням, що розв'язалося, без ознак гниття. Постріли робили з відстаней: 0 см (щільно впритул); 1 см; 3 см; 5 см; 10 см; 15 см; 25 см; 50 см; 1 м; 2 м; 4 м; 6 м; 8 м; 10 м. Зі змивів з куль приготували 252 препаратів. Цитологічне дослідження мікронакладень на кулях дозволило встановити наступні факти: при пострілах обмідненою кулькою BBs з різних відстаней мікроскопічна картина украй мізерна: по всьому полю зору зустрічаються поодинокі без'ядерні клітини, дрібна кокова мікрофлора, фон препаратів ніжно-рожевого кольору. Вивчення змивів з куль Crosman Premier Super Point, що були вилучені з ранових каналів, незалежно від дистанції пострілу надало змогу встановити, що препарати не густі, розрізняються за кількістю клітинного складу: є пласти жирової тканини з включеннями фібрину – цитоплазма

дрібнозерниста, ліпоцити розташовані поодиноко, між ними розташовані колагенові, ретикулярні й еластичні волокна, кровоносні капіляри, гістіоцити, фібробласти, лімфоїдні елементи, тучні клітини. В мікропрепаратах зустрічаються пласти гладкої м'язової тканини з включеннями кровоносних судин – клітини подовженої веретеноподібної форми з мікрофібрилами. Перерахунок кількості ядер на одиницю довжини м'язового волокна виявляє зниження концентрації ядер, що розташовані периферично, на одиницю у фрагментах ізольованих м'язових волокон. У зразках виявляється диференційована пухка неоформлена сполучна тканина, клітинні елементи якої представлені периваскулярними і ретикулярними клітинами, фібробластами, фіброцитами, гістіоцитами, тучними, жировими і пігментними клітинами. Крім того, зустрічаються клітини крові - лімфоцити, а також макрофаги. Виявляється волокниста міжклітинна речовина пухкої неоформленої сполучної тканини, яка представлена преколагеновими, еластичними, колагеновими і ретикулярними волокнами. Клітини виявляються малодиференційованими периваскулярними, які розташовуються по периферії кровоносних капілярів й мають подовжену, часто веретеноподібну форму. Цитоплазма має відростки, забарвлюється слабо і нерівномірно. В центрі клітин розташоване округле або овальне ядро, багате хроматином. Периваскулярні клітини нагадують фібробласти, але розміри останніх більше. Цитологічне дослідження мікронакладень на кулях Skarabey DS показало, що препарати значно густіші: пласти жирової тканини, що оточені багато чисельними волокнами сполучної тканини з включеннями фібрину; пласти гладкої м'язової тканини з включеннями кровоносних судин; пухка сполучна тканина, причому знайдено ділянки тканин поперечно - смугастої мускулатури. Слід відмітити значну варіабельність м'язових волокон за довжиною. Спостерігаються м'язові волокна, ядра яких тісно прилягають й розташовуються у вигляді ланцюга. Однак, таке розташування ядер спостерігається не на всьому протязі м'язового волокна, а лише у кінцевих відділах представлених фрагментів. Викладене дозволяє науково аргументовано включити цитологічні дослідження на об'єктах судово-медичної експертизи при ушкодженнях при пострілах з пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 CLASSIC з різних дистанцій у комплекс лабораторних методів для діагностики виду, типу зброї та механізму травматизації.

Иммуногистохимические особенности некоторых компонентов гематотестикулярного барьера у плодов и новорожденных от матерей с преэклампсией

Потапов С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Среди нарушений полового созревания юношей наиболее распространенной формой является задержка полового развития, которая часто встречается у детей, рожденных от матерей с патологическим течением беременности, отрицательно отражаясь в дальнейшем на способности к зачатию. Это подтверждено данными о мужском бесплодии, которое составляет от 30 до 40 % в структуре бесплодных браков.

Цель исследования: изучить уровень апоптоза и пролиферации в клетках Сертоли (КС), состояние базальных мембран (БМ) семенных канальцев (СК) и субэндотелиальных БМ, а также уровень межклеточной адгезии в семенных железах (СЖ) плодов и новорожденных от матерей, беременность которых была осложнена преэклампсией (ПЭ).

Методы исследований. Наблюдения были разделены на группы: «ПЭ 1» (легкая ПЭ), «ПЭ 2» (ПЭ средней тяжести), «ПЭ 3» (тяжелая ПЭ). Группу контроля (группа «К») составили плоды и новорожденные от матерей с физиологической беременностью.

В исследовании срезы толщиной 4-6×10-6 м наносили предметные стекла superfrost plus, которые депарафинировали, после чего восстановливали антигенные свойства ткани. Как первичные использовали моноклональные антитела к CD34 – трансмембранный белок типа I, участвующий в межклеточной адгезии (клон QBEnd 10, Dako), Bax – маркер апоптоза (клон 2D2, Lab Vision), Collagen IV – колаген IV типа (клон CI 22, Dako), Ki-67 – маркер пролиферации клеток (клон SP6, Lab Vision) с обязательным выполнением контрольного исследования.

Вторичные антитела наносили на срезы и инкубировали во влажных камерах с промыванием в трис-буферном растворе между каждым этапом. Идентификацию реакции проводили благодаря нанесению хромогена (dab (lab vision)) под контролем микроскопа. Срезы дополнительно окрашивали гематоксилином Майера. Дегидратацию и включение в бальзам осуществляли согласно распространенным методикам. Оценку результатов проводили на микроскопе olympus bx-41.

Результаты исследования. Оценка процессов апоптоза и пролиферации в популяции КС показала, что в группе «К» и «ПЭ 1» последние превалируют над процессами апоптоза. Совершенно противоположная картина наблюдалась в группе «ПЭ 2» и «ПЭ 3» – процессы апоптоза преобладали над процессами пролиферации, причем данный процесс был более выражен в группе «ПЭ 3». При исследовании с маркером к Collagen IV в составе БМ СК группы «К» и «ПЭ 1» коллагеновые волокна идентифицировались в виде тонких, однородных нитей без фрагментации, очаговых утолщений и нечетких участков. Что касается БМ СК группы «ПЭ 2», то коллагеновые волокна были заметно истончены, местами размыты или не визуализировались. В группе «ПЭ 3» отмечалось резкое истончение, фрагментация и очаговая деструкция БМ СК еще более выраженная, чем в группе «ПЭ 2». При исследовании уровня экспрессии CD34 в группе «К» нами было установлено, что он являлся значительным (+++) в эндотелии сосудов, перитубулярных фибробластах и миофибробластах. Аналогичная картина наблюдалась и в группе «ПЭ 1». Что касается групп «ПЭ 2» и «ПЭ 3», то здесь отмечалось снижение уровня экспрессии CD34 (++ и + соответственно) относительно предыдущих групп в виде очагового ослабления окрашивания в эндотелии сосудов, перитубулярных фибробластах и миофибробластах.

Выводы. В группах «ПЭ 2» и «ПЭ 3» выявлено выраженное повреждение компонентов ГТБ СЖ за счет ослабления процессов межклеточной адгезии в сочетании с поражением БМ СК и увеличением числа апоптотично измененных КС. На основании изложенных данных, можно заключить, что «ПЭ 2» и «ПЭ 3» оказывают отрицательное влияние на морфофункциональное состояние ГТБ. Это может привести к беспрепятственному переходу из крови в ткань СЖ чужеродных веществ, иммунных клеток и иммунных комплексов и способно в значительной степени нарушить функционирование семенника, проявившись в будущем различными андрологическими нарушениями

Морфологические параллели биопсий слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка при эрозивной форме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Сакал В.В., Сурманидзе Р. А.
Научный руководитель - профессор В.В. Гаргин
Харьковский национальный медицинский университет

Гастроезофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) называют проблемой третьего тысячелетия и одной из важнейших проблем в гастроэнтерологии, что связано с широкой распространенностью, рецидивным течением, ухудшением качества жизни пациентов, а также возможными осложнениями. Наличие взаимосвязи повреждения слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка при эрозивной форме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни выглядит, с нашей точки зрения, достаточно важным в понимании патогенеза данного страдания.

Цель работы: сопоставить морфологические изменения пищевода и кардинального отдела желудка при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материалом исследования послужил архивный материал биопсий пищевода и желудка за период 2007-2010 гг. патологоанатомического отделения Института терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины. Всего было исследовано 134 биопсий, взятых у больных с диагнозом ГЭРБ. В ходе работы применялись рутинные методы окрашивания биопсийного материала (гематоксилином и эозином, по Романовскому-Гимзе).

При изучении слизистой желудка при ГЭРБ в кардиальном отделе выявлены признаки воспалительного процесса с развитием картины от поверхностного гастрита до атрофически-гиперпластического. О степени тяжести и активности воспалительного процесса можно судить по выраженности воспалительного инфильтрата, степени атрофии, контаминации H. Pilory. При гистологическом исследовании в биоптатах пищевода отмечалось наличие патологических изменений от невыраженных дистрофических изменений в поверхностных слоях эпителия до некробиотических изменений с лимфоцитарно-лейкоцитарной инфильтрацией различной степени активности. Инфильтраты располагались в области сосочков, в более глубоких слоях под эпителием и диффузно проникая во все слои слизистой. При активных формах эзофагита отмечалось значительное количество нейтрофилов, иногда с примесью лимфоцитов и эритроцитов в нижней трети эпителиального пласта. При сопоставлении полученных морфологических данных биоптатов пищевода и желудка выявлено, что ГЭРБ всегда сопровождается воспалительными изменениями слизистой кардиального отдела желудка, которые по степени выраженности несколько опережают изменения в пищеводе.

Перинатальна анатомія венозного русла яєчка
Скорейко П.М., Ошурко А.П., Алунгулес І.М.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Центрифугальні вени яєчка, розміщені в білковій оболонці, збирають кров з перегородок яєчка, прямують поперечно до поздовжньої осі яєчка в напрямку середостіння, де сполучаються із центрипетальними венами і утворюють навколо гілочок яєчкової артерії венозне сплетення. В ранньому плодовому періоді центрифугальні вени мають вигляд окремих майже паралельних одна до одної гілочок, але з часом між ними виникають сполучення і вже у 7-8-місячних плодів вони мають петлясту зовнішню будову. Це пов'язано з тим, що окремі венозні гілочки прямують до середостіння яєчка поперечно до його поздовжньої осі, анастомозуючи між собою. Поблизу середостіння яєчкові вени згруповані у вигляді сітки навколо двох гілочок яєчкової артерії. Венозне сплетення навколо гілочок яєчкової артерії складається із судин китицеподібної форми, які прямують уздовж артеріальних судин, оточуючи їх у вигляді сітки. На гістологічних зрізах простежуються від 5 до 9 вен навколо кожної гілочки яєчкової артерії. На гістологічних зрізах та макропрепаратах новонароджених кількість вен навколо кожної артерії зменшується до 4-5-ти. На препаратах плодів 4-7 місяців деякі вени закінчуються сліпо, утворюючи розширення, що свідчить про процеси судиноутворення, які тривають. У 8-місячних плодів вени сплетення набувають веретеноподібної форми. В ділянці хвоста над'яєчка із сплетенням навколо яєчкових артерій анастомозують вени сім'явиносної протоки, які мають видовжено-овальну форму і оточують протоку та артерію сім'явиносної протоки 3-4-ма стовбурцями, також утворюючи сітку. Із венозним сплетенням сім'явиносної протоки анастомозують вени, які супроводжують артерії м'яза-підіймача яєчка та повідця яєчка і збирають кров з оболонок яєчка та сім'яного канатика.

Изменение цвета трупных пятен в зависимости от причин смерти.
Старагина Л.А.
Научный руководитель - профессор В.А. Ольховский
Харьковский национальный медицинский университет

Проблема определения причины смерти занимает одно из ведущих мест в судебной медицине. Уже на месте происшествия судебно-медицинский эксперт должен предположительно определить причину смерти и время ее наступления. Наибольшее практическое значение при этом имеет исследование ранних трупных явлений, в частности морфологии трупных пятен (скорости появления и развития их стадий). Данные судебно-медицинской литературы содержат противоречивые сведения о закономерностях изменений

трупных пятен в случаях смерти при различных видах заболеваний. В связи с радикальным изменением образа жизни современного человека (большое разнообразие вредных привычек, генно-модифицированных продуктов и др.) раннее описанные изменения трупных пятен при различных причинах смерти в настоящее время резко видоизменились. Кроме того, описывая цвет трупных пятен, каждый эксперт индивидуально воспринимает их оттенок, что связано с особенностями цветовосприятия его зрительного анализатора. Последнее вносит определенную погрешность в описании морфологии трупных пятен. Целью нашей работы стало определение цвета трупных пятен с использованием стандартизированной палитры цветов и установление зависимости их цвета от причины смерти. При наборе материала мы использовали специально разработанные регистрационные карточки, которые включали в себя паспортную часть, обстоятельства случая, данные из медицинских карточек умерших, а также данные из врачебных свидетельств о смерти.

Для реализации поставленной цели решались следующие задачи: 1.Поиск палитры цветов, стандартизированной и используемой в Украине.2.Определение взаимосвязи цвета трупного пятна от причины смерти. 3.Подтверждение (или опровержение) ранее изученных взаимосвязей изменение цвета трупных пятен от различных причин смерти (по данным литературы).

С целью изучения взаимосвязи изменения цвета трупного пятна в зависимости от причины смерти были исследованы 100 случаев. Случаи были разделены по причинам смерти, а именно:1.Постинфарктный кардиосклероз (6 случаев). 2. Шок: (травматический, термический), травма – (8 случаев). 3.Механическая асфиксия (7 случаев). 4.Злокачественные опухоли (16 случаев). 5.Инсульт (6 случаев). 6.Инфаркт (1 случай). 7.Кардиомиопатия (5 случаев). 8.Отравления (6 случаев). 9.Кровопотеря (2 случая). 10.Заболевания легких (8 случаев). 11. Сердечно-сосудистая недостаточность, коронарокардиосклероз, атеросклеротическая болезнь сердца, хроническая ишемическая болезнь сердца (35 случаев).

Изучение цвета трупных пятен мы проводили с помощью цветовой палитры RAL E3 EFFECT, которая является международным стандартом существующих цветовых оттенков. На Украине данная цветовая палитра используется в промышленности, в частности в лакокрасочной отрасли, строительстве и др. Цветовое пространство в ней разделено на цветовые диапазоны, а цвета обозначены цифровым индексом от 110-1,который соответствует белому цвету до 870-6, который соответствует черному цвету. Исследования проводились в ходе осмотра трупов на местах происшествия. На основании проведенных исследований выявлена зависимость цвета трупного пятна от определенной причины смерти. Для заболеваний сердца, таких как постинфарктный кардиосклероз, кардиомиопатии, инфаркта миокарда характерен цвет 560-3. Для более хронического течения заболеваний сердца в сочетании с основными причинами смерти таких как: коронарокардиосклероз, сердечно сосудистая недостаточность, хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая болезнь сердца, которые встречаются в равном количестве, характерны цвета 540-3, 550-4, 550-6,560-4. Для механической асфиксии в чистом виде характерен цвет 550-3, асфиксия на фоне опухолевых заболеваний - цвет трупных пятен более характерный для опухолей - 550-2. При инсультах цвет трупных пятен характерен для заболевания, которое ему предшествовало. Для смерти от отравления этиловым спиртом и развитием цирроза на фоне употребления алкоголя, без сопутствующей патологии характерен цвет 520-4, при отравлении СО - 470-2 , при сопутствующей патологии, например: острое отравление этиловым спиртом с сердечно сосудистой недостаточностью цвет трупного пятна характерен для заболеваний сердца. Для кровотечений -550-1. При изучении заболеваний легких выявлено: при наличии туберкулеза легких с выраженной интоксикацией цвет 550-2, при заболеваниях обусловленных изменением структуры легких, цвет трупных пятен меняется на 550-4, при тромбоэмболии легочной артерии 530-3.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать вывод о существующей зависимости цвета трупных пятен от причины смерти. Для унификации определения цвета трупного пятна при осмотре трупа на месте происшествия мы предлагаем

использовать стандартизированную палитру цветов RAL E3 EFFECT, которая поможет судебно-медицинскому эксперту избежать ошибок при описании их цвета.

Топографоанатомічні особливості скронево-нижньощелепного суглоба наприкінці перинатального періоду

Столяр Д.Б., Дундюк С.І., Татарин У.Г.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинський державний медичний університет

Анатомічні особливості скронево-нижньощелепного суглоба вивчено на 27 препаратах плодів та новонароджених людини віком 37-40 тижнів внутрішньоутробного розвитку (451,0-500,0 мм ТПД).

У новонароджених скронево-нижньощелепний суглоб є повністю сформованим анатомічним утворенням, проте нижньощелепна ямка ще доволі пласка. Спостерігається ущільнення кісткової тканини скроневої кістки. Суглобова ямка незначно увігнута та має ще доволі пласку поверхню. На поверхні нижньощелепної ямки кісткова пластинка дещо потовщена порівняно із попередніми строками спостереження, але все ще тонка, та легко пошкоджується хірургічним інструментарієм. Кісткова тканина має більш щільну будову порівняно з попередніми термінами спостереження. Щілина між барабанною та лускатою частинами скроневої кістки заповнена сполучнотканинним тяжем, який тягнеться від задньої частини суглобового диска. Виростковий відросток продовжує формуватись. Смужка хряща на виростковому відростку, зокрема на окісті, доволі широка. Суглобовий диск змінюється в основному по шляху ущільнення його грубоволокнистого матриксу. Поперечна ширина скронево-нижньощелепного суглоба (передньо-задній розмір виміряний у найширшій ділянці СНЩС) у плодів 37-40 тижні внутрішньоутробного розвитку становить від 3,4 до 3,75 мм. У 37-40 тижнів розвитку плода поперечна ширина скронево-нижньощелепного суглоба збільшується в 1,102 раза. Поперечна ширина скронево-нижньощелепного суглоба у період 37-40-го тижнів внутрішньоутробного розвитку збільшується рівномірно. Спостерігається інтенсивніше зростання його ширини.

Морфогістогенез суміжних із зачатком піднижньощелепної слинної залози структур у ранньому пренатальному онтогенезі

Табачнюк Н.В.
Науковий керівник –професор І.Ю. Олійник
Буковинський державний медичний університет

Із застосуванням комплексу морфологічних, лектиногістохімічних і каріометричних методів встановлена вікова динаміка морфогенетичних перетворень прилеглих до зачатка піднижньощелепної слинної залози (ПНЩ СЗ) структур у ранньому пренатальному онтогенезі людини. Матеріалом для дослідження послужили серійні гістологічні зрізи ембріонального матеріалу віком від 4-х до 12-ти тижнів пренатального розвитку. У ембріональному матеріалі початку 5-го тижня розвитку вже добре визначаються чотири пари вісцеральних дуг; простежуються носові (парні) медіальні і латеральні відростки; відокремлюються зачатки нижньої і верхньої щелеп, а ротова ямка ембріона (stomodeum) з'єднується з глотковим відділом первинної кишки. Дистальні кінці нижньощелепних відростків максимально зближуються між собою на 6-му тижні ембріогенезу. У їх проксимальних відділах можна впізнати зачатки хряща Меккеля (Meckel). Верхньощелепні відростки разом з лобовим, латеральними і медіальними носовими відростками до кінця 7-го тижня формують верхню щелепу. Упродовж 6-7 тижнів в обох щелепах формуються групи острівців окостеніння, які з віком збільшуються у розмірах і, зливаючись між собою, утворюють їх кісткову основу. На 8-9 тижнях піднебінні пластинки починають змінювати своє положення на горизонтальне та зростаються між собою, формуючи тверде піднебіння з відокремленням ротової порожнини від носової. Упродовж 10-го тижня формуються гілки нижньої щелепи, яка на 11-12-тижні починає заміщуватися кістковою тканиною. Оскільки

найбільш виражені морфологічні перетворення у процесі становлення суміжних до ПНЩ СЗ структур, відбуваються в періоди зближення і зрощення щелепних відростків (6-8 тижні) і утворення зубних зачатків (7-8 тижні) вважаємо, що ці періоди є критичними в плані можливих аномалій розвитку як суміжних структур так і ПНЩ СЗ.

Морфометричні параметри печінки на початку плодового періоду

Черкавська А.О., Гримайло Н.А., Апетрой О.К., Гринчишина В.А.
Буковинський державний медичний університет

Анатомічні особливості печінкових вен у ранніх плодів (4-5-місячних) вивчено на 17 препаратах від 163,0 мм до 250,0 мм ТПД.

Печінка у ранніх плодів заповнює як праве так і ліве підребер'я, займаючи майже весь верхній поверх черевної порожнини. Положення печінки в 4-5-місячних плодів, які визначаються за розмірами та формою її позаочеревинного сегмента, встановити неможливо. Верхня поверхня печінки стикається з діафрагмою і на значному протязі – з внутрішньою поверхнею передньої бокової стінки живота. На нутрощевій поверхні печінки ледь помітні втиснення. Ліва і права частки майже однакових розмірів. Морфометричні параметри часток печінки поступово збільшуються впродовж 4-5 місяців розвитку. Розмір правої частки від переднього краю до заднього у 4-місячних плодів становить 22,8±1,63 мм, у 5-місячних – 33,00±0,38 мм, від бічного краю до ворітної вени – 18,2±0,53 мм, 22,3±0,11 мм відповідно. Розмір лівої частки від переднього краю до заднього у 4-місячних плодів становить 20,2±1,34 мм, у 5-місячних – 32,8±1,37 мм, від бічного краю до ворітної вени – 15,7±0,72 мм, 24,3±1,38 мм відповідно. Після проведення макромікропрепарування паренхіми печінки, у 4-місячних плодів уже чітко вирізняються три основних печінкових вен: права, середня і ліва. Довжина правої печінкової вени в 4-місячних плодів становить 14,6±1,04 мм, в 5-місячних – 19,6±0,87 мм, її зовнішній діаметр – 1,48±0,067 мм, 2,46±0,151 мм відповідно (табл. 3.1). Довжина середньої печінкової вени – 13,6±0,49 мм у 4-місячних плодів, 13,9±0,65 мм у 5-місячних, її зовнішній діаметр – 1,31±0,040 мм, 2,44±0,170 мм відповідно. У 4-місячних плодів довжина лівої печінкової вени становить 11,5±0,29 мм, зовнішній діаметр – 1,70±0,057 мм, у 5-місячних довжина – 11,2±0,18 мм, зовнішній діаметр – 2,93±0,178 мм.

Морфологические основы фибрилляции предсердий при хронической сердечной недостаточности

Шапкин А.С., Дмитренко П.С., Марковская Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Согласно результатам многоцентровых исследований, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся на фоне ИБС или ее сочетания с ГБ, в 20-40% случаев имеются нарушения сердечного ритма и проводимости, при этом в 90-95% случаев имеет место фибрилляция предсердий (ФП). Не смотря на высокий процент встречаемости ФП при ХСН, морфологические основы данного вида нарушения сердечного ритма остаются не выясненными и достаточно противоречивыми.

Цель исследования – установить особенности патоморфологических изменений синусно-предсердного отдела проводящей системы сердца (ПСС) при ХСН, осложненной ФП, и выявить морфологический субстрат данной аритмии.

Материал и методы – материалом для исследования послужили фрагменты 55 сердец, содержащие синусный узел (СУ), межузловые и межпредсердные проводящие тракты. Весь материал был разделен на две исследуемые группы: первая группа - 30 случаев с ХСН (СН I и IIА стадии) без ФП, вторая группа – 25 случаев с ХСН (СН IIБ и III стадии), осложненной ФП. Срезы толщиной 5-7мкм окрашивали по методике Маллори в собственной модификации. С помощью сетки Автандилова определяли объемное содержание проводящих элементов и стромально-сосудистого компонента.

Результаты исследования. При морфометрическом исследовании ткани СУ установлено, что во второй исследуемой группе отмечается достоверное снижение удельного

объема проводящих кардиомиоцитов. Так, данный показатель в первой группе составил 23,32±2,44% и 9,90±1,93% - во второй. Снижение удельного объема сопровождается увеличением степени выраженности жировой и гидропической дистрофии проводящих кардиомиоцитов. Дистрофические изменения и снижение удельного объема проводящих кардиомиоцитов в СУ сопровождаются аналогичными изменениями в межузловых и межпредсердных трактах. Удельный объем соединительной ткани в группе с ФП достоверно увеличивается по сравнению с группой без ФП и составляет 73,01±2,87% и 65,41±2,75% соответственно. Увеличение удельного объема соединительной ткани характеризуется появлением избыточного количества грубоволокнистого коллагена, а также избыточным накоплением кислых и нейтральных мукополисахаридов, что свидетельствует о полной дезорганизации соединительной ткани, вплоть до фиброза, и нарушении ее трофической функции. Выше описанные изменения ПСС в группе с ФП сочетаются с расширением и выраженным полнокровием сосудов. Удельный объем сосудов микроциркуляторного русла в данной группе достоверно увеличивается по сравнению с группой без ФП и составляет 8,40±1,79% и 4,22±1,16% соответственно.

На основании проведенного исследования, можно утверждать, что причиной возникновения ФП при ХСН является выраженная дезорганизация структурных компонентов СУ и путей межузлового и межпредсердного проведения, приводящая к слабости СУ, нарушению его связи с остальными отделами ПСС и появлению в нижележащих отделах ПСС множества нескоординированных очагов возбуждения, вызывающих высокочастотное сокращение групп мышечных волокон предсердий. Наиболее значимой причиной морфофункционального повреждения ПСС в динамике прогрессирования ХСН и возникновения ФП является, нарастающее ухудшение внутрисердечного кровообращения и венозное полнокровие интрамуральных сосудов.

ТЕРАПІЯ

Изменение показателей липидного спектра крови у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением

Андреева А.А.
Научный руководитель – профессор О.Я. Бабак
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования. Улучшение эффективности диагностики метаболических нарушений у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сопутствующим ожирением (ОЖ) на основании изучения липидного спектра крови.

Материалы и методы. В исследование было включено 105 пациентов, средний возраст которых составил (54,9 ± 9,2) года с ГБ II стадии и различными степенями ожирения. Больные были разделены на 4 группы. Первую группу составляли пациенты с ГБ (n = 42), вторую группу – пациенты ОЖ 1ст. и ГБ (n = 21), третью группу – пациенты с ОЖ 2 ст. и ГБ (n = 20), четвертую группу - пациенты с ОЖ 3 ст. и ГБ (n = 22). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Уровень общего холестерина (ОХС), триглециридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности и низкой плотности (ХС ЛПВП), (ХС ЛПНП) определяли иммуноферментным методом.

Результаты. При оценке показателей липидного обмена отмечается увеличение ТГ, ХС ЛПНП на фоне повышения значения ОХС и уменьшения ХС ЛПВП. Не обнаружено существенных различий в показателях ХС ЛПНП и ХС ЛПВП между группами пациентов с (ГБ+ОЖ 1ст), (ГБ+ОЖ 2ст) и (ГБ+ОЖ 3ст) соответственно ($p > 0,05$). В то же время в этих группах концентрация ТГ (1,71 ± 0,13) ммоль/л и (3,3 ± 0,17) ммоль/л и ОХС (5,24 ± 0,26) ммоль/л и (6,23 ± 0,29) ммоль/л достоверно различаются ($p < 0,05$).

Выводы. Данные изменения свидетельствуют о том, что увеличения уровня ТГ и ОХС и снижения ХС ЛПВП связано с возрастанием степени ОЖ.

Якість життя пацієнтів з органічною та функціональною патологією кишечника на тлі остеохондрозу хребта

Андруша А.Б.
Харьковский национальный медицинский университет

Мета - порівняти якість життя (ЯЖ) пацієнтів з органічною (хронічний коліт- ХК) та функціональною (синдром подразненого кишки - СПК) патологією кишечника, яка перебігає на тлі остеохондрозу хребта (ОХ).

Матеріали та методи. Обстежено 34 пацієнта з СПК на тлі ОХ та 33 хворих на ХК в поєднанні з ОХ. Окрім загальноприйнятих методів досліджень для оцінки ЯЖ використовували загальний опитувальник SF-36 та спеціальний для гастроентерологічної патології опитувальника GSRS.

Результати. Ми виявили зниження показників ЯЖ за всіма шкалами як неспецифічного, так і специфічного опитувальників, що вказує на «внесок» як ХК та СПК, так і ОХ в погіршення ЯЖ хворих з даною патологією. Такі синдроми, як діарея/ закреп та синдром болю в животі слід розглядати в якості основного фактора, що знижують ЯЖ. Середній бал за шкалою сумарного визначення опитувальника GSRS був 2,51±0,31 і 2,5±0,34 відповідно у пацієнтів з СПК або ХК на тлі ОХ. ЯЖ пацієнтів з СПК та ОХ в порівнянні з ХК і ОХ (за анкетою SF-36) було статистично значуще нижче за шкалами, які оцінюють психологічний компонент здоров'я ($p < 0,05$). Серед хворих СПК і ОХ найбільш низькі показники відзначалися за такими шкалами, як рольове фізичне та соціальне функціонування.

Висновки. Поєднання хвороб кишечника та ОХ негативно впливає на психологічний компонент здоров'я, обмежує соціальні контакти, знижує рівень спілкування, збільшує тривожні переживання і рівень депресії. Погіршення компонентів психологічного здоров'я більш виражено в групі хворих з СПК та ОХ, ніж у пацієнтів зХК та ОХ.

Серцево-судинна патологія у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

Архіпкіна О.Л.
Харківський національний медичний університет

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є актуальною проблемою медицини у зв'язку з широкою розповсюдженістю захворювання. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, на ХОЗЛ страждають близько 600 млн осіб у світі. Незважаючи на значні успіхи у вивченні ХОЗЛ, ця хвороба і на сьогоднішній день призводить до ранньої інвалідизації та смертності хворих. Так, у 1990 році ХОЗЛ посідала 6 місце серед головних причин смертності, а у 2000 – вже займала 4 місце. У міру росту тривалості життя у розвинених країнах очікується підвищення розповсюдженості захворювання та прогнозується, що у 2020 році ХОЗЛ буде 3 основною причиною летальності.

Проблема ХОЗЛ у останній час привертає увагу клініцистів з позиції розповсюдженості супутньої патології при даному захворюванні. Масштабні епідеміологічні дослідження наочно демонструють, що головною причиною смертності хворих на ХОЗЛ є не дихальна недостатність, як традиційно вважається, а серцево-судинні події. Доведено, що пацієнти з ХОЗЛ мають у 2-3 рази вищий ризик розвитку кардіо-васкулярних подій.

У дослідженні Multifactor Primary Prevention Trial було встановлено, що у хворих зі щоденним кашлем та виділенням мокроти вірогідність померти від серцево-судинних захворювань на 42% вища, ніж у тих, хто не має будь-яких респіраторних симптомів. У іншому дослідженні D. J. Hole та співав., які спостерігали більш ніж 15 тисяч осіб впродовж 15 років, виявили асоціацію між $ОФВ_1$ менше 73-75% з підвищеним ризиком летальності на 26% у чоловіків та на 24% у жінок від ішемічної хвороби серця. Виявилось, що низький показник $ОФВ_1$ впливав на серцево-судинну смертність незалежно від статусу куріння. У іншому масштабному дослідженні - The Lung Health Study також був продемонстрований зв'язок між ХОЗЛ та серцево-судинними захворюваннями, які у 42% випадків були причиною першої госпіталізації та у 44% - другої протягом 5 річного періоду спостереження над більш ніж 5 тис курцями. Тільки у 14% випадків причиною госпіталізації була патологія респіраторної системи. У цьому ж дослідженні доведено, що зниження $ОФВ_1$ на кожні 10 відсотків збільшувало загальну смертність на 14%, при цьому ризик серцево-судинної летальності зростав на 28%, а нефатальних коронарних подій – на 20%.

M. Zureik et al. проаналізували показники $ОФВ_1$ та швидкість пульсової хвилі у 194 практично здорових чоловіків без наявності коронарної хвороби серця. У дослідженні показано, що незалежне від усіх встановлених факторів ризику атеросклерозу зниження $ОФВ_1$ пов'язано зі збільшенням швидкості пульсової хвилі. Кожне зниження $ОФВ_1$ на 193 мл призводило до збільшення пульсової хвилі на 2,5 м/с. Зниження $ОФВ_1$/ФЖЕЛ також було обернено пропорційним швидкості пульсової хвилі, що дозволяє вважати цей показник незалежним фактором ризику ендотеліальної дисфункції у хворих. Нещодавно Bolton C. E., Cockcroft J. R. також продемонстрували зв'язок між атеросклерозом аорти та зниженням легеневої функції, не пов'язаної з курінням.

У епідеміологічному дослідженні NHNES III було встановлено, що особи з бронхіальною обструкцією у декілька разів мали підвищений рівень С-реактивного білку, який, згідно з даними Framingham Study, вважається предиктором кардіоваскулярного ризику та смертності у здорових осіб. Крім того, у обстежених з тяжкою бронхіальною обструкцією в 2,1 рази частіше виявили ознаки перенесеного інфаркту міокарду.

Таким чином, наведені дослідження переконливо свідчать про роль ХОЗЛ у серцево-судинній захворюваності та летальності.

Особенности клинического течения микоплазменной пневмонии

Бильченко А.А.
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель - профессор Т.В. Бездетко

Целью нашей работы явилось изучение клинических особенностей течения при микоплазменной пневмонии (МП), что важно для диагностики и эффективной терапии.

Для достежения цели решались следующие задачи: изучались жалобы больных, данные физикального обследования, общепринятые клинические анализы, результаты иммуноферментного анализа (ИФА), рентгенологического исследования.

Мы наблюдали 14 больных МП. По степени тяжести течения больные были разделены на 2 группы: I группа состояла из 6 больных (43%) с легким, но затяжным течением болезни, средний возраст 29,5±3,6 лет, II группа состояла из 8 больных (57%) с более тяжелым течением болезни, средний возраст 64,5±6,3 лет.

У больных I группы заболевание начиналось с надсадного, сухого кашля, осиплости голоса, обильного потоотделения, болей в мышцах. 4-х больных кашель беспокоил ночью, особенно в положении лежа, т.е. доминировал синдром трахеобронхиальной дискинезии (СТБД). У этих больных на догоспитальном этапе диагностировали бронхит или трахеобронхит, и они, как правило, были госпитализированы в клинику на 3-4 неделю болезни. Состояние больных было удовлетворительным. Температура тела малая субфебрильная. Над легкими выслушивалось жесткое дыхание. В клиническом анализе крови - лейкоцитарная формула без изменений, умеренный лейкоцитоз, умеренная анемия. С–реактивный белок определяли в низком титре у 80% больных. При проведении ИФА у всех больных отмечено повышение титра антител класса G к микоплазме более, чем в 3 раза. При рентгенологическом исследовании обнаружены сетчатые интерстициальные изменения легочной ткани

Клініко-функціональні аспекти силікозу у поєднанні з ішемічною хворобою серця

Братусь В.М.
Науковий керівник - професор В.А. Капустник
Харківський національний медичний університет

Однією з найактуальніших проблем внутрішньої медицини є коморбідна патологія, зокрема поєдання хронічних респіраторних захворювань з ішемічною хворобою серця (ІХС). Відомості щодо особливостей перебігу силікозу у поєднанні з ІХС вкрай нечисленні.

Мета роботи: удосконалення діагностики силікозу в поєднанні з ІХС шляхом вивчення клініко-функціональних особливостей поєднаної патології.

Матеріали і методи**.** Обстежено згідно галузевим стандартам 53 чоловіки віком 57,6±5,84 років, середнім «пиловим» стажем у машинобудуванні 24,1±2,5 років, хворих на силікоз I стадії, зокрема, 27 пацієнтів (51%) з ІХС (стенокардією напруження, I-II ФК, дифузним кардіосклерозом).

Результати. Пацієнтам з коморбідною патологією властивий атиповий перебіг ІХС (безбольові форми склали 68,2±6,2 %) та більша тяжкість стану (серцеву недостатність встановлено у 82,5±8,1 % випадках, переважно IIA стадії, стенокардію напруження — здебільшого II та III функціональних класів із відповідними електрокардіографічними зрушеннями).

Порівняльний аналіз клініко-функціональних показників дозволив встановити у пацієнтів з поєднаною патологією більшу частоту та виразність респіраторної симптоматики (параметрів кашлю та задишки), більш значні зміни функції зовнішнього дихання (як об`ємних, так і швидкісних показників) тощо, ніж у хворих на силікоз без супутньої ІХС.

Висновки. Клініко-функціональні особливості поєднаного перебігу силікозу та ІХС обумовлюють необхідність системного підходу до цієї коморбідної патології з метою патогенетичного обгрунтування ранньої діагностики та вибору оптимальних підходів до її лікування, що становить перспективу подальших досліджень.

Значення поліморфізму генів-індикаторів ВСА Т1 та FTO та їх вплив на перебіг артеріальної гіпертензії у поєднанні з ожирінням

Бутова Т.С., Кукушка О.В., Терешкін І.К.
Науковий керівник - професор О.Я. Бабак
Харківський національний медичний університет

Гіпертонічна хвороба - одне з найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань дорослого населення. Численні епідеміологічні дослідження показують, що рівень артеріального тиску зазнає впливу генетичних факторів у сукупності з чинниками

навколишнього середовища. Вважають, що 30-70% коливань рівня артеріального тиску генетично детерміновано та близько 50% зумовлено зовнішньо середовищними факторами. Одним з головних факторів генетичного впливу на виникнення артеріальної гіпертензії є ожиріння. Кореляція між масою тіла і рівнем артеріального тиску пряма, значна і стійка. За даними літератури, до кінця не з'ясовано вплив генів артеріальної гіпертензії та надлишкової ваги у виникненні артеріальної гіпертензії та ожиріння.

Висока точність та ймовірність передбачення розвитку артеріальної гіпертензії у поєднанні з ожирінням при дослідженні впливу генетичної детермінації поліморфізму генів-індикаторів артеріальної гіпертензії BCA T1 та ожиріння FTO забезпечує визначення генетичної схильності до цих захворювань. Раннє виявлення генетично схильних до артеріальної гіпертензії та ожиріння осіб є актуальним, тому що дозволяє виділити групи ризику та проводити профілактичні заходи, а також прогнозувати перебіг і важкість захворювань.

Фармакоэкономическая оценка лечения больных в кардиологическом стационаре.

Введенская А.Е.
Научный руководитель - к.мед.н. А.А. Янкевич
Харьковский национальный медицинский университет

По мнению экспертов ВОЗ, расходы на лекарственную терапию составляют около 10-20% общих госпитальных расходов.

Цель: составить экономическую характеристику лекарственной терапии, используемую в кардиологическом стационаре.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 52 истории болезни пациентов, находившихся в кардиологическом стационаре КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» с 2008 по 2010 год, и схемы их лечения.

Результаты. Согласно записям в листах назначений, пациенты получали от 3 до 13 лекарственных препаратов за курс лечения, длившийся в большинстве случаев 10 дней. В среднем назначалось 7 препаратов. Наиболее затратным видом терапии было лечение плагрилом (276,28 грн за 10-дневный курс), далее мексикором (150,24 грн). Самым дешевым оказалось применение атенолола (1,12 грн). Однако и плагрил, и атенолол не являлись наиболее часто назначаемыми препаратами. Самым популярным средством оказался кардиомагнил – его принимали 62,3% пациентов. Доля отечественных препаратов составила 43,7%, импортных - 56,3%. Выявленный размах в стоимости различных схем лечения и полипрагмазия при назначении кардиологической группы препаратов являются поводом для продолжения дальнейших исследований в данном направлении.

Выводы. Стоимостная характеристика протоколов лечения должна стать неотъемлемой процедурой при их формировании. Распределение финансовых ресурсов с наибольшей эффективностью требует внедрения в практику планирования расходов на лекарственное обеспечение методов фармакоэкономического анализа.

Показники кислотно – основного стану крові та кислотовидільної функції нирок у хворих на ХОЗЛ ІІІ ст. із нефропатією

Веремієнко О.В.
Науковий керівник - професор Ж.Д. Семидоцька
Харківський національний медичний університет

Частота поєднання ХОЗЛ і хронічної хвороби нирок коливається від 32 до 47,3 %.

У пульмонологічному відділенні ХОКЛ був обстежений 51 хворий ХОЗЛ ІІІ ст. із нефропатією, з них було 20 жінок та 31 чоловік, середній вік яких склав 57,41±2,21 років. Групу порівняння склали 44 хворих на ХОЗЛ ІІІ ст. із ізольованим ураженням легень, у віці 58,12±1,16 років, з них 21 жінка та 23 чоловіка.

Усім хворим визначався кислотно – основний стан крові та кислотовидільна функція нирок.

Показники кислотно – основного стану крові, які були характерними для хворих на ХОЗЛ III ст. із нефропатією, в основному не відрізняються від показників у хворих із ізольованою патологією легень. Однак, слід все ж таки відмітити у цих хворих певну тенденцію до більш високих метаболічних (ВЕ) та респіраторних (pCO_2) показників (ВЕ) ($p<0,05$).

Кислотовидільна функція нирок характеризувалася підвищенням добової екскреції титрованих кислот (39,83±0,38 ммоль/д) ($p>0,05$) та аміоніогенеза (87,77±1,09 ммоль/д) ($p>0,05$).

Аналізуючи показники кислотовидільної функції нирок у хворих на ХОЗЛ із нефропатіями слід відмітити їх компенсаторні можливості. Добова екскреція водневих іонів у хворих із поєднаною патологією була навіть вище, ніж у хворих із ізольованою легеневою патологією. Це свідчить про високі компенсаторні можливості нирок.

Варианты коррекции метаболических нарушений у пациентов с сахарным диабетом в сочетании с артериальной гипертензией

Внукова А.С., Суворов А.А.
Научный руководитель - профессор Л.Р. Бобронникова
Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы - сравнительная оценка эффективности лизиноприла и комбинированной терапии лизиноприл, амлодипин и аторвастатин у пациентов с сахарным диабетом в сочетани с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследований. В исследовании принимали участие 80 пациентов с СД 2 типа в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии и 2-й степени. Средний возраст пациентов составил 56,8±4,6 года. Контрольная група (n=20) была максимально сопоставима по возрасту и полу. Для мониторинга углеводного обмена определяли уровень глюкозы плазмы натощак и уровень гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}). Для определения чувствительности ткани к инсулину использовали показатель HOMA–IR.. В зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на группы: I группа (n=45) получала метформин в дозе 500 мг дважды в сутки и ингибиторы АПФ (лизиноприл)10 мг в сутки; во II-ю группу (n=40) вошли лица не достигшие целевого уровня АД на фоне постоянного приема антигипертензивных препаратов (АГП) или нерегулярно принимавших АГП в последний месяц. Эти пациенты получали дополнительно к бигуанидам лизиноприл в дозе 0 мг, амлодипин - 5 мг в сутки и аторвастатин по 10 мг 1 раз в сутки. Статистический анализ был выполнен с использованием программы Microsoft Excel, Statistica for Windows.

Результаты и их обсуждение**.** В результате терапии в группах пациентов отмечено улучшение гемодинамических показателей. К концу 3-й недели у 67% пациентов I-й группы и у 94% II-й зарегестрированы целевые уровни АД (систолического и диастолического) <140/90 мм рт.ст.: при использовании лизиноприла на 24,71% и 15,73% соответственно; при комбинированном сочетании лизиноприла, амлодипина и аторвастатина на 29,34% и 20,74% соответственно, ($p<0,05$). В обеих группах после проведенной терапии отмечена тенденция к снижению ЧСС: в I-й группе пациентов на 3,62%, во II-й группе - на 6,19%, ($p<0,05$). Стандартная терапия у пациентов I-й группы не выявила существенного влияния на показатели липидного спектра сыворотки крови: уровень ХСЛПНП не достиг целевых значений (4.99±0.23 ммоль/л), тогда как у пациентов II-й группы показатель составил 3.31±0.21 ммоль/л, уровень холестерина сыворотки крови составил соответственно 7,84±0.18 ммоль/л и 5,21±0.37 ммоль/л, триглицеридов - 2,44±0,24 ммоль/л и 1,24±0,13 ммоль/л, ($p<0,05$). Предложенный комплекс обеспечивал уменьшение суточных колебаний гликемии до 1,56±0,28 ммоль/л у пациентов II-й группы и 4,31±0,27 ммоль/л – в I-й ($p<0,05$). Индекс HOMA-IR у пациентов II-й группы составил 2,32±0,42; в I-й группе- 3,81±0,77, ($p<0,05$).

Выводы. Назначение комбинированной антигипертензивной терапии с аторвастатином способствовало более выраженному улучшению клинических и гемодинамических показателей с позиции достижения контролируемого артериального давления, нормализации

липидного спектра сыворотки крови при хорошей переносимости и незначительной частоте побочных эффектов.

Эффективность тромболизиса при остром инфаркте миокарда

Вороненко Е.С.
Харьковский национальный медицинский университет

Как известно, причиной развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) является внезапное стойкое нарушение коронарного кровотока, развивающееся вследствие окклюзии крупной коронарной артерии или её ветвей, механизмом которой считается образование тромба в области атеросклеротической бляшки. Согласно этому, главной задачей неотложной помощи становится восстановление коронарного кровотока, что позволяет, как минимум уменьшить зону некроза, а как максимум спасти жизнь больного.

В настоящее время существует два пути реперфузии миокарда: первичные коронарные вмешательства (ПКВ) и тромболитическая терапия (ТЛТ). Согласно результатам исследований PRAGUE-2 и CAPTIM, важнейшим фактором выбора тактики лечения является время. В тех случаях, когда введение тромболитика возможно в первые 2 часа, предпочтение нужно отдавать этому методу лечения. При госпитализации пациента более чем через 3 часа от начала болевого синдрома методом выбора являются ПКВ.

Несмотря на то, что в мире отмечается значительный рост числа оперативных вмешательств при ОИМ, даже в США они составляют менее 50%. Это объясняется тем, что проведение ПКВ требует очень хорошей материальной базы и большого количества высококвалифицированных специалистов, способных обеспечить оказание помощи в течение круглых суток. В Украине преимущество отдается ТЛТ. Основными препаратами, используемыми для ТЛТ в настоящее время, являются стрепоткиназа, альтеплаза, ретеплаза и тенектоплаза. Преимущество последней состоит в методике её введения, которая позволяет проводить ТЛТ на догоспитальном этапе, что значительно сокращает время от начала заболевания до начала лечения, максимально приближая его к «золотому стандарту» - 1 час.

Важным результатом ТЛТ является, «прерванный» инфаркт миокарда – полное отсутствие некроза или незначительная его зона после ишемии, подтверждением чего служат прекращение элевации сегмента ST и последующая его резолюция более чем на 50% от исходного уровня, а также концентрация МВ КФК к концу первых суток, не превышающая более чем в два раза верхнюю границу нормы. По результатам исследования ASSENT-3 частота прерванных инфарктов при проведении ТЛТ в период до 1 часа от начала заболевания равнялась 25% и с каждым последующим часом падала, составляя к 3-4 часу всего 10%. Летальность на 30-й день составляла всего 1%, в то время как при резолюции сегмента ST менее 70% от исходного уже к 60-й минуте она была 5,9%. Это ещё раз подтверждает необходимость и эффективность ранней ТЛТ.

Роль адипонектину у розвитку атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію і ожиріння

Габісонія Т.Н.
Харківський національний медичний університет

Серцево-судинні Захворювання (ССЗ) займають перше місце в структурі смертності громадян України (62,5%). У виникненні ІХС (зокрема стабільної стенокардії) беруть участь гемодинамічні клінічні гуморальні генетичні, імунологічні чинники [Малая Л.Т., 2002; Волков В.І., 2004].

Важливим чинником ризику ішемічної хвороби серця є ожиріння. Ожиріння об’єднує декілька атерогенних чинників, які прискорюють атерогенез, що є наслідком синтезу в адипоцитах великої кількості гормонально активних речовин. (адипонектин вісфатин.) [Караченцев Ю.І., 2006; Біловол О.М., 2007].

На сучасному етапі багато уваги приділяється вивченню адипонектину , який декретується у білій жировій тканині . Також залишаються актуальними питання

активації вісфатину у хворих на ожиріння, як регулятора атерогенезу. Цікавість у науковців визиває неоптерін, який є маркером запалення та інтегральним показником активації імунозапальної системи. Також підвищення рівня концентрації неоптеріну виявляється у хворих з атеросклерозом аорти, коронарних артерій, периферійних артерій.

Мета дослідження – на основі наявних знань з'ясувати роль адипокинів (адипонектин та вісфатин) у розвитку атеросклеротичного процесу коронарних артерій в залежності від рівня маркера запалення неоптеріну у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння.

Отримані результати. Досі залишається дискутабельним роль адипокинів та неоптеріну у розвитку атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння.

Висновки. Цей напрямок медичних досліджень є перспективним і актуальним, оскільки отримані дані досить суперечливі і вимагають подальшого вивчення із здобуттям нових вірогідних фактів, які можуть лягти в основу нових діагностичних і терапевтичних стратегій при метаболічних порушеннях у хворих з серцево-судинною патологією.

Вплив шкідливих звичок на метаболічні розлади у пацієнтів з гіпертонічною хворобою

Гапонова О.Г.
Харківський національний медичний університет

Мета: дослідити вплив куріння і споживання алкоголю на метаболічні розлади у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали і методи: Обстежено 98 чоловіків, хворих на ГХ I-II стадій, віком від 23 до 69 років. Пацієнтів проанкетовано щодо куріння і споживання алкогольних напоїв, виконано антропометричні вимірювання (зросту, маси тіла, обводу талії (ОТ)). Ферментативним методом визначали сироваткові рівні загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та холестерину ліпопротеідів високої щільності (ХС ЛПВЩ), а також вміст глюкози у венозній крові натще глюкозооксидазним методом.

Результати: При ГХ куріння сприяє зростанню співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ на 50,4 % ($P < 0,001$). Ступінь змін співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ у курців залежить від щоденної кількості спалених цигарок. Споживання алкогольних напоїв у сприяє гіпертригліцеридемії, ступінь вираженості якої залежить від спожитої добової дози етанолу ($\rho = 0,394$ ($P < 0,01$)). Споживання алкоголю сприяє підвищенню індексу маси тіла (ІМТ) на 8,3 % ($P < 0,01$) і ОТ на 4,1 % ($P < 0,01$), порушенню толерантності до глюкози пропорційно щоденній кількості спожитого етанолу ($\rho = 0,343$ ($P < 0,05$)).

Висновки: Куріння у порівнянні з алкоголем робить більший внесок у вираженість метаболічних розладів у хворих на ГХ, про що свідчить характер і ступінь кореляційних зв'язків між відповідними параметрами, інтенсивністю куріння і щоденної дози спожитого етанолу.

Оценка влияния хобл на качество жизни пациентов.

Гетман Е.А., Каменир В.М., Калашник Д.Н.
ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»

Значимой проблемой современного здравоохранения является неуклонный рост хронического обструктивного заболевания легких(ХОБЛ). Увеличение числа курящих, особенно в нашей стране, ведет к увеличению количества больных с ХОБЛ. Изучение качества жизни (КЖ) существенно дополняет традиционную методологию обследования больного и является чувствительным инструментом, который раскрывает субъективное восприятие больным состояния своего здоровья.

Цель: Оценить влияние ХОБЛ на качество жизни больных с помощью опросника Святого Георгия.

Материалы и методы: Проведено изучение качества жизни 180 респондентов в возрасте 40 лет и старше с ХОБЛ в стадии обострения, в том числе 79 женщин в возрасте (74,35 ± 6,03) года и 101 мужчины в возрасте (72,85 ± 6,9) года. Для измерения КЖ при ХОБЛ

использовали одномесячную версию специализированного опросника для больных с заболеваниями органов дыхания («St. George's Hospital Respiratory Questionnaire» - SGRQ).

Результаты и их обсуждение: До начала лечения у больных степень выраженности субъективных «симптомов» ХОБЛ была более значимой у мужчин, чем у женщин, и отличалась на 7 баллов. Установлено, что исходная степень ограничения физической «Активности» была значительно снижена как у мужчин, так и у женщин пожилого и старческого возраста (количество баллов превышало 61), хотя необходимо подчеркнуть, что женщины считали эти нарушения более тяжелыми, чем представители «сильного» пола. Это хорошо согласуется с тем фактом, что женщины психологически хуже переносили проблемы, связанные с ХОБЛ.

Выводы: Выявлены различия восприятия КЖ пациентов с ХОБЛ: исходная степень «симптомов» заболевания более выражена у мужчин, ощущение высокого начального уровня ограничения физической «Активности», тяжелая психологическая переносимость проблем, связанных с ХОБЛ, общее негативное влияние болезни на состояние здоровья превалируют у женщин.

Влияние I/D полиморфизма гена АПФ на эффективность терапии и некоторые морфологические параметры у больных гипертонической болезнью с ожирением.

Гончарь А.В., Грязнова О.В., Молодан В.И.
Харьковский национальний медицинский университет

Цель. Изучить особенности влияния I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) на обратное развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в ходе терапии рамиприлом и индапамидом у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 53 пациента (32 мужчины и 21 женщина) в возрасте от 32 до 67 лет с мягкой и умеренной АГ I-II ст. и ожирением, не получавших антигипертензивную терапию. Методы обследования включали обязательный перечень исследований согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ, определение полиморфизма гена АПФ (полимеразная цепная реакция) и статистическую обработку полученных результатов (Statistica v.6.1).

Результаты. Наиболее выраженное снижение параметров ГЛЖ было в группе монозигот по D аллели: снижение индекса массы миокарда левого ЛЖ к концу 6 месяца с 101,2±6,7 до 92,3±5,7 кг/м2 ($p<0,05$) в группе рамиприла и с 100,6±6,3 до 92,0±5,8 кг/м2 в группе индапамида, уменьшение относительной толщины стенок ЛЖ с 0,53±0,009 до 0,45±0,008 и с 0,53±0,008 до 0,48±0,008 соответственно ($p<0,001$ в обеих группах).

Выводы. Сравнительный анализ динамики артериального давления (АД) в ходе лечения рамиприлом и индапамидом обнаружил одинаковую для обеих групп тенденцию к обратному развитию ГЛЖ, наиболее выраженную среди носителей DD генотипа АПФ.

Адіпоцітокінемія та синдром інсулінорезистентності у гіпертензивних пацієнтів залежно від рівня лептину

Гопцій О.В.
Харківський національний медичний університет

Мета. Вивчення взаємозв'язку між рівнем лептину і вуглеводним обміном у сироватці крові хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від рівня лептину.

Матеріали. Обстежено 121 хворого на АГ, середній вік (53,90±0,93) років. Рівень лептину, інсуліну визначали імуноферментним методом, індекс HOMA розраховували за формулою.

Результати. Всіх хворих на АГ розділили на тертілі залежно від рівня лептину в крові. Порівняльний аналіз середніх значень рівня лептину, вуглеводного обміну у гіпертензивних хворих залежно від рівня лептину наведені в табл.

Показники	1 тертіль	2 тертіль	3 тертіль
Лептин, нг/мл	5,47±0,21	9,69±0,25	17,71±1,33
Чол.	5,35±0,29	9,19±0,49*	15,88±1,08* **

Жін.	5,62±0,33	9,92±0,29*	18,37±1,77* **
Інсулін, мкОД/мл	10,52±1,94	12,51±1,20	24,68±2,97* **
Глюкоза, ммоль/л	4,58±0,11	4,70±0,19	4,79±0,13
Індекс HOMA, ум. од.	2,31±0,59	2,64±0,28	5,51±0,71* **

Примітка. * - розбіжності між групами хворих 1-го і 2-го, 3-го тертілей достовірні, p<0,05; ** - розбіжності між групами хворих 2-го и 3-го тертілей достовірні, p <0,05.

Кореляційний зв'язок виявлено між рівнем інсуліну і рівнем лептину (R=0,37; p=0,0001); між індексом HOMA і рівнем лептину (R=0,34; p=0,005) у хворих 1-го тертіля. Між рівнем інсуліну і рівнем лептину (R=0,35; p=0,003); між індексом HOMA і рівнем лептину (R=0,36; p =0,0006) у хворих 2-го тертіля. Між рівнем інсуліну та рівнем лептину (R=0,36; p=0,0005); між індексом HOMA і рівнем лептину (R=0,38; p=0,0004) у пацієнтів 3-го тертіля.

Висновки. У обстежених хворих спостерігається порушення вуглеводного обміну при підвищенні рівня лептину в крові. Виявлено взаємозв'язок між рівнем лептину та інсуліну, індексом HOMA в крові хворих на артеріальну гіпертензію.

Клініко – патогенетичні особливості хронічного пієлонефриту у хворих на цукровий діабет 2-го типу

Граніна О.В.

Харківський національний медичний університет

У пацієнтів віком понад 65 років спостерігається 8–14 хвороб, патогенетично пов'язаних між собою. Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу привертає особливу увагу та є одним з найбільш поширеніших захворювань. У хворих на ЦД 2-го типу хронічний пієлонефрит (ХП) спостерігається в 4–5 разів частіше.

Мета роботи. Виявити клініко – патогенетичні особливості при ХП у хворих ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи. Було обстежено 120 хворих з ХП у поєднанні з ЦД 2-го типу віком від 45 до 65 років. Діагноз ХП встановлювали на основі додатку до наказу МОЗ №593 (2004), ЦД - до класифікації ВООЗ (1999) на підставі проведених клінічних та лабораторних методів дослідження.

Результати досліджень. Виявлялось підвищення наступних показників у хворих з поєднаною патологією: ШОЕ – у 35 випадків (20%), незначний лейкоцитоз та зсув лейкоцитарної формули вліво –у 30 (15%), що супроводжувалось клінічно вираженим сечовим синдромом, синдромом інтоксикації та больовим синдромом у поперековій ділянці. Дизуричні розлади, які визначались у вигляді полакіурії – у 50 хворих (46%), ніктурії, поєднаною з поліурією – у 35 (25%) та ішурією – у 15 (5%). Патологічна лейкоцитурія спостерігалась практично у всіх хворих (95%) за даними загального аналізу сечі. Протеїнурія: до 1 г/л – у 70 хворих (60%), понад 1 г/л – у 5 (5,2%). У всіх хворих реєструвались помірні порушення вуглеводного обміну: підвищення рівня глікемії натще до 8,7±0,9 ммоль/л (p<0,05), постпрандіальної глікемії – до 15,9±2,4 ммоль/л (p<0,05), рівнем HвA1C – 7,80±0,32% (p<0,05), за наявності глюкозурії – у 110 (90%) пацієнтів (p<0,01).

Висновок. Виявлені суттеві метаболічні порушення, які пов'язані з поєднанням ХП та ЦД 2-го типу в стадії декомпенсації.

Стан ліпідного обміну в залежності від поліморфізму генів PPARγ та AT1R у пацієнтів з гіпертонічною хворобою в поєднанні з цукровим діабетом II типу після антигіпретензивного лікування

Грязнова О. В., Гончар О. В., Молодан В.І.

Харківський національний медичний університет

Мета роботи: визначити залежність між поліморфізмом генів PPARγ та AT1R у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом II типу (ЦД II) та показниками ліпідного обміну після шеститижневого антигіпертензивного лікування телмісартаном.

Задачі: показати значущість вливу поліморфізму генів PPARγ та AT1R на метаболічні показники та ефективність терапії телмісартаном.

Матеріали дослідження: обстежено 105 пацієнтів (середній вік 56,1 ± 1,1 років) з ГХ I-II стадії, 1-2 ступеня та ЦД II.

Методи дослідження: вивчалися загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцериди (ТГ). Генотипування - методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Результати: Через 6 тижнів лікування телмісартаному хворих на ГХ + ЦД2Т з ProPro/AA генотипом рівень ЗХС знизився на 7,6%, рівень ХС ЛПВЩ підвищився на 10,8%. Пацієнти ProPro/AC+CC мають наступні показники: - 5,9%, + 7,2% та - 20,5% відповідно. Мінімальна ефективність терапії спостерігається у хворих з XAla/AC+CC: - 1,4%, + 5,3% і - 6,3%. У носіїв XAla/AA зміни показників дещо кращі: - 4,4%, + 3,7% та - 10,0%.

Висновки: найбільш чутливі до терапії гомозиготи ProPro, наявність Ala-алеля асоціюється з гіршою відповіддю на терапію. Наявність C-алеля гена AT1R призводить до зниження ефективності впливу терапії на показники ліпідного обміну.

Гипертоническая болезнь, резистентная к стандартной терапии

Гужва Н.Ю., Рожанская Е.А.
Научный руководитель - к.мед.н. А.А. Янкевич
Харьковский национальный медицинский университет

Цель: анализ клинического случая, демонстрирующего несколько аспектов проблемы резистентности к лечению гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы: изучение анамнеза, данных объективного обследования, результатов лабораторных и инструментальных тестов больного Б., 1970 г.р., который в течение трех лет наблюдался в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» по поводу ГБ.

Результаты и обсуждение. Известно, что после очередного курса лечения в стационаре в течение 2-3 месяцев пациент регулярно принимал антигипертензивные препараты согласно рекомендациям врача. Затем, прием препаратов стал нерегулярным, в недостаточных дозах, зачастую - только в случае плохого самочувствия. Пациент объясняет нарушение режима длительного лечения высокой ценой на лекарственные препараты, забывчивостью и нежеланием ежедневно принимать таблетки. Кроме того, ему сложно менять привычки и соблюдать рекомендации по физической активности и диете.

В настоящее время пациент принимает лозартан 100 мг, симвастатин 20 мг, метопролол 100 мг, амлодипин 10 мг в сутки, но артериальное давление продолжает оставаться высоким. При суточном мониторировании (на фоне приема гипотензивных препаратов) выявлено среднесуточное АД 155/95 мм. рт. ст. Циркадный ритм: тип «dipper» (достаточное ночное снижение АД). Максимальное АД 180/115 мм. рт. ст. По данным УЗИ сердца - гипертрофия левого желудочка за истекший год увеличилась: на 2 мм увеличилась толщина межпредсердной перегородки и задней стенки. При пробе с 6-минутной ходьбой: дистанция ходьбы – 400 метров, выявлено снижение толерантности к физическим нагрузкам. Снизить массу тела за время наблюдения не удалось. Индекс массы тела (ИМТ) - 42 кг/м^2 (при норме до 19-20 кг/м2). Окружность талии 129 см, при норме для мужчин <92 см (по классификации Международной федерации диабета, 2007). Уровень общего холестерина продолжает оставаться на высоком уровне – 7,8 ммоль/л(норма – до 5,2 ммоль/л).

Вывод. Особенность лечения данного больного - не только экономически обоснованный выбор эффективных фармацевтических препаратов, но и формирование у него общей приверженности к лечению, модификация образа жизни, а также соблюдение диеты, направленной на снижение массы тела.

Молекулярні механізми прогресування хронічної хвороби нирок: гломерулонефриту

Данієлян А.
Науковий керівник - А.Б. Борзенко
Харківський національний медичний університет

Цитокінова модель прогресування хронічної хвороби нирок, гломерулонефриту (ХХН, ГН) стає дедалі популярнішою. З'являється все більше робіт, які висвітлюють не тільки експериментально обґрунтоване значення цитокінового «оркестру» у патогенезі ХХН, ГН, але й клінічну доцільність визначення цих медіаторів.

Метою нашого дослідження стало вивчення ролі прозапального цитокіну інтерлейкіну - 1β (IL-1β) і профіброгенного фактору фібронектину (FN) у прогресуванні ХХН, ГН, а також можливості використання їх плазмових концентрацій у діагностиці, прогнозуванні перебігу та для оцінки ефективності лікування цього захворювання. Плазмові концентрації досліджуваних медіаторів визначалися методом твердофазного імуноферментного аналізу у 110 хворих на ХХН I - V стадій, ГН при різних клінічних варіантах перебігу захворювання та 20 практично здорових осіб групи контролю.

Рівень IL-1β у плазмі хворих на ХХН, ГН значно підвищений - 538,0 ± 46,1 пкг/мл ($p < 0,01$), порівняно з контролем 39,1 ± 5,8 пкг/мл, і зростає по мірі прогресування хвороби. Він найменший на II стадії ХХН, при ізольованому сечовому синдромі, в фазі ремісії хвороби; максимальний - у пацієнтів з нефротичним синдромом і артеріальною гіпертензією, на V стадії ХХН, а також при наявності кардіоваскулярних і/або гастроінтестинальних ускладнень, анемії.

Вміст FN також підвищено - 128,3 ± 6,8 мкг/мл - порівняно з контролем - 108,4 ± 4,9 мкг/мл, найбільше - при нефротичному синдромі (248,6 ± 42,2 мкг/мл). По мірі прогресування ХХН цей показник знижується, а у пацієнтів на лікуванні програмним гемодіалізом (ПГД) він критично низький.

Концентрації IL-1β і FN при ХХН, ГН є взаємозв'язаними, і мають оцінюватися в залежності від функціонального стану нирок: на I стадії хвороби зростання фібронектинемії на тлі зниження плазмового вмісту ІЬ-1(3 може бути раннім предиктором прогресування ХГН із розвитком ниркової недостатності, на II - V стадіях ХХН динамічне зростання активності цитокіну і зниження FN у крові відбиває прогресування нефросклеротичних процесів, свідчить про високий ризик ектраренальних ускладнень.

У хворих на ХХН V стадії, які отримують замісну терапію ПГД, динамічне підвищення рівня IL-1β може бути показником порушення біосумісності зі складовими екстракорпорального контуру кровообігу. Зменшення концентрації FN у цих пацієнтів свідчить про погіршення їх клінічного стану та є несприятливим прогностичним показником.

Таким чином, з метою ранньої діагностики ураження нирок та визначення активності запального процесу в нирці до комплексного обстеження пацієнта доцільно включити дослідження вмісту IL-1β у плазмі крові. Динамічне збільшення цього показника може використовуватися в якості критерію прогресування ХХН,ГН та предиктора розвитку ускладнень уремії (з боку органів травлення або серцево - судинної системи, анемії). Зростання вмісту FN у плазмі крові хворих на ХГН зі збереженою функцією нирок може розцінюватися як рання ознака склерозування ренальних структур. На II - V стадіях ХХН динамічне убування концентрації FN у плазмі крові виступає в якості предиктора прогресування ниркової недостатності та розвитку поліорганної дисфункції.

Комплексне дослідження вмісту IL-1β та FN в плазмі хворих на ХХН, ГН рекомендовано в якості додаткових діагностичних критеріїв та прогностичних чинників перебігу захворювання. Динамічні зміни цих показників на різних стадіях ХХН можуть бути підґрунтям для своєчасної корекції комплексу ренопротективних заходів, а в умовах лікування ПГД - корекції складових екстракорпорального контуру кровообігу (зміна мембрани діалізатору, діалізної дози, тощо).

Ремоделювання міокарду у хворих на гіпертонічну хворобу в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень

Дєлєвська В.Ю.
Харківський національний медичний університет

Мета роботи: визначити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріали і методи. Обстежено 28 хворих в ХКМЛ № 27, що були розподілені на дві групи. У 1 групу війшли 15 хворих із сполученням ГХ і ХОЗЛ (10 чоловіків та 5 жінок, середній вік 64,1±1,25 рік), у 2 групу - 10 осіб (6 чоловіків та 4 жінки, середній вік 57,47±3,5 років) з ГХ без ХОЗЛ. Усім хворим проводилось ехо-КС дослідження.

Результати. Дослідження показало, що величина кінцево-діастолічного розміру (КДР) лівого шлуночка (ЛШ) у хворих з ГХ та ХОЗЛ значимо була достовірно менше, ніж у 2 групі. У хворих з поєднанням ГХ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з ГХ без ХОЗЛ відзначалося істотне зниження кінцево-діастолічного об'єму (КДО) ЛШ (98,85 ± 3,21, 128,75 ± 3,59 і 121,50 ± 3,42 мл, відповідно). Більш низькі значення ударного (УО), хвилинного (ХО) об’ємів і фракції викиду (ФВ) ЛШ визначалися у хворих з ГХ та ХОЗЛ у порівнянні з аналогічними параметрами в осіб з ГХ без ХОЗЛ. Встановлено підвищення систолічного тиску в легеневій артерії (СТЛА) у хворих на ХОЗЛ при наявності ГХ. Проведена оцінка характеру ремоделювання міокарда ЛШ продемонструвала переважання концентричної гіпертрофії ЛШ в обох групах (51,6% і 54,3% відповідно, p = 0,793). Разом з тим у хворих з поєднаною патологією дещо частіше відзначалася ексцентрична гіпертрофія ЛШ. Висновки. Таким чином, більш складні гемодинамічні умови функціонування серця при поєднаній патології призводять до значно більш виражених порушень гемодинаміки ПШ і малого кола кровообігу і прискорюють розвиток ХЛС.

Біомаркери запалення при ішемічній хворобі серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу

Дунаєва І.П.
Харківський національний медичний університет

Захворювання серцево-судинної системи на сьогодні є основною причиною смертності населення в більшості країн світу. Слід підкреслити, що особливо важко ішемічна хвороба серця (ІХС), а саме, ураження міокарда в наслідок тканинної ішемії, розвивається за наявності цукрового діабету (ЦД), коли приєднується також багато негативних чинників, які прискорюють розвиток атеросклеротичних уражень.

Мета дослідження - узагальнити наявні знання про значення біомаркерів запалення у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Згідно з результатами метааналізу даних різних досліджень, серед хворих на ЦД має місце п’ятикратне збільшення смертності від кардіоваскулярних випадків. На теперішній час є всі підстави вважати, що саме ліпоцитокіни відіграють одну із ключових ролей у патогенезі ІХС та ЦД 2 типу. В літературі є лише поодинокі повідомлення про дослідження ІЛ-6 у хворих на ЦД 2 типу. При цьому так і не було виявлено змін рівня ІЛ-6 у хворих із порушенням вуглеводного обміну і ІХС.

Висновки. Таким чином, проведений літературний огляд показав багатогранність зв’язку ІХС та ЦД 2 типу. ІХС на даний час розглядається як макросудинне ускладнення ЦД 2 типу, а з іншого боку – ЦД 2 типу вважається еквівалентом ІХС. Вивчення і розуміння цих процесів дозволить вже на ранніх етапах розвитку захворювань проводити ефективні профілактичні та лікувальні заходи.

Дана область медичних досліджень є перспективною і актуальною, оскільки отримані дані досить суперечливі та вимагають подальшого вивчення із здобуттям нових достовірних фактів, які можуть лягти в основу нових діагностичних і терапевтичних стратегій при метаболічних порушеннях у хворих з серцево-судинною патологією.

Взаимосвязь кислотно-основного состояния крови и функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой

Ерёменко Г.В.
Научный руководитель - профессор Ж.Д. Семидоцкая
Харьковский национальный медицинский университет

В последние годы значительно возросло число больных, страдающих бронхиальной астмой. Проблема адаптации организма человека, в частности компенсации нарушений кислотно-основного состояния (КОС) и кислородного баланса при бронхиальной астме (БА), приобретает особую актуальность.

Целью нашего исследования явилось изучить, взаимосвязь кислотно-основного состояния крови и функции внешнего дыхания у больных БА. Под наблюдением находилось 65 больных в возрасте от 22 до 53 лет. Контрольную группу составили 10 практически здоровых пациентов. Длительность заболевания составила в среднем 8,7±1,2 лет.

В результате обследования были выявлены следующие изменения КОС: у 35 больных респираторный ацидоз – pH-7,32±0,05, PCO_2 41,8±1,22 мм рт. ст., BE= -0,8±0,01 ммоль/л; у 23 больных субкомпенсированный дыхательный алкалоз – pH-7,39±0,05, pCO_2 28,1±3,1 мм рт. ст., BE= -2,7±0,1 ммоль/л; у 7 больных показатели КОС были в пределах нормы. Отмечалось повышение показателей титруемых кислот и экскреции аммония, что в среднем равнялись 40,5±0,7 ммоль/сут и E_{NH4}-62,3±3ммоль/сут соответственно. При исследовании ФВД показатели $ОФВ_1$ колебались от 49% до 64% и составили в среднем 56,5±3,8%.

Таким образом, установлено, что у больных с БА наблюдаются сдвиги показателей КОС, как в сторону респираторного ацидоза, так и в сторону дыхательного алкалоза. Возникающий респираторный ацидоз за счет выраженной обструкции перефирических бронхов у большей части больных с БА был компенсирован за счет повышенной экскреции титруемых кислот и аммония. Полученные данные свидетельствуют о сохранении способности почек к компенсации сдвигов кислотно-основного гомеостаза у больных БА.

Цитокінова ланка імунітету у пацієнтів з поєднаним перебігом хозл і хронічного панкреатиту

Железнякова Н.М.
Харківський національний медичний університет

Мета роботи. Оцінити стан окремих показників цитокінового статусу, а саме інтерлейкіну-1β (ІЛ-1β) і фактора некрозу пухлини альфа (ФНП-α), у пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ і хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали і методи. Було обстежено 72 пацієнта (35 пацієнтів з ХОЗЛ в поєднанні з ХП та 37 - з ізольованим перебігом ХОЗЛ). Діагноз встановлювали на підставі клініко-анамнестичних даних, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження. Для визначення нормативних показників також було обстежено 20 практично здорових осіб. Рівень прозапальних цитокінів оцінювали шляхом визначення вмісту ІЛ-1β та ФНП-α - стандартний набір «Протеїновий контур», Санкт-Петербург. Результати були оброблені за допомогою статистичних програм.

Результати. Проведене дослідження показало, що в групі з ізольованим перебігом ХОЗЛ величина ФНП-α становили 38,9±2,9 нг/л, а ІЛ-1β - 42,9±3,4 нг/л, що в 1,6 і 1,7 рази відповідно перевищувало показники контролю (P <0,001). У пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ і ХП рівень ФНП-α склав 92,3±4,3 нг/л, а ІЛ-1β - 72,3±3,8 нг/л, що перевищувало показники норми в 3,8 і 2,8 разів відповідно (P <0,001).

Висновки. Загострення ХОЗЛ супроводжувалося достовірним підвищенням рівнів прозапальних цитокінів у пацієнтів обох груп, однак при його поєднанні з ХП рівні ФНП-α та ІЛ-1β були достовірно вищі, що свідчить про значне посилення запальних реакцій організму при коморбідності ХОЗЛ та ХП та можна розцінювати як прогностично несприятливий фактор.

Лечение больных с коморбидной патологией: неакогольной жировой болезнью печени и сахарным диабетом 2 типа

Журавлёва А.К.

Харьковский национальный медицинский университет

Целью работы была оптимизация лечения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Материал и методы. Обследовано 30 больных СД-2 в сочетании с НАЖБП в возрасте 54,2 ±4,6 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых волонтёров аналогичной возрастной категории. Программа исследования включала верификацию клинического диагноза, определение нарушений метаболизма углеводов, липидов, маркеров воспаления и фиброза (системы матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1) - проММП-1 и тканевого ингибитора (ТИМП-1)), оценку структурно-функционального состояния печени.. Для достижения удовлетворительных показателей гликемии больным наряду с диетотерапией назначали пероральные гипогликемизаты - метформин (500, 850, 1000 мг/сут), при вторичной инсулинозависимости - инсулинотерапию. Как метаболические препараты использовались тиоктовая кислота (600 мг/сут) и тиотриазолин (по 100 мг 3 раза в день). Срок наблюдения составлял 8 недель.

Результаты. В результате проведенного лечения отмечено улучшение общего состояния пациентов, уменьшение проявлений астенического синдрома в виде снижения слабости (45%), улучшения сна (58%), увеличения трудоспособности (59%), отсутствие тяжести в правом подреберье (58%), отсутствие болевого синдрома (42%), исчезновение диспепсических проявлений (38%), уменьшение размеров печени (40%). У больных СД-2 при сочетании с НАЖБП после лечения отмечалось достоверное ($p<0,05$) уменьшение проММП-1 на 42% (до лечения - 3,1±0,12 нг/мл, после лечения - 1,8±0,09 нг/мл, контроль - 1,4±0,05) та ТІМП-1 на 7,1% (до лечения - 420,0±2,5 нг/мл, после лечения - 390,0±2,9 нг/мл, контроль - 373,0±1,6; $p<0,01$). Наблюдалось достоверное снижение ($p<0,05$) уровня глюкоземии на 21%, уровня HbA1c на 23,6%, увеличение уровня инсулина на 13,3%, достоверное снижение индекса HOMA на 8,3%, увеличение содержания С-пептида в крови.

Выводы: Установлено, что использованная схема терапии устраняла признаки основных клинических синдромов СД-2 и НАЖБП, проявляла гепатопротекторные свойства, снижала проявления инсулинорезистентности, благодаря гипогликемическому действию α-липоевой кислоты, обладающей способностью повышать чувствительность периферических тканей к инсулину и улучшать транспорт глюкозы в клетку, а это способствует торможению апоптоза гепатоцитов, предупреждает развитие осложнений и фиброзное перерождение печени.

Влияние сахарного диабета 2 типа на течение, частоту развития осложнений и прогноз больных с острым инфарктом миокарда

Заикина Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность проблемы острого инфаркта миокарда (ИМ) у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) определяется их широкой распространенностью, тяжестью течения и большей, чем в группе лиц без СД 2 типа, частотой развития нефатальных и фатальных осложнений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 пациентов Харьковской городской клинической больницы № 27, среди которых 20 мужчин и 28 женщин (средний возраст 58,2 лет +/- 3,4 года). Участники были разделены на 2 группы: I группа - с СД 2 типа (18 человек); II группа (контрольная) – без СД 2 типа (22 человека).

Методы исследования: общеклинические (жалобы, анамнез, объективное исследование), лабораторные (определение уровня глюкозы крови, определение уровня гликозилированного гемоглобина, определение маркеров некроза миокарда), инструментальные (ЭКГ).

Результаты. Анализ клинического течения ИМ показал высокую степень тяжести заболевания у пациентов с СД 2 типа: эти больные отличались большей частотой развития проникающего (r=0,3, p=0,02) ИМ; ИМ, протекающих с осложнениями острого периода в виде кардиогенного шока (r=0,42, p=0,04); жизнеугрожающих аритмий сердца (r=0,6, p=0,02).

Выводы. Наличие у пациента с острым ИМ сопутствующего СД 2 типа обуславливает более тяжелое течение острого ИМ, высокую частоту развития жизнеугрожающих аритмий, неблагоприятный прогноз в отношении развития нефатальных и фатальных осложнений острого ИМ, чем у больных без сопутствующего СД 2 типа.

Жирнокислотний склад ліпідів сироватки крові хворих з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ)

Зайцев П.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Порушення клітинних мембран розглядається як один з провідних механізмів при багатьох захворюваннях внутрішніх органів. Нестабільність клітинної мембрани виникає внаслідок дисбалансу жирних кислот (ЖК), який може провокувати гіпоксія, запалення тощо. Таким чином, визначення показників ЖК дозволить на мембранно-клітинному рівні дослідити особливості патогенезу низки захворювань. В такому разі метою роботи було оцінити жирнокислотний спектр крові у хворих на ХБХ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 29 хворих на ХБХ, середнього віку – 39,7±5,4 роки та тривалістю захворювання - 9±2,9 років. Серед обстежених переважали жінки (72,4%). Визначали суми насичених ЖК (НЖК), ненасичених ЖК (ННЖК) та поліненасичених ЖК (ПНЖК). Кількісну оцінку ЖК проводили методом нормування площин піків метилових похідних ЖК та визначали їх вміст у відсотках.

Результати дослідження. Доведено, що загострення патологічного процесу у хворих з ХБХ супроводжувалося достовірним зниженням вмісту НЖК до 37,9±1,4%, при нормі 57,0±1,3% та вірогідним підвищенням ННЖК до 62,2±3,1% (показник контролю - 43,0±1,3%). Рівень ПНЖК також зростав порівняно з контролем (18,8±1,4%) до 42,3±1,4% (P<0,05). Дані зміни не мали залежності від віку, статі, тривалості захворювання та типу дискінезії жовчного міхура.

Висновки. Такий дисбаланс жирних кислот у хворих з ХБХ викликає зміну фізико-хімічних властивостей клітинних мембран, провокує активацію процесів перекисного окиснення ліпідів та може ініціювати продукцію прозапальних цитокінів, тим самим підтримувати хронічний характер запалення та сприяти його прогресуванню.

Изменения уровня фактора некроза опухоли-α у больных хронической сердечной недостаточности при лечении лизиноприлом

Залюбовская Е.И.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель – исследование особенностей изменения иммуновоспалительной активности провоспалительного цитокина ФНО-α и кардиогемодинамических показателей у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) под влиянием комплексной терапии, включавшей сердечные гликозиды, диуретики, метаболиты, статины и лизиноприл.

Объект и методы: 60 больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной ХСН II-III функционального класса (ФК). Уровни ФНО-α определялись иммуноферментным методом (набор «ProCon-TNE», Россия). Концентрацию цитокинов рассчитывали на персональной ЭВМ при помощи программы «Наркотест». Эхокардиографию проводили в М-режиме по стандартной методике на аппарате «Фукуда» FX-326U (Япония).

Результаты исследования: первоначальным этапом работы стало разделение больных по критерию изменения уровня ФНО-α на две группы. У 34 больных (I группа) уровни ФНО-α недостоверно повышались от (84.14±5.38) до (93.71±5.17) пг/мл (p>0.05), у 26 (II группа) – статистически снижались от (90.91±5.45) до (72.44±) пг/мл (p<0.01). Группы были

аналогичны по возрасту, полу, ФК СН, длительности заболевания. Установлено, что увеличение фракции выброса (ФВ) у больных II группы от (31.9±1.28) до (37.45±1.53) % ($p<0.01$) было более выраженным, чем у больных I группы – от (30.02±1.35) до (34.01±1.38) % ($p<0.05$). Разница в приросте ФВ между этими двумя группами (с различной динамикой уровней ФНО-α) была достоверной ($p<0.05$) – (3.99±0.48) % и (5.54±0.55) % соответственно. Сравнение особенностей терапии, проводившейся в этих группах выявило различия, касавшиеся двух пунктов. Во-первых, в I группе большее количество больных получало гликозиды: дигоксин назначался 17 больным I группы (66.6%) и 13 больным II группы (45.8%), однако это отличие не было статистически достоверным ($p>0.05$). Во-вторых, доза лизиноприла в I группе была ниже, чем во II: (6.25±1.65) мг/сутки против (13.65±1.94) мг/сутки. В динамике лечения снижение ФК ХСН было более выраженным у больных, получавших большие дозы лизиноприла (15-20мг /сутки). Разница в суточных дозах лизиноприла и была одним из доминантных факторов, детерминировавших отличия в динамике сывороточных уровней ФНО-α, так как различие в дозировке между группами было статистически значимым – $p<0.05$. Сопряжённость снижения сывороточной активности ФНО-α и более выраженной позитивной динамики клинико-инструментальных данных указывает на необходимость и целесообразность коррекции активности этого цитокина при ХСН.

Выводы: Лизиноприл способен уменьшать избыточную продукцию ФНО-α, что является одним из факторов, обуславливающих их активность в лечении ХСН. Снижение уровня цитокина у больных ХСН происходит при назначении доз ингибиторов АПФ, приближенных к целевым.

Клинико-психологические факторы нарушения психологического статуса и качества жизни больных сахарным диабетом

Заозерская Н.В., Завадская Л.

Харьковский национальный медицинский университет

В последние годы проблема сахарного диабета (СД) становится всё более актуальной, в связи с увеличением заболеваемости, неуклонным прогрессированием с развитием микро- и макрососудистых осложнений. Успехи современной медицины переместили акцент с проблемы выживания при СД на проблему полноценного соматического и психосоциального функционирования больных, то есть, проблему улучшения и поддержания на приемлемом уровне качества жизни (КЖ) пациентов

Цель и задачи исследования: изучить клинико-психологические факторы, влияющие на качество жизни больных тяжелой формой СД, осложненного ДН с помощью опросников.

Материалы и методы исследования. Обследовано 24 больных СД, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ХОКБ, из них 15 женщин и 8 мужчины. Возраст больных колебался от 18 лет до 63 лет (средний возраст 41,3 года), 17 пациента страдали СД 1 типа, 7 – СД 2 типа. Общая средняя продолжительность заболевания составила 4,4 года. У большинства пациентов отмечались симптомы поздних диабетических осложнений. Хронической болезнью почек (ХБП) в виде диабетической нефропатии (ДН) страдали все обследованные пациенты, 1 стадия отмечена у 65% (75,2% из них имели 3 стадию ДН и 24,8% - 4 стадию ДН), 2 стадия ХБП- у 25% обследованных и 3 стадия - у 10%.

Для изучения эмоционально-личностных факторов формирования внутренней картины болезни у больных сахарным диабетом использовались следующие опросники: личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), тест акцентуации личности К.Леонгарда-С.Шмишека, опросник САН, тест Айзенка. Для оценки качества жизни пациентов использовался международный опросник SF-36. Полученные данные обрабатывались статистически с помощью программы Excel for Windows.

Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: показатели качества жизни в значительной степени детерминированы уровнем компенсации СД: по мере ухудшения степени компенсации СД от хорошей до плохой, параметры всех шкал физического и психического здоровья ухудшаются, падает уровень самооценки (согласно методике САН – средние уровни самочувствия – 4,12 баллов, активности – 3,99 баллов и настроения 4,87 баллов достоверно ниже средних у здорового населения). Среди паттернов отношения к болезни преобладают эргопатический («Уход от работы в

болезнь») – 20%, эйфорический («само все обойдется») - 18% и сенситивный (чрезмерная озабоченность заболеванием) – 19%, что затрудняет комплаенс пациентов и создает предпосылки для быстрого прогрессирования осложнений. В структуре выявленных акцентуаций личности отмечены следующие закономерности: для СД 1 типа характерны гипертимический и эмотивный типы акцентуации темперамента и демонстративный тип акцентуации характера, а для СД 2 типа – циклотимический тип акцентуации темперамента. Индивидуально-психологическая характеристика склада человека (согласно методике Айзенка) выявили преобладающую интровертность среди пациентов 2 типа СД, показатели нейротизма отражали высокий уровень у пациентов обоих типов СД. Среди типов темперамента значительно преобладали меланхолики (51%) и холерики (26%).

Таким образом, современные исследования психосоциального аспекта качества жизни пациентов с СД раскрывают значение и взаимосвязи множества факторов в его структуре, отражающих сложные соматопсихические и психосоматические соотношения при этом заболевании. Психологическая коррекция, направленная на повышение эмоциональной устойчивости личности и развитие навыков совладания со стрессом, личностно ориентированная и индивидуально подобранная, позволит улучшить адаптацию больных диабетом к своему заболеванию.

Значення інсулінорезистентності та гормонів жирової тканини в патогенезі артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет 2 типу

Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет

Серцево-судинні захворювання займають перше місце у структурі смертності в Україні. Артеріальна гіпертензія (АГ) - розповсюджене в усьому цивілізованому світі захворювання серцево-судинної системи. На сьогоднішній день виявлено багато факторів ризику та прогресування АГ, серед них особливу увагу приділяють цукровому діабету (ЦД) та інсулінорезистентності (ІР).

На сучасному етапі увага вчених багатьох країн прикута до гормоноподібних речовин — адипокінів (адипоцитокіни, adipose derived hormones). Саме вони можуть стати бракуючими ланками в ланцюзі патогенезу порушень вуглеводного і ліпідного обмінів, які, у свою чергу, призводять до розвитку найбільш актуальних проблем сучасної медицини: кардіоваскулярних захворювань, ІР, ожиріння та ЦД.

Мета дослідження - узагальнити наявні знання про взаємозв'язок між інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Отримані результати. До теперішнього часу залишаються остаточно не вирішеними питання визначення ролі ІР при АГ та ЦД: що первинно, наскільки статистично вагома кореляція між гіперінсулінемією, порушенням чутливості тканин до інсуліну і рівнем артеріального тиску і як слід лікувати хворого на АГ з ЦД та ІР.

Отримані суперечливі результати щодо значення гормонів жирової тканини у розвитку та формуванні ІР, АГ та ЦД 2 типу.

Висновки. Дана область медичних досліджень є перспективною і актуальною, оскільки отримані дані вимагають подальшого вивчення із здобуттям нових достовірних фактів, які можуть лягти в основу нових діагностичних і терапевтичних стратегій при метаболічних порушеннях у хворих з серцево-судинною патологією.

Нарушение остеогенеза как системное проявление хронического обструктивного заболевания легких

Каменир В.М., Калашник Д.Н., Гетман Е.А.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины»

Широкая распространенность и прогрессирующий рост заболеваемости хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в мире составляет одну из серьезных проблем современной медицины. При этом высоко актуальна проблема внелегочных проявлений (ВП) у этих пациентов, патогенетическая связь которых с ХОЗЛ затруднена. Особого внимания, среди ВП, заслуживает остеопороз (ОП) – как следствие использования

глюкокортикостероидов (ГКС), так и развившийся самостоятельно в ходе патогенеза ХОЗЛ. Цель: проанализировать показатели минеральной плотности пяточной кости (МППК) у пациентов с ХОЗЛ в зависимости от факторов риска (ФР). Материалы и методы: обследовано 123 пациента, 83 больных ХОЗЛ (средний возраст 64,8±7,6) (1-я группа), 40 пациентов с диагностированным остеопорозом (средний возраст 64,6±7,9) (2-я группа). Исследование МППК выполнено методом ультразвуковой денситометрии на аппарате Achilles Express Lunar. Результаты и их обсуждение: при сравнении индивидуальной МППК с референтной базой, данные отклонения показателей от нормы в группе ХОЗЛ были выявлены у 79,4% больных, при этом преобладали умеренные изменения МПК, соответствующие остеопении (41,3%), однако у 38,1% пациентов отмечался остеопороз. В то же время среди пациентов ХОЗЛ с низкими показателями ОФВ1 (менее 50%) отмечалось достоверное снижение состояние МППК ($p<0,05$). При анализе связи между величиной ОФВ1 и МППК больных ХОЗЛ была выявлена ее прямая зависимость ($r = 0,14$, $p=0,02$) от показателей спирометрии ($r = 0,2$, $p=0,001$) для правой и ($r = 0,1$, $p=0,004$) для левой пяточной кости. Выводы: 1. У пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ОП выявлено большое количество ФР, которые могут способствовать снижению МПК и развитию ОП. 2.Анализ показателей МПК в группе больных ХОЗЛ показал, что среди этих пациентов отмечались достоверно более низкие показатели Т-критерия по сравнению с группой сравнении

Клинические особенности хронического бронхита и хронического обструктивного заболевания легких у рабочих машиностроения различных профессиональных групп

Калмыков А.А., Черняков П.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является наиболее частой нозологической формой в структуре пылевой патологии, вместе с хроническим бронхитом (ХБ) составляя до трети ежегодно регистрируемых профессиональных заболеваний.

Цель исследования: изучение особенностей клиники ХБ и ХОЗЛ у рабочих различных профессиональных групп машиностроения.

Материалы и методы. Было обследовано 102 рабочих машиностроения в возрасте 52,3±4,71 лет со стажем работы более 15 лет (20,7±2,05 лет), из профессионлальных групп литейщиков, шлифовщиков, сварщиков. Все группы сопоставимы по демографическим, нозологическим показателям, интенсивности табакокурения. Оценивали клинические показатели, спирографические данные, толерантность к физической нагрузке (ТФН) в тесте 6-минутной ходьбы.

Результаты. Большие частота обострений, темпы прогрессирования заболеваний, выраженность респираторной симптоматики, снижение вентиляционных показателей и ТФН установлены среди сварщиков, в меньшей мере – среди литейщиков и шлифовщиков. Это может быть связано с фиброгенным, токсическим, раздражающим, сенсибилизирующим эффектами сварочного аэрозоля, что обусловливает более выраженные нарушения.

Выводы. Клинические особенности ХБ и ХОЗЛ у больных различных профессиональных групп связаны с условиями труда и прежде всего — физико-химической характеристикой вдыхаемой пыли, что обусловливает существенный профилактический потенциал снижения количества вдыхаемой пыли. Перспективой дальнейших исследований является оценка роли эндогенных (генетических) факторов в развитии данных заболеваний.

Порушення метаболізму кальцію у хворих на хронічний безкам'яний холециститом, що перебігає на тлі метаболічного синдрому

Карая О.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Метою роботи було визначення порушень гомеостазу кальцію, що призводить до остеопенічному стану та остеопорозу у хворих на метаболічний синдром (МС) та хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 52 хворих з ХБХ, який перебігав на тлі МС. Більшість хворих були жінки (37), середнім віком 42,3±6,7 років. Прояви МС характеризувалися артеріальною гіпертензією (14 осіб мали I ст. ГХ та 36 - II ст.); ІР (36 осіб), гіперліпідемією (41). У 18 осіб визначали асимптомне підвищення сечової кислоти. Група порівняння була представлена 21 хворим з ізольованим ХБХ аналогічного віку та статі. Показники кальцієвого гомеостазу вивчали за рівнем загального та іонізованого кальцію сироватки крові.

Результати та їх обговорення. У хворих основної групи було визначено зниження рівня як загального кальцію сироватки крові, так і його іонізованої фракції (P<0,01), а також перерозподіл кальцію між клітиною та позаклітинним простором, що підтверджувалося збільшенням кальцієвого коефіцієнту. Ступінь змін залежала від стадії ГХ та наявності надлишкової ваги: при ожирінні II ст. та 2 ст. ГХ вони були найбільшими (вміст загального та іонізованого кальцію знижувався до 2,02±0,03 ммоль/л та 1,06±0,03 ммоль/л відповідно, P<0,01). У хворих групи порівняння відзначали лише тенденцію до змін загального та іонізованого кальцію крові, а показники коефіцієнту мала вищу межу норми.

Висновки. Таким чином, у хворих з МС та ХБХ спостерігається розвиток гіпокальціємії, що можна вважати важливим чинником взаємообтяжливого перебігу даних хвороб та підставою до проведення замісної терапії.

Гиполипедемическая терапия у больных с коморбидным течением хронического холецистита и ожирения

Карташова Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Наличие ожирения в настоящее время во всем мире рассматривается как серьезная медико-социальная и экономическая проблема. В большинстве стран Западной Европы до 40% взрослого населения имеют повышенную массу тела или ожирение. В США таких пациентов насчитывается 50% и 25% соответственно. По прогнозам ВОЗ, при сохранении существующих темпов роста заболеваемости, до 2025 года в мире будет насчитываться более 300 млн. страдающих ожирением. Большинством исследователей отмечается, что ожирение является неблагоприятным фоном для многих заболеваний внутренних органов, что проявляется утяжелением клинической симптоматики, прогрессирующим течением патологии, склонностью к развитию осложнений. При этом различные звенья патогенеза могут обусловить такие изменения и, в частности, одним из таких направлений могут быть изменения в липидном спектре крови.

Целью нашей работы было изучение состояния липидного обмена у больных с хроническим бекаменным холециститом (ХБХ), протекающим на фоне ожирения, и оценка эффективности применения гиполипидемического официнального растительного препарата Рависол® у данных пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 37 больных с ХБХ и ожирением. Средний возраст пациентов составил 45±4,5 лет; мужчин было 9 (24,3%), женщин – 28 (75,7%). Длительность анамнеза по ХБХ составляла от 5 до 17 лет, ожирение регистрировалось от 3 до 14 лет. Всем пациентам в сыворотке крови определяли уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности; исследования проводились до и после лечения. Препарат Рависол назначался внутрь по 1 чайной ложке (5 мл) с небольшим количеством воды за полчаса до приема пищи в течение 1 месяца. Все больные соблюдали диету, рекомендованную Американской ассоциацией сердца.

Полученные результаты. Легкая форма гиперхолестеринемии (ГХС) регистрировалась у 12 пациентов (32,4%), умеренная ГХС - у 17 (45,9%) и тяжелая - у 8 больных (21,6%). Проведенное исследование показало, что у больных с ХБХ и ожирением наблюдалось повышение показателей липидограммы. Так, уровень общего ХС плазмы крови составил 7,12±0,2 мМоль/л, ХС ЛПНП - 4,05±0,23 мМоль/л, ТГ – 2,72±0,74 мМоль/л, а коэффициент

атерогенности - 9,83±0,72. Проведенная терапия привела к положительной динамике указанных параметров. Так, ХС плазмы крови в среднем по группе снизился до 6,0±0,25 мМоль/л ($p<0,001$), ХС ЛПНП - до 3,29±0,17 мМоль/л ($p<0,01$), уровень ТГ – до 2,46±0,25 мМоль/л ($p>0,5$) и коэффициент атерогенности - до 7,41±0,41 ($p<0,01$). Проведено изучение эффективности Рависола в зависимости от тяжести ГХС. Установлено, что один из показателей липидного обмена, а именно ХС, при легкой ГХС составил до лечения 6,1±0,08 мМоль/л и 5,2±0,28 мМоль/л после лечения ($p<0,05$); при умеренной ГХС - 7,0±0,08 мМоль/л и 5,8±0,14 мМоль/л соответственно ($p<0,001$). В первом случае ХС снизился на 14,8%, во втором - на 17,1%. При тяжелой ГХС достоверного снижения уровня ХС не отмечалось (до лечения 8,71±0,4 мМоль/л, после лечения 7,6±0,4 мМоль/л; $p>0,05$). Выводы. Препарат Рависол® снижает уровень общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности и коэффициент атерогенности, т.е. уменьшаются атерогенные свойства плазмы, что способствует профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболевания. При этом наилучший результат следует ожидать у больных с легкой или умеренной степенью гиперхолестеринемии.

Кардиопротективная эффективность телмисартана у больных с гипертонической болезнью и ожирением

Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: оценить кардиопротективную эффективность 24 недельной терапии с использованием телмисартана и кандесартана у пациентов с ожирением и гипертонической болезнью.

Материалы и методы. В исследование включено 104 пациента с гипертонической болезнью и ожирением, 46 мужчин (44,2%) и 58 женщин (55,8%), средний возраст которых составил 64 ± 2 года. Из них, 54 пациента получали телмисартан в дозе 40 мг и 50 пациентов были рандомизированы в группу кандесартана в дозе 8 мг в сутки. Через 4 недели при отсутствии достижения целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт. ст.) дозу телмисартана увеличили до 80 мг в сутки, дозу кандесартана до 16 мг в сутки, дальнейшее титрование дозы и назначение сопутствующей терапии не предусматривалось. Общая длительность терапии составила 24 недели. Всем пациентам, в базальных условиях и после 24 недельной терапии с использованием телмисартана или кандесартана всем пациентам в базальных условиях и после 24 недельной терапии с использованием телмисартана или кандесартана поводили оценку клинической и гипотензивной эффективности терапии, ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа.

Результаты и их обсуждение. В течение всего периода наблюдения клиническая эффективность и уровень снижения САД И ДАД в обеих группах пациентов не имели клинически-значимых отличий. В отличие от исследования липидного спектра крови и выявлением атерогенных изменений, толщина КИМ сонных артерий имеет теоретическое преимущество, так как представляет собой непосредственную визуализацию атеросклеротических изменений сосудистой стенки.. Толщина КИМ общей сонной артерии в начале исследования и через 24 недели наблюдения была 0,94 ± 0,36 мм и 0,95 ± 0,38 мм в группе телмисартана и 0,84 ± 0,22 мм и 1,08 ± 0,43 мм в группе кандесартана, соответственно). Хотя незначительное, прогрессирование толщины КИМ общей сонной артерии было выявлено в обеих группах лечения как и у мужчин, так и у женщин с гипертонической болезнью и ожирением, увеличение КИМ в группе телмисартана после 24 недель лечения было достоверно менее выраженным, чем в группе кандесартана ($p = 0,012$), что свидетельствует о положительном влияние на процессы ремоделирования сосудов мышечно-эластического типа длительного применения телмисартана и может быть объяснено дополнительным кардиоваскулярным протективным эффектом препарата.

Значение нарушений липидного обмена в дестабилизации ишемической болезни сердца ассоциированной с ожирением

Ковалева Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы - изучение влияния нарушений липидного обмена при дестабилизации ишемической болезни сердца ассоциированной с ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 больных с ишемической болезнью сердца, которые были разделены на группы: 1 группа – стабильная стенокардия без ожирения- 15 человек, 11 группа – стабильная стенокардия с ожирением – 47 человек. Среди обследованных - 34 мужчины и 28 женщин; средний возраст которых составил 59,4±8,2 года. Уровень лептина, общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови определяли ферментативным методом; лептин определяли иммуноферментным методом. Масса тела больного рассчитывалась с помощью индекса Кетле

Результаты. С помощью корреляционного анализа был выявлен характер связи между уровнями лептина, общим холестерином, триглицеридов, а также индексом массы тела у больных ишемической болезнью сердца. Анализ полученных данных свидетельствует о тесной связи повышенной массы тела на процессы дестабилизации течения ишемической болезни сердца. Так, у больных без ожирения показатели липидного обмена по сравнению с группой больных с ожирением были ниже соответственно: уровень лептина - 8,69±0,42 нг/мл и 10,18±0,31, общий холестерин - 4,55±0,18 и 6,28±0,47 и триглицеридов - 1,62±0,11 и 2,49±0,19.

Выводы. Таким образом, повышенная массы тела у больных с ишемической болезнью сердца усугубляет течение заболевания и негативно влияет как на клинические, так и лабораторные показатели. Поэтому при лечении этой группы пациентов необходимо учитывать и рекомендовать препараты не только снижающие риск развития сердечно-сосудистых осложнений, но и влияющие на показатели липидного обмена.

Реалізація ефектів лікування хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця із цукровим діабетом 2 типу

Кравчун П.П., Голубовська О.С.

Харківський національний медичний університет

Хронічна серцева недостатність є однією із серйозних проблем охорони здоров'я в багатьох розвинутих країнах світу. ХСН – єдина патологія серцево-судинної системи, поширеність якої продовжує збільшуватися. Результати досліджень свідчать про високу поширеність ХСН та цукрового діабету 2 типу. На ЦД страждають від 2 до 4% населення земної кулі. Магній, будучи основним внутрішньоклітинним катіоном, володіє різноманітними функціями, що дозволяють використовувати його для лікування серцево-судинних захворювань. Прийом магнію оротату в якості допоміжної терапії у пацієнтів з ХСН поліпшує клінічні симптоми і якість життя в порівнянні з плацебо. Дефіцит магнію посилюється при ЦД 2 типу, який є чинником розвитку серцево-судинної патології.

Мета дослідження: Оптимізація діагностики та лікування ХСН із супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Обстежено 52 хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю I-III ф.к. за NYHA із супутнім цукровим діабетом 2-го типу. Усі пацієнти були розподілені на групи: 1 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, які отримували стандартну терапію з додаванням магнія оротату, n=18; 2 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, що одержували тільки стандартну терапію без магнію оротату, n=18; 3 - хворі на ХСН без ЦД, які отримували стандартну терапію та магнія оротат, n=16. Магнію оротат призначався у дозі 1000 мг 3 рази на добу - 7 днів, потім по 500 мг 2 рази на добу. У патогенезі розвитку і прогресування судинних ускладнень ЦД 2 типу ключова роль належить хронічній гіперглікемії. Так, рівень глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) був вірогідно вище у пацієнтів з III ФК, ніж у хворих з I і II ФК. При аналізі вмісту магнію виявлено, що у пацієнтів 1-ї групи гіпомагніємія (рівень магнію <0,74; при N = 0,74 - 1,2 ммоль/л) спостерігалася у 92 % пацієнтів до початку лікування та у 18 % осіб після лікування. У 2 групі гіпомагніємія відзначалася у 80%

пацієнтів до лікування та у 73,3% пацієнтів після лікування, у 3 групі (хворі з ХСН, n=16) гіпомагніємія виявлена у 33,3% хворих до лікування, і у 6,6% хворих після лікування. На тлі прийому препаратів магнію спостерігалося статистично вірогідне зниження ($p \leq 0,01$) рівня глюкози крові на 10%, зниження рівня ендотеліну на 33% (до лікування 3,16 - 0,19 ммоль/л, після 2,13-0,13 ммоль/л) ($p \leq 0,001$), а також підвищення показників нітритів на 22% ($p \leq 0,01$), нітратів на 15% ($p \leq 0,05$), магнію на 21,12% ($p \leq 0,05$) у пацієнтів на ХСН та ЦД 2 типу, які отримували магнію оротат. Пацієнтів на ХСН та ЦД 2 типу, які не отримували магнію оротат, глюкоза знизилась на 5,8% ($p \leq 0,01$); рівень ендотеліну на 10,2% ($p \leq 0,01$), підвищилися рівні нітритів на 24,6% ($p \leq 0,05$), нітратів на 11% ($p \leq 0,001$), рівень магнію на 22,7% ($p \leq 0,001$). Висновки: У хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу дефіцит магнію більш виражений (на 12%), ніж у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю без цукрового діабету.

Оксидативний стрес при гострій серцевій недостатності

Кравчун П.П., Табаченко О.С.
Харківський національний медичний університет
Харківська міська клінічна лікарня №27

Гостра серцева недостатність (ГСН) визначається як знову виниклі чи поступово або швидко прогресуючі об'єктивні та суб'єктивні ознаки серцевої недостатності (СН), при яких необхідне проведення невідкладної терапії. Оксидативний стрес (ОС) є важливою патогенетичною складовою ГСН. Збільшення індукції активних форм кисню, інтенсифікація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) і зниження рівнів антиоксидантного захисту тісно сполучається прямими й зворотними зв'язками з нейрогуморальною й імунозапальною активацією, а також асоціюється з деструктивними й метаболічними порушеннями, властивими ГСН.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики гострої серцевої недостатності на основі дослідження напруженості оксидативного стреса у хворих при всіх клінічних варіантах. Було обстежено 50 хворих з ІХС, що ускладнювалась ГСН. Контрольну групу склали 10 пацієнтів з ІХС та серцевою недостатністю I ФК (NYHA). У загальній групі хворих з ГСН рівень малонового діальдегіду (МДА) склав 10,94±1,09 мкмоль/л, дієнових кон'югат (ДК) – 56,27±9,9 мкмоль/л, каталази 2,39±0,29 у.о./л, церулоплазміну(ЦП) – 120,52±11,6 у.о./л, що в 2,5, 2,2, 1,3, 1,6 разів перевищувало значення контролю ($p<0,01$, $p<0,01$, $p<0,05$, $p<0,05$ відповідно). Звертає увагу, що якщо рівні МДА й ДК збільшувалися більш ніж в 2 рази, то ступінь компенсаторної активації каталази й ЦП була значно менше.

Висновки: Таким чином, посилення вільнорадикальної активності й процесів пероксидації при ГСН не було збалансовано адекватною реакцією антиоксидантної системи.

Дисфункція ендотелію у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця

Крапівко С.О., Дунаєва І.П., Перекатій К.О.
Харківський національний медичний університет
Харківська міська клінічна лікарня №27

Результати багатоцентрових досліджень пов'язують дисфункцію ендотелію у хворих на ЦД 2 типу з дефіцитом мікроелементів, а саме магнію, який приймає активну участь у регуляції судинного тонусу, імунної відповіді. Однак, у 40% госпіталізованих хворих з приводу ХСН виявлено дефіцит магнію. У нещодавно проведених дослідженнях було показано, що у пацієнтів з ХСН низька концентрація магнію в крові асоціювалась з підвищеною серцево-судинною смертністю протягом 36 місяців спостереження. Прийом магнію оротату в якості допоміжної терапії у пацієнтів з ХСН поліпшував клінічні симптоми і якість життя в порівнянні з плацебо. Дефіцит магнію посилюється при ЦД 2 типу, який є чинником розвитку серцево-судинної патології.

Мета дослідження: оптимізація діагностики та лікування ХСН із супутнім цукровим діабетом 2 типу на основі вивчення впливу магнія оротату на ендотеліальну дисфункцію.

Обстежено 98 хворих на ХСН I- III ФК згідно Нью-йоркської асоціації серця (NYHA). Серед обстежених був 41 (41,8%) чоловік та 57 (58,2%) жінок. Контрольну групу склали майже здорові особи, які не мали ознак ХСН. Усі пацієнти були розподілені на групи: 1 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, які отримували стандартну терапію з додаванням магнія оротату, n = 38; 2 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, що одержували тільки стандартну терапію без магнію оротату, n = 30; 3 - хворі на ХСН без ЦД, які отримували стандартну терапію та магнія оротат, n = 30. Магнію оротат призначався у дозі 1000 мг 3 рази на добу - 7 днів, потім по 500 мг 2 рази на добу. Повторне обстеження проводили через 12 тижнів.

При аналізі показників функціонального стану ендотелію встановлено, що ендотелін - 1 в плазмі крові хворих на ХСН та ЦД 2 типу, вище на 3,5%, ніж у групіх ворих на ХСН без ЦД. Рівні NO2 і NO3 вірогідно вище у хворих на ХСН без ЦД 2 типу на 26% і 34% відповідно, що свідчить про негативний вплив гіперглікемії на продукцію метаболітів оксиду азоту. Для оцінки рівня впливу нітритів та нітратів на тяжкість ХСН всі хворі були розділені на групи в залежності від тяжкості ХСН. Найвищий рівень ендотеліну-1 - 3,50 ± 0,34 фмоль/л відзначається в групі хворих з III ФК, у цій же групі хворих відзначається найнижчий рівень NO_2 і NO_3 (8,73 ± 0,57 і 18,46 ± 0,78 ммоль/л відповідно). У патогенезі розвитку і прогресування судинних ускладнень ЦД 2 типу ключова роль належить хронічній гіперглікемії. Так, рівень глюкози крові та глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) був вірогідно вище у пацієнтів з III ФК, ніж у хворих з I і II ФК.На тлі прийому препаратів магнію спостерігалося статистично вірогідне зниження рівень ендотеліну на 10,2% ($p \leq 0,01$); підвищилися рівні нітритів на 24,6% ($p \leq 0,05$); нітратів на 11% ($p \leq 0,001$); рівень магнію на 22,7% ($p \leq 0,001$).

Висновки:у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу дефіцит магнію більш виражений (на 12%), ніж у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю без цукрового діабету. У хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатності у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу в порівнянні з пацієнтами без цукрового діабету 2 типу, виявлено збільшення рівня ендотеліну-1 на 3,5%, зниження рівня нітратів на 67% і нітритів на 28%, що свідчить про істотний вплив метаболічних порушень, викликаних цукровим діабетом, на ендотеліальну дисфункцію у хворих з хронічною серцевою недостатністю та цукровим діабетом 2 типу.

Опыт ведения взрослого пациент с болезнью Брутона

Кренев С.В., Борисенко А.Н.
Научный руководитель - Т.Ю. Химич
Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время уже очевидно, что первичный иммунодефицит (ПИД) – не столь редкое состояние, как принято было считать. Если ориентироваться на данные Европейского регистра первичных иммунодефицитов (отчет ESID за июль 1997), то отношение числа зарегистрированных больных к населению в среднем по Европе составляет 1:96 000. В Харьковской области в настоящее время в детском иммунологическом центре на учете состоит 33 ребенка с ПИД. В декабре 2008 г. под наблюдение клинических иммунологов передан пациент Б, 1990 года рождения с первичным иммунодефицитом Х-сцепленной гипогаммаглобулинемией, болезнью Брутона.

Из предоставленной медицинской докуметтации отмечено тяжелое течение заболевания в раннем детском возрасте:с рождения – атопический дерматит с инфицированием, пневмонии; в последующем - тяжелое течение и частые рецидивы гнойно-воспалительных заболеваний органов дыхания, лор-органов, бронхоэктатическая болезнь, парапроктиты, пиелонефрит, артриты. В сыворотке крови с рождения снижение всех классов иммуноглобулинов : IgA 0,08 – 0,85г/л, IgM 0,03 –0,78 г/л , IgG 0,3 – 2,04 г/л.

С 8 лет – начата регулярная терапия (плазма, иммуноглобулины внутримышечно). С 14 лет заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином человеческим Веноиммун, а затем Биовен Моно производства фирмы Биофарма, Украина, на фоне чего отмечены

следующие показатели IgA 0,09– 0,26 г/л, IgM 0,26 – 0,32 г/л IgG 2,31 – 3,09г/л. Частота обострений гнойно- воспалительных заболеваний уменьшилась.

В феврале 2009 года отмечен рецидив заболевания: тяжелое течение двусторонней пневмонии, осложнившейся экссудативным плевритом. Выражен суставной синдром. Больному проведен курс заместительной терапии - внутривенным иммуноглобулином человеческим Биовен Моно 5% 50 мл, (реакций на введение препарата не отмечалось), а также интенсивная антибактериальная терапия. У больного отмечена положительная динамика на 5-е сутки лечения, длятельность пребывания в стационаре составила 23 койко-дня. При исследовании иммунного статуса: показатели гуморального иммунитета находились в пределах нормальных величин.: IgA 1,88 – 1,97 г/л, IgM 0,99 – 1,00 г/л IgG 8,42 – 8,83 г/л.

Выводы: заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином человеческим Биовен Моно производства фирмы Биофарма, Украина позволяет контролировать уровень иммуноглобулинов сыворотки крови и течение болезни Брутона.

Эффективность лечения комбинацией аторвастатин+небиволол+кардиомагнил и ловастатина с разными типами дислипопротеинемии у больных ИБС

Котелюх М.Ю.
Науковий керівник - професор П.Г. Кравчун
Харківський національний медичний університет

Дислипопротеинемия является одним из важных факторов риска развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда. Цель нашей работы: выявить эффективность комбинации аторвастатин +небиволол+кардиомагнил и аторвастатина на разные типы дис-липопротеинемии.

Материалы и методы исследования: Больных было разделено на 3 группы. Исследуемые группы составили 60 человек, контрольная группа – 20 человек. Первой исследуемой группе была назначена комбинация аторвастатин +небиволол+кардиомагнил, второй - ловастатин (возрастом в среднем 58± 2,3 лет). Препараты аторвастатин и ловастатин назначали как дополнение к основной терапии нитратами, диуретиками, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, блокаторами кальциевых каналов. Курс лечения составил 4 недели.

Результаты исследования: Изменение показателей липидного обмена больных с стабильной и нестабильной стенокардией при использовании комбинации аторвастатин+небиволол+кардиомагнил с ДЛП IIA типа свидетельствует о снижении содержания ОХС с 7,12±0,12 до 2,31±0,29 ммоль/л после 4-недельного лечения (р 0,05); за ДЛП IIБ типа происходит снижения уровня ОХС с 7,01±0,38 к лечению вышеуказанной комбинацией до 6,06±0,33 ммоль/л после лечения (р 0,1), а также для ДЛП IIA типа снижение ХС ЛПНП с 5,3±0,02 до 2,56±0,12 ммоль/л (p<0,01), для ДЛП IIБ типа снижение ХС ЛПНП с 6,8±0,04 до 3,65±0,11 ммоль/л (p<0,01); для ДЛП IV типа – снижение ОХС с 6,01±0,2 до 4,06±0,12 ммоль/л (p<0,01) и ХС ЛПНП – с 5,8±0,03 до 3,24±0,1 ммоль/л (p<0,01).Применение ловастатина с ДЛП IIA типа показало о снижении содержания ОХС с 7,10±0,12 до 4,31±0,29 ммоль/л после 4-недельного лечения (p0,05); за ДЛП IIБ типа происходит снижения уровня ОХС с 7,23

Эффективность обучения в астма-школе и влияние образовательных программ на качество жизни у больных бронхиальной астмой

Кочубей С.Д.
Научный руководитель - профессор Т.В. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

Вопрос об эффективности обучения больных постоянно дискутируется в литературе и результаты исследований по данной проблеме достаточно противоречивы. Весьма актуально в связи с этим провести оценку результатов работы одной из форм образования пациентов - астма-школы. В отечественной литературе имеются немногочисленные исследования эффективности обучения у больных с различной степенью тяжести БА [20]. Так как БА

является заболеванием, затрагивающим не только медицинские, но и социально-экономические аспекты. В настоящее время отмечается возросший интерес к исследованию качества жизни (КЖ) как одного из критериев оценки эффективности проводимой терапии.

Цель исследования: Оценить медико-социальную эффективность обучения больных в астма-школе и изучить влияние образовательных программ на качество жизни пациентов.

Были исследованы 70 больных БА средней и тяжелой степени (из них – 37 женщин и 33 мужчины), средний возраст которых составил 41,2±1,9 года.

Методы исследования: разработанные опросники, направленные на оценку физических, психических, общественной и духовной сфер человека. На основании анализа полученных ответов определялись особенности течения заболевания и частота случаев временной и стойкой утраты трудоспособности у больных БА и их динамика после прохождения образовательного курса в астма-школе. Оценивались затраты на оказание медицинской помощи и социальные выплаты больным БА до и после обучения в астма-школе.

Вывод: Установлено, что основными факторами, оказывающими влияние на улучшение КЖ после обучения в астма-школе, являются степень тяжести БА, пол и социальное положение больных. Выявлена практическая значимость исследования КЖ у больных БА в процессе обучения в астма-школе как одного из критериев для оценки эффективности образовательных программ и адекватности антиастматической терапии

Гіпертонічна хвороба і коморбідність

Кукушка О.В., Молодан Д.В., Бутова Т.С., Терешкін І.К.
Харківський національний медичний університет

Відомо, що гіпертонічна хвороба (ГХ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики в Україні, у 2007р. зареєстровано понад 11 млн осіб з АГ, що становить 29,9 % дорослого населення. Така ж кількість хворих з ГХ реєструється в інших європейських країнах та США. Тому виявлення коморбідної патології у цієї категоріїї хворих має велике значення. У сучасній медицині проблема поєднаного перебігу ГХ та коморбідної патології належить до найбільш актуальних у зв'язку зі зростанням захворюваності та тяжкістю ускладнень. Коморбідність широко представлена серед хворих госпіталізованих в багатопрофільні стаціонари. Профілактика і лікування хронічних захворювань позначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я, як пріоритетний проект другого десятиліття XXI століття.

Відомо, що цілий ряд захворювань погіршують перебіг ГХ. Наприклад при тиреотоксикозі активується симпато-адреналова система, при інсулінорезистентності збільшується затримка Na в організмі, що сприяє розвитку ГХ. Було визначено, що один із найбільш частих коморбідних станів є поєднання хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії, поширеність його коливається у значно широких межах від 6,8 до 70,2 %, в середньому 34,3 % . Підвищений артеріальний тиск виявляють у 50–80 % хворих з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу. За різними даними, захворюваність на ГХ у комбінації з виразковою хворобою шлунка становить від 1,1 до 15,2 % .

Таким чином ми бачимо, що супутня коморбідна патологія у хворих на гіпертонічну хворобу має широкий спектр назологічних форм та суттєво погіршує перебіг захворювання, тому вивчення коморбідності є актуальною проблемою сьогодення і потребує детального перегляду.

Сучасні підходи до корекції анемії в хворих, що отримують замісну ниркову терапію

Лісова Г.В.
Харківській національний медичний університет

Корекція анемії стає невід'ємною частиною лікування хворих на ХНН, що знаходяться на діалізі. Анемію виникає в них, головним чином, внаслідок зниженої здатності нирок синтезувати еритропоетин. Метою нашого дослідження було визначення особливостей корекції анемії у хворих, що перебувають на амбулаторному перитонеальному діалізі для

удосконалення їх комплексного лікування. Під спостереженням знаходилось 66 хворих з термінальною ХНН, які отримували ПД в амбулаторних умовах. Середній вік хворих до початку лікування ПД склав 43,5 ± 2,72 роки(від 21 до 71 року). У ході виконання ПАПД визначалися: рівні гемоглобіну, альбуміну, сироваткового заліза, трансферину, феритину, сечовини, креатиніну, загального білка, електролітів, швидкість клубочкової фільтрації . У якості ЗСЕ всім пацієнтам з рівнем Hb<110 г/л із ХНН V ст. під час ПД застосовувався рекормон в дозі 50–60 ОД на кг ваги підшкірно двічі на тиждень. У фазі корекції рівень Hb визначався кожні 2–4 тижні. Підтримуюча доза складала 70–80 % від стартової. У період підтримуючої терапії рекормон призначався підшкірно 1 раз на тиждень. Протягом підтримуючої терапії концентрація Hb визначалася кожні 2 місяці. Кількість хворих з анемією до лікування склала 89,4%, Hb-89±3,17г/л, через 6 міс - 47,8%, Hb-110±2,8г/л, через12 міс - 32,6%, Hb-114,1±3,06. Таким чином, застосування адекватної антианемічної терапії у хворих з термінальною стадією ХНН на ПД призводить до нормалізації показників системи крові, та знижує ризик серцево-судинних ускладнень, усуває потреби в гемотрансфузіях, покращує якість життя пацієнтів.

Варіанти корекції резидуального ризику у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу

Лопіна Н.А.

Харківський національний медичний університет

Розповсюдженість ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу сягає 50-60%. Однак, незважаючі на чинні стандарти надання медичної допомоги, в тому числі досягнення цільових рівнів холестерину ліпопротеїнів низької щільності, інтенсивного контролю артеріального тиску і глюкози крові, хворі на ІХС із супутнім ЦД 2-го типу мають значний залишковий (резидуальний) ризик макросудинних подій і мікросудинних ускладнень, який, насамперед, пов'язаний з наявністю атерогенної діабетичної дисліпідемії.

Мета: вивчення ефективності лікування хворих на ІХС з ЦД 2-го типу із включенням у схему терапії фенофібрату та α-ліпоєвої кислоти (АЛК) з урахуванням типу порушення ліпідного обміну.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 40 хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ФК, які були розподілені на 2 групи: 1 група (n=30) - хворі на ІХС у поєднанні з ЦД 2-ого типу, 2 група (n=10) - хворі на ІХС без супутнього ЦД, що склали групу порівняння. Хворі 1 групи були розподілені на 2 підгрупи в залежності від варіанту корекції атерогенної дисліпідемії та характеру порушення ліпідного обміну: 1 група – 15 хворих, яким проводилася стандартна терапія ІХС, 2 група - 15 хворих - стандартна терапія ІХС із включенням до схеми лікування фенофібрату 145 мг 1 раз на добу і АЛК 600 мг 1 раз на добу. Хворі на ІХС без супутнього ЦД також отримували стандартну терапію. Групу контролю склали 10 практично здорових волонтерів відповідного віку і статі. Під час дослідження пацієнтам проводилися загальноприйняті методи обстеження згідно з клінічними протоколами надання медичної допомоги хворим на ІХС та ЦД 2-го типу до початку лікування та через 2 місяці терапії. Всім хворим визначали показники ліпідного обміну: загальний холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) за допомогою ензиматичного колориметричного методу; вуглеводного обміну шляхом визначення глюкози натще глюкозооксидазним методом, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) хроматографічним методом.

Отримані результати: в ході дослідження було встановлено, що серед хворих 1 групи переважала наявність комбінованої дисліпідемії, яка проявлялася у достовірному підвищенні рівнів загального холестерину, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, ТГ, зниженні рівня ХС ЛПВЩ, в той час, як у хворих на ІХС без супутнього ЦД мало місце підвищення рівнів загального холестерину, ХС ЛПНЩ ($p<0,05$). У хворих на ІХС з супутнім ЦД 2-го типу був встановлений кореляційний зв'язок між рівнем ХС ЛПНЩ та HbA1c ($r=0.31$, $P=0.043$). Через

2 місяці лікування у всіх хворих було відмічено зниження рівня ХС ЛПНЩ на 12,2% і 13%, ХС ЛПДНЩ на 8,3% і 17%, ТГ на 7 і 16% у 1-й та 2-й групах відповідно ($p<0,05$). В 2-й підгрупі через 2 місяці лікування достовірно підвищився рівень ХС ЛПВЩ на 14% ($P=0.022$).

Висновки: Проведення комбінованої терапії з включенням в схему лікування фенофібрату та АЛК у осіб з ІХС у поєднанні з ЦД 2-го типу сприяє поліпшенню показників контролю ліпідного обміну на фоні компенсації перебігу ЦД.

Опыт эрадикации Helicobacter pylori в полости рта при лечении пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией

Маслов Д.В. *, Маслова Е.П. *, Полищук В.Т. **

*** Харьковский национальный медицинский университет**

****Военно-медицинский клинический центр северного региона ГВМУ МОУ**

Цель: изучить эффективность эрадикации Helicobacter pylori (Hp) в полости рта при лечении больных хроническим антральным гастритом (ХАГ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ) у военнослужащих срочной службы и офицеров с применением гель-пасты «Метрогил дента».

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 пациентов (поровну офицеров и солдат срочной службы) в возрасте 32,2±0,5 года, из них больных ХАГ 20 человек, пациентов с ЯБ — 10 человек, заболевания находились в фазе обострения. Все пациенты были рандомизированно разделены на две лечебные группы, сопоставимые по демографическим, нозологическим показателям, причем в основной группе дополнительно к стандартной семидневной («тройной») терапии больные после гигиены полости рта втирали гель-пасту метрогил дента (метронидазол с хлоргексидином) в области десен 2 раза в сутки на протяжении 7 дней. Дополнительно к стандартному обследованию до и после лечения оценивали инфицированность полости рта Hp методом полимеразной цепной реакции.

Результаты. В основной группе установлены меньшие сроки клинического улучшения, эндоскопически подтвержденного нивелирования воспаления, рубцевания язвенного дефекта. При контрольной эндоскопии через 14 суток установлена более высокая частота восстановления слизистой оболочки в основной группе относительно группы сравнения, что в конечном итог приводило к сокращению сроков лечения пациентов в стационаре.

Выводы. Включение гель-пасты «Метрогил дента» дополнительно к стандартной схеме лечения Hp-ассоциированных заболеваний имеет существенное медико-социальное значение. Перспективой дальнейших исследований является оценка профилактического противорецидивного потенциала препарата в периоде ремиссии данной патологии.

Функциональное состояние почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Михайлова Ю.А.

Научный руководитель - профессор А.Н. Беловол

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования - изучить степень и характер нарушения клубочковой (креатинин (Кр), клиренс креатинина(ККр), цистатин С (ЦсС)), электролитовыделительной (Na^+, K^+), канальцевой (β2-МГ) функций почек у пациентов с ХСН.

Материалы и методы: обследован 61 пациент ИБС с клиническими проявлениями ХСН I-IV функционального класса (ФК). Контрольная группа - 20 практически здоровых лиц. Проведены общеклинические методы; иммуноферментный метод определения уровня ЦсС сыворотки крови, β2-МГ мочи. Уровень Кр определяли методом Яфе, K^+ сыворотки крови - ионселективным методом, Na^+ сыворотки крови - потенциометрическим методом; ККр- по формуле Кокрофта-Голта; статистические методы.

Результаты исследования. В группе пациентов с ХСН определено достоверное увеличение уровня Кр на 22,9%, ($p<0,05$), снижение ККр на 27,4%, ($p<0,05$), повышение

уровня ЦсС на 48,3%,(p<0,05), увеличение β2-МГ на 56% (p <0,05) по сравнению с группой контроля. В первой и второй группах уровни Na^+ и K^+ находились в пределах нормы.

Согласно полученным результатам настоящего исследования, наиболее выраженное отклонение от контрольной группы по сравнению с уровнем Кр продемонстрировали биомаркер ЦсС, определение ККр, которые более точно демонстрируют степень клубочковой дисфункции почек при ХСН по сравнению с привычным и менее показательным определением уровня Кр.

Учитывая, что степень повышения В2-МГ больше, чем отклонение от нормы показателей клубочковых функций, можно полагать, что канальцевые функции при ХСН нарушаются раньше, чем клубочковые.

Таким образом, многофакторность патогенеза кардиоренального синдрома, развивающегося на фоне ХСН и сочетания ХСН с ХБП, обусловлена как целым рядом инициальных факторов – гипоксия почек, вазоконстрикция артериол, иммуновоспаление, оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция и др., обеспечивающих формирование «застойной» почки, так и нарушением гломерулярной, канальцевой, электролитвыделительной функцией почек с пролиферацией внеклеточного матрикса, развитием нефросклероза.

Взаємозвязок безсимптомної гіперурикемії з функціональним станом ендотелію у хворих на артеріальну гіпертензію з абдомінальним ожирінням

Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет

Питання про роль надлишку сечової кислоти (СК) в організмі, зокрема-його зв`язок з кардіоваскулярною патологією, залишається вкрай неоднозначним. Результати проведених досліжень часто суперечать одне одному. Є припущення, що складність вивчення проблеми пов’язана з тим, що відомі дослідження охоплювали хворих з досить широким спектром супутньої патології, що могло впливати на рівень та ативність СК.

Мета роботи полягає у визначенні характеру залежності між рівнем СК у крові і функціональним станом ендотелію у хворих на артеріальну гіперетнзію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Було обстежено 27 пацієнтів віком від 46 до 68 років(середній вік 55±3 роки), які страждали на АГ з АО і одночасно мали безсимптомну ГУ. Для оцінки стану ендотелію використовувалась проба з реактивною гіперемією з визначенням ендотелій-залежної вазоділатації (ЕЗВД), визначення рівня СК в сироватці крові проводилось біохімічним методом за стандартною методикою. Проведення аналізу дозволило встановити зв'язок між підвищенням концентрації СК в крові та порушенням ЕЗВД, однак у частини пацієнтів у групі з помірно вираженим підвищенням СК така залежність не відмічалась.

Висновки. Отримані дані підтверджують припущення про неоднорідність впливу ГУ в залежності від концентрації СК в крові, що потребує подальшого дослідження.

Прозапальні цитокіни при поєднанні хронічного панкреатиту з хронічним необструктивним бронхітом

Моргуліс М.В.

Харківський національний медичний університет

Мета: вивчення клініко-лабораторних особливостей перебігу хронічного панкреатиту (ХП) в поєднанні с хронічним необструктивним бронхітом (ХНБ), зокрема вмісту в сироватці крові ІЛ-1β та ФНП-α.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 57 хворих на ХП в стадії загострення, серед яких в 35 випадках ХП був сполучений з ХНБ в стадії ремісії.

Серед обстежених переважали жінки 57,1%; вік хворих коливався від 36 до 64 років. Групи співставлення були представлені 22 особами на ізольований ХП та 20 пацієнтами на ізольований ХНБ. Усім хворим було проведено загальноклінічне обстеження, визначення

активності α-амілази сироватки крові, вмісту эластази-1 в калі, концентрації в сироватці крові ІЛ-1β, ФНП-α, УЗД та ФГДС, рентгенографія ОГК та оцінка функції зовнішнього дихання.

Результати та їх обговорення. Наявність сукупного перебігу захворювань суттєво не впливало на клінічні симптоми ХП, окрім зростання частоти астено-невротичного синдрому, що є негативним впливом тривалого хронічного перебігу сукупності захворювань на стан нервової системи. Концентрація ІЛ-1β в групі хворих з супутньою патологією дорівнювала 312,3±19,4 пг/мл, ФНП-α –202,6±13,8 пг/мл, що в 7,9 та 6,5 раз відповідно перебільшувало контрольні показники. Аналогічні показники в групі з ізольованим ХП дорівнювали: ІЛ-1β - 362,8±27,1 пг/мл; ФНП-α - 234,5±16,6 пг/мл, що було в 9,2 та в 7,5 рази вище норми відповідно.

Висновки. Отримані дані можуть свідчити про початок процесів виснаження імунної системи на тлі сукупності захворювань з хронічним перебігом. Неповноцінність імунної відповіді, на нашу думку, може сприяти подальшому прогресуванню обох захворювань на тлі пригнічення захисних адаптаційних реакцій з подальшим формуванням вторинного імунодефіциту

Фитопрепараты в комплексном лечении больных на ранних стадиях диабетической нефропатии

Никулочкина А.И., Овчаренко Л.А.
Научный руководитель - профессор Ж.Д. Семидоцкая
Харьковский национальный медицинский университет

Усовершенствоавние лечения вторичных гломерулярних поражений у больных сахарным диабетом (СД) остается актуальной проблемой клинической нефрологии. Хроническая болезнь почек (ХБП) развивается у 40,5% больных сахарным диабетом и ведет к развитию хронической почечной недостаточности.

Цель нашего исследования заключается в определении эффективной тактики лечения больных СД с включеним на ранних стадиях диабетической нефропатии фитопрепарата Канефрон-Н.

Больным наряду с общеклиническими методами при исследовании мочи на микроальбумин использовались диагностические полоски «Microalbuphan» Pliva-Zachema Diagnostica. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле Кокрофт и Гоулт: СКФ = (140-возраст)*вес ÷ (72*креатини плазмы крови), для женщин – умножить на 0,85. Под наблюдением находилось 42 больных СД 1 и 2 типов в возрасте от 20 до 68 лет, у которых в клиническом анализе крови патологии выявлено не было. Среди них было 26 женщин и 16 мужчин. Систолическое артериальное давление составило 129,0 ± 7,3 мм рт.ст., диастолическое - 81,0 ± 9,8 мм рт.ст. Периферических отеков ни у одного больного выявлено не было.

При исследовании микроальбумина у 21 больного он в среднем составлял 385,0 ± 12,1 мг/л. У 7 больных при отсутствии микроальбумина была повышена СКФ, которая в среднем составляла 172,0 ± 9,7 мл/мин.

Все больные принимали сахароснижающие препараты. Канефрон Н назначался в дозе 2 драже 3 раза в день в течение 4 недель. Канефрон Н – препарат растительного происхождения – обладает, содержит стандартизованные экстракты травы золототысячника, антипротеинурическим, сосудорасширяющим эффектом корня любистка и листьев розмарина.

При повторном исследовании через месяц снижение микроальбумина до 76,5 ± 5,4 мг/л отмечено у 19 больных. Больные с повышенной СКФ продолжают принимать Канефрон-Н и за ними осуществляется наблюдение. Эффект приема этого препарата определят дополнительные исследования.

Выводы: включение Канефрона-Н в комплексную схему лечения диабетической нефропатии на ранних стадиях позволяет более эффективно препятствовать развитию и замедлять темпы прогрессирования ХПН.

Бронхиальная астма и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.

Овчаренко Л.А.
Научный руководитель - профессор Т.В. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время наблюдается значительный рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА), а также увеличение числа больных БА с сочетанным поражением различных

органов и систем. Одним из наиболее часто встречающихся видов патологии, сочетающихся с БА, является гастроэзофагеальная болезнь (ГЭРБ), эта патология часто встречается при данном заболевании, и существуют мнения об отягчающем влиянии ГЭРБ на течение БА.

Цель исследования - проанализировать случаи сочетанной патологии ГЭРБ у больных БА средней степени тяжести и взаимосвязь симптомов обоих заболеваний.

Под наблюдение находилось 72 больных БА средней степени тяжести частично- и неконтролируемого течения с признаками ГЭРБ (40 мужчин и 32 женщины в возрасте от 33 до 65 лет), средняя длительность заболевания – 13,8 ± 1,8 лет, $ОФВ_1$ – 65,6% ± 4,7%. Всем больным проводилось клинические, биохимические, функциональные, инструментальные, морфоцитологические исследования. Ведущие клинические проявления ГЭРБ (изжога, отрыжка, боль в эпигастральной области) были обнаружены у 100% больных БА.

Анализ полученных данных выявил следующие признаки ГЭРБ: у 45,8% больных недостаточность кардии, у 22,5% - дистальный эзофагит, у 18,1% - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, и сочетании двух и более признаков у 29,2 % больных. При морфологическом исследовании гастробиоптатов у 100% больных выраженная и умеренная активностью воспалительного процесса и/или выраженный отек СО антрального отдела, увеличение плотности эозинофильной инфильтрации СО, в 54% случаев обнаруживались язвы, у 23% больных эрозии СО желудка и пищевода. Отмечена высокая частота (в 23,7 %) атрофических изменений.

Бронхоскопия проводилась 16 (22,2%) больным. У всех обследованных больных выявлены - признаки гиперпродукции бронхиального секрета (увеличение объемной плотности бокаловидных клеток в покровном эпителии и объема бронхиальных желез в подслизистом слое бронхиальной стенки). При цитологическом исследовании бронхобиоптатов - бокаловидноклеточная и железистая гиперплазия, увеличение высоты эпителия в отделах бронхов с преимущественно серозным секретом и обструкцией.

Результаты исследования ФВД: ЖЕЛ 87,3 ± 3,1%, $ОФВ_1$ 64,4 ± 2,5%, $МОС_{25}$ 33,8 ± 4,1%, $МОС_{50}$ 46,3 ± 3,7%, $МОС_{75}$ 61,1 ± 4,5%. Все больные получали патогенетическую терапию ингаляционными кортикостероидами согласно стандартам качества диагностики и лечения. В результате обследования больные с сочетанной патологией получили индивидуальные рекомендации по изменению режима жизни и характера питания. После двух месяцев наблюдения 79,2% больных отметили облегчение симптомов ГЭРБ, а также уменьшение проявления респираторных симптомов (кашель, затруднение дыхания, приступы удушья, выделение мокроты, одышка), снизилась потребность в бронхолитиках (2,1 вдоха в сутки), $ОФВ_1$ и $МОС_{25}$ статистически не отличался от показателей до лечения и соответственно составили: 68,6±3,6% и 48,2±3,1%. Нами подтверждена высокая связь и распространенность ГЭРБ у пациентов с БА. Показано влияние симптомов ГЭРБ на отсутствие контроля у больных БА. Коррекция режима жизни и характера питания улучшает контроль над симптомами БА.

Повышение эффективности лечения больных с остеоартрозом с помощью фототерапии

Олейник М.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Значимой медицинской, социальной и экономической проблемой является успешное лечение и реабилитация больных с остеоартрозом (ОА). Большую роль в этом играет разработка комплексных программ восстановительного лечения и реабилитации для таких больных. Одним из таких направлений является фототерапия с использованием фотонной гибкой матрицы Коробова, построенной на принципиально новых технических решениях, суть которых заключается в применении светового излучения, где источниками света видимого (длинна волны 470 нм) и инфракрасного (940 нм) диапазонов спектра являются сверх яркие светодиоды.

Цель работы - повышение эффективности лечения остеоартроза голеностопных суставов у больных с различной степенью выраженности патологического процесса, за счет воздействия фототерапии в составе комплексного лечения. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 больных ОА (25 женщин, 22 мужчины, в возрасте от 45 до 67 лет). С продолжительностью заболевания 5 лет и более. С учетом тактики лечения больные были разделены на группы: в 1-ой группе (24 больных) наряду с медикаментозной терапией, включающей нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) и хондропротекторы, проводилась фототерапия фотонной гибкой матрицей Барва-Флекс. Курс лечения состоял из 9-10 процедур, продолжительность каждой процедуры 30 минут; 2-я группа (23 больных) получала так же медикаментозную терапию (НПВС и хондропротекторы), но в виде физиотерапевтического лечения проводилась магнитно-лазерная терапия на аппарате МИЛТА(1000 Гц) проекционно на суставы 9-10 процедур продолжительность 10 минут.

Результаты и обсуждение. После окончания 10 дневного курса лечения положительная динамика отмечалась в обеих группах больных, но эффект от проводимой терапии был различный. Уменьшение болевого синдрома в первой группе было выражено значительно у всех пациентов, во второй- у 16, увеличение объема движений у 19 и у 14 соответственно. При анализе показателей боли по ВАШ-шкале было отмечено снижение интенсивности боли в первой группе на 34%, а во второй на- 25%. В связи с этим можно утверждать о прямом влиянии фототерапии на болевой синдром.

Выводы. Применение фототерапии в сочетании с традиционным медикаментозным лечением позволяет достичь более быстрого уменьшения интенсивности и выраженности болевого синдрома, улучшить функцию суставов у больных ОА, а исходя из механизма действия света на организм человека (отсутствие побочных действий и противопоказаний к применению, невозможности передозировки), можно рекомендовать назначение фототерапии для широкого применения больным с данной патологией.

Гіперурікемія і дисліпідемія у хворих з ожирінням та хронічною серцевою недостатністю

Ольховський Д.В., Наріжна А.В.
Харківський національний медичний університет
Харківська міська клінічна лікарня № 27

Деякі автори вважають, що ГУ сама активно підвищує концентрацію жирних кислот, тригліцеридів, холестерину. Але на даному етапі проблемою є не лише питання існування між ними зв'язку, а й питання пріоритету в природі їх відносин.

Мета дослідження: вивчення взаємозв’язку та впливу рівня сечової кислоти (СК) на середні показники маси тіла пацієнтів, індекс маси тіла (ІМТ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХЛВЩ) у хворих з ожирінням (ОЖ) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

Матеріали і методи: нами було обстежено 104 хворих з ХСН, з яких 63 (60,58%) жінки і 41 (39,42 %) чоловік, у віці від 22 до 72 років, середній вік пацієнтів 55,64 (±5,43) років з ОЖ (n=18, 17,31 %) або надлишковою масою тіла (НМТ) (n=12, 11,54%). Потрібно відзначити, що 74 (71,5 %) пацієнти мали певні ознаки ОЖ і ХСН.

Отримані результати та їх обговорення:

Вплив ГУ на середні показники маси тіла, ІМТ, ТГ та ХЛВЩ пацієнтів з ОЖ та ХСН (n=74)

Показник	Обстежені пацієнти (n=104)			
	Не повний НМТ(n=12)	ОЖ (n=18)	ОЖ+ХСН (n=74)	
			Без ГУ (n=27)	З ГУ (n=47)
Рівень СК, ммоль/л	0,41±0,024	0,49±0,020	0,33±0,025	0,51±0,017

Маса тіла, кг	93,81±5,21	98,82±4,34	108,51±7,2	109,93±10,17
ІМТ, кг/м^2	26,81±1,09	30,74±1,45	33,65±0,15	34,5±0,77
ТГ, ммоль/л	1,45±0,17	2,30±0,27	2,01±0,52	2,73±0,3*
ХЛВЩ, ммоль/л	1,21±0,17	1,08±0,15	1,0±0,19	0,9±0,17

Показники в групах з ГУ та без ГУ майже не відрізнялися: маса тіла 109,93±10,17 та 108,51±7,2 кг відповідно; ІМТ - 34,5±0,77 і 33,65±0,15 кг/м^2 відповідно; ХЛВЩ - 0,9±0,17 та 1,0±0,19 ммоль/л відповідно. Інша картина серед показників тригліцеридемії: статистично достовірна різниця серед груп з ГУ та без ГУ - 2,73±0,3 і 2,01±0,52 ммоль/л. Це підтверджує кореляційний зв'язок показників СК та ТГ, що співпадає з даними інших авторів.

Сочетанные патологии органов пищеварения, гепатобилиарной системы и эпизодов крапивницы, как проявление псевдоаллергической реакции

Пальваль А.И.
Научный руководитель - профессор Т.В. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая рецидивирующая крапивница (ХРК) является распространенной патологией. Доказано, что ХРК чаще всего обусловлена патологией ЖКТ и гепатобилиарной системы.

Целью нашего исследования явилось изучение причин ХРК на фоне патологии ЖКТ и гепатобилиарной системы. Проведен ретроспективный анализ 33 историй болезней больных находившихся на лечении в аллергологическом отделении ОКБ №1 г. Харькова.

У 14 больных была выявлена патология гепатобилиарной системы, у 26 больных – патология ЖКТ.

У больных с патологией гепатобилиарной системы были выявлены следующие изменения: признаки хронического холецистита выявлены у 14; хроническая диффузная патология паренхимы печени - у 3 больных. Полученные изменения сопровождались увеличением показателей тимоловой пробы и креатинфосфокиназы. У больных с патологией ЖКТ обнаружены такие изменения: эритематозная дуоденопатия - у 9 больных; язва луковицы двеннадцатиперстной кишки - у 1 больного, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки - у 3 больных; застойная гастродуоденопатия - у 12 больных; эрозивная гастропатия - у 5 больных; атрофический гастрит - у 4 больных. Всем больным проведен тест на Helicobacter pylori: слабо положительный результат - у 7 больных; положительный - у 19 больных.

В результате проведенного анализа нами подтверждена тесная связь между ХРК с патологией ЖКТ и гепатобилиарной системы.

Механизмы реализации ожирения у больных с бронхиатольной астмой

Пасиешвили Т.М.
Харьковский национальный медицинский университет

В последние оды установлено значительное распространение ожирения среди населения большинства стран. Так, в США с данной патологинй зарегистрировано 66% ЛИЦ, В Германии около 50%, 40-45% в Великобритании и более 40% во Франции, Италии, Испании. При этом доказано его неблагоприятное влияние на ряд нозологических форм.

Цель работы – определение влияния ожирения на течение бронхиальной астмы (БА). Обследовано 42 больных в возрасте43,6±6,2 лет, находящихся на лечении по поводу БА; 27 из них имели ожиркние (14-1ст. и 13 – 2 ст.). Длительность анамнеза по БА составила 13-14 лет, у 14 больных ожирение предшествовало развитию БА. Показано, что при ожирении наблюдается неблагоприяное течение БА: значительно чаще отмечалось обострение заболевания (2-3 раза в месяц против 1 раза в 2-3 месяца в группе сравнения); приступы удушшя в большинстве случав имели затяжное течение и купировались применением

глюкокортикоидов, 9 пациентов основной группы (33,3%) имели гормонозависимую БА против 3 больных (20%) с нормальной массой тела. У 19 пациентов с ожирением без БА отмечалось увеличение ФНО-а до 52,3±2,9 ммоль/л при номе 24,2±3,2 ммоль/л. При сочетании БА (стадія обострения) и ожирения данный показатель составил 89,8±4,3 ммоль/л, а при ремиссии БА67,4±2,7 ммоль/л. Таким образом, у больных БА присоединение ожирения оказывает неблагоприятное влияние на течение заболевания, что можетбыть связано как свысоким стоянием диафрагмы, приводящим к гарушению газообмена, так и иммунными нарушениями. При этом повышение ФНО-а в период ремиссии БА можно рассматривать как неблагоприятный фактор, провоцирующий прогрессирование заболевания и его обострение.

Уровень трансформирующего фактора роста-β1 в динамике комбнированной антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Першина Е.С., Старченко Т.Г.

ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины»

Цель работы – изучить уровень трансформирующего фактора роста- β1(ТФР - β1) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа в динамике комбинированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы: обследовано 28 больных ГБ с СД 2 типа. Уровень ТФР-β1 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Антигипертензивная терапия включала применение периндоприла (10мг в сутки) с небивололом (5 мг в сутки) или данная комбинация препаратов в сочетании с индапамидом 1,5 мг 1 раз в день. Курс лечения – 12 мес.

Результаты: У больных, находящихся на дву- и трехкомпонентной терапии, отмечено достижение целевых уровней артериального давления (АД) соответственно у 60% и 77% случаев. У больных, находящихся на двухкомпонентной терапии, уровень ТФР-β1 снизился с (11,69±0,51) нг/мл до (7,49±0,44) нг/мл, $p< 0,05$. В случае добавления индапамида – с (14,98±0,46) нг/мл до (6,01±0,38) нг/мл, $p< 0,05$. Как свидетельствуют полученные данные, более выраженнное снижение как уровня АД, так и данного фактора роста отмечалось при добавлении индапамида, несмотря на более высокие его исходные показатели.

Выводы: Курсовая двух- и трехкомпонентная антигипертензивная терапия у больных ГБ с СД 2 типа способствовала достоверному снижению уровня АД и снижению уровней в сыворотке крови ТФР-β1, степень снижения которого была выше при применении трехкомпотентной антигипертензивной терапии.

Персоніфікація терапевтичних схем лікування хворих на гастропатії з соматоформними порушеннями

Пивоваров О.В.

Харківський національний медичний університет

Мета – оптимізація корекції соматоформних порушень у хворих на гастропатії.

Матеріали і методи дослідження – 111 пацієнтів з гастропатіями, функціональними диспепсіями, хронічними гастритами, НПВЗ-асоційованими гастропатіями гастроентерологічного та ревматологічного відділень Обласної клінічної лікарні: 52 чоловіка та 69 жінок. Вік пацієнтів від 23 до 82 років. Для визначення рівня соматоформних порушень проводилось опитування за анкетою сайту http://www.afobazol.ru. Серед морфофункціональних параметрів виділені наступні: стать, зріст, вік, пульс, тиск, вага тіла, розраховано Індекс Кетле, встановлено профіль асиметрії за розробленою анкетою та ін. Для визначення відмінностей було використано кластерний аналіз, який одночасно за п`ятьма параметрами дозволив одержати три кластери, які мали відмінності. Отримані результати представлені у табл.1.

Таблиця 1 Результати кластерного аналізу

Параметр	Cluster	Cluster	Cluster
Вік	44,58	38,89	52,09

Індекс Кетле	26,2	27,4	32,01
Пульс	75,8	75,2	81,6
Індекс асиметрії	11,75	11,52	12,51
Рівень соматоформних порушень	1,93	0	2,077
Приймання Афобазолу	Ні	Ні	Так

Висновки: Внаслідок кластерного аналізу за п`ятьма ознаками одночасно можна засвідчити відмінності морфофункціонального стану осіб, які полягають у тому, що модель пацієнта, який не приймає Афобазол, але потребує корекції соматоформних порушень – це особа з підвищеним рівнем тривоги старше 40 років з надлишковою вагою.

Використання препаратів омепразолу у пацієнтів з фарингеальними проявами гастроезофагеальної рефлюксної хвороби

Просоленко К.О.[1], Люта Є.А.[1], Шалімова А.С.[2]
Харківський національний медичний університет
Харківська медична академія післядипломної освіти

Було проведе дослідження метою якого було вивчення впливу на внутрішньошлунковий та внутрішньостравохідний pH генерічних препаратів омепразолу «Омез», виробник фірма «Доктор Реддіс», Індія та «Опразол», виробник фірма «Аль-Хікма Фармасьютикалз», Йорданія у хворих на гастроезофагеальною рефлексною хворобою (ГЕРХ) з фарингеальними проявами за даними тривалого pH-моніторингу. Було обстежено 20 пацієнтів (13 чоловіків і 7 жінок), середній вік обстежених становив (32,5±4,5) років. Добове дослідження pH проводилось після прийому вищезазначених препаратів омепразолу по 20 мг 2 рази на добу, на протязі 5 днів, за допомогою pH-метру «Гастроскан-24», Росія. Серед хворих 10 пацієнтів приймали Омез, інші 10 - Опразол. Оцінювалися наступні показники: середній показник внутрішньошлункого pH, % часу pH більше 4 (%t pH>4), (тривалість часу дії препарату).

При аналізі показників у досліджуваних пацієнтів не було виявлено достовірної різниці за середнім показником внутрішньошлункового pH - 5,25±0,68 у Омеза проти 5,4±0,82 у Опразола (p>0,05). Оцінюючи показник %tpH>4, за яким характеризується антисекреторна дія препаратів, у Омеза цей показник склав (73,4±8,3)%, тоді як у Опразола цей показник складав (75,5±6,7)% (p>0,05).

Таким чином, отримані дані свідчать про відсутність різниці у антисекреторній дії препаратів Омез та Опразол у хворих на ГЕРХ з фарингеальними проявами.

Реалізація остеопорозу у хворих на хронічний безкам'яний холецистит й гіпертонічну хворобу

Резуненко О.В.
Харківський національний медичний університет

В основі розвитку остеопорозу лежить дисбаланс кісткового ремоделювання та гомеостазу кальцію. В мінеральному метаболізмі приймає участь кісткова тканина, шлунково-кишковий тракт, нирки, сироватка крові та інші. Таким чином, порушення функціонування систем, що приймають участь у мінеральному обміні, може призвести до розвитку патологічних змін, серед яких особливе місце посідають остеопенічні стани.

Метою роботи було визначити механізми розвитку вторинного остеопорозу у хворих з ХБХ, що перебігає в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 46 хворих на ХБХ в сполучанні з гіпертонічною хворобою II ст. (ГХ). Вік хворих коливався від 27 до 50 років, тривалість анамнезу з ХБХ та ГХ - від 1 до 20 років. Серед пацієнтів переважали жінки (32 – 66,6%). Окрім загальноприйнятих лабораторних методів дослідження проводили дуоденальне зондування,

УЗ дослідження серця та органів черевної порожнини. Кістковий метаболізм оцінювався шляхом вивчення маркерів кісткового ремоделювання: кісткового ізоферменту лужної фосфатази (КІЛФ), що характеризує кістковоутворення, та тартратрезистентної кислої фосфатази (ТРКФ), що є маркером резорбції кістки. Мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) визначали за допомогою п'яткового ультразвукового денситометру LUNAR Achilles express (США, 2006).

Результати. При проведенні ультразвукової денситометрії в 41 випадку (89,1%) були визначені зміни структурно-функціонального стану кісткової тканини, які проявлялися зменшенням МЩКТ, причому остеопенія реєструвалася у 56,5% хворих, та у 32,6% - остеопороз. Нормальні показники МЩКТ були притаманні п'ятьом пацієнтам (10,9%) з кломорбідною патологією.

Детальний аналіз показників денситометрії виявив, що показники МЩКТ мали прямо пропорціональну залежить від віку пацієнтів (чим старший вік, тим менші показники МЩКТ) та тривалості захворювання жовчного міхура. Дослідження маркерів кісткового метаболізму підтвердило, що показник ТРКФ був збільшений у всіх хворих ($P<0,05$) в той час, як зміни в показниках КІЛФ були різноспрямованими: у 8,7% осіб даний показник був підвищений, у 50% - знижений та у 41,3% мав нормальне значення.

Висновки. Поєднаний перебіг ХБХ та ГХ сприяє розвитку остеопенічних станів за рахунок негативного дисбалансу кісткового ремоделювання - переважання кісткової резорбції над формуванням нової кістки. Дана обставина обумовлює проведення скринінгу на можливість формування остеопенічних станів у таких хворих, є підґрунтям до формування груп диспансерного нагляду та розробки патогенетично обґрунтованої терапії.

Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет —гиполипидемическая терапия.

Руденко М.И.
Научный руководитель - доцент Н.Н. Котовщикова
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования — изучить влияние гиполипидемического препарата аторвастатина на состояние липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) II-го типа.

Обследованы в динамике 8 недельного лечения аторвастатином 24 больных ИБС (1-я группа) и 28 больных, страдающих ИБС и СД II-го типа (2-я группа). Все больные страдали стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК). В 1-й группе 9 (34,6%) больных перенесли инфаркт миокарда, во 2-й — 12 (42,9%) в сроки от 0,5 до 1 года. По поводу СД больным проводили лечение пероральными сахароснижающими препаратами (14 больных), 4 пациента получали инсулин, остальным назначали диетотерапию. СД был компенсирован. Аторвастатин назначали в дозе 20 мг в сутки однократно (вечером).

Лечение гиполипидемическим препаратом - аторвастатином приводило к сходным изменениям, как в 1-й, так и во 2-й группах. Так, уровень общего холестерина у больных 1-й группы снизился с 6,83±0,32 до 5,26±0,49 ммоль/л ($p<0,05$), 2-й группы — с 7,11±0,96 до 5,12±0,54 ммоль/л ($p<0,05$). Уровень триглицеридов у больных 1-й группы снизился с 2,16±0,19 до 1,96±0,18 ($p>0,05$), у 2-й группы - с 3,04±0,23 до 2,7±0,29 ммоль/л ($p>0,05$). Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) на фоне лечения достоверно не изменился как в 1-й, так и во 2-й группах. В 1-й группе ХС ЛПВП до и после лечения соответственно равен 1,03±0,06 и 1,10±0,08 ммоль/л ($p>0,05$). Напротив, содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) на фоне лечения аторвастатином существенно снизилось: в 1-й группе этот показатель уменьшился с 5,36±0,30 до 3,43±0,23 ммоль/л ($p<0,05$), во 2-й - с 5,41±0,23 до 3,57±0,18 ммоль/л ($p<0,05$). На фоне лечения гиполипидемическим препаратом наблюдалось умеренное статистически достоверное снижение уровня холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) как в 1-й, так и во 2-й группах больных. Так, в 1-й группе уровень ХС ЛПОНП снизился с 0,78±0,06 до 0,73±0,09 ммоль/л ($p<0,05$), во 2-й - с 0,99±0,11 до 0,91±0,14 ммоль/л ($p<0,05$). Лечение

препаратом вызывало значимое снижение коэффициента атерогенности в 1-й группе с 6,63±0,41 до 4,78±0,29, во 2-й — с 6,53±0,32 до 4,34±0,21 (p<0,05).

Лечение аторвастатином вызывало снижение уровня общего холестерина, ЛПНП, ЛПОНП, на этом фоне умеренно повышалось содержание ЛПВП, значимо снизился коэффициент атерогенности. В целом, переносимость препарата была удовлетворительной. Побочные реакции: недомогания, головокружения, кожная сыпь, крапивница, миозит, боль в спине - наблюдали у отдельных больных (у 4-х больных 1-а группы и у 3-х 2-й группы).

Провоспалительное цитокиновое звено в развитии анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек

Рындина Н.Г., Суворов А.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая сердечная недостаточность(ХСН) остается актуальной проблемой во всем мире. Наиболее часто встречающимися коморбидными состояниями у больных ХСН являются анемия и почечная дисфункция. По результатам данного исследования ХБП, ХСН и анемия независимо друг от друга увеличивали риск смерти или необходимости в гемодиализе на 50-100%, а их комбинация – на 300%. Механизмы формирования анемии у больных с ХСН и ХБП требуют дальнейших исследований. Важная роль в формировании анемии у больных на фоне ХСН и ХБП уделяется повышенным уровням провоспалительных цитокинов.

Цель - исследование роли интерлейкина(ИЛ)-6 в формировании анемии на фоне ХСН и ХБП.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных ХСН и ХБП с анемией, средний возраст 68±10 лет, - 55% мужчин и 45% женщин. У 60% пациентов с анемией на фоне ХСН и ХБП диагностирован III функциональный класс по классификации NYHA, 40% - IV функциональный класс NYHA. В контрольную группу вошли 30 пациентов с ХСН и ХБП без анемии, средний возраст - 66±11 лет, - 69% мужчин и 31% женщин. Сывороточный уровень ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом.

Результаты. По сравнению с группой контроля у пациентов с анемией на фоне ХСН и ХБП определяется достоверно более низкий уровень гемоглобина (контрольная группа 125±1,66 г/л; основная группа 88,87±1,8 г/л; p<0.01) и более высокий уровень ИЛ-6 (контрольная группа 7,13±1,78 пг/мл; основная группа 38,39±1,82 г/л; p<0.01). Найдена негативная связь между ИЛ-6 и гемоглобином (r = - 0.37).

Выводы. Формирование анемии у больных с ХСН и ХБП ассоциируется с высокой активностью провоспалительного звена цитокинов, представленного ИЛ-6.

Зустрічаємість анемічного синдрому внаслідок хронічної серцевої недостатності

Ринчак П.І., Граматюк А.М.

Харківський національний медичний університет

В останні десятиліття значно збільшилась кількість хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН), хронічна вторинна анемія значно писилює тяжкість ХСН. За останні 10 років на кафедрі внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алегрології рандомізовано 4128 пацієнтів хворих на ХСН з ФВ>45%. У 24% була діагностована анемія. Пацієнти на ХСН з анемією, порівняно з групою без анемії, були старшого віку, мали велику частоту зниження швидкості клубочкової фільтрації, регоспіталізації, збільшення індексу маси тіла, анамнезу діабету, застійних явищ у легенях, серед хворих з анемією частіше зустрічалися жінки. Не знайдено відмінностей між початковими ФВ, ЧСС, САТ, ДАТ, ФК ХСН (NYHA). Мультиваріантний аналіз показав, що анемія є незалежним предиктором кінцевих точок як первинних, так і пов'язаних з ХСН, що вказує на роль анемії як незалежного чинника ризику. Серед причин розвитку анемії при ХСН виділяють: гемодилюцію (підвищення об'єму плазми), дисфункцію кісткового мозку, дефіцит заліза (порушення всмоктування, хронічна крововтрата із–за постійного прийому аспірину), рідше

– дефіцит фолатів і вітаміну В12, хронічний імунодефіцит (активація ФНО, ІЛ-1β, ІФ-γ), прийом інгібіторів АПФ, які викликають зниження синтезу еритропоетину, ниркову дисфункцію. Практично в усіх дослідженнях, які присвячені анемії при ХСН, визначено зниження рівня сироваткового заліза на 8,5%, зниження кількості госпіталізацій і збільшення тривалості життя на 5 років.

Влияние инфекционных факторов на развитие атеросклероза.
Семенюк Е.А.
Научный руководитель - доцент С.А. Супрун
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность.По данным ВОЗ, в Украине сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной около 60 % всех смертей, тогда как в развитых странах Европы — 38%. Атеросклероз — хроническое мультифакторное воспалительное заболевание стенок крупных артерий. Материалы последних лет дают основание говорить об инфекционно-аутоиммунно-воспалительной теории его патогенеза: атерогенез является следствием неадекватного ответа на повреждение, индуцированное инфекциями, гемодинамическими стрессами, а также проатерогенными аутоантигенами.

Цели и задачи. Целью данной работы является определение факторов, способных запустить патогенетический механизм атеросклероза и предотвратить этот процесс.

Материалы и методы. Для написания данной работы были использованы 52 научные статьи как отечественных, так и зарубежных авторов за последние 10 лет.

Основная часть. Во многих работах показана роль инфекционных агентов как пусковых механизмов в развитии атеросклероза. В инфекционную коалицию входят цитомегаловирус, вирусы гриппа А и В, аденовирус, стрептококк и стафилококк, вирусы Коксаки, простого герпеса 1-го или 2-го типа, Эпштейна-Барра, Марека, Chlamydia pneumoniae, Helicobacter pylori, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae, Porphyromonas gingivalis, микоплазмы, нанобактерии. Известен ряд механизмов патогенного действия инфекционных агентов на сердечно-сосудистую систему: пролиферация гладкомышечных клеток; защита клеток эндотелия от апоптоза, ускоренное накопление липидов; повышение прокоагулянтной активности эндотелия; увеличение экспрессии цитокинов, появление белков острой фазы, что приводит к гиперергической воспалительной реакции и повреждению эндотелия; увеличение уровня реактивных форм кислорода; аутоиммунные реакции. При учете новых данных этиопатогенеза возникает необходимость в новых подходах к терапии. (Исследования ACADEMIC, WIZARD, ROXIS, STAMINA, CLARIFY, ISAR-3). Негативные результаты исследований можно объяснить неадекватной терапией, нахождением патогена в недоступном для антибиотика месте или в форме, не подверженной его действию, неверной направленностью по отношению к возбудителю и стадии заболевания, группе больных. Традиционные и перспективные методы лечения атеросклероза направлены на различные звенья патогенетической цепи, такие как липидный обмен, блокада системы ренин — ангиотензин и бета-адренорецепторов, избыточное накопление кальция, оксидативный стресс, избыточная пролиферация гладкомышечных клеток, агрегация тромбоцитов, воспалительные процессы в сосудах, тромбоз. Наиболее перспективными являются препараты с плейотропным эффектом. Возможно, следующим переломным моментом в эволюции лечения атеросклероза будет переход от патогенетического лечения к этиотропному, а также к превентивному с целью предотвращения развития тяжелых форм атеросклероза.

Выводы. Атерогенез является следствием неадекватного ответа на различные формы повреждения и имеет инфекционно-аутоиммунно-воспалительный патогенез. Некоторые инфекционные агенты, благодаря своему белково-липидному составу, повышенному сродству к эндотелию и способности изменять метаболизм липопротеинов, могут претендовать на роль этиопатогенетических факторов атерогенеза. Аутоиммунная реакция является инициирующим событием при атеросклерозе. В связи с этим представляют интерес

исследования эффективности раннего назначения антибиотиков и иммуномодуляторов для профилактики атеросклероза. Причины неэффективности лечения атеросклероза заключаются, по всей видимости, в неверной направленности по отношению к возбудителю, стадии заболевания и группе больных.

Взаємозв'язок мікроальбумінурії та артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу

Ситіна І.В., Мамонтова А.В.
Харківський національний медичний університет

Мета: дослідити особливості артеріального тиску (АТ) та зв'язок з мікроальбумінурією у хворих на гіпертонічну хворобу асоційовану з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: було обстежено 53осіб віком від 40 до 67 років, з них 28 осіб з гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом 2 типу та 25 осіб хворих на гіпертонічну хворобу, контрольну групу становило 10 практично здорових волонтерів. Дослідження АТ проводилось за допомогою апарату для добового моніторування АТ - ТМ 2421 фірми "A&D" Японія. При вивчені АТ оцінювали систолічний АТ (САТ) середній за добу, САТ денний, САТ у нічний час, ДАТ середній за добу, діастолічний АТ (ДАТ) за денний проміжок часу та ДАТ у нічний час, варіабельність АТ (Вр АТ) для САТ та для ДАТ середньодобові показники, а також у денний та нічний проміжок часу, особливості циркадного ритму АТ оцінювали за допомогою добового індексу (СІ). Реєстрація АТ проводилась кожні 15 хвилин у дений час та 30 хвилин у нічний час. Дослідження мікроальбумінурії (МАУ) проводилось імуноферментним методом за допомогою набору реактивів НВЛ "Гранум" Україна.

Результати: при проведенні аналізу даних виявлено, що найвищі показники спостерігались у групі поєднаної патології, так середньодобові показники АТ становили 161,3/99,37 мм.рт.ст, рівень МАУ був підвищенний до 102±2,3 мг/доб. У групі хворих на ГХ рівень загальнодобового АТ становив -151,81/87,43 мм.рт.ст., рівень МАУ становив 39±6,1мг/доб. Більш значуща кореляція МАУ з рівнем АТ, особливо систолічним, варіабельностю АТ та порушенням добового профілю (феномен "night-peaker" та "non-dipper") була виявлена у групі хворих на ГХ поєднану з цукровим діабетом.

Висновок: наявність та зростання рівня МАУ у хворих на ГХ, особливо поєднану з ЦД 2 типу може слугувати предиктором погіршення перебігу ГХ та розвитку в наступному кардіоваскулярних подій.

Плазменные маркеры воспаления у больных с сахарным диабетом 2 типа и повышенной массой тела

Сокольникова Н.В.
Научный руководитель - профессор Л.В. Журавлева
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность: Сахарный диабет (СД) во всем мире является одним из ведущих факторов смертности и инвалидности, которые обусловлены его микро- и макрососудистыми осложнениями. В основе поражения сосудов пациентов с СД наряду с метаболическими нарушениями лежит атеросклероз, прогрессированию которого способствует как дислипидемия, так и хроническая системная воспалительная реакция. Связь между системной воспалительной реакцией, повышенной массой тела и дислипидемией изучены недостаточно.

Цель исследования: Целью исследования было оценить связь между показателями липидограммы, провоспалительными цитокинами интерлейкином 1-β (ИЛ 1-β), интерлейкином-6 (ИЛ-6) и степенью повышения массы тела у пациентов с СД 2 типа.

Материал и методы: У 83 больных (31 мужчина и 52 женщины) с СД 2 типа в возрасте 35-65 лет были измерены рост, вес, рассчитан индекс массы тела (ИМТ). Биохимическим методом с помощью наборов реактивов «DAC-Spectro Med» были определены некоторые показатели липидограммы: триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП).

Иммуноферментным методом с помощью наборов реактивов «Вектор-Бест» были определены уровни провоспалительных цитокинов ИЛ 1-β и ИЛ-6. Контрольную группу составляли 20 практически здоровых лиц с нормальной массой тела. Для определения достоверности различий между средними показателей использовался однофакторный дисперсионный анализ, поскольку исследуемые показатели имели нормальный закон распределения (критерий Шапиро-Уилка).

Результаты: В данной выборке все больные были разделены на 3 группы в зависимости от ИМТ: 1 группа (n=32) – 25 - 29,9 кг/м2, 2 группа (n=32) – 30 - 34,9 кг/м2 и 3 группа (n=19) - ≥35 кг/м2. Разделение на группы обусловлено тем, что, начиная со значений ИМТ ≥35 кг/м^2, исследуемые показатели достоверно не изменялись. Значения ТГ (ммоль/л) достоверно ($p<0,05$) различались во всех группах (группа контроля (1,3±0,035), 1 (1,67±0,08), 2 (1,81±0,04), 3 (1,99±0,11) группы). Аналогичная картина наблюдалась и для ИЛ-1β (нг/мл): 8,12±0,24; 12,6±0,3; 14,9±0,28; 15,8±0,57, а также ИЛ-6 (нг/мл): 8,83±0,22; 12,1±0,34; 13±0,28; 14,1±0,63 соответственно. Несколько отличается динамика показателя ЛПВП (ммоль/л), который достоверно различается только в группах контроля (1,39±0,02), 1 группы (1,24±0,03) и 2, 3 группы (1,17±0,02 и 1,12±0,04 соответственно), при том, что ЛПВП во 2 и 3 группе достоверно не различаются.

Выводы**:** Полученные данные свидетельствует в пользу того, что повышенная масса тела является фактором риска развития микро- и макрососудистых осложнений, опосредованных системной воспалительной реакцией, интенсивность которой пропорциональна выраженности ожирения.

Активність еритропоетина у хворих з анемією на фоні хронічної серцевої недостатності

Суворов А.О.
Харківський національний медичний університет

У теперішній час багато уваги приділяється розвитку анемії у хворих на ХСН. Еритропоетин (ЕПО) є центральним фактором регуляції кількості червоних кров'яних тілець та доставки кисню до тканин організму.

Мета дослідження – узагальнити знання про можливі зміни в активності ЕПО у пацієнтів з анемією на тлі ХСН.

Результати. За результатами численних досліджень рівні ЕПО підвищуються пропорційно зростання тяжкості симптомів у хворих на ХСН. Багато порушень у хворих на ХСН може послаблювати ниркову відповідь ЕПО до гіпоксії. Хоча рівні високі ЕПО корелюють з тяжкістю захворювання у хворих на ХСН, це підвищення, ймовірно, недостатньо для ступеня ниркової гіпоксії. Це може бути наслідком хронічної ниркової недостатністю, яка часто ускладнює ХСН. Даний цикл отримав назву "кардіоренальний анемічний синдром". Недостатньо підвищені рівні ЕПО також пов'язують з надмірною експресією прозапальних цитокінів. За даними досліджень незважаючи на підвищений рівень ЕПО анемія залишається присутньою у хворих на ХСН, що свідчить про можливість резистентності тканин до ЕПО. Лікування інгібіторами АПФ може зменшувати синтез ендогенного ЕПО. Хоча ЕПО рівні зменшуються під час лікування інгібіторами АПФ, довгострокова терапія еналаприлом не зменшувала рівню гематокриту порівняно з плацебо у дослідженні SOLVD.

Висновок: причини анемії у хворих на ХСН залишаються остаточно невизначеними. Доцільно проведення додаткових досліджень для з'ясування як часто ЕРО дефіцит або ЕПО резистентність мають відношення до анемії у хворих на ХСН.

Роль порушень нейроендокринної регуляції у хворих вібраційною хворобою у поєднанні з артеріальною гіпертензією

Сухонос Н.К.
Харьковский национальный медицинский университет

У структурі професійних захворювань вібраційна хвороба займає одне з перших місць. Згідно сучасних уявлень, вібраційна хвороба являє собою системний ангіотрофоневроз, у

патогенезі якого лежать порушення універсальних гомеостатичних механізмів – нейрогуморальної регуляції, мікроциркуляції, тканинного та клітинного метаболізму. В першу чергу, потерпає зміни периферичні кровоносні судини. Вібраційне роздратування гладком'язових клітин судин призводить до ангіоспазму і змін гемодинаміки в області мікроциркуляції. І як наслідок розвиток артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця. Які в свою чергу посилюють перебіг основного захворювання і погіршують прогноз в цілому.

Біологічні ефекти вібрації обумовлені як їх прямим впливом на клітину і субклітинні структури, так і опосередковано – через нейрогуморальні та нейрорефлекторні механізми, які відображаються на стані імунної системи. Важливою дією цитокінів є те, що вони здійснюють зв'язок між системами організму (імунною, нервовою, ендокринною, серцево-судинною) і служать для залучення їх в регулювання захисту. У плазмі крові хворих на АГ, незалежно від її етіології, збільшується вміст прозапальних цитокінів. Існує припущення, що прозапальні цитокіни визначають процеси патологічного ремоделювання судин через регулювання ступеня апоптозу. Фактор некрозу пухлини (ФНП)- обумовлює активацію вільнорадикального окислення, що може бути причиною інтенсифікації та посилення процесів апоптозу ендотелію судин та інактивації окису азоту в ендотелії [Liu L., Zhao S.P. 2009]. Цитокіни здатні підвищувати щільність внутрішньоклітинних мембран нейтрофілів, активуючи оксидази, ферменти перекісного окислення і внаслідок цього призводити до швидкого, але зворотнього, зниження внутрішньоклітинного кальцію. [Bozkurt B. 2008].

В даний час у науковій літературі активно обговорюються питання про фізіологічну роль біометалів в організмі людини. Активно вивчається внесок порушень обміну біометалів в патогенез різних захворювань, особливо в умовах посилення еколого-виробничого пресингу (Костюк І.Ф., Капустник В.А., 2004). Відомо, що в гамі метаболічних порушень при АГ порушення обміну цитокінів та мікроелементів займає важливе місце. Зміни біометалів має різнонаправлений характер і з патофізіологічної точки зору ці порушення можна визначити як «синдром комбінованого дисбалансу біометалів». Підвищення рівня біометалів, що має велику роль в інтенсифікації процесів перекісного окислення ліпідів через зниження активності глютатіонпероксидази, є фактором ризику розвитку АГ [Tuomainen T. P., Punnonen K., Nyyssonen K. 2007]. Зниження концентрації Zn, наприклад, особливо при тяжкій АГ, знижує антиоксидантний захист, тому що цей біометал є активним центром ферменту супероксідисмутази [Peczkowska M., Kabat M 2007].

Роль лейкотрієнів як медіаторів запальних реакцій швидкого реагування доведена при гострих алергозах, бронхіальній астмі, анафілактичному шоку. Разом з тим, лейкотрієни, особливо ЛТС4, мають широкий спектр впливу на серцево-судинну систему: викликають активну коронароконстрикцію, зменшують коронарну перфузію, сприяють розвитку гіпоксії міокарда, володіють кардіодепресивним, аритмогенним ефектами. Установлено збільшення рівня ЛТС4 при гострому інфаркті міокарда [Пархоменко О.М. 2010], ішемічній кардіоміопатії [A. Gabrielsen, E. Nobili, J. Kastrup 2009], набряку легенів [Михайлов В.П. 2002], легеневій гіпертензії [G. Smedegard 2002]. З іншого боку, ЛТС4 є потужним вазоконстриктором, здатним підвищувати судинну проникність, викликати периваскулярний набряк, індукувати оксидативний стрес, підвищувати загальне периферичне запалення [G. Folco, G. Rossoni 2000]. Однак питання участі ЛТС4 у патогенезі розвитку вібраційної хвороби на тлі АГ досі залишається дискутабельним.

Вікові особливості ремоделювання міокарда у хворих на цукровий діабет 2 типу

Тельнова С.М.
Науковий керівник - професор Л.В. Журавльова
Харківський національний медичний університет

Незважаючи на досягнення у дослідженнях кардіальної патології при цукровому діабеті (ЦД), залишаються невизначеними аспекти формування і прогресування серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД 2 типу, що є можливим шляхом вивчення вікових особливостей ремоделювання міокарда у цього контингента хворих.

Мета роботи: удосконалення діагностики структурно-функціональних змін міокарда в залежності від віку хворих на ЦД 2 типу шляхом вивчення анамнестичних, клініко-лабораторних і ехокардіографічних даних.

Задачі роботи:1.Проаналізувати анамнестичні, клініко-лабораторні особливості ЦД 2 типу в залежності від віку пацієнтів. 2.Вивчити показники гемодинаміки серця у хворих на ЦД 2 типу. 3.Встановити вікові особливості ремоделювання міокарда у хворих на ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Ехокардіологічні дослідження проводились за допомогою ехокардіографу «Aloka-SSD-280»(Япония) у 30 хворих на ЦД 2 типу пацієнтів середнього (51,7±3,4 роки) віку та 30 пацієнтів похилого (64,2±4,1 роки) віку.

Результати. Аналіз ехокардіографічних показників у хворих на ЦД 2 типу середнього віку вказував на початкові ознаки зниження насосної функції, скоротливої здатності лівого шлуночка(ЛШ) та розвиток гіпертрофічних типів ремоделювання (концентрична гіпертрофія-23,3%, ексцентрична гіпертрофія-36,7%, концентричне ремоделювання-40%). У пацієнтів похилого віку наростала систолічна дисфункція та прогресувало ремоделювання міокарда ЛШ(концентрична гіпертрофія-36,7%, ексцентрична гіпертрофія-53,3%, концентричне ремоделювання-10%).

Висновки. Знайдена достовірна різниця морфо-функціональних показників ЛШ між хворими на ЦД 2 типу середнього та похилого віку, яке свідчить про більш значне порушення функції ЛШ у пацієнтів похилого віку.

Распространенность аритмий среди больных с ИБС

Теренько Н.С., Супрун А.С.
Научный руководитель – доцент С.А. Супрун
Харьковский национальный медицинский университет

Украина занимает одно из первых мест среди стран Европы по уровню смертности от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ). ССЗ являются причиной больше половины всех летальных случаев и 1/3 причин инвалидности. За последние 25 лет распространенность ССЗ среди населения Украины выросла в 3 раза, а уровень смертности увеличился на 45%. В 2009 году от ССЗ умерло 17859 человек, из которых 21% - больные работоспособного возраста. Кроме того, каждый год в Киеве 3,5-4 тыс. больных с ССЗ признаются инвалидами. Так, в 2010 году, по данными УНІАН, инвалидами, в связи с ССЗ, стали 1тыс.621 человек.

Наиболее распространенными ССЗ являются ишемическая болезнь сердца (ИБС). В Европе ИБС становится причиной половины всех случаев смерти пациентов от кардиоваскулярной патологи. В Украине же смертность от ИБС за период с 80-х гг. по 2009 г.составила: среди мужчин <65 лет – выросла со 149 до 234 на 100 тыс.; среди женщин <65 лет – выросла с 52 до 74 на 100 тыс.ИБС – большая часть ССЗ, которые сопровождаются как фатальными, так и не фатальными аритмиями. Нарушения сердечного ритма, особенно желудочковая эктопия, существенно отягощают прогноз при ИБС: риск развития внезапной смерти увеличивается приблизительно на 50 % Пациенты с сочетанием ИБС и аритмий практически всегда требуют дополнительного назначения антиаритмических препаратов. Обобщенный анализ сведений литературы позволяет предположить средний риск развития фибрилляции желудочков при ИБС в течение ближайших 3-х лет при наличии различных аритмий: редкие, монотонные, поздние желудочковые экстрасистолы – 3 %; аналогичные, но более частые (более 1 в мин) желудочковые экстрасистолы – 8 %; ранние, типа R/T (16 %), групповые (14 %), аллоритмические (13 %), политопные (12 %) желудочковые экстрасистолы; сочетание 2-х (34 %), 3-х (64 %) и 4-х видов (90 %) обозначенных аритмий.

Одним из методов, которые позволяют одновременно выявлять как скрытые, так и явные признаки ИБС и нарушения сердечного ритма на фоне ИБС, является холтеровское мониторирование, которое позволяет одновременно проследить и ритм и состояние реполяризационного комплекса ST-T в течении суток.

Целью нашей работы является выявление распространенности аритмий среди больных ИБС со стенокардией напряжения I-IIфк. Для этого нами было обследовано 104 больных, по

средствам суточного мониторирования ЭКГ установлено, что нарушения ритма встречаются у 54 (52%) больных. Среди всех нарушений ритма синусовая тахикардия (более 111) встречалась у 66,7%; синусовая брадикардия – 14,8%; суправентрикулярная экстрасистолия – 29,6%; в виде бигеминии – 18,5%; тригеминии – 14,8%; куплеты – 40,7%; триплеты – 25,9%; вентрикулярная экстрасистолия – 40,7%; в виде бигеминии – 22,2%; тригеминии -25,9%; куплеты -18,5%; по Lown IV – 11,1%; по Lown V -14,8%; депрессия сегмента ST -51,8%; кардиоваскулярный риск низкий у 37%; кардиоваскулярный риск средний -37%; кардиоваскулярный риск высокий -26%.

Вывод: Более широкое использование холтеровского мониторирования позволит в более раннем периоде выявить ряд кардиоваскулярных рисков и предотвратить многие фатальные осложнения своевременной медикаментозной поддержкой, т.к. обычные функциональные методы не всегда могут обеспечить полноценное обследование больного.

Рівні апеліну у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ожирінням

Терешкін К.І., Бутова Т.С., Кукушка О.В.
Харківський національний медичний університет

Виявлено та доведено, що жирова тканина є не тільки резервуаром запасної енергії, а і розглядається як активний ендокринний орган. Адіпоцити жирової тканини вивільняють велику кількість біологічно активних речовин, залучених до регуляції судинного тонусу: ангіотензиноген, ангіотензин II, інтерлейкіни, простагландини, естрогени, інсуліноподібний фактор росту-1, фактор некрозу пухлин-а, інгібітор активатора плазміногена-1 та ін.

Відкрито новий адіпокін – апелін, який синтизується у жировій тканині, нирках, мозку та серці. Апелін є периферичним вазодилататором позитивної інотропної дії. В експериментальних умовах доведено, що при голодуванні та ожирінні вміст адіпокіну може збільшуватися. Дефіцит апеліну на моделі цукрового діабету мишей, індукованого стрептоцидом, супроводжується зниженням секреції апеліну в жирових клітинах. На тваринах було показано, що апелін може знижувати рівень артеріального тиску за рахунок пригнічення інгібітора синтезу азоту. Незважаючи на те, що апелін та його рецептори широко експресуються в тканинах, патофізіологічна дія апеліна в значній мірі залишається не з'ясованою.

Таким чином, визначення впливу рівня апеліна у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ожирінням, на підставі вивчення вуглеводного, ліпідного обмінів та антропометричних показників, допоможе не тільки у правильній та своєчасній постановці та верифікації діагнозу, але і у знаходженні нових принципів та схем лікування цієї тяжкої патології.

Особенности лечения больных хронической сердечной недостаточностью с коморбидной патологией пожилого и старческого возраста

Титова А.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель: изучить уровень эндотелина-1 (ЭТ-1), метаболитов NO (нитраты и нитриты) в сыворотке крови у больных ХСН пожилого и старческого возраста в динамике терапии иАПФ и АРАII.

Обследовано 112 больных пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС. Средний возраст обследованных 72±5 лет (от 60 до 92 лет). ХСН II ФК диагностирована у 64%, ХСН III ФК–у 35% больных (NYHA). Уровень ЭТ-1 определяли иммуноферментным методом, нитратов и нитритов –методом диазореакции с реактивом Грисса, S-нитрозотиол - флюориметрическим методом. Пациентам первой группы в дополнение к терапии назначали кандесартан (16 мг/сут), второй группы –лизиноприл (10-20 мг/сут).

В результате лечения у больных 60-75 лет снижение уровня ЭТ-1 в первой группе составило 28,4 %, во второй группе - 24,3%. У больных в возрасте > 75 лет уровень ЭТ-1 снизился на 17,4% в первой группе и на 11% во второй. Уровень нитратов в первой группе увеличился на 29,4% у пациентов 60-75 лет и на 42 % у больных >75 лет. Во второй группе уровень нитратов увеличился на 21,4 % и 36,7% соответственно в возрастных категориях 60-75лет и >75 лет. В первой группе уровень нитритов у больных 60-75 лет увеличился на

46,3%, у пациентов >75 лет – на 50%. Во 2 группе больных уровень нитритов увеличился на 40,7% в возрасте 60-75 лет и на 44,3 % у пациентов >75 лет.

На фоне лечения ХСН у больных пожилого и старческого возраста кандесартаном и лизиноприлом определяется четкая тенденция к нормализации функции эндотелия, которая проявляется снижением ЭТ-1, S-нитрозотиола, увеличением нитритов и нитратов в сыворотке крови. АРА II в большей степени, чем иАПФ, способны нормализовать метаболизм NO, особенно у лиц в возрасте старше 75 лет.

Особливості ремоделювання серця у хворих на хронічну серцеву недостатність з метаболічним синдромом

Трифонова Н.С., Борзова – Коссе С.І.
Харківський національний медичний університет

Серцева недостатність є дуже вагомою проблемою в сучасній медицині і розглядається як кінцевий результат багатьох серцево-судинних захворювань. Вона являє собою серйозну причину порушення працездатності та зменшення тривалості життя населення. Часто хронічна серцева недостатність (ХСН) супроводжується наявністю коморбідного фону, значну питому вагу якого складає метаболічний синдром (МС). Це поєднання значно погіршує стан серцевого м'язу – сприяє більш вираженому ремоделюванню міокарда, на відміну від того, що спостерігається при ХСН без МС.

Мета роботи полягає у вивченні особливостей ремоделювання міокарду у хворих на ХСН при наявності МС.

Обстежено 58 хворих на ХСН, що супроводжувалася МС, із них: хворих на ХСН II ф.к. з МС – 21 чоловік, хворих на ХСН III ф.к. з МС – 37 чоловіка. Контрольна група склала 14 чоловік – це хворі на ХСН без наявності МС.

В результаті проведених досліджень виявлено, що при перебігу ХСН, ускладненому МС, в залежності від її ступеня, відмічаються більш виражені процеси ремоделювання серця – зростає гіпертрофія лівого шлуночка та знижується його скорочувальна спроможність. При цьому відмічається підвищення рівня прозапальних показників (ФНП-α, ІЛ -1,6), концентрація яких значно вища при ексцентричній гіпертрофії, в порівнянні з аналогічним показником при концентричній. Доведена пряма кореляційна залежність між рівнем ФНП-α та ремоделюванням міокарду.

Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на вузловий нетоксичний зоб у післяопераційному періоді

Хазієв О.В., Омельченко А.В.
Науковий керівник – доцент О.М. Кривоносова
Харківський національний медичний університет

Відомо, що після виконання органозберігаючого хірургічного лікування хворих на вузловий еутиреоїдний зоб (ВЗ) у 5 - 40 % випадків реєструється післяопераційний гіпотиреоз (ПОГ). Розвиток ПОГ відбувається не тільки за рахунок механічного видалення певної частини функціонуючої тиреоїдної тканини, а і внаслідок появи в залишках щитоподібної залози (ЩЗ) аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), що має виразний ушкоджуючий вплив. Вивчення особливостей післяопераційного гіпотиреозу та напруженості антитиреоїдного імунітету для даної категорії хворих є актуальним як з точки зору післяопераційного прогнозу, так і для опрацювання лікувальних заходів.

Мета. Визначити функціональний стан щитоподібної залози у хворих на вузловий нетоксичний зоб після хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Була сформована група дослідження - хворі на ВЗ (20 пацієнтів). Усі пацієнти були жінками, середній вік – (36,1 ± 3,4) років. Хворі, для досягнення однорідності групи, відбиралися за критеріями: жінки 20–40 років; наявність одновузлової патології ЩЗ; еутиреоїдний стан за даними гормонального дослідження; відсутність антитіл до тиреопероксидази (Ат до ТПО). Усім хворим виконано субтотальну субфасціальну

резекцію долі ЩЗ. Обсяг залишку оперованої долі ЩЗ становив від 1 до 3 кубічних сантиметрів. Виявлено патоморфологічні варіанти вузлового зоба – колоїдний зоб (15 хворих), аденома ЩЗ (5 хворих).

Досліджено у сироватці крові хворих на ВЗ вміст трийодтироніну вільного ($Т_{3віл}$), тироксину вільного ($Т_{4віл}$), тиреотропного гормону гіпофізу (ТТГ), рівень Ат до ТПО у вихідному стані та через 3, 6, 12 місяців після операції. У вихідному стані показники, що досліджувалися, порівнювали із аналогічними даними 34 здорових донорів. Усі дані відповідали закону нормального статистичного розподілу, тому застосовувалися параметричні методи дослідження. Вивчення $Т_3$віл проводили імуноферментним методом наборами виробництва «Гранум» (Україна), $Т_4$віл, ТТГ та АТ до ТПО наборами виробництва «Алкор Био» (Росія). Статистичний аналіз проведено із застосуванням програмного забезпечення «Біостатистика» (Primer of Biostatistics. Version 4.03 by Stanton A.Glantz).

Результати. У вихідному стані показники, що досліджувалися, порівнювали із аналогічними даними 34 здорових донорів. Вірогідних різниць між групами дослідження не виявлено. Закономірним явищем у післяопераційному періоді в групі дослідження було зниження рівнів $Т_{3\ віл}$ до (2,15±1,43) через 12 місяців після субтотальної резекції однієї з долей ЩЗ порівняно з (4,05±1,34) до операції та $Т_{4\ віл}$ (8,75±6,36) і (16,66±9,25) відповідно, що пояснюється видаленням досить значної частини функціонуючої тиреоїдної тканини.

Звертає на себе увагу той факт, що через 12 місяців після стандартної орґанозберігаючої операції, якою є субтотальна резекція однієї з долей ЩЗ, рівень ТТГ сягнув (4,95 ± 4,18) мМОд/л. Така динаміка відбувалася за рахунок розвитку післяопераційного гіпотиреозу легкої та середньої тяжкості у п’яти хворих (25 % хворих).

В групі дослідження було виявлене значуще, прогресуюче підвищення рівня Ат до ТПО на протязі усього терміну дослідження. За 12 місяців спостереження рівень Ат до ТПО підвищився з (6,94 ± 7,52) до операції до (85,15±36,78) МОд/л ($p < 0,001$). Це свідчить про розвиток та прогресування аутоімунного процесу, що відбувається після стандартного хірургічного лікування. При детальному аналізі даних було виявлено, що хворих із підвищеним рівнем Ат до ТПО було 7 (35,0 %). Максимально високий титр антитіл був виявлений у хворих, що мали післяопераційний гіпотиреоз.

Висновки. Хірургічне втручання у хворих на еутиреоїдну вузлову патологію викликає активізацію аутоімунного процесу в ЩЗ, що характеризується підвищенням рівня антитиреоїдних антитіл до тиреопероксидази і розвитком ПОГ.

Клініко-ендоскопічні особливості гастроезофагеальної рефлюксної хворобі при поєднанні її з цукровим діабетом 2 типу

Фролова-Романюк Е.Ю.
Харківский національний медичний університет

Мета роботи. Вивчити особливості перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Методи дослідження. Обстежено 62 хворих з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою в умовах її поєднання з цукровим діабетом 2 типу, у віці 47+12 років, з них, 39 (62,9%) чоловіки та 23 (37,1%) жінки.

Результати. При проведенні анкетування за допомогою опитувальника Re Quest було виявлено, що на печію- основний симптом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), скаржилися лише 18 (29,75%) хворих, а регургітацію- 6 (9,6%) хворих. У 12 (18,75%) хворих визначалась охриплість голосу. Значна кількість пацієнтів скаржилась на приступи кардіалгій- 26 (41,9%), що виникали в горизонтальному положенні у нічній час, приступами болю у грудній клітці після прийому їжі та на фоні нахилу тулуба, та мали позитивний результат при проведенні тесту з використанням інгібітора протонової проби (контролоку). При проведенні відеоезофагоскопії було виявлено гіперемія нижньої треті стравоходу –у 14(22%) хворих, рефлюкс-езофагит ступеню А- 16 (25%), ступеню В- 25 (40,6 %) , у 3 хворих ступінь езофагіту визначено як С, та 4 (6,25%) - хворих визначено ендоскопічно негативну

гастроезофагеальну рефлюксну хворобу.

Виводи. У хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу при умовах її поєднанні з цукровим діабетом 2 типу, у 2/3 випадків реєструються атипові прояви ГЕРХ. При проведенні ендоскопічного дослідженні частіше зустрічається ендоскопічно позитивні прояви ГЕРХ, так рефлюкс- езофагит ступеню А- у 25 % випадків, В- 40,6%, С- 6,25%.

Распространенность аллергических заболеваний среди студентов медицинского университета

Цикалова И.Ю.
Научный руководитель - професор Т.В. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

Известно, что в юношеском возрасте наиболее высок риск манифестирования большинства соматических заболеваний. Наибольшее медико-социальное значение во всем мире имеют аллергические заболевания. По данным исследования по программе ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood), проведенного в ряде стран, наиболее часто встречаются такие нозологические формы, как бронхиальная астма (БА), атопический дерматит (АД) и экзема, а также аллергический ринит (АР).

Подростки и лица юношеского возраста, по нашему мнению, являются именно той группой населения, медицинское наблюдение за которыми ослаблено в силу многих обстоятельств. Среди этой категории людей недостаточно изучена распространенность симптомов аллергических заболеваний, что является причиной недооценки медико-социального статуса больных, низкоэффективной терапии и реабилитации, а также профессиональной адаптации в современном обществе. Особое внимание в данном контексте необходимо уделять учащейся молодежи в связи со значительной учебной нагрузкой, высоким риском психоэмоционального травмирования, социальной напряженностью адаптационных процессов.

Цель настоящей работы - изучить распространенность симптомов БА, АД и АР среди студентов высшего учебного заведения с высоким уровнем учебной нагрузки (Харьковского национального медицинского университет) путем анкетного скрининга.

Материалы и методы Проведено обследование репрезентативной группы из 52 человек, студентов второго курса факультетов университета. Получено 48 (92,3 %) пригодных для дальнейшей обработки анкет лиц в возрасте от 18 до 21 года (в среднем 20,10 + 0,03 года). Мужчин было 28 человек (53,8 %), женщин - 20 (46,2%).

Нами был разработан специальный, модифицированный для юношеского возраста вопросник для выявления симптомов респираторной и кожной аллергии, основой которого являлась стандартная анкета для детей по программе ISAAC. В случае затруднения респондентом интерпретации того или иного вопроса анкеты, интервьюеры оказывали необходимую помощь, разъясняя значение соответствующего признака. По нашему мнению, это позволило получить более точные ответы на вопросы и исключить методические ошибки.

В результате проведенного исследования оказалось, что у 38 (73%) студентов выявлены симптомы аллергической реакции, что свидетельствует о выраженности аллергических заболеваний.

Влияние окислительного стресса на течение хронического панкреатита.

Чаговец С.А., Супрун А.С., Шарлай Е. Ю.
Научный руководитель - доцент С.А. Супрун
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Проблема диагностики и лечения хронического панкреатита (ХП) на сегодня является актуальным вопросом. Основанием для данного утверждения является то, что существующие подходы к лечению не могут в полной мере разорвать патогенетических механизмов, приводящих к рецидивам хронического панкреатита, а также приостановить

прогрессирование фиброза и внешнесекреторной недостаточности. Количество зарегистрированных случаев ХП в развитых странах колеблется от 3,5 до 10 на 100 тыс. населения.

Цель и задачи. На основе анализа литературных данных изучить современные представления о роли перекисного окисления липидов в патогенезе хронического панкреатита. Установить особенности течения хронического панкреатита в зависимости от уровня ПОЛ и активности антиоксидантной системы организма. Проанализировать клинические исследования в которых проводилось лечение ХП с коррекцией показателей антиоксидантной защиты организма.

Материалы. Анализ публикаций по данной тематике за последние 5 лет в журналах: «Медицинский эндокринологический журнал», «Гастроэнтерология», «Здоровье Украины», «Здоровье ребенка», «Лечащий врач», «Експериментальна і клінічна медицина».

Заключение. Окислительный стресс является одним из основных механизмов развития воспаления поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП) вне зависимости от этиологии. Окислительный стресс — это состояние, при котором происходит активация свободнорадикальных процессов на фоне депрессии или недостаточности естественных антиоксидантных систем. Снижение активности антиоксидантной защиты или ее несостоятельность способствует повышению активности ПОЛ, что в конечном итоге приводит к мембранопатологическим процессам. Целый ряд экспериментальных исследований свидетельствует о связи окислительного стресса с развитием фиброза в ПЖ. Кроме того, при клиническом исследовании у больных ХП выявлен дефицит антиоксидантов и повышение уровня продуктов ПОЛ в ткани ПЖ.

Выводы. В результате анализа литературных данных была установлена важная роль дисбаланса между перекисным окислением липидов и защитными возможностями антиоксидантной системы организма в патогенезе хронического панкреатита. Отмечена роль перекисного окисления липидов в развитии фиброза поджелудочной железы. По результатам клинических исследований можно сделать заключение, что классическая схема лечения без элементов коррекции АОС, не дает полноценного эффекта. Повышенные уровни продуктов ПОЛ (диеновых коньюгат и малонового диальдегида) свидетельствует о том, что несмотря на улучшение соматического состояния показатели антиоксидантной защиты находятся на низком уровне. Нарушения АОС будут служить благоприятным фоном для возникновения рецидивов ХП и дальнейшего прогрессирования патологического процесса в поджелудочной железе. Таким образом можно сделать вывод о том, что антиоксидантная терапия должна быть неотъемлемым компонентом в комплексе лечения больных с хроническим панкреатитом. Это поможет добиться более стойкой и длительной ремиссии, улучшит качество жизни пациента, снизит его расходы на лечение как самого хронического панкреатита, так и возможных осложнений.

Сравнительная оценка качества жизни больных бронхиальной астмой и сахарным диабетом с помощью международного опросника SF -36

Чернякова А.Е.
Научный руководитель - профессор Т.С.Оспанова
Харьковский национальный медицинский университет

Интенсивное развитие биоэтики в последние годы повысило интерес к изучению качества жизни (КЖ) лиц с различной патологией с целью защиты пациентов от агрессии и технологической экспансии современной медицины. Для изучения КЖ больных бронхиальной астмой (БА) и сахарным диабетом (СД) нами использован многоцелевой международный опросник MO SF-36, который позволяет оценить профиль здоровья и благополучия на психометрической основе физического и психического здоровья.

КЖ изучено у 30 больных тяжёлой формой СД (16 больных СД типа 1 и 14 - СД типа 2) и у 30 больных БА с неконтролируемым течением (III ст. тяжести у 12 и IV ст. - у 8 пациентов). Результаты анкетирования пациентов обрабатывались с помощью специальной

компьютерной программы, цифровые значения полученных индексов оценивались общепринятыми статистическими методами.

Суммарные показатели физического (PCS) и психического (MCS) здоровья были значительно сниженными при СД и БА по сравнению с контрольной группой, при этом выявлены достоверные отличия между показателями основных групп: PCS в среднем составлял при СД типа 1 40,7±9,9; при СД типа 2 - 33,4±7,8, при БА 33,1±4,5; в контрольной группе 51,0±5,6. т.е. был сниженным при БА и СД типа 2 по сравнению с СД типа 1($p<0,05$). MCS в среднем составил соответственно 40,7±9,9; 33,4±7,8; 39,1±6,4 и в контрольной группе 54,0±8,0, т.е. значительно снижается при СД типа 2 по сравнению с СД типа 1 и БА ($p<0,05$).

Существенные различия были выявлены при анализе влияния на показатели КЖ пола, возраста, артериальной гипертензии (АГ), индекса массы тела (ИМТ) у больных СД и БА. У пациентов с СД PCS не отличается у мужчин и женщин, при БА этот показатель у женщин ниже, чем у мужчин. Показатель MCS претерпевает противоположные изменения. У пациентов, страдающих СД, показатели КЖ выше у лиц до 30 лет, в старших возрастных группах они снижены. При БА КЖ наиболее снижено у молодых, с возрастом отмечается его повышение, что отражает, по-видимому, адаптацию пациентов к болезни. Также отмечается влияние избыточной массы тела на КЖ: при СД повышение ИМТ более 30 кг/м2 сопровождается снижением PCS и MCS; у больных БА с избыточной массой тела PCS снижается, однако, MCS парадоксально повышается. Универсальным фактором, снижающим КЖ при СД и БА, является АГ. Проведенные исследования показали, что на КЖ влияет не только тяжесть болезни, но и особенности её течения: даже такая тяжёлая болезнь, как СД типа 1 легче переносится пациентами, чем БА, меньше отражается на их физической и социальной адаптации, меньше влияет на КЖ. По-видимому, это объясняется частыми приступами удушья, в том числе, в ночное время суток, необходимостью постоянно пользоваться ингаляторами, большей зависимостью от медицинского персонала при тяжёлых формах БА, неконтролируемом течении. Наиболее низкие показатели КЖ, как PCS, так и MCS.

Особливості лабораторного і гемодинамічного статусу при хронічній серцевій недостатності на тлі прediалізної хронічної хвороби нирок

Шалімова А.С., Кочуєва М.М., Просоленко К.О.*
Харківська медична академія післядипломної освіти,
***Харківський національний медичний університет**

Вже на ранніх стадіях хронічної хвороби нирок (ХХН) наявні структурно-функціональні зміни міокарда, що проявляються ознаками хронічної серцевої недостатності (ХСН), проте механізми розвитку і прогресування ХСН на тлі прediалізної ХХН залишаються до теперішнього часу до кінця нез'ясованими. Мета дослідження полягала в оптимізації діагностики ХСН при прediалізній ХХН на підставі встановлення взаємозв'язків між структурно-функціональними змінами серця, мозковим натрійуретичним пептидом (МНП) і рівнем артеріального тиску (АТ) у зазначених пацієнтів. Обстежено 54 пацієнти із ХСН на тлі ХХН I–IV стадій (з хронічним гломерулонефритом або хронічним пієлонефритом). В результаті проведеного дослідження встановлені прямі середньої сили кореляційні зв'язки систолічного АТ з кінцево-систолічним розміром (КСР) лівого шлуночка (ЛШ), індексом маси міокарда ЛШ (ІММЛШ), відносною товщиною стінки (ВТС), кінцево-діастолічним розміром (КДР), та часом ізоволюмічного розслаблення (IVRT). Кореляційні зв'язки середньої сили діастолічного АТ встановлено із КСР, ІММЛШ, ВТС і КДР. Слабкі кореляційні зв'язки ДАТ встановлені з ВТС та IVRT. Між значенням МНП і показниками ехокардіографії встановлено зв'язки різної спрямованості: прямі – з ІММЛШ, співвідношенням швидкостей раннього і пізнього наповнення, максимальною швидкістю раннього передсердного наповнення, зворотні – з фракцією викиду, часом сповільнення швидкості раннього діастолічного потоку, максимальною швидкістю пізнього передсердного наповнення. МНП достовірно асоціювався з типом трансмітрального кровотоку (ТМК) і стадією ХСН, при чому із типом ТМК зв'язок був у 2,85 рази сильніший. Висновки: між

рівнями АТ, МНП і показниками ехокардіографії встановлені кореляційні зв'язки різної сили і спрямованості. Рівень МНП найбільше асоціювався із типом ТМК.

Особенности лечения фибрилляции предсердий у больных с метаболическим синдромом

Шарлай Е.Ю., Супрун А.С., Чаговец С.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. О 21 веке принято говорить как о веке грядущих эпидемий. Метаболический синдром (МС) и фибрилляция предсердий (ФП) занимают среди них одни из передовых позиций. Поэтому вероятность одного человека быть вовлеченным в несколько эпидемий резко возрастает.

Цели и задачи. Анализ последних публикаций с целью определения особенностей лечения ФП у больных с МС.

Материалы и методы. Путем ретроспективного анализа за последние пять лет были проанализированы публикации по данной тематике в журналах: "Обзоры клинической кардиологии", "Вестник аритмологии", "Медицинский вестник".

Обсуждения и результаты. Установлено, что на сегодняшний день ФП является одной из наиболее распространенных видов аритмий. В патогенезе ФП важное значение имеют: гипокалиемия, гипоксия, различные интоксикации (алкогольная, гликозидная), дисбаланс в системе перекисного окисления липидов- антиоксидантной системе, которые могут вызвать нарушение в работе натриево-калиевого насоса и, в дальнейшем, ионный дисбаланс с изменением электрических свойств предсердий, а именно: укорочение эффективного рефрактерного периода, снижение адаптации его величины к значениям ЧСС (электрическое ремоделирование) или ассоциация ФП со структурными изменениями клеточной архитектоники предсердий (структурное ремоделирование).

Понятие МС - это сочетание ряда факторов (абдоминальное ожирение, артериальнаю гипертензия, дислипидемия, нарушение углеводного обмена), которые дают очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Среди взрослых людей распространённость метаболического синдрома составляет 15–25%.

Имеется ряд общих механизмов - окислительный стресс, эндотелиальная дисфункция, накопление конечных продуктов гликозилирования, дисбаланс цитокинов, которые играют важную роль в развитии компонентов ФП и МС. У больных с МС отмечается повышение тонуса симпатической и снижение тонуса парасимпатической нервной системы, что приводит к электрической нестабильности миокарда, аритмии. У больных с МС часто встречаются такие нарушения ритма, как пароксизмы ФП. Все вышеперечисленные метаболические факторы МС влияют на миокардиальный субстрат аритмий: ишемические изменения, процессы фиброза, воспаления, вызывая аритмогенное ремоделирование миокарда, способствуют возникновению и прогрессированию течения ФП. Поэтому при лечении ФП у больных с МС необходимо учитывать наличие определенных его компонентов, в связи с прямым патогенетическим влиянием МС на течение ФП. Для комплексной терапии ФП и МС необходимы препараты, не обладающие отрицательным влиянием на показатели липидного и углеводного обмена и снижающие частоту пароксизмов ФП. В данном случае препаратами выбора являются ИАПФ и АРА 2. Они включаются в базисную (антиаритмические препараты, сердечные гликозиды и т.п.) терапию ФП как обязательные компоненты у больных с МС.

Выводы. МС является фактором провоцирующим возникновение и отягощающим течение ФП. Успех профилактики и лечения ФП зависит от адекватного лечения и жесткого контроля компонентов МС. Необходимо проводить первичную профилактику ФП при МС. При выборе препаратов для комбинированного лечения важно учитывать общие патогенетические механизмы: гипокалиемия, гипоксия, алкогольная интоксикация, окислительный стресс, эндотелиальная дисфункция, накопление конечных продуктов гликозилирования, дисбаланс цитокинов. Важно использовать ИАПФ или АРА 2, которые не

оказывают отрицательного влияния на показатели липидного и углеводного обмена при МС и снижают частоту пароксизмов ФП.

Показатели уровня резистина у гипертоников на фоне ожирения

Школьник В.В., Немцова В.Д.
Харьковский национальный медицинский университет

Принимая во внимание участие резистина в стимуляции механизмов воспаления, активации эндотелия и пролиферации клеток гладкой мускулатуры сосудов, данный цитокин также интересен как возможное звено между метаболическими и сосудистыми заболеваниями.

Цель: изучение уровня резистина у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением (ОЖ).

Материалы и методы: Обследовано 66 пациентов (57 мужчин и 66 женщин) в возрасте (54,9 ± 9,2) года с ГБ II стадии 2 и 3 степени с различной степенью ожирения, которые были разделены на 3 гр.: 1-я гр. - пациенты с ГБ (n = 21), 2-я гр. – пациенты с ГБ и 1-2 ст. ожирения (n = 26), 3-ю группу – пациенты с ГБ и 3 ст. ожирения (n = 19). Контр. гр. - 20 здоровых добровольцев. Всем больным измеряли АД, рассчитывали ИМТ, определяли уровень резистина иммуноферментным методом.

Результаты и обсуждение: Достоверные различия в показателях ИМТ, САД и ДАД были выявлены между 1 и 3 гр., $p<0,05$.Не установлено значительных отличий в показателях веса и ИМТ между лицами 2 гр. и 3 гр. $p>0,05$), в то же время величины САД и ДАД статистически различались, $p<0,05$) между этими двумя гр. Уровни резистина у больных 2 гр. достоверно выше, чем в контр. гр., $p<0,05$). При ГБ с ОЖ 3ст. резистин соответствовал (23,4±6,8) нг/мл, однако его уровни между гр. 2 и 3 достоверно не отличались ($p> 0,05$).

Выводы: Выявленная ассоциация увеличенной продукции резистина у больных гипертензией и ожирением позволила предположить, что дисфункция жировой ткани, в том числе выявленные тенденции изменения уровней изучаемого цитокина, секретируемого адипоцитами на фоне ожирения, может играть важную роль в развитии ГБ.

Дисфункція ендотелію і можливості її терапевтичної корекції при хронічному обструктивному захворюванні легенів у поєднанні з артеріальною гіпертензією

Яременко В.В.
Харківський національний медичний університет

Дисфункція ендотелію — один з головних факторів розвитку і прогресування кардіоваскулярної патології, незалежний предиктор загальної та серцево-судинної смертності. Проте існують лише поодинокі відомості щодо функціонального стану ендотелію при бронхолегеневій патології та її поєднанні з серцево-судинними захворюваннями.

Мета: підвищення ефективності діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легенів (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною (АГ) гіпертензією на основі вивчення ролі дисфункції ендотелію в патогенетичних механізмах розвитку і прогресування даної патології.

Матеріали і методи. Обстеження 110 тематичних пацієнтів та 20 відносно здорових осіб контрольної групи відбуватиметься на базі терапевтичного відділення клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ. Додатково до стандартного обстеження проводитиметься дослідження клінічної симптоматики за аналого-візуальними та вербальними шкалами; вивчення якості життя, пов’язаного зі здоров’ям, із використанням опитувальників госпіталя Святого Георгія та SF-36; дослідження біомаркерів функції ендотелію (ендотеліну-1 в сироватці крові імуноферментним методом, метаболітів оксиду азоту в сироватці крові спектрофотометричним методом, визначення ендотелійзалежної вазодилатації та морфофункціональних показників комплексу інтима-медіа ультразвуковим методом); визначення показників центральної гемодинаміки методом ехокардіографії.

Висновки. Розв’язання поставлених завдань надасть змогу поглибити уявлення про функціональний стан ендотелію при ХОЗЛ, зокрема на фоні АГ.

Risk factors in development of rheumatoid arthritis.

Lavrov P.D.
Kharkiv National Medical University

Task and objective of the research: to find out what factors of our daily-living play a role in development of rheumatoid arthritis.

Materials and methods of the research: theoretical analysis of scientifical literature, analysis of results of professional rheumatological researches.

Actuality: rheumatoid arthritis is a severe chronic disease which can affect everyone. About 1-2 % of the world population are affected by rheumatoid arthritis, in Ukraine the case rate is 0.3%. According to the Ministry of Health of Ukraine, in 2008 there were 119 763 cases of RA. Usually disease onset occurs between 30 and 60 years old but recently it has been noticed to occur among younger people and children. In 2008 there were 3084 kids affected, 304 of them were less than 6 years old. It is also known that almost 75 % of patients are women.

Results: smoking may make people more likely to get RA. And, depending on their genes, it may make their RA worse. On the base of that, smoking mixed with RA can lead to cardiovascular diseases. Smoking can increase painful rheumatoid nodules, which form in the joints (nodule is a local swelling or tissue lump).

Heredity also plays an important role. Results of Swedish Rheumatology Research Group researches, published in December 2010, show that developing RA was related not just to how much a person smokes, but also to person's genetic makeup. People with a certain gene variation, called HLA-DRB1, who smoke are much more likely to get rheumatoid arthritis than someone who doesn't smoke . Alcohol consumption also has an influence on RA development. Some studies have found that drinking in moderation may help lower the chance and the symptoms of rheumatoid arthritis. A study published online in journal "Rheumatology" (Oxford) in July 2010 found that drinking alcohol more than 10 days a month decreases "both risk and severity" of the disease. The study was based on information collected from patients about their drinking habits, which doesn't prove drinking alcohol counters RA or its effects. But mixing alcohol and rheumatoid arthritis medications like methotrexate, in particular, is risky. Methotrexate, like other medications, is metabolized by the liver. And that's where the dangers of drinking and medication mixing come into play. Leflunomide and acetaminophen are also such medications. They reduce joint inflammation, pain and stiffness, prevent disease progression. If patient is wondering how much he can drink he should talk to his doctor. Each rheumatologist is different about where they draw the line in the sand about how much they'll let their patients drink. For example, for patients taking methotrexate doctors allow them no more than a few drinks per week.

Summary: so, the main risk factors are smoking, heredity and mixing alcohol with medications. Alcohol consumption in right doses has a positive effect.

ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Анализ результатов хирургического лечения больных с травмой селезенки.

Акименко А.В.; Евтушенко Д.В.; Петюнин П.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность темы. Повреждения селезенки встречаются у 20 – 25% пострадавших с травмой живота. Развитие послеоперационных осложнений в этой категории больных, по данным различных авторов, достигает до 40% и в значительной степени зависит от тяжести первичной травмы.

Цель исследования: изучить зависимость между тяжестью первичной травмы и развитием послеоперационных осложнений у больных с повреждениями селезенки.

Материалы и методы исследования: Произведен анализ хирургического лечения 180 больных с повреждением селезенки. Мужчин было 129 (71.6%); женщин 51(28.4%), детей - 32 (17.7%). У 174 (96.7%) пострадавших зарегистрированы закрытые повреждения, у 6 (3.3%) открытые. Повреждения селезенки у 68 (37,7%) больных произошлю в результате дорожно-транспортных происшествий, у 18(10%) больных – падение с высоты у 10(5,5%) больных – кататравма.

Результаты: Сочетанные и множественные повреждения органов отмечены у 137 (76,2%) пациентов, изолированные повреждения – у 43 (23,8%). У 35 (19,4%) больных выявлена тяжелая политравма. При закрытых травмах селезенки повреждения грудной клетки выявлены у 59 (37,8%) больных, черепно-мозговая травма – у 53 (29,4%), разрыв почки - у 4 (2,2%), разрыв печени – у 25 (13,8%), переломы различных трубчатых костей - у 24 (13,3%)пациентов.

Показанием для оперативных вмешательств являлась клиника внутрибрюшного кровотечения. Хирургическим доступом у всех (100%) пациентов являлась срединная лапаротомия. У 30 (16,6%) пациентов интраоперационно обнаружена наличие забрюшинная гематома. У 6 (3,3%) пациентов гематома была связана с повреждением сосудистой ножки селезенки; у 2 (1,1%) - с повреждением хвоста поджелудочной железы, у 10 (5,5%) – с повреждением почек, у 12(6,7%) пациентов - с повреждением костей таза.

Повреждение диафрагмы диагностировано у 5 (2,7%) пациентов. Ушибы сердца диагностированы у 17 (9,4%) пациентов. Объем внутрибрюшной кровопотери у 67 (37,2%) больных не превышал 500 мл, у 75 (41,6%) - 1000 -1500 мл и у 38 (21,2%) больных – более 1500 мл. Послеоперационные осложнения выявлены у 40 (22,2%) больных с сочетанными и множественными повреждениями селезенки. В структуре послеоперационных осложнений пневмония выявлена у 26 (14,4%), нагноение послеоперационных ран у 8 (4,4%), алкогольный делирий – у 6 (3,3%) больных. У больных с изолированными повреждениями послеоперационные осложнения не выявлены.

Выводы: Повреждение селезенки наиболее часто отмечается при сочетанных и множественных повреждениях, сопровождается большим объемом кровопотери. Наличие сочетанных и множественных повреждений увеличивает риск послеоперационных осложнений.

Индивидуализация хирургического лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности

Бабыкина И.Б., Шарлай Е.Ю., Вьюн С.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая венозная недостаточность (ХВН), осложненная трофическими язвами, актуальная проблема хирургии. Наряду с местным лечением при декомпенсированных формах ХВН выполняют самые разнообразные хирургические вмешательства на поверхностных, перфорантных и глубоких венах.

В настоящее время имеются принципиальные разногласия при выборе того или иного вида операции. Наиболее спорными вопросами являются такие как определение целесообразности хирургического вмешательства и его объема при открытой трофической язве голени, выборе метода лечения у пациента с язвами большой площади, резистентными к консервативной терапии.

Наш опыт лечения таких больных свидетельствует, что выбор оперативного вмешательства необходимо осуществлять на основании объективных данных, инструментальных методов исследования, клинической ситуации (выраженность трофических нарушений, сопутствующая патология, наличие или отсутствие язвенного дефекта), а также учитывая социально-экономические аспекты.

Хирургические вмешательства при трофических язвах венозной этиологии следует разделять на следующие виды: этапные, радикальные, палиативные и расширенные.

Этапные операции рекомендованы пациентам в случаях выраженных трофических изменений нижних конечностей или при наличии тяжелой соматической патологии. В качестве первого этапа выполняется флебэктомия на бедре, а через пол года эндоскопическая диссекция перфорантных вен.

Радикальные вмешательства применяют у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Это возможно в случаях равнозначного участия как высокого, так и низкого вено-венозного сброса развития заболевания.

Паллиативные операции необходимо выполнять пациентам с посттромбофлебитической болезнью, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Объем вмешательства обычно ограничивается эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени. Эти операции позволяют улучшить состояние флебо- и гемодинамики, тем самым улучшая условия для заживления язвенного дефекта.

Расширенные операции включают в себя коррекцию патологической гемодинамики, иссечение тканей, подвергшихся склерозу, одномоментной аутодерматопластикой.

Таким образом, использование индивидуального подхода при выборе объемов вмешательств с декомпенсированными ХВН у пациентов позволило значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений, сократить срок пребывания в стационаре и добиться заживления трофических язв.

Спосіб невідкладного консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з гострою шлунково-кишковою кровотечею з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового такту

Білецька М.О., Долженко М.О., Білецький О.В.
Харківський національний медичний університет
Харківський медична академія післядипломної освіти
Харківська міська клінічна лікарня швидкої невідкладної медичної допомоги

Мета. Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) можуть бути ускладненням цілого ряду захворювань, за даними різних авторів, їх частота складає 50-150 випадків на 100 тис. населення в рік. Прийнято виділяти кровотечі з верхніх і нижніх відділів шлунково-кишкового такту (ШКТ). Кровотечі з верхніх відділів ШКТ складають приблизно 90% всіх випадків шлунково-кишкових кровотеч. В США ГШКК щорік стають причиною більше 300 тис. випадків госпіталізації

Хворі на ГШКК потребують негайної госпіталізації. Діагностичні заходи і інтенсивну терапію у хворих з ГШКК необхідно проводити паралельно. В даний час в більшості випадків ГШКК вдається лікувати консервативно або малоінвазивними методами – за допомогою фармакологічного і ендоскопічного гемостазу.

При ГШКК, що продовжується, розглядається питання про проведення операції, показання до хірургічного втручання визначають індивідуально. При досягненні успішного гемостазу призначають специфічну протирецидивну терапію.

Традиційні заходи комплексної інтенсивної (консервативної) терапії досить ефективні і у переважній більшості випадків дають ефект у вигляді зупинки ГШКК. Але часто на це витрачається досить багато часу, при цьому рівень крововтрати перевищує бажані об'єми, мають місце значні гемодинамічні порушення (геморагічний шок), розвивається коагулопатія, що у свою чергу може привести до значних вторинних ушкоджень в наслідок тканинної гіпоксії.

Відтак первинний (консервативний) гемостаз у зоні кровотечі (виразки), а саме утворення стійкого згустку, який унеможливлює подальшу кровотечу є бажаним результатом та метою інтенсивної терапії, спрямованої на зупинку ГШКК, та створює умови для подальшої етіопатогенетичної терапії захворювання.

Матеріали і методи. У зв'язку з вищевказаним нами був запропонований спосіб невідкладного консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з ГШКК з верхніх та нижніх відділів ШКТ у основу якого покладена мета зменшення крововтрати завдяки як найбільш швидкого консервативного, неспецифічного гемостазу та припинення кровотечі у результаті утворення стійкого геморагічного згустку .

Згідно запропонованого способу введення ліофізированої плазми людини, хлориду кальцію та амінокапронової кислоти виконується у вигляді водної бовтушки гемостатичної губки, для чого вводять м'який еластичний зонд - через рот, або ніс у шлунок (у випадку кровотечі з верхніх відділів ШКТ) чи анус у товсту кишку до спадних відділів поперековоободової кишки (у випадку кровотечі з нижніх відділів ШКТ). В зонд вводять 100мл водної бовтушки гемостатичної губки (100мл дистильованої води та 1гр гемостатичної губки, який містить плазми крові людини – 10мл, хлориду кальцію 0,05г, амінокапронової кислоти 0,2г).

Спосіб був використаний нами на фоні комплексної інтенсивної терапії у 6 клінічних ситуаціях (5-ти ГШКК з верхніх відділів, 1-му з нижніх відділів ШКТ).

Отримані результати та їх обговорення. Розроблений спосіб показав себе ефективним, простим у виконанні. В усіх хворих на фоні його використання у комплексній інтенсивній терапії ГШКК вдалося припинити маніфестацію кровотечі. При проведенні в подальшому ендоскопічних досліджень була діагностована зупинка кровотечі завдяки утворенню стійких геморагічних згустків. В подальшому хворі продовжували отримувати комплексну інтенсивну терапію з врахуванням особливостей течії захворювання.

Висновки. 1. Запропонований спосіб може використовуватися на тлі комплексного лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового такту. 2.Своєчасне застосування способу є етіопатогенетичним і може бути основою для адекватного невідкладного консервативного гемостазу у хворих з ГШКК з верхніх та нижніх відділів ШКТ. 4. Метод економічний, простий у виконанні, неінвазивний, що у свою чергу, дозволяє уникнути ускладнень пов'язаних з технікою його виконання.

Особливості анестезіологічного забезпечення при стоматологічних втручаннях у осіб з сомато – неврологічним анамнезом

Бітчук М.Д., Дубівська С.С.
Харківський національний медичний університет

Мета роботи. Поліпшення якості анестезіологічного забезпечення хворим похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою, при оперативних втручаннях у щелепно-лицьовій хірургії. Матеріали та методи: було обстежено 83 пацієнта. Критеріями включення пацієнтів: вік більше 60 років, присутність в анамнезі гіпертонічної хвороби I-II ст., відсутність в анамнезі цукрового діабету, алкоголізму, інфаркту міокарда. Хворим виконано хірургічне втручання на щелепно-лицьовій зоні. В ході дослідження визначали показники центральної гемодинаміки, показники стрес-реалізуючої системи (глюкоза, кортизол). Результати**.** В ході дослідження встановлено, що при очікуванні оперативного втручання у даної групи хворих спостерігається напруженість стрес – реалізуючої системи, яка обумовлена психо – емоційними факторами, больовим синдромом, та як наслідок проявляється підвищенням артеріального тиску, загального периферійного судинного опору, вмісту кортизолу та глюкози. Заспокоєння хворого зменшує артеріальний тиск та загальний периферійний судинний опір, тим самим покращується кровообіг. Під час застосування пропофолу ніж тіопенталу натрію спостерігалися менш значні зміни гемодинамічних та метаболічних показників. Висновок. В результаті проведених досліджень розроблено алгоритм знеболення у хворих похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою під час операцій на щелепно-лицьовій зоні з використанням пропофолу який найменш пригнічує функцію кровообігу та

забезпечує адекватний захист від хірургічного стресу, що доведено менш суттєвими змінами з боку стрес-реалізуючої системи та корелює з відповідними змінами рівнів кортизолу та глікемії.

Деякі показники ефективності лікування псевдо кіст підшлункової залози

Бобро В.В.
Науковий керівник - професор В.В. Бойко
Харківський національний медичний університет

Вибір оптимального способу хірургічного лікування хронічних панкреатичних псевдокіст (ППК) - актуальна проблема панкреатології.

Мета дослідження - порівняти результати лікування хворих з ППК, зазнавших оперативне втручання традиційними лапаротомними методами і з використанням мініінвазивних технологій.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 47 хворих з ППК за період з 2008 по 2010 рр. Пункції і дренування ППК під контролем УЗД на тлі панкреатиту виконані у 24 хворих (I група порівняння). 23 хворих піддані лапаротомному способу лікування (II група порівняння). Показами до лапаротомних методів лікування вважали збереження клінічних проявів захворювання та гнійного відокремлюваного з кісти протягом 3-4 діб після дренування під контролем УЗД, наявність секвестрів в кістозній порожнині. Цим хворим виконували лапаротомію, зовнішнє дренування кісти, секвестректомію. Показами до пункції або дренування під контролем УЗД була панкреатична псевдокіста більше 6 см в діаметрі за відсутності ознак секвестрації. Всім хворим проводили цитологічне і бактеріологічне дослідження евакуйованої з кісти рідини з обов′язковим визначенням вмісту в ній амілази.

Результати. Позитивний ефект лікування відмічений у 82,7% хворих I групи порівняння (усунення кіст досягнуте у 52,3% пацієнтів, зменшення розмірів кісти - у 30,7%) і у 65,6% хворих II групи порівняння. Середнє перебування в стаціонарі хворих I групи скоротилося на 12,3 доби у порівнянні з II групою. Інтра- і післяопераційні ускладнення відмічені у 17,3% пацієнтів I групи порівняння і 34,4% - II групи. Найбільш частими ускладненнями у пацієнтів I групи були нагноювання (25% від всіх хворих з ППК), кровотеча і рецидив псевдокісти (1,3 % і 10,2% відповідно), що відповідало 1 та 2 класу післяопераційних ускладнень за класифікацією P.Clavien et al. (1992). При цьому у 96,7% хворих з рецидивуванням ППК в ранньому післяопераційному періоді рівень амілази внутрішньокістозної рідини перевищував нормальні показники в 5 і більше разів. У пацієнтів II групи порівняння спостерігалися усі чотири класи післяопераційних ускладненьза класифікацією P.Clavien et al. (1992). Частота рецидивів захворювання при лапаротомному зовнішньому дренуванні складала близько 30%, а летальність – 4,3% (1 хворий).

Висновки. Ефективність оперативного втручання з використанням мініінвазивних методів співставляється з лапаротомними методами, при цьому в ранньому післяопераційному періоді при використанні мініінвазивних втручань значно зменшується кількість ускладнень і середній термін перебування в стаціонарі. Рівень вмісту амілази у внутрішньокістозній рідині може служити прогностичною ознакою для двохетапного лікування ППК.

Диференціально-діагностичний підхід до аналізу стану адаптаційних можливостей організму у геронтологічних хворих з політравмою

Волкова Ю.В.
Харківський національний медичний університет

Вступ. Загальновідомо, що в процесі старіння в організмі знижуються функціональні можливості органів і систем, знижуються, а в ряді випадків, перекручуються обмінні процеси, зменшуються реактивність організму й опірність (або стійкість) до стресорних впливів. В свою чергу, основним етіологічним фактором виникнення травматичної хвороби (ТХ) є механична травма, яка, крім первинного ушкодження органів, викликає

гіперпродукцію і несбалансовану взаємодію про- і протизапальних медіаторів, сумарні ефекти яких формують синдром системної запальної відповіді. Саме томуособливий інтерес викликає контингент геронтологічних хворих з політравмою, у яких численні інволютивні зміни впливають на на фізіологічну регуляцію процессів адаптації організма до стресу.

Метою даного дослідження з'явилася оцінка стану адаптаційних можливостей організму у геронтологічних хворих з політравмою шляхом математичного моделювання особливостей патогенеза травматичної хвороби.

Матеріал і методи. В основі дослідження був покладений аналіз даних, отриманих в результаті комплексного клініко-лабораторного обстеження геронтологічних хворих з політравмою, проведення математичного модулювання з урахуванням даних системного. Нами було обстежено 256 геронтологічних постраждалих з політравмою, стратифікованих за тяжкістю травми, ступенем крововтрати, часом з моменту одержання травми, характером ушкоджень, механогенезом травми, комплексом інтенсивної терапії. Для оцінки вірогідності відмінностей використали t - критерій Стьюдента.

Отримані результати. Проведені дослідження дозволили запропонувати класифікацію форм імуногемостазіологічних порушень при травматичній хворобі саме у геронтологічних хворих, збудувати алгоритм диференційованно-діагностичного обстеження системи гемостазу, імунної системи і стану апоптозу, що адаптований к перебігу травматичної хвороби на фоні різних варіантів супутньої соматичної патології з урахуванням анатомо-фізіологічних вікових змін організму, к перебігу різних періодів травматичної хвороби.

Вплив гіпоксичних тренувань на адаптаційні можливості організму в умовах кисневого голодування

[1]Волкова Ю.В., [2]Кийко А.С.

[1]Харківський національний медичний університет

[2]Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Загальновідомо, що резерви організму — це його здатність посилювати свою діяльність порівняно зі станом відносного спокою. Враховуючи, що сучасний рівень розвитку альпінізму і спорту в цілому характеризується тенденцією до неухильного зростання спортивних досягнень, актуальним є питання щодо методів удосконалювання спортивного тренування. Приймаючи до уваги, що всі резерви організму людини розподіляються на фізіологічні, морфологічні та психологічні, значущим у підготовці кожного спортсмена виступає питання розробки поступових тренувань і досконалий аналіз змін кожного з резервів на кожному кроці окремо. Щодо альпінізму – перспективним є вивчення впливу гіпоксичних тренувань на адаптаційні можливості організму в умовах кисневого голодування. Саме тому метою даного дослідження з’явилася оцінка значущості фізіологічних резервів організму в умовах штучної гіпоксії при підготовці новачків-альпіністів.

Матеріал і методи. В дослідження увійшли 2 стратифіковані групи спортсменів по 15 чоловік кожна. В першій групі використовували загальноприйняту методику тренувань, в другій – методику з елементами запрограмованої гіпоксії. Критерії включення у дослідження – вік більше ніж 18 років, мешкання в умовах помірного клімату, відсутність перебування на висоті більш ніж 3000 м; критерії виключення – вік до 18 років, мешкання в умовах непомірного (субтропічний, тропічний і т.і.) клімату, перебування на висоті більш ніж 3000 м в умовах виконання спортивних навантажень. При виборі найбільш показових тестів для досягнення мети ми враховували можливість рутинного виконання тестів та їх показовість для збудування методики тренувань. Ми досліджували такі неінвазивні показники, як середній артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, сатурація кисню. Такі показники, як доставка кисню (DO2), його споживання (VO2) та екстракція тканинами (ERO2) визначали шляхом розрахунку (DO2=CI×(1,34×Hb×SaO2+0,0031×PaO2)×10; VO2=CI×((1,34×Hb×SaO2+0,0031×PaO2)-(1,34×Hb×SvO2+0,0031×PvO2)×10; ERO2=VO2/DO2=CO2(a-v/(1,34×Hb×SaO2+0,0031×PaO2); де 1,34 – киснева ємність гемоглобіну (константа Хюфнера);

0,0031 – коэфіцієнт Бунзена, що відображує розчинність O_2 у плазмі при стандартних умовах; серцевий індекс; Hb – рівень гемоглобіну; SaO_2 – сатурація артеріальної крові; PaO_2 – напруга кисню в артеріальній крові; SvO_2 – сатурація венозної крові; PvO_2 – напруга кисню у венозній крові, і вивчали їх динаміку шляхом проведення статистичного аналізу аналізу на 1, 14 та 30 дні тренувань. Для цього ми проводили забор артеріальної і венозної крові у спортсменів при отриманні їх інформованої згоди і визначали параметри газового складу крові за допомогою аналізатора "EasyBloodGas Analyzer" (Сер. № 1004030017) фірми "Medica Corporation" (США). Для можливості використання зазначених формул у спортсменів також на 1, 14 і 30 дні дослідження визначали параметри центральної гемодинаміки методом тетраполярної реографії по М.І.Тіщенко. Для оцінки достовірності використовували t - критерій Стьюдента.

Отримані результати. Проведені дослідження показали, що у спортсменів обох груп на 1 день тренувань всі показники не мали достовірних відмінностей, що підкреслює правильність їх стратифікації. На 14 і 30 добу у спортсменів групи 2 показники системного транспорту кисню достовірно не відрізнялися від 1 дня тренувань і були визначені нормальними. У спортсменів групи 1 ці параметри на 30 день знаходилися на нижній межі норми зі статистичними змінами ($p<0,05$).

Висновки. У результаті проведеного дослідження нами встановлено, що гіпоксичні тренування покращують адаптаційні можливості організму у новачків-альпіністів і надають змогу для більшого функціонального резерву організму в умовах кисневого голодування.

Оптимізація хірургічного лікування ран ри гнійних захворюваннях кисті

Ворощук Р.С., Фомінов А.О., Чаговець С.О., Потіхенська Х., Герасимова О.М.
Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих з гнійно-некротичними ураженнями кисті та пальців.

Задачі дослідження: Провести аналізрезультатів застосування різних методів шкірної пластики у пацієнтів з інфекційними пошкодженнями кисті.

Матеріал і методи: Проведено аналіз лікування 76 пацієнтів з локальними та загальними проявами інфекційних уражень кисті та пальців, яким виконано пластичне закриття післяопераційних дефектів шкіри. Вік хворих коливався від 19 до 87 років (34,6±4,6) з переважною кількістю випадків серед осіб молодого віку (21-40 років). У 58 (76,3%) пацієнтів причиною розвитку гнійно-запального процесу була травма: забій (12), укуси тварин (11), сторонні тіла (8), інтравенозні пошкодження (7), інші види травмування (27). У 18 (23,7%) хворих даних за травматичний чинник ґенезу захворювання не було. Панаріції (підшкірні, сухожильні, кісткові, суглобові і кістково-суглобові) діагностовано в 19 (25,0%), гнійні рани пальців і кисті в 14 (18,4%), флегмони, в тому числі анаеробні в 22 (28,9%), інфіковані переломи та вивихи пальців кисті в 8 (10,5%), остеоартрити кистьового та п'ясно-фалангових суглобів у 6 (7,9%), інфіковані опіки у 4 (5,3%), карбункули тилу кисті у 3 (3,9%) випадках. У 68,4% хворих патологічний процес локалізувався на правій кисті. Середній термін розвитку хвороби до госпіталізації складав 5,6 діб, 12 пацієнтів (15,8%) до надходження в стаціонар перорально приймали антибіотики.

Результати: Вибір антибіотиків корегувався в залежності від отриманих мікробіологічних результатів та клінічної перебігу захворювання. Позитивний бактеріологічний аналіз отримано у 69 (90,8%) випадків. Найбільш розповсюдженими мікроорганізмами, виявленими окремо, були Staphylococcus aureus та Streptococcus. Полімікробна флора виявлена у 16 (21,1%) пацієнтів.

Середня кількість оперативних втручань склала 1,4 (109 на 76 пацієнтів). Більшість оперативних втручань (76 з 109) виконана під загальним знеболенням, 18 – під провідниковою блокадою, 15 – під місцевою інфільтративною анестезією. Показаннями до пластичного закриття були дефекти шкіри фаланг площею більше 0,6 $см^2$, кисті - більше 1,5 $см^2$. Пластика місцевими тканинами виконана у 19 (25,0%) пацієнтів при дефектах шкіри

тилу пальця в області міжфалангових суглобів. Пластику розщепленим перфорованим шкірним клаптем виконали у 15 (19.7%) хворих при ранах тилу кисті. Пластика повношкірним клаптем виконана 11 (14,5%) хворим при дефектах долонної та тильної поверхонь пальців і кисті без оголення сухожиль, суглобів і кісток. Пластика шкірним клаптем на живлячій ніжці – у 13 (17,2,5%) пацієнтів при глибоких великих дефектах з оголінням глибоких структур кисті та пальців. Вторинні шви накладені 18 (23,7%) хворим при можливості мобілізації та зведення країв рани.

Ускладнення виявлені у 7 (9,2%) хворих (нагноєння рани під трансплантатом, частковий або повний некроз клаптів, відторгнення трансплантатів). Повторне пластичне закриття ран виконано у 5 (6,6%) з них.

Тривалість лікування після вільної шкірної пластики склала 13±3,4 днів, при невільною пластиці – 22,3±3,9 днів. У віддалені терміни відзначено формування еластичних рухливих тонких рубців і задовільні функціональні та естетичні результати.

Висновок. Використання пластичного закриття ран при хірургічному лікуванні гнійно-некротичних захворювань кисті і пальців забезпечує скорочення термінів стаціонарного лікування, значно покращує функціональні та естетичні результати.

Сонографічні критерії у виборі тактики хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу

Ворощук Р.С., Фомінов А.О., Хомич О.С., Хомич С.С., Амаш А.Г.
Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: визначити роль сонографічних критеріїв у виборі способу оперативного втручання при гострому калькульозному холециститі (ГКХ), ускладненому розвитком перівезікального інфільтрату (ПІ).

Задачі дослідження: На основі аналізу даних УЗД гептодуоденальної зони виділити типи розвитку ПІ у хворих ГКХ і визначити найбільш оптимальні способи хірургічної допомоги залежно від виявленої УЗ-картини.

Матеріал і методи: У дослідження включені 175 хворих ГКХ віком від 26 до 75 років. Крім загальноприйнятих клінічних, біохімічних та інструментальних досліджень проводилося УЗД гептодуоденальної зони в В-режимі та картрирування кровотоку в стінці жовчного міхура, черевного стовбура (ЧС), загальної (ЗПА) та власної (ВПА) печінкової артерії, селезінкової артерії (СА) в кольоровому і спектральному допплерівському режимах (апарат Ultima Pro 30 (Радмір, України) із застосуванням конвексного датчика з частотою 3,5-5 МГц. Достовірність відмінностей отриманих результатів визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати: У пацієнтів з ГКХ спостерігалося помірне підвищення швидкісних показників в НС, ЗПА, СА. Індекси периферичного опору в цих судинах не змінювалися. У ЗПА і жовчному міхурі відзначалося значне підвищення швидкісних показників. Виділено три варіанти УЗ-картини ПІ. Пухкий ПІ – визначається зона помірно підвищеної ехогенності навколо жовчного міхура, з нечітким контуром і зниженням чіткості візуалізації гепатодуоденальної зв'язки. Щільний ПІ – по зовнішньому контуру жовчного міхура визначається утворення підвищеної ехогенності з неоднорідністю структури різної товщини. Щільний ПІ з рубцево-спайковими змінами – в інфільтраті локуються гіперехогенні включення у вигляді смуг різної довжини і товщини. У 22 (12,6%) хворих при ПІ з рубцево-спайковими змінами та / або відсутності візуалізованого кровотоку стінки жовчного міхура, наявності перивезікального абсцесу операція виконана лапаротомним доступом. Обсяг оперативного втручання включав ХЕ, холедохолітотомію (11), супрадуоденальну холедоходуоденостомію (5), санацію і дренування перивізікального абсцесу (6). У 26 (14,8%) пацієнтів при наявності УЗ-картини щільного ПІ при збереженні кровотоку в стінці жовчного міхура виконана холецистектомія з параректального мінідоступу. У 127 (72,6%) хворих, при УЗ-ознаках пухкого ПІ і збереженні кровотоку жовчного міхура була виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Стандартна ЛХЕ від шийки виконана у 101 хворого.

Конверсія в лапаротомію при знадобилася у 6 хворих при рубцево-спайкових змінах в ділянці трикутника Кало (1), спайковому процесі (2), що не був діагностований до операції, технічних труднощах гемостазу ложа міхура і міхурової артерії (3).

Висновок: УЗД при ГКХ надає можливість встановити не тільки щільність ПІ і його поширеність, що відіграє значиму роль у виборі способу оперативного втручання, а й прогнозувати очікувані технічні труднощі при проведенні холецистектомії мінінвазивними способами.

Фотодинамическая терапия в лечении рецидивного колибациллярного цистита

Гарагатый А.И.
Научный руководитель - профессор В.Н. Лесовой
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Организация колоний микроорганизмов приводит к дополнительной резистентности к антимикробным препаратам. Бактерицидное действие фенотиазиновых фотосенсибилизаторов на колонии микроорганизмов было неоднократно описано в других публикациях. Однако действие метиленового синего и толуидинового синего фотосенсибилизаторов на колониеобразующие микроорганизмы в мочевых путях рассмотрено не было. Целью данной работы было изучение действия фенотиазиновых фотосенсибилизаторов (метиленового синего и толуидинового синего) на колонии Escherichia coli как одного из микроорганизмов, наиболее часто вызывающих обострение заболевания у пациентов с рецидивирующим циститом.

Материалы и методы. 75 пациентов с рецидивирующим циститом, вызванным Escherichia coli, были обследованы и разделены на три группы в соответствии выбранным видом лечения: первая группа (22 больных, 29,3%) получали традиционное лечение (антибиотики, уросептики и др.); вторая группа (основная) (38 пациентов, 51%) проходила курс фотодинамической терапии с использованием низкоэнергетического диодного лазера с длиной волны 600 нм и метиленового синего или толуидинового синего в качестве фотосенсибилизаторов в концентрациях от 37,5 до 3000 ммоль/л; третья группа (контрольная) (15 человек, 19,7%) получала в качестве лечения только уросептики в лечебных дозах. Возраст, пол и наличие сопутствующих заболеваний пациентов в группах были сопоставимы. Концентрация микроорганизмов в моче всех пациентов перед началом лечения составляла 10^4 КОЕ/мл и более. Стандартная продолжительность каждого вида лечения составляла 10 дней. Всем пациентам ежедневно производился бактериологический анализ мочи.

Результаты. К 10-му дню лечения средний уровень концентрации микроорганизмов в моче в контрольной группе составлял 10^4-10^3 КОЕ/мл. В группе 1 данный результат был достигнут к 7-му дню лечения, а к 10-му дню концентрация микроорганизмов в моче у 19 пациентов (86,4%) составила 10^2 КОЕ/мл, и 10^3 КОЕ/мл у трех пациентов (13,6%).

В основной группе к третьему дню терапии уровень концентрации микроорганизмов в моче у всех пациентов составлял 10^2 КОЕ/мл и менее; после пятой процедуры у 12 пациентов (31,6%) наблюдалось почти полное исчезновение флоры в мочевом пузыре, а после 10 процедуры данный результат был зафиксирован у 100% больных.

Выводы. Фотодинамическая терапия с использованием метиленового синего и толуидинового синего фото сенсибилизаторов в лечении рецидивирующего цистита, вызванного колониями Escherichia coli, демонстрирует преимущества в сравнении с традиционными методами лечения.

Перспективные направления в диагностике и лечении гнойных заболеваний плевры

Гони С.-А. Т.
Харьковский национальный медицинский университет

В последнее время в литературе появились исследования, связывающие образование спаек в брюшной полости с активностью N-ацетилтрансферазы, которая определяет интенсивность образования соединительной ткани (Чекмазов И.А. 2004). Полиморфизм по

ферменту N-ацетилтрансфераза является генетически детерминированным. По активности N- ацетилтрансферазы больные подразделяются на фенотипы "быстрых" и "медленных" ацетиляторов. В литературе появились данные о положительном действии внутриплеврального фибринолизиса и быстрейшем выздоровлении больных по сравнению с контрольной группой, а также уменьшении потребности больных в хирургическом лечении острой эмпиемы плевры (Diacon A.H. и соавт. 2004).

Целью нашего исследования было изучение результатов хирургического лечения больных с экссудативным плевритом и эмпиемой плевры с учетом уровня активности N-ацетилтрансферазы.

Задачи Определить причины и характер развития спаечного процесса плевральной полости в ретроспективном исследовании.Определить показания и сроки проведения внутриплевральной протеолитической терапии.Изучить ближайшие результаты лечения пациентов данной группы в сравнительном аспекте.

Мы произвели изучение 35 историй болезни пролеченных в ХОКБ больных за 2009-2011гг с эмпиемой плевры и экссудативным плевритом. Из них больных плевритом было 34,5%, острой эмпиемой плевры - 48,25%, хронической эмпиемой плевры - 17,25%. Осумкованный процесс наблюдался у 31,6% больных эмпиемой плевры и у 30% больных с плевритом. В правой плевральной полости процесс наблюдался в 65,5% случаев, в левой - в 31%, двусторонний процесс - у 3,5% больных. По половому признаку больные распределились таким образом - 1/3 женщины и 2/3 мужчины. Возраст больных составил от 19 до 82 лет, сроки пребывания в клинике от 4 до 29 дней, сроки болезни - от 3 дней до 1 года. Фибринолитическая терапия ни одному больному не применялась. Оперативному лечению подверглось 86,2% больных, из них 20% нуждались в проведении повторной операции. Из оперативных методов лечения 68% больных проводилось дренирование плевральной пункции по Бюлау, 32% проводилась пункция плевральной полости с эвакуацией плеврального содержимого, в 6,9% случаев после проведенной пункции возникла необходимость в дренировании плевральной полости по Бюлау. У 20,7% больных наблюдалось снижение активности N-ацетилтрансферазы на 6-10 сукти после заболевания. Всем больным проводилась антибиотикотерапия двумя и более препаратами разных групп. Чаще всего применялись левофлоксацин, гатимак, бисептол, нистатин, метрогил, амоксиклав, азитромицин, цефепим, цефтриаксон. У 52% больных сопутствовала пневмония. Также из наиболее частых сопутствующих патологий является сахарный диабет, анемия, ишемическая болезнь сердца, сепсис. Смертность составила 6,9% как следствие септического состояния

Выводы На данный момент не существует достаточно эффективной схемы лечения острых гнойных заболеваний плевры и вследствие этого хронизация процесса достигает 17,25 %. Ограничение процесса наблюдалось в 31.6% случаев, чего можно избежать изучая функциональное состояние соединительной ткани и применяя фибринолитическую терапию по показаниям, начиная с первого дня после операции. Комбинируя хирургическое лечение, антибактериальную и фибринолитическую терапию возможно снижение длительности госпитализации и количество случаев хронизации процесса. Вследствие недостаточного количества наблюдений по изучению у больных активности фермента N-ацетилтрансферазы выводы делать преждевременно.

Методы прогнозирования осложненного течения флегмоны шеи

Гони С.-К.Т.

Харьковский национальный медицинский университет

Флегмона шеи представляет реальную опасность для жизни больного, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями этой области, возможностью быстрого распространения процесса по клетчаточным пространствам и генерализации инфекции. В последнее время отмечается некоторый рост числа больных с флегмонами шеи. Для флегмон шеи характерно отсутствие склонности к прорыву наружу и спонтанному опорожнению, поэтому ведущим методом их лечения является

хирургическое, которое должно быть проведено в максимально ранние сроки (профилактика медиастинита, сепсиса и др.).

Цель нашего исследования – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с флегмоной шеи различного генеза с учетом активности некоторых протеолитических ферментов.

Задачи 1.Определить характер течения осложнений флегмон шеи в ретроспективном исследовании.2. Проанализировать причины неблагоприятных исходов оперированных больных. 3.Изучить уровень коллагенолитической активности крови у пациентов с осложненным течением флегмоны шеи.

Материалы и методы: В период с 2009 по 2010 годы в клинике ХОКБ наблюдалось30 пациентов с флегмонами шеи, из них 2 повторных поступления причиной которых было неадекватное продолжение лечения по месту жительства. Мужчин было 20, женщин 10, возраст - от 18 до 84 лет. Всем больным проводилось микробиологическое исследование мазка из раны и определение чувствительности флоры к антибиотикам, проводились клинические анализы крови и мочи в динамике, биохимическое исследование крови и коагулограмма.

Все больные были оперированы в первые сутки с момента поступления. Выполнены хирургические вмешательства: вскрытие флегмоны шеи- у 19, медиастинотомия - у 5, вскрытие абсцесса шеи - у 8, вскрытие окологлоточного пространства - у 3,остановка аррозивного кровотечения - 1, трахеостомия - 2, дренирование плевральной полости - 1, вскрытие фурункула -1, вскрытие нагноившейся атеромы-1, ревизия-1. Операционные раны велись открыто с ежедневными перевязками и наложением вторичных швов после их очистки. Всем проводилась антибиотикотерапия двумя и более препаратами разных групп. Чаще всего применялись левофлоксацин, гатимак, бисептол, нистатин, метрогил, амоксиклав, азитромицин, цефепим, цефтриаксон. У 17 пациентов были сопутствующие заболевания: ИБС - у 11, ГБ - у 5,АСКС - у 6, СД - у 2, хр. тонзиллит - у 1, хр. бронхит - у 2, ВИЧ - у 2, Туберкулез легких - у 1, Гипертиреоз - у 1. Причинами развития флегмоны шеи были паратонзиллярный абсцесс у 3 больных, повреждение пищевода инородным телом у 1, травма шеи у 1, нагноившаяся боковая киста шеи- у 5, абсцедирующий лимфаденит - у 8, нагноившаяся атерома - у 1, укус насекомого - у 1, хронический остеомиелит нижней челюсти - у 1, фурункул - у 2; у 2 пациентов в результате гистологического исследования резецированных нагноившихся лимфоузлов диагностирован плоскоклеточный неороговевающий рак.

Осложненное течение флегмоны шеи наблюдалось у 7 (23%) пациентов, среди осложнений: медиастинит - у 5, поражение щитовидной железы - у 1, сепсис - у 3, аррозивное кровотечение из сосудов шеи - у 1. Из 7 больных с осложненным течением у 3(42%)-летальный исход.

Мы провели исследование коллагенолитической активности у 4 больных неосложненными флегмонами шеи, исследование проводилось на 7-8 день заболевания. Уровень коллагенолитической активности плазмы у всех больных был повышен – 11,4 $\pm$ 1,7ммоль/л*ч.

Выводы: Несмотря на адекватную антибиотикотерапию и адекватное хирургическое лечение, в 42% случаев осложненного течения флегмоны шеи мы наблюдали летальный исход. Мы предполагаем возможность контролировать активность распространения гнойного процесса в зависимости от коллагенолитической активности плазмы крови. В связи с тем, что количество исследований незначительно, в данный момент делать выводы преждевременно.

Качество жизни больных, оперированных по поводу осложненных форм хронического панкреатита

Гончарова Н.Н., Дроздова А.Г.
Научный руководитель - профессор И.А. Криворучко
Харьковский национальный медицинский университет

Хронический панкреатит (ХП)- гетерогенное заболевание. Распространенность ХП

составляет 4-40:100,000 в западных странах; 114-200 – в южной Индии. В сроки до 5 лет умирают 6,3%, до 10 лет – 30%, до 20 лет – около 50% больных вследствие необратимых изменений поджелудочной железы (ПЖ).

Проанализированы ретро- и проспективно результаты хирургического лечения 253 больных, оперированных по поводу осложненных форм ХП за два периода исследования: 1996-2003 гг.-130, 2004-2011 гг. -123 больных; средний возраст 42,3 ± 9,3 лет; в КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» и ИОНХ АМНУ г. Харькова. Все больные были обследованы. В качестве первой линии диагностики проводился учет клинических данных, УЗИ, КТ или СКТ, ЯМРТ, рентгенография органов брюшной полости, в качестве второй линии диагностики – ЭРХПГ, рентгенография органов желудочно-кишечного тракта, исследование функций ПЖ и онкомаркеров. Согласно классификации M. Buchler и соавт. (2009) из 253 больных 136 (53,8 %) относились к стадии В течения ХП и 117 (46,2 %) – к стадии С течения ХП: С1 – 23 (9,1 %); С2 – 54 (21,3%); С3 – 40 (15,8 %) пациентов. У 88 (34,8%) больных отмечалась механическая желтуха, у 58 (22,9%) псевдокисты и кисты, кальцификация ПЖ и вирсунголитиаз у 38 (15%), стеноз двенадцатиперстной кишки – у 33 (13%), регионарный портальный блок– у 21 (8,3%), тубулярный стеноз холедоха– у 15 (5,9%). Все больные были оперированы. В первый период исследования выполнены, в основном, дренирующие (62 больных, 47,7%) и симптоматические (53 больных, 40,8%) операции, а у 9 больных (6,9%) выполнена ПДР и у 6 (4,6%) – левосторонняя резекция ПЖ. Во второй период выполнялись: резекционные в сочетании с дренирующими дуоденосохраняющие операции (36 больных, 29,3%), резекционные (11 (8,9%) – ПДР, 6 (4,3%) – левосторонние резекции), дренирующие при псевдокистах ПЖ (25 больных, 20,3%) и симптоматические операции (45 больных, 36,6%). В первый период исследования послеоперационные осложнения возникли у 20%, летальность составила 6,9%; во второй период соответственно у 11,4% и 0,81% больных. ($\chi 2=16,447$, $p=0,002$).

Послеоперационные осложнения и экзокринная недостаточность разной степени выраженности, возникшая у всех больных после операции, ликвидировались проведением комплексной консервативной терапии.

Качество жизни проанализировано у 115 больных в сроки от 1-7 лет после операции с использованием адаптированных опросников SF-36 и GSRS. Разработана математическая модель оценки качества жизни, точность которой составила 87,7%. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 78,3% больных, неудовлетворительные – у 21,7%. Так, после выполнения ПДР у 11,1 % больных получены хорошие, у 77,8 % - удовлетворительные и у 11,2 % - неудовлетворительные результаты лечения; после дуоденосохраняющих операций в различных модификациях хорошие результаты получены у 79,5 %, удовлетворительные– у 20,6 %, неудовлетворительные– у 5,9 %; после дренирующих операций хорошие результаты наблюдались у 22,2 %, удовлетворительные – у 44,5 %, неудовлетворительные – у 33,3 %; после выполнения симптоматических операций хорошие результаты получены у 8,9 %, удовлетворительные – у 62,2 % и неудовлетворительные результаты хирургического лечения.

Сучасні методи імплантації селезінкової тканини

Гринчук А.М., Шевчук О.А.
Науковий керівник – професор Ю.Т. Ахтемійчук
Буковинського державного медичного університету

Одним з методів профілактики розвитку негативних наслідків після спленектомії в тих випадках, коли її виконання життєво необхідне, є використання гетеротопічної автоімплантації селезінкової тканини. Частіше пропонується розміщувати імплантат у сальникову сумку, прямі м'язи живота, брижу тонкої або товстої кишок, заочеревинний простір, ретроперитонеальне вмістище видаленої селезінки, м'язи стегна.

Немає одностайної думки з приводу оптимального місця, розміру шматочків селезінкової тканини, яку необхідно трансплантувати. Одні автори пропонують пересаджувати селезінкову тканину у вигляді подрібненої пульпи, інші – окремими фрагментами.

Гістологічні дослідження матеріалу в експерименті показали, що в перший тиждень після пересадки в імплантатах настають некробіотичні та проліферативні зміни, найбільш інтенсивні в периферійних ділянках, які на 3-7 добу проростають капілярами з великого сальника. При великих розмірах шматочків або великій масі імплантата реваскуляризація центральної ділянки затримується, що може призводити до розвитку некротичних процесів з подальшим лізисом імплантата. Результати проведених досліджень на тваринах показують, що далеко не всі місця сприятливі для розміщення трансплантата.

Комплексна терапія гострих лобітів у дітей

Давиденко Н.В.
Харківський національний медичний університет

Гострі лобіти є поширеною початковою формою гострих деструктивних пневмоній у дітей. Вони характеризуються значними порушеннями функції дихання, інтоксикацією, великою вірогідністю трансформації в суто деструктивні форми пневмонії.

Внаслідок порушень мікроциркуляції в легенях при лобітах, в їх лікуванні викликають значні труднощі, що потребує розробки ефективних методів лікування.

Мета роботи. Підвищення ефективності лікування гострих лобітів у дітей.

Задачі роботи. Розробити ефективний лікувальний комплекс та втілити його в клінічну практику.

Робота основана на аналізі лікування 28 дітей з гострими лобітами, які знаходились на лікуванні в ОДКЛ № 1 м. Харкова. Комплексна програма лікування включала обов'язкову бронхоскопічну санацію ураженої долі. Це призводило до відновлення її аерації, зменшення набряку тканин та відновлення мікроциркуляції.

Для покращення дренажної функції бронхіальної системи ураженої долі призначали небулайзерну аерозольну терапію. Антибактеріальну терапію проводили за допомогою внутрішньоорганного електрофорезу антибіотиків. Загальний стан дітей швидко покращувався, зникали гіпоксичні прояви та інтоксикація. Про досить швидкий регрес запального процесу в ураженій долі легенів свідчать динамічні рентгенологічні обстеження

Висновки. 1. Наслідком проведеного комплексного лікування був абортивний перебіг гострого лобіту з одужанням всіх дітей. 2. Застосування запропонованого лікувального комплексу є ефективною профілактикою розвитку тяжких форм деструктивної пневмонії.

Диференційований підхід до стану післяопераційного знеболення у геронтологічних хворих з політравмою

Долженко М.О.
Харківський національний медичний університет

Перебіг травматичної хвороби визначає реактивність організму, яка залежить від анатомо-фізіологічних особливостей кожного пацієнта. При цьому особливої уваги заслуговує післяопераційний больовий синдром, який досить часто викликає порушення життєво-важливих функцій організму і сприяє формуванню хронічного больового синдрому. Ураховуючи можливі наслідки неадекватного післяопераційного знеболення у хворих з політравмою, особливої уваги заслуговують геронтологічні пацієнти, у яких вікові зміни і супутня соматична патологія обумовлюють певні вимоги щодо застосування знеболюючих засобів.

Метою дослідження був пошук найбільш раціонального підхода до післяопераційного знеболення у комплексі інтенсивної терапії гострого та раннього періодів травматичної хвороби у постраждалих похилого віку, направлений на максимально ефективну боротьбу з больовим синдромом при мінімально можливих негативних клінічних ефектах.

Матеріал і методи. Обстежено 90 постраждалих з політравмою з тяжкістю травми за шкалою ISS 32,3±5,4 балів і тяжкістю стану за шкалою APACHE II 23,2±3,6 балів, віком 68,16+7,32 років, які склали три рандомізовані групи, I, II і III. Всім постраждалим проводився повний комплекс клініко-лабораторного дослідження з додатковим визначенням

на 1, 3, 7, і 14 добу лікування якості аналгезії за вербальною шкалою (ВШ) Likert, мінімальної, середньої і максимальної добової застосованої дози знеболювальних засобів, з визначенням їх клінічних ефектів. Для оцінки достовірності відмінностей застосовували t-критерій Ст'юдента з поправкою Бонферроні.

Всі постраждалі I групи у складі інтенсивної терапії як компонент анальгезії отримували кетопрофен, хворі II – кетопрофен і морфін за вимогою, хворі III групи – налбуфін. Дозування препаратів проводилося за визначенням інтенсивності болю з урахуванням наявності у постраждалих супутньої соматичної патології.

В результаті проведених досліджень встановлено, що застосування у геронтологічних хворих у гострому та ранньому періодах травматичної хвороби у якості знеболення агоністів каппа-опіоїдних рецепторів і антагоністів мю-опіоїдних рецепторів (агоністів-антагоністів) достовірно знижує ступінь виразності больового синдрому на фоні мінімальної добової дози (0,15 мг/кг) та нетривалого терміну вимушеної потреби у знеболюванні, мінімалізації негативних ефектів з боку дихальної і серцево-судинної системи з урахуванням вікової стрес-норми обстежених постраждалих, наявності седативного ефекту, що сприяє покращенню емоційного стану хворих.

Висновки. При застосуванні агоністів-антагоністів (налбуфіну) у комплексі інтенсивної терапії гострого та раннього періодів травматичної хвороби у геронтологічних хворих виявився найбільш ефективний знеболювальний ефект, який сприяв покращенню суб'єктивного стану пацієнтів, зменшенню виразності, тривалості післяопераційного больового синдрому і кількості ускладнень.

Лікування хворих з вперше виявленим поширеним раком простати за допомогою комбінованої хіміо-гормональної терапії

Дубініна Г.М.

Харківський національний медичний університет

Актуальність Рак передміхурової залози (РПЗ) в наш час є одним з найбільш соціально значущих онкологічних захворювань, адже зважаючи на особливості клінічного перебігу та недосконаліть ранньої діагностики від 60 до 80% хворих на РПЗ, що мають місцево-розповсюджений або метастатичний пухлинний процес на момент виявлення захворювання.

У сучасній онкології для лікування пацієнтів з вперше виявленим розповсюдженим та метастатичним РПЗ стандартним методом є гормональна терапія, яка з успіхом використовується більш ніж 60 років (Huggins C., Hodges C., 1941). Цей вид лікування виявляється вельми ефективним, адже дозволяє добре впливати на симптоматику та збільшити тривалість життя у 80% хворих (Iversen P.,2000). Існує декілька методик проведення гормональної терапії. Але доведено, що вже через 13-24 місяці від початку гормональної терапії в пухлині з'являються гормонально-резистентні клони клітин, що визначає подальшу пролонгацію захворювання. (Scher H.I.,1999). За умови розвитку рефрактерності (нечутливості), останньою лінією терапії для цієї групи пацієнтіє є хіміотерапія, яка ще нещодавно використовувалась лише для полегшення симптомів на останніх стадіях захворювання. Проте, зараз доведено, що РПЗ не є хіміо-резистентним і сучасні цитостатики можуть суттєво та ефективно впливати на перебіг раку передміхурової залози.

Мета Сучасною тенденцією при лікуванні гормонально-рефрактерного РПЗ є якнайшвидше застосування хіміотерапії, можливо, навіть на стадії захворювання, коли андроген-залежність пухлини ще збережена (Petrylak D.,2001), адже, андроген-резистентий пул клітин, який в більшому або меншому відсотковому співвідношенні завжди присутній з самого початку в тканині РПЗ, залишається поза терапевтичним впливом з початку лікування захворювання і до розвитку повної гормональної резистентності та явного прогресування захворювання. Тож питання необхідності дослідження даної галузі терапії при вперше виявленому локально-розповсюдженому та метастатичному РПЗ залишається відкритим.

Матеріали та методи На базі онкоурологічного відділення обласного клінічного центру урології та нефрології ім. В.І. Шаповала відібрана група пацієнтів з вперше виявленим

розповсюдженим РПЗ, що в якості первинної терапії отримують гормональну терапію (аналоги ЛГРГ, антиандрогени) та терапевтичні дози цитостатиків (від 20 мг). Усі хворі пройшли перший тримісячний цикл лікування та знаходяться на стадії обстеження. Дослідження триває.

Висновки Отже існують теоретичні та практичні передумови для вивчення доцільності застосування хіміотерапії в поєднанні з гормональною терапією для лікування пацієнтів з вперше виявленим поширеним та метастатичним раком передміхурової залози як мінімум в якості первинно-індукційного курсу комбінованої фармакотерапії з подальшим вивченням виразності первинної відповіді пухлини на лікування; період тривалості ремісії захворювання, та, відповідно, тривалості періоду вільного від застосування лікувальних засобів (в рамках інтермітуючої терапії); рівня збереження якості життя пацієнтів; визначення швидкості розвитку стадії гормональної резистентності.

Качество жизни больных после хирургического лечения механической желтухи в отдаленные сроки в зависимости от метода оперативного лечения.

Евтушенко Д.В., Котовщиков М.С.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных с учетом методики операции в отдаленные сроки после хирургического лечения механической желтухи.

Материалы и методы. Проведено изучение отдаленных результатов и показателей качества жизни у 92 пациентов, оперированных по поводу холедохолитиаза.

В зависимости от методики операции больные былы разделены на три группы. Первую группу составили 32 пациента, которым выполнена операция наложения холедоходуоденоанастомоза; вторую – 30 пациентов после выполнения трансдуоденальной папиллосфинктеропластики; третью – 30 пациентов после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Средний возраст больных первой группы составил 55,2 ± 1,5 лет, второй – 50,2 ± 2, третьей – 55,4 ± 2,8 .По полу респонденты распределились следующим образом: в первой группе мужчин было 13 (40,6%), женщин – 19 (59,4%); во второй – 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3%) женщин; в третьей соответственно – 9 (30%) и 21 (70%).

Для изучения качества жизни пациентов использован метод анкетирования больных в различные сроки (3 и более лет) после проведенного оперативного лечения.

Результаты исследования Установлено, что на качество жизни больных после хирургического лечения механической желтухи влияют вид оперативного лечения, сроки операции, сопутствующие хронические заболевания, возраст, пол пациентов. Физический компонент здоровья был наиболее изменен у пациентов после наложения холедоходуоденоанастомоза и выполнения трансдуоденальной папиллосфинктеропластики. У пациентов, перенесших эндоскопическую папиллосфинктеропластику, изменения физического здоровья были менее выражены.

Выводы. Исследование отдаленных результатов и качества жизни больных после хирургического лечения механической желтухи позволяет получить ценную информацию о физическом, психологическом функционировании пациента в отдаленные сроки после операции, оценивать состояние больного в периоде реабилитации, ранние и поздние осложнения, побочные эффекты лечения.

Изучение качества жизни пациентов свидетельствует о предпочтительности метода эндоскопической папиллосфинктеротомии при оперативном лечении механической желтухи на фоне холедохолитиаза. Однако при наличии абсолютных противопоказаний к проведению эндоскопического вмешательства или невозможности его выполнения, следует выполнять операцию наложения холедоходуоденоанастомоза, поскольку в отдаленном периоде после данного вида операции изменения, касающиеся качества жизни, менее выражены, чем у пациентов после выполнения трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Актуальні питання хірургічного лікування спайкової хвороби очеревини

Євтушенко Д.О., В'юн С.В., Грічана О.М.
Харківський національний медичний університет

Спайкова хвороба очеревини продовжує залишатися однією зі складних і до кінця невирішених проблем абдомінальної хірургії. Значимість її росте у зв'язку з постійним ростом числа й обсягу операцій на органах черевної порожнини. По даним Міжнародного спайкового товариства (International Adhesion Society), у зв'язку із спайковою хворобою щорічно находяться на лікуванні у хірургічних відділеннях до 1% оперованих раніше хворих, у 50-75% цієї категорії хворих розвивається кишкова непрохідність, смертність від якої складає від 13% до 55%. Щорічні витрати в США на лікування ускладнень спайкової етіології склали більше 1 млрд. доларів.

Серед важких післяопераційних ускладнень, які вимагають проведення термінових релапаротомій, рання післяопераційна спайкова непрохідність посідає друге місце після перитоніту. Це ускладнення розвивається в 0,1-13,3% хворих, які перенесли операції на органах черевної порожнини.

Консервативне лікування спайкової хвороби очеревини малоефективне, а після оперативних втручань її рецидиви сягають 32-71%.

У 1937р Ноблєм була запропонована операція, яка отримала назву ентероплікації кишки по Ноблю. Однак, післяопераційний період у 12-15% ускладнювався гострою кишковою непрохідністю.

Певні перспективи виникли при поширеному впроваджені у клініку лапароскопічних технологій. При них зводяться до мінімуму основні етіологічні фактори спайкоутворення такі, як травми черевних покровів, інфекція, залишення сторонніх тіл. Завдяки лапароскопічному адгеолізісу вдається знизити кількість післяопераційних ускладнень. Але лапароскопічний адгеолізіс вважається складним хірургічним втручанням, потребуючим високої кваліфікації хірурга, розробки тактики та удосконалення інструментарію для виконання цих маніпуляцій.

Внаслідок розвитку нових технологій, в останні роки активно розробляються та впроваджуються у клінічну практику різноманітні бар'єрні протиспайкові засоби. Використання з профілактичною метою подібних методів є етіопатогенетично обумовленним. З одного боку, ці препарати розділяють раневі поверхні на час, потрібний для регенерації травмованої очеревини, запобігає їх консолідації, склеюванням фібріном та спайкоутворенням, з іншого боку, травмована очеревина вкривається захистним шаром, що спряє її регенерації.

Таким чином, дослідженню спайкового процесу очеревини на сьогодні присвячено багато праць, але, не дивлячись на накопичений експериментальний та клінічний матеріал, знання в цій галузі залишаються не повними. Питання профілактики та вибору хірургічної тактики і методів лікування, ускладнення раннього післяопераційного та віддаленого періодів у хворих спайковою хворобою очеревини містять ряд невирішених питань, що визначає перспективу подальшого дослідження.

Современная хирургическая тактика у больных с закрытой травмой грудной клетки с флотирующими переломами ребер

Исаев М.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Закрытая травма груди (ЗТГ) занимает третье место по частоте среди других повреждений. По сводным данным, частота переломов ребер при ЗТГ колеблется от 35 до 92%, а у погибших от травмы груди флотация встречается в 52,1-63,6% случаев [1].

Целью работы являлось изучение эффективности методик миниинвазивной фиксации костных отломков при переломах ребер у больных с закрытой травмой грудной клетки.

Материалы и методы исследования. Проведены 10 операций с использованием миниинвазивных методик. Показаниями к оперативному лечению считаем флотирующий

перелом со свернувшимся гемотораксом, гемопневмотораксом, выраженной деформацией грудной клетки. У 4 больных имелся гемопневмоторакс, у 6 больных - свернувшийся гемоторакс. В 3 случаях потребовалась конверсия в видеоассистированную миниторакотомию.

Фиксацию ребер проводили следующим способом. Торакоскопически определяли наиболее подвижные флотирующие сегменты и отломки, перфорирующие париетальную плевру. Под передним и задним стабильными сегментами и с двух сторон флотирующего сегмента ребра перикостально проводили толстые нити из рассасывающегося материала. Шовный материал должен обеспечивать сохранение прочности в течение 29-37 дней, предпочтительно использование плетеной нити Polysorb или их аналоги. Использовали устройство для наложения перикостального шва - изогнутую полую трубку с ручкой и стилетом-проводником. После проведения трубки в проводник нить захватывали и проводили через трубку с последующим извлечением последней. Затем выполняли небольшой разрез кожи над стабильным участком ребра в 3-4 см от места перелома и через этот разрез субфасциально к линии перелома подводили спицу Киршнера. При помощи держателей ребер, а также наложенных нитей подтягивали флотирующий сегмент с целью репозиции. Спицу проводили вдоль всего флотирующего сегмента с заходом на 3 см на другой стабильный отрезок ребра. После этого затягивали предварительно наложенные перикостальные швы, фиксируя спицу к стабильным отрезкам и флотирующий сегмент ребра к спице. Таким же способом фиксировали остальные ребра.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях торакоскопическая фиксация позволила устранить парадоксальные движения. Семь больных были экстубированы на первые сутки, троим больным в связи с тяжестью сочетанной травмы проводили вспомогательную вентиляцию в течение 3 и 9 сут. Продолжительность пребывания в стационаре при изолированной травме составила 13-22 дня. Спицы удаляли амбулаторно на 32 - 35-е сутки.

Выводы: Таким образом, миниинвазивные торакоскопические технологии эффективны в лечении больных с закрытой травмой груди с нарушением целостности каркаса грудной стенки. Важным достоинством предлагаемой методики является возможность одновременного выполнения всего необходимого объема операции по устранению внутригрудных повреждений из миниинвазивного доступа.

Современные аспекты лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей.

Касьянов Б.В.

Научный руководитель - И.А. Туренко

Харьковский национальный медицинский университет

Мочеиспускание является одним из процессов совершенствующихся по мере развития нервной системы ребенка и на начальных этапах недержание мочи и частое мочеиспускание является вариантом нормы. По мере взросления начинают проявляться нарушения функции мочеиспускания и одним из таких нарушений является гиперактивный мочевой пузырь у детей (ГМП). Это заболевание является вариантом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП), основной причиной развития которой у детей является задержка созревания нервных центров мочеиспускания. Главным критерием при постановке диагноза является наличие 8-ми мочеиспусканий или 2-х эпизодов недержания мочи в сутки и более. В основе этих симптомов лежит гиперактивность детрузора , проявляющаяся его непроизвольными сокращениями в фазу наполнения.

Разные исследователи приводят разные данные о распространенности НДМП у детей (около 10% , из них 38% с ночным энурезом) однако все сходятся во мнении, что заболевание достаточно часто встречается в популяции. Поэтому весьма актуальным является поиск подходов к решению этой проблемы. Целью данного исследования является оценка эффективности лечения НДМП у детей, в сравнении, с помощью двух наиболее используемых препаратов: везикар и оксибутинин. Было проведено исследование на базе детской урологии харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им.

В. И. Шаповала. В исследовании принимали участие 200 детей, возрастом от 8 до 12 лет. Пациенты были разделены на 2 группы, первая группа состояла из 98 детей (42 мальчика и 56 девочек), которые принимали оксибутинин в дозе 5 мг 2 раза в сутки, а 2 группа из 102 детей (60 девочек и 42 мальчика) проходила курс лечения везикаром по 5 мг 1 раз в сутки. В общей сложности поллакиурия наблюдалась у 58 пациентов первой группы и 61 второй группы. Недержание мочи наблюдалось у 40 и 41 пациентов соответственно.Через 2 недели после начала терапии поллакиурия прекратилась у 41 (70,7%) в первой группе и 61 (82%) во второй, а спустя 6 недель у 46 (79,3%) детей и 60 детей (98,5%) соответственно. При наличии недержания мочи через 6 недель эффективность лечения в первой группе составила 32 (80,1%), а во второй группе 39 (95,1%).

Вывод: Терапия везикаром по сравнению с оксибутинином приводит к значительно лучшим результатам , в лечении как ургентного недержания мочи , так и поллакиурии, что несомненно улучшает качество жизни ребенка.

Влияние метода контрацепции на эректильную функцию мужчин

Книгавко А.В, Андросюк А.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Мужская контрацепция - способ избежать возникновения беременности у женщины при помощи механических, физических и химических методов, препятствующих оплодотворению яйцеклетки сперматозоидом.Виды и средства контрацепции отличаются друг от друга способом воздействия на организм, эффективностью и удобством применения (метод прерванного полового акта, барьерные, гормональные, химические методы, контрацептивы, стерилизация). Но не все знают, что многие из этих методов мужской контрацепции являются губительными не только для психического здоровья мужчины, но и для полной утраты эректильной способности.

Целью нашего исследования, было изучение различных методов мужской контрацепции и их связь с нарушением эректильной функцией мужчин.

Материалы и методы: У 120 мужчин, обратившихся с эректильными проблемами в андрологическое отделение ХОКЦУН им. В.И. Шаповала и 24 мужчин без жалоб, было проведено комплексное обследование: опросник МИЭФ, анамнез заболевания, анамнез жизни, осмотр пациентов, лабораторные данные (определение уровня тестостерона), УЗИ половых органов (простаты, мошонки), УЗИ полового члена в доплеровском режиме.

Результаты показали что наиболее «опасными» для мужчины методами контрацепции являются: метод прерванного полового акта, пролонгированный половой акт, которые при частом применении приводят не только к ослаблению эрекции (43%), преждевременному семяизвержению (27%), но даже к импотенции (12%). Также эти методы недостаточно (до 85%) снижают риск нежелательной беременности, но и увеличивают число ЗППП. Хирургические методы являются эффективными и не сопровождаются потерей эрекции, но приводят к полному бесплодию.

Выводы: во избежание возможных осложнений при применении различных методов контрацепции у мужчин, нужно чередование методов и своевременное обращение к специалистам при выявлении ранних симптомов нарушения эректильной функции.

Роль условно-патогенных возбудителей в формировании экскреторно-токсического бесплодия

Книгавко А.В., Левченко Д.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Инфекции, передающиеся половым путем, являются одним из наиболее частых факторов мужского бесплодия, опережая варикоцеле и аномалии развития. Такие инфекции как трихомонада, хламидия, микоплазма требуют обязательного лечения на этапе планирования семьи, поскольку влияют как на сперматогенез, так и на вынашивание беременности.

В отношении таких инфекций как гарднерелла и уреоплазма еще нет четких гайдлайнов.

Целью нашего исследования было изучить влияние уреаплазмы уреалитикум и гарднереллы на мужскую фертильность и ее динамику при излечении данных инфекций.

Материалы и методы: За 2008-2001 гг. на базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование 1243 мужчин обратившихся по поводу мужского бесплодия. В группу исследования вошли 187 пациентов с олигоастенозооспермией различной степени, у которых были выявлены уреаплазма и гарднерелла. Других факторов (варикоцеле, грыжи, аномалии развития, химические загрязнители, другие инфекции), которые могли повлиять на фертильность, у них не было обнаружено.

Указанные 187 пациентов были разделены на 2 группы в зависимости от наличия воспалительного процесса. Всем пациентам для стимуляции назначался витамин Е 400 мг/сутки. В первую группу вошли 103 пациента с присутствием воспалительных изменений: больше 1 млн. лейкоцитов в мл эякулята, более 15 лейкоцитов в поле зрения в секрете простаты, наличие болевого синдрома в простате, яичках. Им всем была проведена антибактериальная терапия согласно чувствительности возбудителей и противовоспалительная терапия. Вторую группу 84 человека составили пациенты с олигоастенозооспермией без воспалительных изменений. Они были разделены на 2 подгруппы: в группе 2А (52 человека) была также проведена антибактериальная терапия, в группе 2В только витамин Е (32 человека).

Результаты: В первой группе через 3, 6 и 10 недель отмечено повышение показателя Фарриса в среднем на 23,4+5,6%, 45,7+4,8% и 78,3+8,7% соответственно. На данный момент в группе зарегистрировано 34 спонтанные беременности (33%). Во 2А группе через 3,6 и 10 недель после лечения показатели Фарриса улучшились в среднем на 8,3+5,2%, 13,6+6,3 и 14,2+7,2%, что способствовало появлению и регистрации 6 беременностей 11,5%. В группе 2В улучшение показателей Фарриса составило 6,3+3,4%, 8,4+5,6%, 9,8+5,9% соответственно, у супруг пациентов данной группы зарегистрировано 3 бремменности (9,4%).

Выводы: 1.При наличии воспалительного процесса в половых органах лечение уреаплазмы и гарднереллы достоверно улучшает показатели фертильности и способствует существенному увеличению спонтанных беременностей. 2. При отсутствии воспалительного процесса лечение уреаплазмы малодостоверно повышает уровень фертильности по сравнению с простым назначением витамина Е. 3. Излечение гарднерелеза не влияет существенно на сперматогенез, однако достоверно (на 23, 7%) увеличивает количество беременностей в субфертильных парах.

Роль варикоцеле в экскреторно-токсической форме бесплодия

Книгавко А.В., Левченко Д.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Варикоцеле встречается у 15% нормального мужского населения и приблизительно у 40% мужчин, имеющих бесплодие. Повышение температуры тела и венозный рефлюкс, по видимому, играет важную роль в развитии варикоцеле-индуцированной тестикулярной дисфункции.

Цель исследование: определение целесообразности проведения оперативной коррекции варикоцеле у пациентов с экскреторно-токсической формой бесплодия.

Материалы и методы: На базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 200 пациентов с экскреторно-токсической формой бесплодия, наличием варикоцеле, отсутствием инфекций передающихся половым путем (ИППП). Проведены: тщательный анамнез заболевания, анамнез репродуктивной функции, внешний осмотр, трехкратное исследование спермы, УЗИ доплерография мошонки, MAR-Test, анализы на ИППП.

Результаты: У 153 пациетов была произведена операция Иванисевича; 18 пациентам с избыточной массой тела и 17 пациентам с рецидивным варикоцеле проведена операция Мармар; 12 пациентам проведена эмболизация внутренней семенной вены. После оперативной коррекции варикоцеле. У 85% пациентов отмечено улучшение качества спермограмм, у 90% пациентов MAR-тест стал в пределах 8 %, беременность наступила в

60% случаев, 40% воспользовались методами вспомогательной репродукции. У 6 пациентов имело место осложнение в виде гидроцеле.

Выводы: Оперативное лечение варикоцеле следует рассматривать как метод выбора у бесплодных пар, где мужчины имеют эту патологию. Лечение варикоцеле доказано улучшает параметры спермы у большинства мужчин (фертильность) в среднем на 56,7 % через 6 месяцев.

Нарушения липидного обмена у больных остеоартрозом

Корж И.В.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко АМН Украины»

Одними из основных сопутствующих заболеваний пациентов с остеоартрозом являются кардиоваскулярные, что определяется общностью некоторых патогенетических механизмов поражения сердечно-сосудистой и костной систем.

Цель: изучение особенностей липидного обмена у больных остеоартрозом.

Материалы и методы: Основная группа - 38 пациентов с остеоартрозом I-II ст. по Келегрену и Лоуренсу, (муж. -12 чел., жен. – 26чел.), средний возраст - 39,6±3,2 года. Диагноз устанавливали на основании критериев «The American College of Rheumatology, (1990)». Контрольная группа - 20 чел. в возрасте 40,2±2,9 лет, без патологии суставов и позвоночника. Иммуноферментным методом с дальнейшим расчетом коэффициента атерогенности (КА) определяли: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП).

Результаты: Средний уровень ХС у пациентов с остеоартрозом не отличался от показателей в контрольной группе (5,3±0,31 моль/л), хотя были выраженными колебания индивидуальных значений. Выявлены статистически достоверные различия между группами пациентов в концентрации ТГ, ХС ЛПВП, КА ,($p<0,05$).

Выводы. У больных остеоартрозом на фоне физиологически нормального содержания ХС имеет место атерогенная дислипидемия.

Морфологические изменения в паренхиматозных органах, брюшине, тонком и толстом кишечнике в динамике острого серозного перитонита

Копылов Н.А., Ткачёв С.Н.

Научный руководитель - доцент С.В. Гринченко

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: Ознакомится с морфологическими изменениями в паренхиматозных органах, брюшине, тонком и толстом кишечнике в динамике острого серозного перитонита.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что для группы сравнения характерно умеренное, равномерное полнокровие сосудов паренхиматозных органов, кишечника, брюшины, в отдельных случаях зернистость эпителия почечных канальцев, умеренно выраженная митотическая активность гепатоцитов и высокое содержание гликогена.

В начальном периоде заболевания перитонит представляет собой местный воспалительный процесс. Печень, почки и сердце не претерпевают существенных морфологических изменений. В начальной стадии острого перитонита артериоло-капиллярный кровоток снижается в кишечных сосудах и значительно возрастает в сосудах париетальной брюшины. На фоне спазма артериального звена, капилляров и расширения венулярного звена гемомикроциркуляторного русла (ГМЦР) развивается ишемия кишечника, в нем развиваются дистрофические, воспалительные изменения.

В реактивной стадии разлитого перитонита нарастает серозное воспаление брюшины с характерными резкими нарушениями гемомикроциркуляции в виде стаза, эритроцитарных агрегатов и тромбов в сосудах микроциркуляторного русла. Во всех слоях тонкого и толстого кишечника выявлены общие тенденции, совпадающие с таковыми начальной

стадии перитонита: снижение диаметра и количества артериол и капилляров, при увеличивающемся диаметре и количестве венул.. В париетальной брюшине наблюдается отек, умеренная лимфоцитарная инфильтрация, небольшое число нейтрофильных гранулоцитов. Количество и диаметр сосудов всех типов увеличен по сравнению с показателями группы сравнения, имеет место выраженная гиперемия брюшины. Также поражаются печень и почки, что проявляется морфологическими изменениями преимущественно дистрофического характера.

В токсической стадии экспериментального перитонита прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости ведет к нарастанию патологических изменений в кишечной стенке, характеризующихся расширением диаметра капилляров и венул, нарушениями реологических свойств крови в виде стазов, и изменения проницаемости стенок сосудов преимущественно венозного отдела ГМЦР. Показатели количества сосудов различных типов в слоях тонкого и толстого кишечника несколько варьируют, что объясняется неравномерностью распределения сосудов, чередованием их расширенных и спазмированных участков и образование бессосудистых зон. Экссудативные изменения в кишечнике слизистой оболочки быстро переходят в альтеративные, сочетаясь и коррелируя с сосудистыми нарушениями. Усугубляются поражения печени и почек в виде дистрофических и воспалительных изменений.

При поздней стадии экспериментального перитонита происходит нарастание патологических изменений в кишечной стенке, характеризующихся выраженной вазодилатацией, замедлением кровотока, развитием реологических нарушений вплоть до микротромбоза, увеличением миграции форменных элементов крови из просвета сосудов в ткани. Отмечается обилие экстравазатов. Изменение ГМЦР на этом этапе становится критическим, а при прогрессировании перитонита – необратимым. Альтеративные процессы во всех оболочках кишечной трубки обусловлены нарушением интрамуральной гемодинамики стенки кишки. Одновременно нарушается функция печени и почек, что проявляется гемодинамическими, дистрофическими, некротическими и воспалительными изменениями.

Діагностика ургентних станів у хворих із патологією легенів

Лопатенко Д.Э.
Харківський національний медичний університет

Актуальність. Хронічні запальні захворювання легенів в останній час відрізняються високою частотою в структурі патології органів дихання. Частота розвитку хронічної емпієми плеври коливається в межах 35,1-67,5 %, спостерігається зростання деструктивних захворювань легенів із плевральними ускладненнями, найбільш тяжким з яких є гостра неспецифічна емпієма плеври із бронхоплевральною норицею (піопневмоторакс).

Мета роботи Вдосконалення діагностики гострих станів у хворих із хронічною патологією легенів, що потребують хірургічного лікування.

Матеріал та методи. Робота виконувалась на кафедрі загальної хірургії та у хірургічному відділенні міської лікарні №4 м. Маріуполя. Обстежено 40 хворих віком 30 – 50 років із діагнозом «піопневмоторакс», яким було виконано дренування плевральної порожнини за Бюлау. Вивчався характер скарг, особливості анамнезу, об’єктивний статус, проводилось рентгенологічне дослідження органів плевральної порожнини, ультразвукова діагностика (УЗД) органів плевральної порожнини. Об'єктивними даними, що свідчили про динаміку процесу було прийнято: наростання (зниження) інтоксикації, інтенсивність скидання повітря; зсув середостіння, рентгенологічна динаміка процесу, деякі показники системної запальної відповіді (нітрати та нітрити крові, фактор некрозу пухлин, інтерлейкіни 2,4, 8, 1ß, імуноглобуліни А, G).

Результати та їх обговорення. Гострі стани, що потребували хірургічного втручання, у 24 із 40 хворих (60 %) розвинулись на фоні супутньої соматичної патології. Діагностовано: ішемічну хворобу серця (часто - із хронічною серцевою недостатністю), цироз печінки, віл-інфекція. Більшість хворих були малозабезпечені, дотримувались асоціального способу

життя. Із 40 обстежених 36 (90 %) мали шкідливі звички (паління, зловживання алкоголем, ін'єкційна наркоманія). Комплексне обстеження із включенням результатів показників, що відображають характер системної запальної відповіді характеризувало зниження імунологічної реактивності організму. Застосування апаратних методів в процесі верифікації діагнозу дозволило розробити показання для хірургічного втручання, що сприяло повному видужуванню 40 % край тяжких хворих у строки від 21 до 95 днів.

Висновки. Аналіз отриманих даних показав, що діагностика піопневмотораксу потребує застосування комплексу сучасних клініко лабораторних та апаратних методів, які могли б перенести ослаблені хворі з важкою супутньою патологією, що буде сприяти позитивним результатам проведеного адекватного лікування.

Выбор оперативной тактики холецистэктомии у больных с профессиональной патологией органов дыхания

Мельников В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель и задачи исследования. Обосновать выбор метода холецистектомии (ХЭ) у больных с профессиональной патологией органов дыхания (ППОД).

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и ППОД, разделенных на 2 группы: 1-ю составили шахтеры после операции ХЭ методом лапаротомии (ЛТ) – 27 чел.; 2- шахтеры после операции ХЭ методом лапароскопии (ЛС) - 23 чел. У всех пациентов изучены физиологические параметры дыхания (ФПД) в зависимости от произведенного метода оперативного лечения.

Анализ полученных результатов. На основании проведенного анализа выяснено, что у больных с ППОД и ХЭ методом ЛС (2 группа) псевдопневмоперитонеум вызывает выраженные отрицательные изменения ФПД, приближающиеся иногда к критическим показателям. В таких случаях от эндоскопической операции следует отказаться. Оперативное вмешательство у больных с ППОД лучше выполнить методом ЛТ (1 группа) или с использованием лифтинговых методик лапароскопической хирургии. В тех случаях, когда отрицательные изменения функции дыхания не достигают значительной степени, до операции можно подобрать то давление, при котором сдвиги функций минимальны, и операция проводится с наложением карбоксиперитонеума с меньшими цифрами внутрибрюшного давления.

Выводы. Полученные результаты влияния пневмоперитонеума на ФПД у шахтеров с ППОД позволяют определить оперативную тактику ХЭ. Степень нарушения ФПД может быть использована для прогноза изменения физиологических функций системы дыхания при проведении операции под повышенным давлением в брюшной полости.

Внутрішньотканинний електрофорез препаратів α-ліпоєвої кислоти в передопераційній підготовці хворих на синдром діабетичної стопи

Москалюк О.П.

Науковий керівник - професор А.Г. Іфтодій

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) через зростання захворюваності, поширеності та тяжкості його різноманітних ускладнень став однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 30-80% хворих на ЦД й у 30-70% із них ускладнюється гангренозно-некротичними ураженнями. Статистика останніх років показує, що з приводу гнійно-некротичних ускладнень ЦД у світі виконується 57-125 тис. високих ампутацій на рік, летальність після яких становить від 6 до 50%. Однак, до кінця не встановлені необхідність, обсяг та тривалість проведення передопераційної підготовки. Також не вивчено застосування фізичних факторів в передопераційній підготовці даної категорії хворих.

Метою нашої роботи є вивчення впливу внутрішньотканинного електрофорезу (ВТЕФ) препаратів α-ліпоєвої кислоти на перебіг перифокального запалення в хворих на ускладнені форми синдрому діабетичної стопи для оптимізації передопераційної підготовки.

Матеріали і методи. Проведено лікування 21 хворого із СДС III-V ступенів ураження за класифікацією Wagner на базі хірургічного відділення № 1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці. Крім традиційної терапії даним хворим в передопераційній підготовці проводився ВТЕФ препаратів α-ліпоєвої кислоти на уражену кінцівку, за методикою розробленою на кафедрі. З оперативних втручань виконували некректомії, розкриття та дренування гнійника, екзартикуляції пальців з резекцією головок плюсневих кісток, трансметатарзальні ампутації переднього відділу стопи. Результати лікування порівнювалися із даними контрольної групи (n=22), в якій не застосовувався ВТЕФ.

Отримані результати. Проведення ВТЕФ препаратів α-ліпоєвої кислоти в передопераційній підготовці сприяло зменшенню явищ перифокального запалення, що дозволило провести закриття післяопераційної рани первинним швом майже в 1,5 рази частіше порівняно з контрольною групою. Кількість післяопераційних ускладнень, зокрема нагноєння післяопераційної кукси, остеомієліт, крайовий некроз, прогресування некротичних процесів, зменшилась в 1,3 рази порівняно з контрольною групою. В 76% випадків основної групи проведено лише одне оперативне втручання, в контрольній групі – 64% відповідно. Опорну функцію кінцівки вдалось зберегти в 86% хворих основної та 76% контрольної групи.

Висновок. Включення ВТЕФ препаратів α-ліпоєвої кислоти в комплекс передопераційної підготовки дозволяє обмежитися «малими» ампутаціями, зберегти опорну функцію кінцівки, зменшити кількість реампутацій.

Дослідження клінічної ефективності нового способу пластики пахвинних гриж

Москалюк О.П.
Науковий керівник – професор І.В. Шкварковський
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Пахвинні грижі займають вагоме місце в структурі хірургічних захворювань населення. Ця патологія зустрічається в 1-2,5% чоловіків та 0,3-1,5 жінок, складаючи до 80% всіх видів гриж живота. Результати традиційного оперативного лікування пахвинних гриж визнані далекими від бажаних через високий рівень рецидивів, який складає за даними різних авторів від 2,5 до 47%. Застосування алотрансплантатів та сучасних методів герніопластики дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3-14%. Поряд з цим залишається високою кількість специфічних ускладнень, пов’язаних із застосуванням алотрансплантатів. Крім того збільшується кількість повідомлень про розвиток ускладнень внаслідок контакту алотрансплантату зі сім’яним канатиком.

Мета дослідження – дослідити клінічну ефективність запропонованого способу лікування пахвинних гриж, який передбачає транслокацію сім’яного канатика в передочеревинний простір та підм’язовим розташуванням алотрансплантата.

Матеріали та методи. На базі хірургічного відділення № 1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці прооперовано 8 хворих за запропонованою методикою. Всі хворі – чоловіки віком від 25 до 69 років. Тривалість гриженосійства від 6 до 48 місяців. Операції проводились під місцевою анестезією sol. Novocaini 0,25%. Всім хворим виконана герніопластика за розробленою методикою (патент України на корисну модель № 60210). В якості алотрансплантата використовували поліпропіленову сітку фірми «Ethicon» (США).

Отримані результати. Інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді коливалась від 2 до 5 балів за Цифровою Рейтинговою Шкалою (Numerical Rating Scale) і в середньому становила – 3 бали. У післяопераційному періоді знеболення виконували ненаркотичними засобами на вимогу хворого. При чому 6 хворим ін’єкція зроблена один раз, 1 хворому – двічі та 1 хворому більше двох разів.

У даної групи хворих ускладнень післяопераційного періоду не діагностовано. За час спостереження за хворими після операції протягом 6 місяців рецидиву грижі та синдрому хронічного пахвинного болю не виявлено. Післяопераційний ліжко-день становив від 2 до 4, в середньому – 3,10 ± 0,21.

Висновок. Запропонований спосіб операції попереджує контакт сім'яного канатика з алотрансплантатом, знижуючи тим самим ризик виникнення специфічних ускладнень

Прогнозування ризику тромбозу судинних протезів за рівнями ендогліну у хворих, які перенесли реконструктивні операції артерій нижніх кінцівок

М'ясоєдов К.В.

Харківський національний медичний університет

Значущість проблеми лікування хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок (ОААНК) пов'язана з поширеністю, невпинним прогресуванням захворювання, що веде до тимчасової або постійної втрати працездатності, передчасної смерті від ускладнень.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (2007р.), на хронічні облітеруючі захворювання нижніх кінцівок страждають 3-20% (2,5% люди віком до 60; 8,3% віком 60–69; 19% віком за 70) населення Землі. Ще 18-19% мають асимптомні форми захворювання. Це складає 3-4% від кількості усіх хірургічних захворювань та 90% від усіх судинних уражень артеріального русла. На цей час спостерігається тенденція до збільшення числа хворих з даною патологією. Удосконалення методів консервативного лікування атеросклерозу, використання нових антисклеротичних препаратів, простагландинів не позбавило необхідності оперативного лікування хворих. Наразі не виникає сумнівів щодо необхідності поліпшення гемодинаміки в ураженій кінцівці хірургічним шляхом при критичній ішемії.

При важкій хронічній ішемії нижніх кінцівок реконструктивна операція на судинах є єдиним засобом збереження кінцівки, та нерідко і порятунку життя хворого. Незважаючи на прогрес ангіології, досягнення сучасної анестезіології та реаніматології, відновлювальні операції на аорто – стегново- гомілковому сегменті залишаються втручаннями з підвищеним ризиком для життя хворого і, найчастіше, з несприятливими наслідками втручань. Основною причиною невдалих реконструктивних оперативних втручань є післяопераційні ускладнення, які відзначаються у 40-60% хворих.

Провідним ускладненням залишаються тромбози протезів і оперованих судин в ранньому післяопераційному періоді, що зустрічаються в 7,2-29,5% реконструктивних операцій

Одним із патогенетичних механізмів розвитку тромбозів протезів у хворих може бути дисфункція ендотелію судин, що характеризується і може бути оціненою за рівнем біологічно-активних молекул у судинному руслі. Однією з таких молекул, інтерес до якої зростає протягом останнього року, є ендоглін – CD105 (ендоглін) є трансмембранним глікопротеїном з молекулярною масою 180 кДа, з позначеною тканинною специфічністю. CD105 переважно експресується на ендотеліальних клітинах. CD105 є компонетом рецепторного комплексу трансформуючого фактору росту (TGF)-β, а саме цитокіном, що має плейотропний вплив на клітинну проліферацію, диференціацію та міграцію.. Він зв'язує декілька компонентів надсімейства TGF-β. Рівні CD105 регулюють експресію різних компонентів екстрацелюлярного матриксу, включаючи фібронектін, колаген, інгібітор активатору плазміногену-1 та люмікану.

Вищевикладене свідчить про необхідність проведення досліджень спрямованих на вивчення ролі ендотеліального фактора ендогліну як прогностичного фактора і маркерного показника тромбозу судинних протезів у хворих, які перенесли реконструкцію артерій нижніх кінцівок.

Діагностична цінність деяких показників запалення у дітей, які перенесли асфіксію при народженні

[1]Овчаренко С.С., [1]Білогуров С.М., [1]Данилова К.А., [2]Шевченко О.В.
Науковий керівник –професор Н.М. Межирова
[1]Харківський національний медичний університет
[2]Обласна дитяча клінічна лікарня №1 м. Харкова

Мета дослідження. Визначення діагностичної цінності різноманітних показників запалення у дітей, які перенесли асфіксію при народженні.

Матеріали та методи. Ми обстежили 43 доношених новонароджених. Із них 17 здорових дітей, 26 дітей – хворі, які знаходилися на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії ОДКЛ №1 м. Харкова з діагнозом асфіксія тяжкого ступеня. У зв'язку з відсутністю ефективного дихання хворим дітям проводилось його протезування сучасними апаратами ШВЛ Leoni-2, SLE-5000. Усі діти були розподілені на три группи: 1-а – контрольна (здорові діти, 17 осіб), 2-а – діти, які одужали (18 осіб), 3-а – померлі діти (8 осіб). У якості маркерів запалення нами були вибрані інтерлейкін-6 (ІЛ-6), інтерлейкін-1 (ІЛ-1), інтерлейкін-4 (ІЛ-4), фактор некрозу пухлини (ФНП), цистатін С, гаптоглобін, церулоплазмін, нітрати та нітрити. Дослідження проводилися на 3 та 7 добу захворювання (життя) Результати дослідження були оброблені з використанням пакету програм статистики Statistica for Windows 6.0

Результати дослідження. Оброблені дані свідчать про те, що найбільш інформативними показниками запалення на третю добу захворювання є: нітрити, ІЛ-4, цистатін С та гаптоглобін. Рівень нітритів у дітей, які одужали, достовірно вищий ніж у померлих. Тобто, простежується пряма залежність: чим вище рівень нітритів у дитини на третю добу життя, тим більш сприятливій прогноз перебігу захворювання.

Вивчення рівня ІЛ-4 показало, що у дітей, які одужали він достовірно нижче ніж у померлих. Крім того, чим нижче рівень ІЛ-4 на третю добу, тим більш сприятливий прогноз перебігу захворювання. Подібна тенденція зберігається і на сьому добу.

Підвищення рівня цистатіна С на третю добу у групі померлих дітей, свідчить про поглиблення запального процесу, що може бути використано у якості прогностичного критерію перебігу захворювання. Варто зазначити, що дослідження рівня цистатіна С на сьому добу не має достовірної діагностичної значимості. Показник рівня гаптоглобіну на третю добу був достовірно нижче в групі дітей, які одужали, чим у померлих, а на сьому добу захворювання, картина кардинально змінилась: у дітей, які одужали простежується зростання цього показника, а у померлих – його зниження. На сьому добу захворювання діагностичну цінність, окрім вище перелічених, проявили такі показники: ІЛ-1, ФНО та церулопалазмін. Рівень цих показників достовірно вище в групі дітей, які одужали.

Висновки: Дослідження рівня нітратів, інтерлейкіну-4, цистатіну С та гаптоглобіну є інформативним показником розвитку запалення у новонароджених, які перенесли асфіксію.На третю добу найбільш інформативні в якості прогностичної ознаки є нітріти та інтерлейкін-4, а на сьому добу до цих показників приєднуються інтерлейкін-1, фактор некрозу пухлини та церулоплазмін.

Рациональные подходы к лечению застарелых повреждений таза в родах

Олейник А.А., Истомин Д.А., Битчук Д.Д., Танькут А.В., Ракзин Р.С.
Харьковский национальный медицинский университет

Здоровье матери и ребёнка в значительной мере зависит от адекватного ведения родов, своевременной диагностики и лечения возникающих осложнений. На современном этапе чётко прослеживается тенденция, которая направлена на поиски оптимальных методов лечения женщин с повреждениями таза в родах, которые встречаются в 0,03-4% случаев.

Материалы и методы. Эффективность лечения застарелых повреждений таза в родах анализировали по данным сравнительной оценки клинико-биомеханических исследований, проведенных у 34 больных: 17 пациенток, получавших традиционное лечение гамачком , 17

пациенток с застарелыми повреждениями таза в родах(лобковый симфиз и крестцово-подвздошные суставы) в комплексном лечении применяли термопластическое ортезирование.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ эффективности лечения пациенток с застарелыми повреждениями таза в родах показал, что изменения в лобковом симфизе и крестцово-подвздошных суставах со временем приводят к развитию дегенеративно-дистрофических в них. Существенную роль играет наличие ортопедической патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза до и во время беременности. При застарелых повреждениях таза в родах применение ортезирования в биомеханически обоснованных случаях позволило достичь весовой нагрузки на конечность в среднем 44,6±0,2% при коэффициентах опорности – 0,96±0,03% и ритмичности - 0,93±0,02. Наиболее существенные позитивные различия в результатах лечения достигнуты при диснутационных и нестабильных застарелых повреждениях таза в родах за счёт возможности проводить лечения по разработанному способу в амбулаторных условиях без угрозы потери коррекции непрерывности тазового кольца и стабильности пояса нижних конечностей, что существенно улучшило качество жизни.

Выводы Сравнительное клинико-биомеханическое исследование позволило объективно оценить эффективность применения разработанной технологии цельнокроеного ортезирования с использованием термопластического материала для лечения свежих и застарелых повреждений таза в родах(Патент Украины №71865А), его преимущество перед традиционным способом лечения.

Экспериментальное обоснование эффективности применения карбоксиметилцеллюлозы для профилактики патологического спайкообразования в зоне кишечного анастомоза

Пащенко К. Ю., Кирошка Е. В.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель и задачи исследования. Улучшение результатов формирования межкишечных анастомозов за счет профилактики патологического спайкообразования в зоне соустья.

Материалы и методы исследования. В работе использован препарат «Линтекс-Мезогель» (ЛМ), предназначенный для снижения интенсивности послеоперационного спайкообразования органов и тканей, имеющих серозное покрытие. ЛМ представляет собой водный гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы.

Экспериментальное обоснование эффективности применения ЛМ выполнено на 12 лабораторных крысах основной группы линии Вистар массой 250-350 г. Контрольную группу составили 12 животных с теми же параметрами. Под общим наркозом в асептических условиях производилась лапаротомия. Отступя приблизительно 4 см проксимальнее илеоцекального угла стенку тонкой кишки пересекали в поперечном направлении. Формировали однорядный непрерывный межкишечный анастомоз по типу конец-в-конец атравматической нитью Vicryl 6/0. После наложения анастомоза в основной группе интраабдоминально в зону межкишечного соустья тонким слоем наносился ЛМ. Петли кишечника погружали в брюшную полость, операционную рану ушивали наглухо. Забор материала для макро- и микроскопического исследования производили спустя 2 недели и 1 месяц после операции в обеих группах.

Результаты. При последующей ревизии брюшной полости и заборе материала (кишечный анастомоз, участок приводящей и отводящей петли) в контрольной группе животных отмечена тенденция к отграничению зоны анастомоза в виде формирования защитного спаечного процесса вокруг него с участием сальника. В ряде случаев отмечено образование массивного конгломерата прилежащих петель тонкой кишки и купола слепой. В 3х случаях наблюдались явления частичной непроходимости анастомоза.

В основной группе отмечено умеренное или незначительное спайкообразование в зоне кишечного анастомоза, отсутствие сращений с прилежащими кишечными петлями. Несостоятельности и непроходимости анастомоза не отмечено.

Обобщение данных микроскопического изучения характера заживления анастомоза не выявило существенных различий у животных сравниваемых групп.

Выводы. На основании экспериментальных данных, использование карбоксиметилцеллюлозы позволяет снизить выраженность патологического спайкообразования в зоне кишечного анастомоза.

Особенности течения синдрома эндогенной интоксикации у детей с аппендикулярным перитонитом.

Пушкарь М.Б., Колоний Т.И., Гурина И.В., Главатских Д.М.
Научный руководитель –профессор Н.М. Межирова
Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы. Исследование особенностей течения синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) у детей с аппендикулярным перитонитом.

Задачи. Изучить клинико-лабораторную картину СЭИ у детей с аппендикулярным перитонитом и определить биохимические критерии тяжести СЭИ в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 88 больных с аппендикулярным перитонитом, которые находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Областной детской клинической больницы №1 г. Харькова. Дети с аппендикулярными перитонитами были разделены на две группы: I группа (n=68) 75% - дети с местным перитонитом, II группа (n=20) 25% - пациенты с распространенными формами перитонита. Оценка тяжести состояния больных проводилась по шкале The Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA). Исследовались специфические показатели СЭИ: креатинин, мочевина, уровень среднемолекулярных олигопептидов (СМП) крови при поступлении и в течении пяти суток послеоперационного периода. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) использовался для оценки наличия микробной инвазии. Состояние больных контролировалось комплексом клинических, биохимических и функциональных наблюдений.

Результаты исследования. Было выявлено, что у больных с местной формой перитонита длительность заболевания до поступления в стационар находилась в пределах суток, тогда как для распространенных форм перитонита были характерны сроки заболевания 2±0,5 суток. У детей с местным перитонитом оценка тяжести состояния по шкале SOFA составила 0 баллов, у детей с распространенным перитонитом – 1 балл.

В предоперационном периоде уровень СМП у больных с местным перитонитом находится в пределах нормальных значений - 0,235±0,009 у.е., в отличие от первой группы, у детей с распространенным перитонитом уровень СМП превышает пределы нормы и в среднем составляет - 0,269±0,004 у.е. Концентрация мочевины 5,5±1,2 ммоль/л и креатинина 0,089 ммоль/л в группе детей с местным перитонитом находятся в пределах нормы, аналогичные показатели у детей с распространенным перитонитом были повышены (мочевина- 9,5±0,8 ммоль/л, $p<0,005$; креатинин - 0,120±0,005 ммоль/л, $p<0,005$). Отмечалось повышение ЛИИ до 0,9±0,1 в группе детей с местным перитонитом, что свидетельствует о наличии микробной агрессии, а у детей с распространенным перитонитом ЛИИ снижен до 0,31±0,1, что, вероятно, обусловлено снижением иммунного ответа.

В первые сутки после операции отмечается нарастание уровня СМП в обеих группах, однако в большей степени - при распространенных формах перитонита до 0,350±0,020 у.е., ($p<0,001$). Вторые сутки характеризуются снижением уровня СМП у больних с местным перитонитом, а у детей с распространенным перитонитом – снижением показателей СЭИ отмечается с третьих суток послеоперационного периода.

Несмотря на комплексную терапию уровень ЛИИ оставался повышенным до пяти суток.

Зависимости показателей интоксикации в разных возрастных группах не выявлено.

Выводы: 1. В дооперационном периоде СЭИ имеет при распространенной форме перитонита и отсутствует при местном перитоните. 2. При местной форме перитонита СЭИ проявляется в первые сутки послеоперационного периода с последующим гладким течением и нормализацией показателей к третьим суткам. 3. У детей с распространенной формой перитонита СЭИ максимально выражен на третьи сутки, а его динамическая регрессия происходит к пятым суткам.

Индивидуализированный прогноз течения тяжелой формы острого панкреатита

Робак В.И., Евтушенко А.В., Акименко А.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность темы. Своевременная оценка степени тяжести состояния больного с острым панкреатитом и прогноз течения заболевания позволяют правильно выбрать тактику лечения больного, предупредить развитие осложнений, что значительно улучшает результаты лечения, снижает летальность, сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

Цель работы. Разработка индивидуализированного прогноза течения тяжелой формы острого панкреатита с помощью оценки тяжести состояния больного по шкале ASSES.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты хирургического лечения 125 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Инфицированный панкреонекроз выявлен у 80 (64%) больных, стерильный панкреонекроз – у 45 (36%) больных. Поражение забрюшинной клетчатки выявлено у 80 (64%) больных. Больные разделены на группы в зависимости от исхода заболевания: в послеоперационном периоде умерло 34 (27,2%) больных (1 группа), 91 (72,8%) больной выписан живым из стационара (2 группа). В предоперационном периоде и в динамике послеоперационного периода с учетом исхода тяжелой формы острого панкреатита проведена оценка тяжести состояния больных по шкале ASSES.

Результаты и их обсуждение. В предоперационном периоде тяжесть состояния больных 1 группы оценена в 15,05±1,0 балов, больных 2 группы – в 11,74±0,77 баллов. В раннем послеоперационном периоде тяжесть состояния больных 1 группы оценена в 17,05±1,05 балов, больных 2 группы – в 10,18±0,65 баллов. Методом CART установлено, что, при тяжести состояния больного более 13 баллов в предоперационном периоде послеоперационная летальность составила 65,0%, менее 13 баллов - 22,22%. В раннем послеоперационном периоде при тяжести состояния больного более 16 баллов летальность составила 70,59%, менее 16 баллов - 11,11%. Для более точного прогноза течения тяжелой формы острого панкреатита нами был проведен анализ индивидуальных бальных оценок тяжести состояния больных по шкале ASSES. Методом кластерного анализа k-средних больные разделены на три кластера. Первый кластер – больные, у которых сумма баллов увеличилась на 1 сутки послеоперационного периода, а затем уменшилась. Второй кластер – больные, у которых сумма баллов постепенно уменшалась. Третий кластер– больные, у которых сумма баллов прогресивно увеличивалась. В данных кластерах проведен анализ летальности. Выявлено, что в первом кластере летальность составила 11,11%, во втором–21,43%, в третьем – 50,0%.

Выводы: Для больного с тяжелой формой острого панкреатита прогностически неблагоприятными факторами течения заболевания являются: оценка тяжести состояния по шкале ASSES более 13 баллов в предоперационном периоде и более 16 баллов в раннем послеоперационном периоде, а также прогрессивное увеличение суммы баллов по шкале ASSES в динамике послеоперационного периода.

Роль методик малой хирургии в лечении больных с острой неспецифической эмпиемой плевры

Симонец Е.Н.
Киевская городская клиническая больница № 17

Дренирование плевральной полости является одной из методик малой хирурги, применяемой у пациентов с острой неспецифической эмпиемой плевры. У больных с данной

патологией, возможно, использовать дренаж, как для пассивного оттока плеврального содержимого, так и применять фракционный лаваж плевральной полости и различные варианты аспирационных методик. [1].

Целью работы явилось изучение эффективности пассивного и активного дренирования плевральной полости с применением фракционного аспирационно-промывного режима у больных с неспецифической эмпиемой плевры.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 68 больных с острой эмпиемой плевры с дренированием плевральной полости. Все пациенты получали комплексную консервативную терапию. У 33 больных – первая группа – выполнено пассивное дренирование, у 35 – вторая группа – проводилось активное дренирование с применением аспирационно-промывного режима. У пациентов группы выполнялась санация антисептиками, отток из плевральной полости осуществлялся самостоятельно. У больных второй группы после проведения санации полости эмпиемы применялась активная аспирация с разряжением 60 – 80 мм водн. ст.

Данные, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента - Фишера.

Результаты и обсуждение. У больных первой группы хроническая эмпиема развилась у 5 (15,15 %) наблюдаемых первой группы и у 2 (6,8 %) больных второй группы. Все больные были оперированы в плановом порядке, выполнена декортикация легкого. Сухая остаточная полость отмечена у 7 (21,2 %) пациентов первой группы и у 2 (6,8 %) больных второй группы. Средний койко – день у больных первой группы составил 27, 3 ± 2,1 суток, а пациентов второй группы - 21,1 ± 1,1 суток.

Выводы: Применение активного дренирования плевральной полости с использованием фракционного аспирационно – промывного режима у больных с неспецифической эмпиемой плевры позволяет уменьшить количество осложнений, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Современные научные подходы в комплексном лечении ранних стадий остеоартрозов

Танькут А.В., Истомин Д.А., Олейник А.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Артроз – это наиболее распространенное хроническое полиэтиологическое заболевание суставов, в основе которого лежит нарушение функционального состояния синовиальной оболочки, синовиальной жидкости и суставного хряща. Артрозами страдает каждый третий житель Украины пожилого и старческого возраста (98 % населения старше 50 лет) (ЗУ № 20 от 10.2007).

Цель исследования. Показать эффективность применения современных лекарственных средств для профилактики и лечения остеоартрозов.

Материалы и методы. В работе освещены современные представления об остеоартрозах, представленные данные о частоте и динамике их развития. Показана роль синовиальной жидкости и ее основного компонента – гиалуроновой кислоты, обеспечивающую функциональную целостность суставного хряща. Изложены основные свойства суставного хряща в здоровом суставе и в случаях развития артроза.

Определена роль медиаторов (цитокинов), влияющих на метаболизм хрящевой ткани сустава.

Результаты. Для профилактики и лечения ранних стадия остеоартрозов показана целесообразность применения лекарственных препаратов–синергистов: «Остенил», как искусственная синовиальная жидкость для внутрисуставных введений и «Артродар» - ингибитор интерлейкина-1, улучшающий процессы метаболизма суставного хряща.

Риск развития несостоятельности культи бронха при резекции легкого

Токарев А.В., Смоляник К.Н., Минухин Д.В., Бачерикова Ю.А.
Харківський національний медичний університет

Особое место в современной медицинской науке и практике занимает прогнозирование – научно обоснованное предвидение результатов проводимых операций. Формирование

объективной качественной оценки степени операционного риска позволяет принять решение о способах и объемах лечения хирургического больного. В этой связи перспективным направлением является прогнозирование риска развития несостоятельности культи бронха.

Цель исследования: разработать прогностическую систему оценки несостоятельности культи бронха путем изучения неблагоприятных факторов.

Материалы и методы: Выполнен анализ результатов лечения 36 больных, находившихся на лечении в клинике ИОНХ АМНУ с 2000 по 2008 гг., у которых в послеоперационном периоде наблюдалась несостоятельность культи бронха. В исследовании учитывались такие показатели обследования как: данные анамнеза, результаты общепринятых клинико-лабораторных, рентгенологических и эндоскопических методов обследования больных. Указанные показатели обследования, по данным литературы, достоверно влияют на риск возникновения несостоятельности культи бронха. Сумму прогностических коэффициентов риска вычисляли по методу Вальде.

Результаты: При проведении исследования выделены наиболее неблагоприятные факторы в развитии несостоятельности культи бронха при резекциях легких. Ведущими являются такие, как правосторонняя пульмонэктомия у 21 (58,3%) больного, бактериальная обсемененность бронха (микробное число >180 в 1 мл промывных вод) у 17 (47,2%) больных, предоперационная лучевая терапия, системный атеросклероз. Два последних фактора указывают о наличие ишемии в тканях бронха у 15 (41,7%) больных.

Выводы: комплексное изучение факторов, влияющих на возникновение несостоятельности культи бронха после резекции легкого и выделение наиболее значимых, среди которых ведущее место заняли правосторонняя пульмонэктомия, бактериальная обсемененность, ишемия в тканях бронха, позволило разработать высокочувствительную прогностическую систему оценки риска развития данного осложнения.

Индивидуализация хирургического лечения декомпенсированых форм хронической венозной недостаточности

Шарлай Е.Ю., Бабынкина И.Б., Вьюн С.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Хроническая венозная недостаточность (ХВН), осложненная трофическими язвами, актуальная проблема хирургии. Наряду с местным лечением при декомпенсированых формах ХВН выполняют самые разнообразные хирургические вмешательства на поверхностных, перфорантных и глубоких венах.

В настоящее время имеются принципиальные разногласия при выборе того или иного вида операции. Наиболее спорными вопросами являются такие как определение целесообразности хирургического вмешательства и его объема при открытой трофической язве голени, выборе метода лечения у пациента с язвами большой площади, резистентными к консервативной терапии.

Наш опыт лечения таких больных свидетельствует, что выбор оперативного вмешательства необходимо осуществлять на основании объективных данных, инструментальных методов исследования, клинической ситуации (выраженность трофических нарушений, сопутствующая патология, наличие или отсутствие язвенного дефекта), а также учитывая социально - экономические аспекты.

Хирургические вмешательства при трофических язвах венозной этиологии следует разделять на следующие виды: этапные, радикальные, паллиативные и расширенные.

Этапные операции рекомендованы пациентам в случаях выраженных трофических изменений нижних конечностей или при наличии тяжелой соматической патологии. В качестве первого этапа выполняется флебэктомия на бедре, а через пол года эндоскопическая диссекция перфорантных вен.

Радикальные вмешательства применяют у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Это возможно в случаях равнозначного участия как высокого, так и низкого вено-венозного сброса развития заболевания.

Паллиативные операции необходимо выполнять пациентам с посттромбофлебитической болезнью, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Объем вмешательства обычно ограничивается эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени. Эти операции позволяют улучшить состояние флебо- и гемодинамики, тем самым улучшая условья для заживления язвенного дефекта.

Расширенные операции включают в себя коррекцию патологической гемодинамики, иссечение тканей, подвергшихся склерозу, одномоментной аутодермопластикой.

Таким образом, использование индивидуального подхода при выборе объемов вмешательств с декомпенсироваными формами ХВН у пациентов позволило значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений, сократить срок пребывания пациента в стационаре и добиться заживления трофических язв.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Вікові та соціальні особливості вагітних з прееклампсією

Алєксєєва Ю.В., Новокшонова А.А.
Науковий керівник - професор Ю.С. Паращук
Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Охорона здоров'я матері та дитини в Україні є завданням державного значення в загальній проблемі збереження здоров'я населення. Стратегія розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги базується на принципі єдності здоров'я матері та дитини. Боротьба за здоров'я та довголіття людини повинна починатися задовго до її народження, саме тому дослідження, спрямовані на раню діагностику стану плода, є актуальною проблемою сучасної медичної науки. Прееклампсія є тяжким ускладненням вагітності, і займає провідне місце в структурі материнської та перинатальної захворюваності й смертності [В.І. Грищенко, 2006].

Мета дослідження. Провести аналіз розподілу вагітних з проявами прееклампсії в залежності від віку, соціального положення в суспільстві та стану здоров'я.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети, досліджено 80 жінок терміном гестації 28 - 41 тиждень, віком від 18 до 35 років. Вагітні були розподілені на клінічні групи: контрольну – склали 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності, основну – 50 жінок з прееклампсією різного ступеня тяжкості. Жінки знаходилися під спостереженням в умовах пологового будинку №1 м.Харкова. Оцінка ступеня тяжкості прееклампсії проводилась у відповідності з клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної допомоги (наказ МОЗ України від 31.12.2004р., № 676, II частина). Методом збирання інформації було анонімне анкетування вагітних.

Результати. Аналіз вікового складу вагітних жінок показав, що більшість обстежених вагітних (68,0%) знаходилися у віці 21 - 30 років, що відповідає найбільш активному репродуктивному віку. У зареєстрованому шлюбі перебувало 88% жінок, у громадському – 9%, одинокі склали – 3%. Отже, громадське становище жінок не мало суттєвого впливу на появу та перебіг прееклампсії. Соціально-побутові умови життя більшості респондентів розцінені як відносно задовільні (84,5% жінок). Жінки, які вказували на незадоволення своїм соціально-побутовим становищем склали 11,5%, 4% жінок не змогли дати відповідь. Характеристика професійної діяльності обстежених вагітних жінок розподілилася наступним чином: 49,8% вагітних були домогосподарками. У вагітних з прееклампсією частіше всього зустрічалися жінки, робота яких пов'язана з інтелектуальною працею, фізичним та психоемоційним навантаженням. У сімейному анамнезі у 37% вагітних з прееклампсією матері теж страждали даною патологією, у 15% - рідні сестри під час вагітності мали прееклампсію або відмічали підвищення артеріального тиску під час пологів або протягом вагітності. Половина жінок вказали що мають стаж паління більше 5 років, з яких майже 30% зізнались, що продовжували палити під час вагітності. 85% жінок страждали на супутню екстрагенітальну патологію. У жінок з прееклампсією найчастіше зустрічалося ожиріння – 65%, вегето-судинна дистонія – 29%, гіпертонічна хвороба – 30%, хронічний пієлонефрит – 20%, міопія – 21% та дифузний зоб – 16%. У вагітних контрольної групи ожиріння, вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба, дифузний зоб не зустрічалися, хронічний пієлонефрит та міопія зареєстровані у 13% випадків. Необхідно відмітити, що в однієї й тієї ж вагітної інколи мало місце поєднання декількох захворювань, а екстрагенітальна патологія в деяких жінок була виявлена при даній вагітності вперше (10%). Результати пологів характеризувалися таким чином: у контрольній групі розродження через природні пологові шляхи відбулося у 90% випадків. В основній групі зі збільшенням ступеня тяжкості прееклампсії збільшувалося частота розродження шляхом операції кесарського розтину (54%).

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про серйозні медико-соціальні проблеми, які є характерними та типовими для сімей вагітних з прееклампсією. Для зменшення частоти ускладнень необхідно підвищити рівень санітарно-просвітницької роботи з вагітними жінками.

Профілактика та лікування невиношування вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення

Антонян М.І., Гузь І.А., Грищенко М.Г., Щербіна І.М.
Харківський національний медичний університет

Вступ. Невиношування вагітності (НВ) залишається однією з найбільш важливих проблем в акушерстві і гінекології. Після використання екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) серед причин НВ значне місце посідають імунологічні розлади, наслідком яких може бути порушення імплантації та розвитку ембріона. Результати відомих на сьогоднішній день досліджень імунних взаємозв'язків у жінок, яким було застосовано ЕКЗ, та їх роль у НВ достатньо суперечливі. Ретельне дослідження імунологічних зсувів, що спостерігаються при вказаній патології, та розробка методів їх корекції дозволить більш раціонально підходити до профілактики та лікування невиношування, що залишаються надзвичайно актуальними питаннями в теперішній час.

Мета дослідження – знизити рівень репродуктивних втрат у жінок шляхом оптимізації підходів до профілактики і лікування невиношування вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення вказаної мети було обстежено 56 жінок в терміні вагітності 6-12 тижнів вагітності з безпліддям в анамнезі, в яких вагітність наступила після застосування ЕКЗ (основна група). Контрольну групу склали 22 жінки з фізіологічним плином вагітності, яка наступила в природному циклі. Крім загальноклінічного обстеження, усім жінкам було проведено ультразвукове дослідження, визначення рівня гормонів (естрадіол, прогестерон, хоріонічний гонадотропін), імунологічне дослідження, яке включало визначення кількості Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів (CD4+), Т-супресорів (CD8+), В-лімфоцитів (CD19+), NK (CD16+), інтерлейкінів (IL-1, IL-2, IL-6), фактору некроза пухлини (TNFa), імунглобулинів (IgA, IgM, IgG).

Всі жінки основної групи були розділені на 2 клінічні підгрупи. До першої клінічної групи увійшли 22 вагітних, які отримували традиційну терапію НВ. Другу клінічну групу склали 34 пацієнтки, яким у складі комплексної терапії призначався імунокоректор поліоксідоній.

Результати дослідження. За даними ультразвукового дослідження у всіх жінок основної групи було визначено підвищення тонусу міометрія, часткове відшарування хоріона та плодових оболонок було виявлене у кожної 26 (46.4%) хворих. При гормональному обстеженні визначені зміни у продукції стероїдних гормонів: в контрольній групі спостерігалось збільшення вмісту естрадіолу і прогестерону, а в основній - зниження концентрації прогестерону і підвищенням естрадіолу ($P<0.05$). При імунологічному дослідженні у жінок основної групи було виявлено підвищення CD3+, CD4+, CD8+, NK-клітин, зсуви IgG та IgA в порівнянні з контрольними показниками ($P<0.05$). Цитокіновий профіль у вагітних основної групи вірогідно відрізнявся від показників контрольної групи підвищенням змісту IL-1, IL -2 и TNFa ($P<0.05$), що вказує на наявність гормонально-імунологічних розладів при загрозі невиношування вагітності у жінок, в яких вагітність наступила після застосування ЕКЗ.

При порівнянні результатів традиційного лікування та запропонованої терапії було виявлено, що ознаки загрози невиношування спостерігалися в 5 разів частіше в першій клінічній групі (40.9%), де застосована традиційна терапія, ніж в другій, де використані імунокоректори (8.8%). Треба відзначити, що в другій клінічній групі всі жінки доносили вагітність, їх пологорозрішення було виконано шляхом кесарського розтину в терміні 38-39 тижнів. Ускладнень з боку матері та плоду на протязі вагітності в другій клінічній групі не спостерігалося.

Висновки. Для лікування та профілактики невиношування вагітності у жінок після ЕКЗ ефективне використання імунокоректора поліоксідонія, який дозволяє значно знизити кількість репродуктивних втрат, не впливаючи негативно на стан матері та плода.

ВИЧ и беременность

Богдан Ю.А., Семенченко Л.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. По данным Европейского центра эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции/СПИДа, по темпам распространения Украина занимает первое место в странах Европы. Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку в нашей стране акушеры-гинекологи все чаще сталкиваются с проблемой ВИЧ- ассоциированной беременности, что послужило причиной для более детального исследования данного вопроса.

Целью исследования было изучение диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин, а также профилактики инфицирования плода во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Харьковской области, частота встречаемости ВИЧ-ассоциированной беременности, также представлен современный обзор материалов по проблеме предотвращения материнско-плодовой трансмиссии ВИЧ.

Результаты. В ходе исследования было отмечено увеличение уровня распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, связанное с изменениями в структуре пути передачи ВИЧ-инфекции – увеличение удельного веса полового пути. При обработке статистических данных был отмечен рост вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду, что объясняется во многих случаях выявлением ВИЧ-инфекции во время беременности (в связи с чем наблюдается наличие осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде, как со стороны матери, так и со стороны плода).

Выводы. Таким образом, на современном этапе развития медицины данная проблема остается актуальной и требует дальнейших исследований.

Проблема невиношування вагітності, шляхи її вирішення

Бородай І.С.
Харківський національний медичний університет

Питання охорони репродуктивної функції жінок та народження здорової дитини належать до важливіших задач сучасного акушерства, в переліку яких велике значення набуває антенатальна охорона плода при невиношуванні вагітності. Частота цієї патології коливається від 10 до 25 % від кількості всіх вагітностей та не має тенденції до зниження.

Метою цього дослідження було зниження частоти репродуктивних втрат, акушерської та перинатальної патології у жінок із звичним невиношуванням вагітності, шляхом розробки та впровадження науково-обґрунтованого комплексу діагностичних і лікувальних заходів.

Матеріали та методи. Нами проведено дослідження імунного статусу, стану матково-плодово-плацентарного комплексу у 85 вагітних із звичним невиношуванням в анамнезі, 43 з яких отримували стандартну терапію (I група), а 42 – комплексну терапію із застосуванням суспензії, що містить біологічно активні речовини (II група), до і після проведеного лікування. Контрольну групу склали 30 вагітних жінок з неускладненим перебігом вагітності.

При ехографічній оцінці росту та розвитку ембріона було визначено основні прогностичні критерії несприятливого перебігу та результату вагітності у жінок із звичним невиношуванням.

Треба зазначити, що в групі жінок, які отримували комплексне лікування, спостерігалося інтенсивніше, ніж при традиційній терапії, зменшення кількості клінічних ознак даної патології, ознак загрожуючого аборта за даними УЗД, покращився стан кровотока в системі «мати-плацента-плід» (в маткових артеріях було визначено істотне зниження ПІ та ІР з 1,31 та 0,93 до 0,80 та 0,51 відповідно ($p<0,01$); в спіральних артеріях ПІ та ІР знижувалися з 0,80 та 0,57 до 0,60 та 0,42 відповідно ($p<0,01$)); збільшилась кількість IgG и Т-супрессорів (з 21,7±1,3 % до 31,3±1,2 % в I групі та з 21,7±1,3 % до 31,3±1,2 % у II групі ($p<0,05$ при порівнянні результатів лікування в I та II групах)); знизився рівень Т-хелперів (з 36,0±1,5 % до 24,5±0,7 % в I групі та з 34,5±1,4 % до 27,4±0,7 % в II групі ($p<0,05$ при порівнянні результатів лікування в I та II групах)), циркулуючих імунних комплексів,

ізолейкоцитарних антитіл та гетерофильних гемолізинів; стабилизувалася більшість показників фагоцитарної активності нейтрофілів.

Висновки. Враховуючи отримані результати, ми вважаємо, що запропонований нами метод допоможе діагностувати можливість виникнення загрози переривання вагітності при звичному невиношуванні ще на доклінічному етапі і своєчасно починати адекватну терапію, що у свою чергу, приведе до зниження кількості мимовільних абортів і підвищить рівень народжуваності в Україні.

Сучасні особливості діагностичного підходу до ведення дівчат з пубертатними матковими кровотечами

Гиленко Ж.О.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Для пубертатних маткових кровотеч (ПМК) характерний особливий тип ановуляції, при якому проходить атрезія фолікулів, які не досягли овуляторної стадії зрілості. При цьому порушується стероїдогенез в яєчниках; продукція естрогенів стає відносно низькою і монотонною, прогестерон утворюється в незначній кількості. В результаті ендометрій секреторно не трансформується, що перешкоджає його відторгненню і обумовлює тривалу кровотечу, якій сприяє також недостатня скоротлива активність матки, що не досягла повного свого розвитку в процесі пубертату. Відмічаються зміни реологічних та коагуляційних властивостей крові. Затяжний рецидивуючий характер перебігу ПМК призводить до порушення стану здоров'я дівчат підлітків, зниження працездатності та погіршення якості життя. Серйозною проблемою є те, що в разі подальшого порушення менструальної функції в майбутньому ці жінки формують групу високого ризику щодо виникнення певних гінекологічних захворювань,безплідності та ускладнень під час вагітності та пологів.

Клінічна картина ПМК достатньо різноманітна і на першому етапі залежить від патогенетичних особливостей їх появи в кожному конкретному випадку. Тому дослідження особливостей раннього діагностування ПМК є важливим для своєчасного призначення адекватної терапії, етапності диспансерного нагляду, проведення лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження. Вдосконалення ранньої діагностики ПМК у дівчат.

Матеріал та методи. Робота виконувалась на кафедрі акушерства та гінекології №2 (2008-2010 р.р.). Під наглядом знаходилось 115 дівчаток-підлітків 11-17 років з ПМК, які були госпіталізовані до гінекологічного відділення Сумського обласного перинатального центру. Діагноз встановлювався на підставі клініко-лабораторного, ультразвукового обстеження (УЗД). Проводилась доплерографія органів малого тазу з вимірюванням судинних параметрів, вивчались показники системи гемостазу, гормонального профілю, визначалась ступінь анемії.

Результати та їх обговорення. Гінекологічне обстеження встановило, що у дівчат віком 11-14 років розміри матки відповідали віковим параметрам в 59 % випадках, у 17 % дівчат було виявлено збільшення її розмірів. І ступінь гіпоплазії була лише у 7,2 % хворих. У 15-17 річних пацієнток розміри матки відповідали віковій нормі у 38 % хворих, були збільшені у 42,7 % обстежених і у 5,8 % пацієнток визначалася її гіпоплазія. Збільшення одного, чи обох яєчників виявлялося у кожної третьої дівчини молодшого і в 68 % підлітків старшого віку. Результати гінекологічного дослідження співставлялись із даним УЗД. Гормональний профіль характеризувався гіпо-, нормо-, та гіперестрогенією. Встановлено, що у 20 % дівчат-підлітків із гіпоестрогенною формою ПМК, за даними УЗД, розміри матки відповідали нижнім віковим параметрам, у пацієнток з гіперестрогенією – їх перебільшували. УЗД яєчників встановило включення ехонегативних округлих утворень (ретенційного характеру) різного розміру, - 17 - 46 мм у діаметрі і більше в структурі одного з яєчників. Іноді ретенційні утворення досягали значних розмірів (50 – 60 мм). Переважали фолікулярні кисти - у 88,2% дівчат, кисти жовтого тіла встановлені у 11,8% хворих.

Висновки. Рання діагностика ПМК повинна ще на першому етапі включати співставлення даних гінекологічного обстеження з результатами УЗД та гормонограми для раннього призначення адекватної терапії з урахуванням показників комплексного дослідження та віку пацієнток.

Особливості імунної системи у жінок з синдром слабкої відповіді яєчників. шляхи корекції

Гузь І.А., Романенко А.О., Логінова О.О., Матюк Т.Б.
Харківський національний медичний університет

Однією з актуальних проблем сучасної репродуктологічної медицини є синдром слабкої відповіді яєчників. Частота жінок з синдромом слабкої відповіді яєчників в спеціалізованих клініках екстракорпорального запліднення складає від 9% до 25% (В.І. Кулаков, 2005р.). В Україні кількість таких подружжів сягає 120 тисяч (В.Я. Голота, 2004р; Ю.П. Вдовиченко, 2004р.). В останні роки такі пари звертаються за допомогою в центри планування родини, і після обстеження та лікування у частини жінок виявляється синдром слабкої відповіді яєчників.

Мета роботи: Визначення імунологічних ланцюгів, які приймають участь у розвитку синдрому слабкої відповіді яєчників і відповідно до цього розробити оптимальні шляхи медикаментозної корекції, з метою подолання розвитку цього синдрому та підвищення відсотку настання вагітності.

Матеріали та методи: Всього було обстежено 60 жінок у яких був виявлений синдром слабкої відповіді яєчників. Усім пацієнткам було призначено згідно з Наказом МОЗ України №771 від 23.12.2008р. стандартний комплекс обстежень, які включали загально - клінічні методи обстеження (клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, кров на глюкозу, реакція Васермана та інші.), УЗО органів малого тазу, вивчення коагулограми, бактеріоскопічне, а також гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ та єстрадіолу). Окреме місце займає імунологічні дослідження (імунограма, вивчення лейкоцитів, нейтрофілів, Т – лімфоцитів, IgA, IgG, IgM в сироватці крові жінок імуноферментним методом). Усі жінки були поділенні на 3 клінічні групи, відповідно до схеми лікування: І група 20 жінок - контрольна. Це жінки, у яких вагітність наступила фізіологічно - без застосування допоміжних репродуктивних технологій; ІІ група 20 жінок - це жінки, у яких вагітність не наступила після застосування допоміжних репродуктивних технологій і у яких був діагностований синдром слабкої відповіді яєчників і корекція імунологічного статусу в них проводилася з включенням в склад комплексної терапій іммунокоректора поліоксідонія; ІІІ група 20 жінок - це жінки, у яких вагітність не наступила після застосування допоміжних репродуктивних технологій і у яких також був діагностований синдром слабкої відповіді яєчників. У цих жінок проводилася корекція імунологічного стану з включенням до складу комплексної терапії імунокоректора реополіглюкіна. Середній вік жінок склав 25,6±3.

Висновки. Згідно з результатами отриманих обстежень імунологічного статусу жінок з синдромом слабкої відповіді яєчників в ІІ групі і ІІІ групі у жінок було встановлено зниження лейкоцитів, нейтрофілів, Т – лімфоцитів, IgA, IgG, IgM в сиворотці крові. Згідно з цим жінки ІІ групи отримували иммунокорректор - поліоксідоній. Після проходження повного курсу імунологічної корекції стану у жінок ІІ групи настала вагітність в 67% випадків і рівень лейкоцитів, нейтрофілів, Т – лімфоцитів IgA, IgG, IgM в сиворотці крові підвищилися до нижньої границі норми. В ІІІ групі також було відмічено зниження рівня лейкоцитів, нейтрофілів, Т – лімфоцитів IgA, IgG, IgM в сиворотці крові, ці жінки приймали як іммунокоректор – реополіглюкін і у 36% жінок після повного проходження курсу лікування були нормалізовані показники імунної системи і в цих жінок наставала очікувана вагітність після застосування ДРТ. На основі отриманих результатів, можна зробити висновок, що в розвитку синдрому слабкої відповіді яєчників відіграє стан іммуної системи організму жінок і вплив іммунокоректорів на організм жінки позитивно впливає на досягнення довгоочікуваної вагітності.

Бесплодие в Украине. Пути решения проблемы

Гузь И.А., Градиль О.Г.
Харьковский национальный медицинский университет

Проблема бесплодия остается одной из актуальных в современной медицине. Частота бесплодия составляет 17-19,5% в общей популяции супружеских пар (количество детей до 18

лет на количество женщин от 15 до 49 лет). В международном рейтинге из 222 стран Украина находится на 211-м месте. Этот показатель у нас равен 1,28.

К 2012 году в Украине функционирует 33 клиники, из них 6 государственных. Согласно мировым расчетам необходимость в циклах ЭКО составляет 1,5 тысячи на 1 млн населения. В Украине население достигает 46 млн, нуждаются в ВРТ 69-70 тысяч человек. Ежегодно проводятся 10-11 тыс. циклов, из них государственными клиниками - 1000. Частота составляет 216 циклов на 1 млн украинского населения. В сравнении: в Израиле делают 6 тыс. циклов на 1 млн, в скандинавских странах - 2-2,5 тыс., Франции, Германии, Италии - около 1,5 тыс. То есть в целом потребность в Украине за счет государственных и не государственных клиник удовлетворена лишь на 10%. При этом средняя эффективность программ является высокой - 30-33%.

По данным исследований, проведенных на базе УНПМЦАГР ХНМУ что 32,8% бесплодных супружеских пар нуждаются в лечении при помощи вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

В структуре причин бесплодия, леченного методами экстракорпорального оплодотворения, интрацитоплазматической инъекции сперматозоида (ICSI), трубный фактор имел место в 38% случаев, эндокринные причины обусловили бесплодие у 10% пациенток, в 30% случаев имело место смешанное бесплодие. Нарушения сперматогенеза имели место в 29% случаев, иммунологическая несовместимость диагностировалась в 11% случаев, комбинированное бесплодие (сочетание мужского и женского факторов) имело место у 21% супружеских пар. Среди причин мужского бесплодия 42% приходится на астенозооспермию, 35,5% – олиготератозооспермию, 2,5% – на тератозооспермию, 6% – на аспермию. Около 10% программ при мужском факторе бесплодия проводится со сперматозоидами, полученными при TEZE. Средний возраст пациентов составил 34 года. 18% нуждались в проведении программ с донорскими ооцитами.

Следовательно, репродуктология в Украине достигла достаточно высокого уровня и решает те же проблемы, которые стоят перед специалистами ВРТ в других странах. Сегодня наши специалисты совершенствуют схемы стимуляции овуляции, переноса эмбрионов; улучшают подготовку пациентов к IVF с применением оперативных методов лечения; ищут пути снижения риска многоплодной беременности при IVF, прежде всего, выделением групп риска и оптимизацией количества перенесенных эмбрионов без значительного снижения эффективности циклов IVF; изменяют подходы к оценке эффективности программ IVF - важно не только удерживать показатель частоты наступления беременности на высоком уровне, ведь конечная цель - рождение здорового ребенка. Кроме того уделяется внимание проблемам «Синдрома слабого ответа» на стимуляцию овуляции у женщин старшего возраста; качества жизни; ведение беременности и родов у пациенток программы IVF; состоянием здоровья детей, рожденных в результате применения ВРТ. Украинские репродуктологи расширяют применение доимплантационной генетической диагностики, занимаются андрологическими аспектами ВРТ.

Современные методы лечения эндометриоза

Дацко И.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Эндометриоз – это гинекологическое заболевание, которым страдают около 5-10% женщин детородного возраста. Данное заболевание характеризуется образованием внутри матки, во внематочном пространстве и в других органах – узлов, сходных по строению с эндометрием. В зависимости от локализации процесса различают генитальный и экстрагенитальный (расположенный вне половых органов) эндометриоз. Генитальный в свою очередь делят на внутренний (поражение тела матки) и наружный (поражение шейки матки, влагалища, яичников, маточных труб, тазовой брюшины и др.).Эндометриойдные разрастания претерпевают циклические ежемесячные изменения, вызывая рецидивирующие эпизоды дисменореи, диспареунии, тазовые боли и нарушения репродуктивной функции,

вплоть до бесплодия. Диагноз эндометриоза сложно поставить, основываясь лишь на симптомах. «Золотым стандартом» при постановке точного диагноза является лапароскопия, но этот инвазивный метод подходит не всем пациенткам. Дополнительно используются: влагалищное исследование, осмотр в зеркалах, УЗИ органов малого таза, ректальное и ректовагинальное исследование, кольпоскопия.При лечении эндометриоза используют ряд медикаментозных препаратов и оперативное вмешательство, часто комбинируя эти методы. Хирургическое вмешательство обычно проводится лапароскопически (удаление или абеляция очага эндометриоза, удаление эндометриоидных кист и отделение спаек), после чего чаще следует медикаментозное лечение. Часто отмечается рецидив эндометриоза (частота рецидива в течении 5 лет составляет 40-50%). Медикаментозное разделяется на неспецифическое (нестероидные противовоспалительные и комбинированные оральные контрацептивы) и специфическое (ГнРГ или антагонисты ГнРГ, даназол и некоторые прогестины).

В ЦАГиР при лечении эндометриоза используют препарат Визан, который относится к прогестинам. Это препарат целенаправленного действия, который характеризуется умеренным ингибированием секреции гонадотропинов, сокращает эндогенную выработку эстрадиола и подавляет трофическое действие эстрадиола на эутопический и эктопический эндометрий. Визан – это таблетки, содержащие 2 мг диеногеста, предназначенные для перорального приёма один раз в день. Этот препарат эффективно облегчает болезненные симптомы эндометриоза, включая дисменорею, предменструальную боль, диспареунию и хроническую тазовую боль.По эффективности Визан значительно превышает плацебо и эквивалентен стандарту лечения эндометриоза (агонисты ГнРГ), при более благоприятном профиле безопасности.В тоже время Визан не вызывает побочных реакций, характерных для гипоэстрогении (уменьшение уровня минеральной плотности костной ткани и менопаузальные симптомы, например, приливы), ассоциируемых с агонистами ГнРГ. Также не оказывает клинически значимого андрогенного действия, а также негативного влияния на уровень липидов, в отличие от даназола и некоторых прогестинов.При применении Визана наблюдались нерегулярные межменструальные кровотечения – явление, характерное при монотерапии прогестинами. При сравнении диеногеста(2мг) и плацебо, двойное слепое исследование в течении 12 недель, были получены данные: диеногест значительно превосходил плацебо в отношении облегчения тазовой боли, ассоциированной с эндометриозом; профиль побочных реакций аналогичен таковому в группе плацебо; умеренная степень подавления уровня эстрогенов; отсутствие значимых изменений уровня липидов в плазме; отсутствие значимых изменений средней массы тела,аналогично группе плацебо; среднее количество дней и эпизодов кровотечения или мажущих выделений и средняя длительность эпизодов одинакова для диеногеста и плацебо.

Заключение: Визан – это первый препарат, специально разработанный для лечения эндометриоза. В отличие от стандартного метода лечения эндометриоза (агонитсы ГнРГ), длительный приём Визана не ограничен известными критериями безопастности или переносимости. Только Визан продемонстрировал эффективное облегчение боли, уменьшение эндометриоидных очагов и профиль безопасности и переносимости, позволяющий проводить длительную терапию.

Особливості кровотоку у вагітних з прееклампсією
Джурабоєва Ф. Ш.
Науковий керівник - професор Ю.С. Паращук
Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Прееклампсія є одним з найбільш тяжких ускладнень вагітності, яке впливає на її перебіг, пологи та післяпологовий період. Нормальний розвиток плода в багатьох випадках залежить від стабільності матково-плацентарного та плодового кровотока. Доплерометричне дослідження гемодинаміки плода допомогає не лише визначити зміни кровотока в окремих органах та судинах, але й діагностувати при комплексному обстеженні стадію та тяжкість виявлених порушень.

Мета дослідження. Визначити особливості матково-плацентарного та плодового кровотоку у вагітних з прееклампсією.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети, досліджено 100 жінок терміном гестації 28 - 41 тиждень. Вагітні були розподілені на клінічні групи: контрольну – склали 40 жінок з фізіологічним перебігом вагітності, основну – 60 жінок з прееклампсією різного ступеня тяжкості. Вагітні знаходилися під спостереженням в умовах пологового будинку №1 м.Харкова. Оцінка ступеня тяжкості прееклампсії проводилась у відповідності з клінічними протоколами з акушерської та гінекологічної допомоги, ІІ частина, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.12.2004р., № 676. Доплерометричне дослідження проводилося за загально прийнятою методикою [В.В. Мітьков, М.В. Медведев, 1999], ультразвуковим сканером Medison 6000 CMT (П. Корея) в імпульсному режимі, датчиком 3–7 МГц, частотним фільтром 100 Гц та пробним об'ємом 2 мм. Дослідження кровообігу проводили в судинах: артерії пуповини (АП), грудному відділі аорти (ГВА), середній мозковій артерії (СМА), правій та лівій маткових артеріях (МА), з визначенням індексу резистентності, пульсаційного індексу, систоло–діастолічного співвідношення та в нижній порожнистій вені (НПВ) – пульсаційного індексу вени, у венозній протоці (ВП) – максимальну швидкість кровообігу.

Результати. Для прееклампсії характерним є первинне порушення матково-плацентарної гемодинаміки. В 16% вагітних основної групи спостерігалися ізольовані порушення плодово-плацентарного кровотоку. У вагітних контрольної групи при доплерометричному дослідженні порушень гемодинаміки не було виявлено. Але у вагітних основної групи при невиражених клінічних симптомах прееклампсії реєструвалися патологічні криві швидкості кровотоку (КШК) в МА за декілька тижнів, що передували значному швидкому нарастанню тяжкості захворювання. Із підвищенням ступеня тяжкості прееклампсії відмічено підвищення показників судинної резистентності за рахунок зменшення швидкості кровотоку в фазу шлуночкової діастоли, поява персистуючої ранньої діастолічної виїмки. В АП виявлено зниження діастолічного компоненту. Реєстрація персистуючого нульового діастолічного компоненту, постійний нульовий діастолічний компонент та ретроградний діастолічний кровоток відображали ступінь тяжкості преєклампсії. Зниження індексів периферичного судинного опору спостерігалося в СМА. При прееклампсії легкого ступеня в ГВА зареєстровано зниження діастолічного компоненту та його повна відсутність при тяжкій прееклампсії. Порушення кровотоку у ВП характеризувалося зниженням швидкості в фазу пізньої діастоли до нульових та негативних значень, у НПВ – поява реверсного кровотоку між систолічними та діастолічними потоками.

Висновки. В результаті проведенного дослідження виявлені особливості гемодинаміки матково-плацентарного та плодового кровотока у вагітних з прееклампсією. Порушення матково-плацентарного кровотоку супроводжується зниженням кінцевої діастоличної швидкості, збільшенням індексу судинної резистентності, появою дикротичної виїмки. Порушення плодової гемодинаміки свідчать про централізацію кровообігу плода.

Дисліпідемії при пубертатних маткових кровотечах

Диннік О.О.
Харківський національний медичний університет

Починаючи з 70 років минулого століття, епіцентр активності у дослідженнях патології обміну речовин перемістився до області порушень ліпідного обміну і залишається там і донині. Причина цього полягає в тому, що на розлади ліпідного обміну припадає найбільша частка метаболічних порушень у населення розвинутих країн. За даними ВООЗ, не менше 10 % населення Землі (а у Європі до 20 %) мають проблеми щодо обміну ліпідів.

Метою нашого дослідження було визначення частоти і характеру дисліпідемії у хворих на пубертатні маткові кровотечі з урахуванням різної маси тіла.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 163 хворих на ПМК у віці 11-18 років. У залежності від ІМТ вони були розподілені на три групи. У І гр.

увійшли 70 дівчат-підлітків із фізіологічними параметрами росту та маси тіла. До II гр. було віднесено 58 хворих із надлишковою масою тіла, і III гр. склали 35 пацієнток із дефіцитом маси тіла.

Для дослідження особливостей ліпідного обміну у сироватці крові дівчат визначали вміст загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої щильності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) фотометричним методом на фотометрі загального призначення з використанням наборів фірми "Cormay Multi". Розрахунок рівня в крові холестерину ліпопротеїдів низької щильності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щильності (ХС ЛПДНЩ), індексу атерогенності (ІА) проводили за формулами W.T.Friedewald.

Результати та їх обговорення. Проведення індівідуального аналізу рівнів ліпідного спектра дозволило встановити, що загальна частота порушень його показників складала 22,8%, найчастіше це відбувалося серед хворих II гр. – 34,0 % (I гр. - 20,8 %; III гр. – 11,1 %; $\rho_1<0,04$, $\rho_2<0,01$). Комбіновані порушення ліпідного профілю спостерігалися у 10,6 % випадків. Причому зниження ХС ЛПВЩ у 23,3 % випадків співпадало з підвищенням вмісту ТГ, збільшення рівня ЗХС у 80,8 % випадків поєднувалося з підйомом ХС ЛПНЩ. Структура порушень ліпідного спектра у всіх групах була практично ідентичною і, в основному, відповідала таким типам дисліпопротеїдемій: II-а, IV і гіпоальфахолестеринемія.

Вивчення окремих показників ліпідного спектра крові з'ясувало, що рівень загального холестерину збільшувався рідко, і відхилення його вмісту у бік підвищення відзначалося тільки у 6,6 % хворих усіх трьох груп.

Зниження рівня ХС ЛПВЩ (нижче 25 перцентилі), який має кардіопротекторні властивості, відзначалося у 16,8 % пацієнток усіх трьох груп, найчастіше серед дівчат II гр. (I гр. - 16,3 %; II гр. –21,3 % і III гр. –11,1 %; $p< 0,05$).

Високі значення концентрації ТГ у сироватці крові виявлялися у 5,0 % хворих, найчастіше це спостерігалося у пацієнток II гр. (I гр. - 2,8 %, II гр. - 10,6 % і III гр. – 3,7 %, $p<0,001$.

Найбільш атерогенною вважається фракція ліпопротеїдів низької щільності. Збільшення рівня ЛПНЩ відмічалося у 7,8 % хворих усіх трьох груп (вище 85 перцентилі), причому у 2,2 % вони були значно підвищені (вище 95 перцинтилі) і у 5,6 % – гранично підвищені.

Для характеристики атерогенної спрямованості ліпідного спектра розраховували також індекс атерогенності. Збільшення ІА реєструвалося у 14,4 % хворих II гр., що вірогідно частіше, ніж в інших групах (I гр. - 7,5 %; III гр. - 3,7 %; $p_1< 0,05$; $p_2< 0,001$).

Висновки. Таким чином, у хворих із пубертатними матковими кровотечами у 22,8% випадків виявлено дисліпідемію, причому комбіновані порушення в ліпідному обміні складали 10,6 %. Структура порушень ліпідного спектра в усіх групах була практично ідентичною і, в основному, відповідала таким типам дисліпопротеїдемій: II-а, IV і гіпоальфахолестеринемія. Ліпідний профіль крові хворих на ПМК із надлишковою масою тіла характеризувався достовірнм збільшенням питомої ваги пацієнток із зниженими рівнями ХС ЛПВЩ, підвищеним вмістом ТГ і підвищеною або граничною концентрацією ХС ЛПНЩ, які є ключовими маркерами атерогенної дисліпідемії.

Современные диагностические аспекты синдрома дисменореи в пубертате

Добровольская Л.А., Салогуб С.Д.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Нарушения менструальной функции (НМФ) в периоде полового созревания занимают одно из ведущих мест в палитре гинекологической патологии, не имеющей тенденции к снижению по частоте и угрожающей серьезными изменениями репродуктивного здоровья у таких больных в будущем. В структуре заболеваний женской половой системы у подростков синдром дисменореи (СД) встречается с высокой частотой: 22 - 75 %, проявляется болевым синдромом, нередко сопровождается выраженными нейровегетативными, обменными и психо-эмоциональными нарушениями, значительно ухудшая состояние здоровья и качество жизни девочек-подростков.

Цель работы. Совершенствование раннего выявления СД у подростков путем включения современных технологий в процесс дифференциальной диагностики.

Материал и методы исследования. Работа проведена на кафедре акушерства и гинекологии №2 ХНМУ и в городской детской поликлинике №1 г. Харькова. Обследовано 110 девочек–подростков 11–18 лет. Применялась клинико-лабораторная, ультразвуковая диагностика (УЗД), в том числе цветное допплеровское картирование. По-показаниям в процессе комплексного обследования использовались компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ). Исследовались уровни стероидных и гонадотропных гормонов, простагландинов, цитокинов.

Результаты и их обсуждение. У большинства обследованных больных СД проявлялся болевым синдромом в нижних отделах живота, с иррадиацией в поясничную область, часто на фоне выраженной раздражительности, резкого снижения трудоспособности с вазовегетативными проявлениями - тошнотой, рвотой, головокружениями и приступами вазовегетативных пароксизмов. Явления предменструального синдрома с проявлениями мастодинии отмечены у подростков 16-18 лет на фоне экстрагенитальной патологии (чаще – сердечно-сосудистой системы). Результаты комплексной оценки показателей УЗД, данных допплерографических исследований сосудистого кровотока матки (миометрия, спиральных артерий эндометрия), яичников и сосудов малого таза, гормонального профиля организма, содержания простагландинов, цитокинов, позволили выявить первичную дисменорею у обследованных пациенток и исключить у них тяжелое патологическое состояние, также проявляющееся болевым синдромом – эндометриоз. Использование в диагностическом процессе КТ и МРТ в сочетании с УЗД позволило подтвердить наличие вторичной дисменореи у больных с параовариальной кистой яичника и сложным врожденным пороком развития женской половой системы – удвоением матки и влагалища с нарушением оттока менструальной крови из левого частично атрезированного влагалища при выраженном болевом синдроме во время менструации.

Выводы. В дифференциально-диагностичекой концепции ведения подростков с СД важное значение имеет комплексный многокомпонентный подход к раннему выявлению клинико-лабораторных проявлений патологии с использованием всего арсенала современных методов. Указанное будет способствовать назначению своевременной терапии с учетом необходимости оказания адекватной неотложной помощи при ургентных состояниях, проявляющихся болевым синдромом.

Использование медицинского озона в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки

Капустник Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет

В структуре гинекологических заболеваний ведущее место занимают воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ), в частности сальпингоофорит, что обусловлено снижением иммунологической реактивности организма, нарушением гемодинамических параметров, изменением содержания биологически активных веществ, дисрегуляцией запрограммированной гибели клеток.

Целью данного исследования явилось повышение эффективности лечения больных ВЗПМ путем включения в комплексную терапию медицинского озона.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45 женщин с сальпингоофоритом, получавших в составе комплексной терапии медицинский озон. Возраст больных колебался от 17 до 38 лет, в среднем - 26,9±2,9 лет. Наиболее часто у больных выделялся Staphylococcus aureus - в 22 (48,9%) наблюдениях, несколько реже Streptococcus pyogenes - у 12 (26,7%) больных. Традиционная терапия включала антибактериальные, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие, рассасывающие препараты, физиотерапевтические процедуры. Дополнительно к этому производилось введение озонированного физиологического раствора

путем проведения пункции брюшной полости через задний свод влагалища по 20 мл ежедневно 8-10 раз на курс лечения.

Результаты. На 2-3 сутки после начала озонотерапии у больных улучшалось самочувствие, сон, аппетит, нормализовалась температура тела. На момент выписки из клиники температура тела была нормальной у всех женщин. По результатам бактериоскопического исследования влагалищного содержимого II степень чистоты выявлена у 42 (93,3%) больных, III степень – у 3 (6,7%) женщин. Выписаны с полным выздоровлением 42 (93,3%) женщины, с клиническим улучшением 3 (6,7%) пациентки. Выявлено достоверное повышение абсолютного количества лейкоцитов (5,99±0,43·10^9/л), лимфоцитов (1,85±0,14·109/л), Т-супрессоров (0,41±0,02·109/л), В-лимфоцитов (0,20±0,02·109/л), ЕК-клеток (0,20±0,02·109/л), относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (69,7±3,7% и 1,28±0,09·109/л соответственно), Т-хелперов (36,6±2,99% и 0,67±0,03·109/л), снижение количества 0-лимфоцитов (8,40±0,59%, p<0,05). По сравнению с исходными данными произошло значительное (p<0,05) повышение иммунорегуляторного индекса (1,65±0,13 усл. ед.) и снижение лейкоцито-Т-клеточного индекса (5,439±0,356 усл. ед.). Среди изменений в гуморальном иммунитете следует особо обратить внимание на достоверное (p<0,05) снижение уровней IgG (11,05±1,01 г/л) и ЦИК (80,7±4,55 усл. ед.), а также повышение количества IgA (3,14±0,28 г/л, p < 0,05). Включение озона привело к значительному (p<0,05) повышению бактерицидной и переваривающей активности нейтрофилов периферической крови в сравнении с исходными показателями - 39,8±0,98% и 1,12±0,02 усл. ед. Озонотерапия в составе комплексного лечения нормализует содержание биологически активных веществ (серотонин, гистамин и др.), цитокиновый статус (уровень провоспалительных и противоспалительных интерлейкинов), улучшает локальный иммунитет, регулирует процесс апоптоза.

Выводы. Включение озона в комплексное лечение ВЗПМ приводит к нормализации общего и локального иммунитета, содержания биологически активных веществ, улучшению гемодинамических показателей, устранению эндотелиальной дисфункции и дисбаланса апоптоза. Данный метод не имеет побочных эффектов и позволяет улучшить результаты лечения больных с ВЗПМ, приводя к более быстрому, полному и стойкому выздоровлению у 93,3% пациенток.

Значення імунологічного стану при підготовці до екстракорпорального запліднення жінок з хронічним сальпінгоофоритом.

Коновал А.О.

Харківський національний медичний університет

Встановлено, що 75% безпліддя обумовлено хронічними запальними процесами геніталій, викликаними найпростішими (трихомоніаз), бактериальною мікрофлорою (стрептококи, стафілококи, кишкова паличкою), хламидіями, гарднерелами, також несвоєчасним лікуванням венеричних захворювань (гонорея та інші специфічні інфекції).

Запальні процеси внутрішніх статевих органів відносяться до патології, що найчастіше зустрічаються в гінекологічній практиці. При хронічному сальпінгоофориті відмічаються виражені склеротичні й дистрофічні зміни, що стосуються всіх структурних компонентів придатків матки, які супроводжуються морфологічними і функціональними змінами. Причини подібної клінічної ситуації полягають у мінливій вірулентності і різноманітті мікрофлори, що викликає запалення з порушенням імунної відповіді.

Мета: модифікація комплексу підготовки до процедури екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) жінок з хронічним сальпінгоофоритом з урахуванням мікробіологічних та імунологічних особливостей.

Методи дослідження: мікробіологічні (бактеріологічні, мікроскопічні, серологічні, полімеразна ланцюгова реакція, реакція імунофлюорисценції), імунологічні (имуноферментний аналіз, дослідження фагоцитозу, імунограми, циркулюючих імуних комплексів), інформаційно – аналітичні, статистичні.

Результати та висновки: дослідження імунного статусу включає в себе визначення стану клітинного та гуморального імутитету: усіх класів Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, циркулюючих імунних комплексів та антитіл (лімфоцитотоксичних та гетерофільних гемолізінів). Т-хелпери відповідальні за загальну резистентність організму. Значне зниження Т-хелперів може спостерігатися при різних імунодефіцитах. Збільшення Т-хелперів спостерігається при автоімунних захворюваннях. Т-супресори відповідають за пригнічення утворення антитіл. Збільшення Т-супресорів відмічають при імунодефіцитних станах, а їх зниження при алергії. Загальне зниження Т-лімфоцитів та Т-активних лімфоцитів говорить про початок вірусної інфекції, іноді набагато раніше за розвиток клінічної картини. В-лімфоцити відповідають за створення антитіл. При їх зниженні страждає гуморальний імунітет. Цитотоксичні імунні комплекси (ЦІК) – це результат комплексної реакції антитілостворення, направленої на елімінацію антигенів. ЦІК можуть приєднувати компоненти комплементу та бути при цьому фактором пошкодження клітинних мембран, що важливо для визначення важкості та активності патологічного процесу. Таким чином, впровадження патогенетично обґрунтованого комплексу діагностичних критеріїв з урахуванням факторів виникнення ускладненого перебігу запального процесу та корекції загальних реакцій організму, враховуючи імунонологічний стан, сприятиме підвищенню ефективності підготовки до ЕКЗ жінок з хронічним сальпінгоофоритом.

Эндокринные изменения у женщин с бесплодием на фоне галактореи

Кошелева Я.Ю.
Харківський національний медичний університет

Цель и задачи исследования. Определить эндокринные изменения у женщин, страдающих бесплодием на фоне галактореи.

Материалы и методы исследования. Обследованы 30 женщин в возрасте 21-42 лет с галактореей и бесплодием, составивших основную группу. В контрольную группу вошли 15 здоровых женщин репродуктивного возраста. Определялись состояние менструальной функции, концентрация в крови пролактина, ТТГ, T_3, T_4, производилась рентгенография черепа.

Анализ полученных результатов. В основной группе женщин ановуляторный менструальный цикл был у 16 больных, гиперполименорея наблюдалась у 9 женщин, аменореей страдали 5 женщин. При рентгенологическом исследовании черепа выявлены признаки повышения внутричерепного давления у всех женщин этой группы. Размеры турецкого седла были увеличены у 17 женщин, при этом у 3 женщин с первичной галактореей — аменореей обнаружены признаки аденомы гипофиза. Щитовидная железа была увеличена до I—II степени у 11 больных. Показатели концентрации пролактина у больных с галактореей колебались от 402 до 4600 мЕ/л и в среднем составили 1508± 422 мЕ/л ($p<0,001$), что было значительно выше, чем в контрольной группе женщин - 347± 19 мЕ/л. При нормоплазии железы содержание пролактина в крови составило 828 ± 119 мЕ/л. Гиперплазия щитовидной железы I—II степени сопровождалась достоверным увеличением концентрации пролактина 1292±227 мЕ/л ($p<0,001$). У этих больных по сравнению с контрольной группой здоровых женщин выявлено достоверное снижение гормонообразовательной функции тиреоидной системы :Т3 - 2,66± 0,04, Т4- 124,26± 7,09, ТТГ- 3,32± 0,78 ($p<0,001$).

Выводы. Галакторея является симптомом, протекающим на фоне нарушения менструального цикла, гиперпролактинэмии, с вовлечением в патологический процесс щитовидной железы.

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза как причина формирования аутоиммунного оофорита

Кузьмина О.А.
Харківський національний медичний університет

Цель и задачи исследования. Оптимизация методов диагностики овариальной недостаточности при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза (ХВЗОТ) на основании изучения этиопатогенетических механизмов формирования аутоиммунного оофорита.

Материалы и методы исследования. Обследованы 57 женщин, страдающих ХВЗОТ в возрасте от 18 до 35 лет с длительностью заболевания более одного года, которые были разделены на две группы в зависимости от наличия у них позитивного (OV+) – 1 группа, 29 женщин, или негативного серостатуса (OV-) -2 группа, 28 пациенток к овариальным антигенам.

Анализ полученных результатов. Цитокины являются наиболее лабильными медиаторами системного воспалительного ответа при ХВЗОТ. Нами выявлены патологически высокие уровни провоспалительных цитокинов IL-1 и TNF-α, регулирующих атретические процессы в фолликулярном аппарате яичника, активизирующие процессы апоптоза. В 1-й группе установлено снижение концентрации эстрадиола, прогестерона, кортизола и некоторое повышение уровня ЛГ ($p<0,05$) в фазе овуляции, по сравнению со 2-ой группой. В OV-серопозитивной группе на фоне прогрессивного нарастания ФСГ снижается уровень эстрадиола, соотношение ФСГ/ЛГ изменяется характерно для формирования гипергонадотропного синдрома истощения яичников. Степень снижения уровня половых гормонов и кортизола также коррелировала с длительностью заболевания. Нарушения фолликулогенеза у пациенток с ХВЗОТ проявлялись замедлением созревания фолликулов с исходом в лютеиновую недостаточность, возрастанием числа атретических и кистозных фолликулов

Основываясь на результатах данных исследований, предложена схема патогенеза аутоиммунного оофорита воспалительного генеза. После контакта с антигеном, активированные CD4 и CD8 Т-лимфоциты дифференцируются в клетки, продуцирующие различные типы цитокинов. Анализ цитокинового каскада у обследуемых пациенток показал превалирование у OV-серопозитивных пациенток провоспалительных цитокинов TNF-α и IL-1. Сывороточное содержание исследуемых провоспалительных цитокинов в группе с повышенным уровнем антиовариальных антител составило: IL-1 - 1053,4±3,1 пкг/мл, TNF-α -1960,88±4,7 пкг/мл; в группе серонегативных пациенток данные показатели составили: IL-1 - 368,82±3,1 пкг/мл, TNF-α -96,88±4,7 пкг/мл ($p<0,05$).

Выводы. Наличие или отсутствие в сыворотке крови обследуемых больных циркулирующих антиовариальных антител, как маркера развития аутоиммунного процесса, позволило провести анализ клинико-иммунологических особенностей ХВЗОТУ. Активация лимфоцитов и моноцитов приводит к повышению экспрессии противовоспалительных цитокинов TNF-α и IL-1, которые, в свою очередь, влияют на экспрессию молекул главного комплекса гистосовместимости. Полученные данные указывают на необходимость изучения этиопатогенетических аспектов иммунных механизмов поражения фолликулярного аппарата яичников при хронических воспалительных заболеваниях малого таза, а также выявление факторов, позволяющих прогнозировать развитие аутоиммунной гипофункции яичников поствоспалительного генеза.

Діагностична та лікувальна тактика у пацієнток з патологією ендометрію в період перименопаузи

Курічова Н.Ю., Главатських А.В.
Харківський національний медичний університет

Маткові кровотечі (МК) в перименопаузальному періоді відрізняються різноманіттям симптомів і клінічних проявів. Особливостями МК в перименопаузальному періоді найчастіше є їх ациклічність, гіперполіменорея, гіпоменорея, виникнення на тлі супутньої гінекологічної та екстрагенітальної патології.

Мета і завдання дослідження. Мета роботи – покращити результати лікування пацієнток з МК на тлі гіперпластичних процесів ендометрію (ГПЕ) в періоді перименопаузи на підставі патогенетично обґрунтованого диференційованого алгоритму лікувально-діагностичних заходів.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети і завдань даного дослідження нами було обстежено 115 жінок з матковими кровотечами на тлі ГПЕ у перименопаузальному періоді. Серед обстежених у 62 пацієнток була діагностована

залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію (I група), у 25 жінок − атипова гіперплазія ендометрію (II група), у 28 пацієнток − залозисто-фіброзні та фіброзні поліпи ендометрію (III група). Усі пацієнтки знаходилися у віці від 45 до 55 років, середній вік становив 49,9 ± 4,5 років. Про динаміку проліферативної активності клітин ГПЕ судили за значеннями індексу інтенсивності дисдиференціювання, запропонованого Г.Г.Автанділовим (1984). Цей показник одержують при аналізі гістограм шляхом ділення кількості анеуплоїдних ядер, що мають плоїдность більше ніж 4с, на число тетраплоїдних ядер (клітин, готових до мітозу). Цей індекс може свідчити про збільшення вираженості поліплоїдії ядер кліпин, що відбиває ступінь дисдиференціювання проліферуючого ендометрію.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами застосовано комплекс сучасних методів морфологічного дослідження проліферативної активності

ГПЕ з визначення вмісту генетичного матеріалу в ядрах клітин ендометрію у обстежених жінок з матковими кровотечами в перименопаузі (за реакцією Фельгена). Отримані мікроспектрофотометричні дані свідчать про формування різних клонів ендометріальних кліпин при різному характері перебігу гіперпластичного процесу в ендометрії.

У пацієнток з АГЕ зустрічалися клітини з анеуплоїдними ядрами, з плоїдністю в діапазоні від 4,5 до 6,5 с (32%). Одночасно із цим виявлено прогресуюче збіль-шення середніх значень ІД. Це є додатковим аргументом на користь прийнятої активної хірургічної тактики щодо даного виду патології ендометрію.

Плоїдність ядер клітин при залозистій та ЗКГЕ в період перименопаузи в переважній більшості випадків не перевищує 3с-3, 5с − 60 випадків (96,8%).

Висновки. Кожному з клініко-морфологічних варіантів ГПЕ відповідає визначений рівень проліферативної активності, що обумовлено кількістю клітинного генетичного матеріалу. При АГЕ спостерігаються більш виражені зміни клонального профілю клітин, властиві дисплазії епітеліальних структур (плоїдність від 4,5 до 6,5 с), що є додатковим аргументом на користь прийняття активної хірургічної тактики у пацієнток з даною патологією.

Инфекционный фактор в этиопатогенезе неразвивающейся беременности

Маракушина Е.А., Юркова О.В.

Харківський національний медичний університет

Неразвивающаяся беременость в настоящее время является актуальной проблемой репродуктологии и занимает 30% всех самопроизвольных прерываний беременностей. Чаще всего замирание беременности происходит в 1 триместре.

Неразвивающаяся или замершая беременность (ЗБ) считается одним из патогенетических вариантов невынашивания. К причинам замирания беременности оносят: генетические, инфекционные, гормональные нарушения, антифосфолипидный синдром, аномалии развития матки.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологической структуры эндометрия и плодного яйца при замершей беременности и выявление связи с инфекционным агентом.

Материалы и методы: Обследовано 25 пациенток с неразвивающейся беременностью в сроке от 5 до 9 недель гестации. Наличие неравзвивающейся беременности было установлено путем проведения УЗИ. Было выявлено отсутствие сердцебиения плода либо анэмбрионию. Затем производили удаление хориального мешка путем вакуумэкстракции или кюретажа. Производилось гистологическое исследование соскоба из полости матки (как плодного яйца, так и эндометрия), выявление инфекционного агента методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение TORCH комплекса, а так же хламидийной, уреаплпзменной, микоплазменной инфекции иммуноферментным анализом (ИФА).

Анализ полученных результатов: Результаты гистологического анализа эндометрия и плодного яйца при ЗБ, показали, что в 21случае диагностирован хронический париетальный и базальный децидуит, с микроабсцессами и лейкоцитарной инфильтрацией под маточным эпителием и в глубине компактного слоя. В остальных 4 случаях выявлены менее

выраженные проявления эндометрита без формирования микроабсцессов, но с выраженными признаками артериита. На фоне хронического эндометрита наблюдалась поверхностная трофобластическая инвазия, которая только в 50% случаев приводила к начальной гестационной перестройке спиральных артерий. Эти данные свидетельствуют о задержке формирования маточно-плацентарного кровотока.

Бактериологическое и ПЦР исследования материала соскоба из полости матки показали, что наиболее часто встречающиеся возбудители инфекции была микствирусная контаминация эндометрия- вирус простого герпеса и цитомегаловирус (ВПГ+ЦМВ) и встречалась в 34% случаев. Моновирусные (ЦМВ чаще всего) в 30% обследуемых женщин. Спектр выявленных инфекционных агентов в эндометрии обследуемых женщин наиболее часто представляют хламидии и ЦМВ -15%, ВПГ+ хламидии + уреоплазма -11%, ВПГ+ микоплазма -10%.Надо отметить, что данные TORCH комплекса ИФА не всегда соответствовали данным ПЦР в исследуемом соскобе.

Выводы: На основании проведенного исследования показана роль бактериально - вирусной инфекции в развитии хронического эндометрита приводящего к нарушению имплантации плодного яйца и возникновению ЗБ. Высокая частота микствирусно - бактериальной контаминации эндометрия и плодного яйца при ЗБ, свидетельствуют о необходимости включения в скрининговое обследование соскобов морфологического состояния эндометрия и определения вирусно-бактериальной ассоциации путем ПЦР и ИФА с последующим их целенаправленным лечением.

Экстремальная криотерапия в контексте лечения пациентов с дисфункциональными маточными кровотечениями

Нагута Л.А.
Харківський національний медичний університет

Частота дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) колеблется от 15 до 20%. ДМК могут быть не только проявлением патологических процессов в репродуктивной системе, но и первым признаком нарушений основных звеньев системы гемостаза.

Цель и задачи исследования.Важность проблемы совершенствования существующих методов лечения ДМК заключается в том, что устранение причин ДМК не всегда приводит к выздоровлению. Гормональная терапия сопровождается целым рядом серьезных осложнений и нередко является противопоказанной, это приводит к поиску нового метода лечения женщин с ДМК с использованием экстремальной криотерапии (ЭК). Таким образом, использование ЭК может быть преспективным методом лечения ДМК, что и было целью нашей работы.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности применения экстремальной криотерапии в лечении больных с ДМК был проведен сравнительный анализ результатов лечения 36 больных , получавших традиционное лечение: гемостатическую и гормональную терапию (группа сравнения) и 33 пациенток, которые получали комплексную терапию, включавшую 5-7 сеансов ЭК через 1 день длительностью 90-300секунд при температуре от -60ºС до -120ºС (основная группа). ЭК проводится в криобоксе, который состоит из трех кабин: двух шлюзовых (с температурой -20 -60ºС на протяжении 30-40 секунд) и основной (с температурой -90 -120ºС на протяжении 90-300 секунд). Контрольную группу составили 16 здоровых женщин. Все больные имели жалобы на общую слабость, нарушение менструального цикла.

Все больные были обследованы, что включало клинико-лабораторное обследование, тесты функциональной диагностики, определение гормонов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон), УЗИ органов малого таза, также гистологическое исследование соскоба эндометрия.

Результаты и их обсуждение.Полная нормализация менструальной функции, отсутствие болезненных месячных была отмечена у 33 (93,9%) пациенток основной группы в сравнении с 28 (77,8%) женщинами группы сравнения. При проведении ЭК реакций, осложнений выявлено не было. Клиническая эффективность ЭК в лечении больных с ДМК подтверждена

данными клинико-лабораторного, гормонального, гистологического и ультразвукового исследований. У пациентов основной группы значительно улучшилось общее состояние, исчезли жалобы, уменьшилась менструальная кровопотеря. У 1-й (2,7%) пациентки группы сравнения возникла потребность отмены гормональной терапии из-за побочных эффектов. У 2-х (5,6%) больных этой же группы всвязи с обильными менструациями через 6 месяцев было проведено повторное выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба полости матки была обнаружена гиперплазия эндометрия. У всех больных, лечение которых проводилось с применением ЭК, через 6 месяцев после окончания терапии был проведен УЗ мониторинг, где патологии эндометрия выявлено не было.

Выводы. Таким образом, полученные данные, отсутствие рецидивов у больных с ДМК применявших ЭК, свидетельствует о высокой эффективности ЭК и может быть преспективным методом лечения ДМК и рекомендована к широкому применению в гинекологической практике.

Влияние озонотерапии на организм матери и плода при перенашивании беременности

Пятикоп-Черняева О.В.
Харьковский национальный медицинский университет

В структуре осложнений беременности перенашивание занимает одно из ведущих мест, и проблема своевременной профилактики и лечения данной патологии играет чрезвычайную роль в современном акушерстве. Одним из осложнений переношенной беременности (ПБ) является нарушение маточно- плацентарного кровообращения, в результате чего формируется плацентарная недостаточность, и, как следствие, дистресс плода. Причин возникновения данного осложнения много, но определяющим фактором является снижение поступления к плоду питательных и энергетических ресурсов, кислорода, иммуноглобулинов и др.

В последнее время в связи с ростом аллергизации населения, снижением чувствительности к антибиотикам, все более популярными становятся немедикаментозные методы лечения. Среди которых, озонотерапия заслуженно получает все большее распространение во всем мире. Это связано со свойствами озона оказывать влияние на транспортировку и высвобождение кислорода в ткани, а также нормализовать гормональный и иммунологический гомеостаз, что явилось основным при применении озонотерапии при ПБ.

Цели и задачи. Изучение влияния озонотерапии на подготовку организма матери и плода к родам, функционирование фето-плацентарного комплекса (ФПК) и состояние внутриутробного плода при перенашивании беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 беременных женщин в сроке 41-43 недели беременности, из них 1 группу составили 30 беременных с ПБ в которой для подготовки к родам применялись простагландины (препидил-гель), вторую клиническую группу составили 30 беременных с использованием озонированного физиологического раствора. В 3 группе (30) применялась комбинированный метод воздействия включающий традиционный способ подготовки родовых путей на фоне озонотерапии. Помимо общеклинических, гормональных и иммунологических методов исследования всем беременным определяли биофизический профиль плода, кардиотокографию, допплерометрию, гистохимическое исследование плаценты.

Результаты и их обсуждения. Анализируя параметры БФП в первую очередь обращали на себя внимание нарушение со стороны дыхательных движений плода, уменьшении эпизодов двигательной активности, признаки преждевременного старения плаценты. Результаты допплерометрического исследования демонстрируют характер нарушений маточно-плодово-плацентарной циркуляции и компенсаторную реакцию миокарда плода в условиях нарастающей периферической сосудистой резистентности. Данные кардиотокографии, также сведетельствовали об угнетении сердечно-сосудистой системы плода. При гистологическом исследовании плаценты при ПБ имеет место склерозирование стромы ворсин и сосудов, повышенное отложение фибриновых масс в межворсинчатом

пространстве и строме ворсин, нарушения кровообращения и развития отека. После проведения комплексного метода с целью профилактики и лечения ПБ спонтанная регулярная родовая деятельность возникла у 13 (87%) беременных уже через 24-36 часов, в то время как, эффективность применения традиционного метода и воздействия озона, в качестве монотерапии составила 60 %. Результаты БФП, КТГ и допплерометрии приближались к данным контрольной группы, гистохимические исследования плаценты практически не отличались от нормы.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют эффективность применения озонотерапии при ПБ и положительное влияния ее на ФПК, внутриутробное состояние плода и подготовку организма к родам.

Особенности течения воспалительных процессов обусловленных возбудителями TORCH-комплекса

Салтовский А.В., Чимандрин Д.И.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний занимают хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) и их последствия в виде хронических тазовых болей, нарушений овариально-менструального цикла, бесплодия и т.д.

Целью данной работы является выявление особенностей течения воспалительных процессов обусловленных различными возбудителями TORCH-комплекса.

Задачей является сравнительная оценка течения воспалительных процессов и их осложнений в зависимости от возбудителя TORCH-комплекса.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 96 женщин с различными проявлениями ХВЗОМТ, проходивших лечение в стационаре ХОКПЦ или амбулаторно. В исследовании оценивались проявления ХВЗОМТ, степень их выраженности, определялось наличие патогенных и условно-патогенных возбудителей, в том числе из группы TORCH-комплекса.

В зависимости от вида выделенного возбудителя женщины были разделены на несколько групп: женщины с неспецифическими возбудителями, с уреаплазмозом, микоплазмозом, хламидиозом и смешанной инфекцией.

Результаты: В результате исследования ведущей в структуре возбудителей (до 70%) оказалась условно-патогенная бактериальная флора или ее сочетание с возбудителями TORCH-комплекса (до 10%), вызывающая весь перечень ХВЗОМТ от вульвовагинитов до трубно-перитонеального бесплодия; следующим по встречаемости являлось сочетание уреа-, микоплазмоза, хламидиоза (до15%) – у женщин в данной группе чаще на фоне невыраженных проявлений воспалительных процессов определялись локальные поражения в виде экзоцервицитов, наблюдалось невынашивание беременностей в анамнезе; у женщин с хламидиозом (до 10%) наблюдались трубно-перитонеальное бесплодие, невынашивание беременности, экзоцервициты; у женщин с уреа-, микоплазмозами (до 5%) основными проявлениями являлись периодически рецидивирующие вульвовагиниты, экзоцервициты.

Выводы. Таким образом, можно утверждать, что основным возбудителем ХВЗОМТ является неспецифическая условно-патогенная флора, что, вероятно, в силу различных причин, обуславливается патологическими изменениями клеточного и гуморального иммунитета и, как следствие, объясняет низкую неспецифическую резистентность макроорганизма больных.

Иммунологические аспекты в патогенезе аденомиоза

Селиванов А.А.
Научный руководитель - профессор Ю.С. Паращук
Харьковский национальный медицинский университет

Введение. В течении многих лет эндометриоз представляет собой серьезную проблему для врачей из-за его полисимптомности, особенностей течения, разнообразия поражений, что приводит к нарушениям менструальной, репродуктивной функции, снижению

работоспособности, инвалидности и психологическому стрессу. Кроме того, в последнее время появляется всё больше информации о возможности малигнизации эндметриоидных элементов с развитием карцином.

Целью исследования было изучение состояния иммунной системы женщин репродуктивного возраста больных внутренним генитальным эндометриозом.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 25 пациенток возрастом 25-43 лет и 25 женщин аналогичного возраста, как группа контроля.

Нами изучены частота и структура симптомов заболевания, выраженность клинического течения, состояние менструальной и репродуктивной функций, исследовано Т-клеточное звено иммунитета, показатели титра антител к ВПГ1, ВПГ2, ЦМВ, Эпштейн-Бар, показатели гуморального иммунитета.

Результаты исследования. Установлено, что женщины страдающие аденомиозом жаловались на боли внизу живота, болезненные, обильные, длительные менструации. Сравнительный анализ состояния иммунной системы у больных с аденомиозом, и женщин контрольной группы позволил выявить, что у больных аденомиозом статистически значимо в сравнении с группой контроля снижено абсолютное (250 Кл/мкл и 446 Кл/мкл соответственно; $p<0,01$) и относительное (4,5% и 7,5% соответственно; $p<0,01$) содержание моноцитов; относительное содержание CD3+ – клеток (65% и 72% соответственно, $p<0,05$), относительное (34% и 42% соответственно; $p<0,01$) и абсолютное (584 Кл/мкл и 698 Кл/мкл соответственно; $p<0,05$) содержание CD4+ клеток. Увеличено относительное содержание CD25+ – клеток – 29% у больных с аденомиозом и 22,1% в контрольной группе ($p<0,05$).

Сравнительный анализ коэффициента активации персистирующих вирусов в обследованных группах женщин показал, что уровень антител к ЦМВ у больных с аденомиозом в 1,7 раз превышал диагностический титр и данные группы контроля ($p<0,05$). Уровень антител к ВПГ1 у пациенток с аденомиозом в 1,6 раза превышал диагностический титр. Суммарный уровень активации персистирующих вирусов у больных превышал диагностический титр более чем в 3,7 раза ($p<0,01$), что в первую очередь свидетельствовало об утрате контроля иммунной системы над персистирующими вирусами.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно предположить, что связь между повышением активности персистирующих вирусов (ЦМВ, ВПГ1 и 2 типов, Эпштейн-Барр) и иммунной системой, представляется таким образом: клетки эктопического эндометрия производят факторы, которые угнетают активность NK-клеток и Т-килеров, в результате понижается эффективность контроля иммунной системы над активностью персистирующих вирусов. Вирусные антигены появляются в межклеточном пространстве и становятся доступными для антигенпредставляющих клеток. Активированые антигеном клетки запускают иммунный ответ.

Вывод. У больных аденомиозом образуется “порочный круг”, в результате функционирования которого в организме постоянно поддерживается противодействие вирусных антител и повышенное число иммунокомпетентных клеток, способных выделять факторы, поддерживающие рост и имплантацию эндометрия.

Некоторые особенности постгистерэктомического синдрома и пути его коррекции

Скорбач Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет

В современной мировой гинекологии наиболее частой операцией является гистерэктомия с удалением или сохранением придатков матки. В последние годы появились работы, указывающие, что хирургическое удаление матки, даже с сохранением яичниковой ткани у 60-85% женщин сопровождается появлением нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений, изменением липидного и белкового обмена, способствует росту сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью исследования была разработка новых путей оптимизации ведения больных с постгистерэктомическими нарушениями на основе изучения изменений клинико-инструментальных показателей, а также параметров гормонального и иммунного статуса.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 женщин в возрасте 39-49 лет. Основную группу составили 40 женщин, которым была проведена гистерэктомия без придатков. Группу контроля составили 20 здоровых женщин аналогичного возраста.

Определение содержания гонадотропных гормонов и половых стероидных проводили имуноферментным методом. Ультразвуковое исследование проводили с помощью аппарата «ALOKA COLTD» (Япония) с использованием трансвагинального датчика, использовали метод трансабдоминальной допплерографии яичниковых артерий. Программа иммунологических исследований включала определение популяционного и субпопуляционного составов лимфоцитов крови с помощью проточной лазерной цитометрии на приборе FACS Colibur (США), активности фагоцитарных клеток методом S.Neilsen (1995), содержания в крови основных про- и противовоспалительных цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем производства «Протеиновый контур» (СПб, Россия). Указанный объем диагностических мероприятий выполняли до лечения, через 1, 6, 12 месяцев и через 24 месяца после гистерэктомии.

Анализ полученных результатов. Структурные изменения в оставленных яичниках и нарушения яичниковой гемодинамики были обнаружены в основной группе уже через 6 месяцев после операции. Также отмечено достоверное увеличение содержания гонадотропных гормонов и уменьшение содержания половых стероидных гормонов, которое углублялось до конца первого года и в дальнейшем оставлялось постоянным, особенно у пациенток старше 45 лет.

Иммунологические нарушения у женщин основной группы характеризовались снижением фагоцитарной активности лейкоцитов крови, изменением содержания в периферической крови CD3+ и CD4+ клеток с тенденцией к повышению содержания активированных Т-хелперов (CD4+/CD25+), Т-цитотоксических клеток (CD8+/CD25+) и В-лимфоцитов (CD19+), существенно менялось содержание как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов.

Выводы. В результате проведенных исследований установлено, что у 78,00% женщин наблюдались изменения в гормонально-иммунологическом статусе, определена высокая корреляционная зависимость между ультразвуковыми признаками структурных и функциональных изменений в яичниках и степенью гормонально-иммунологической дисфункции у женщин после гистерэктомии. Возможно применение иммунокоректоров в комплексе с гормональной заместительной терапией у пациенток с проявлениями постгистерэктомического синдрома окажет положительный клинический эффект и снизит вероятность развития (прогрессирования) постгистерэктомических нарушений у данной категории больных.

Современные аспекты диагностики и лечения рецидивирующих доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста

Таравнех Д.Ш.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10—15 % случаев, причем наиболее распространенными являются фоновые заболевания. Современные методы диагностики и адекватное лечение доброкачественной фоновой патологии в большинстве случаев позволяют избежать в дальнейшем развития дисплазии и рака шейки матки. Разработанный алгоритм лечения фоновых заболеваний шейки матки включает этиотропное лечение, рациональный физиохирургический метод лечения на фоне коррекции клеточных и гуморальных иммунодефицитных состояний. В связи с этим, выявилось актуальным оптимизировать методы лечения фоновых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения 50 нерожавших женщин в возрасте от 25 до 40 лет с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. При этом диагностированная патология шейки матки распределилась следующим образом: 22 (44%) – различные варианты незавершенной зоны трансформации, 12 (24%) – с хроническим эндо- и экзоцервицитом, 9 (18%) – с кондиломами шейки матки, 7 (14%) – лейкоплакия.

Все пациентки были разделены на две группы согласно используемой тактике лечения: - I группа (контрольная) – 25 женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки, пролеченные методом радиоволновой деэпителизации. - II группа (основная) – 25 женщин с фоновыми заболеваниями шейки матки , пролеченные методом радиоволновой деэпителизации с применением спрея «Эпиген-интим» до и после хирургического лечения.

Предложенная нами схема комбинированного лечения заключалась в инстилляциях спрея Эпиген-интим в течении 10 дней по 2-3 дозы 3 раза в день до радиоволнового лечения и 10 дней по 2-3 дозы 2 раза в день после деэпителизации.

Результаты работы. Кольпоскопический контроль результатов лечения в основной и контрольной группах через 4 и 8 недель после радиодеэпителизации показал высокую эффективность метода, как у пациенток I группы, так и в исследуемой II группе. Незавершённый процесс эпителизации выявлен у 5 пациенток (20%) в I группе, против 2 случаев (8%) во II группе при кольпоскопическом исследовании через 4 недели. Повторный кольпоскопический контроль через 8 недель позволил установить полную эпителизацию зоны деструкции в основной группе, тогда как у 2 пациенток (8%) контрольной группы выявлена незавершенная зона трансформации. Укорочение сроков эпителизации и ее полноценность достоверно выше во II группе, где, наряду с электроволновой деструкцией, применяли спрей «Эпиген-интим».

В результате проведенного исследования установлено, что среди женщин с фоновыми заболеваниями пролеченных радиоволновым методом (I группа) за период наблюдения 12 месяцев возникли рецидивы в 4 (16%) случаях, тогда как у пациенток, леченных радиоволновым методом с применением спрея «Эпиген-интим» (II группа) рецидивов не наблюдалось. Кольпоскопическое исследование случаев рецидивов в I группе выявило у 2 (8%) женщин плоскую кондилому шейки матки, 1 (4%) эндоцервицит, 1 (4%) лейкоплакию. Проведенное вирусологическое и бактериологическое исследование данных пациенток позволило выявить рецидив папилломавирусной инфекции у 3 (12%) женщин и рецидив неспецифической бактериальной инфекции у 1 (4%).

Выводы 1. Использования спрея «Эпиген-интим» до и после радиоволнового метода лечения фоновой патологии у женщин с рецидивирующими генитальными инфекциями достоверно сокращает сроки и эпителизации и повышает ее полноценность. 2. Комбинированное лечение радиоволновой деэпителизацией и спреем «Эпиген-интим» помогает достичь положительного результата в 100% случаев и радикально снизить количество рецидивов. 3. Предложенная схема лечения высокоэффективна при лечении доброкачественных заболеваний шейки матки на фоне инфекционно- воспалительных процессов гениталий, что подтверждается отсутствием рецидивов вирусной и бактериальной инфекцией в исследуемой группе женщин.

Изменения гормонального статуса у девочек-подростков с воспалительными заболеваниями гениталий

Тысячка Г.М.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Здоровье нации в основном определяется не только его качеством у лиц фертильного возраста, но и здоровьем молодого поколения - будущего страны. От уровня здоровья в подростковом периоде зависят жизненные планы, профессиональная подготовка, создание семьи и будущее рождение детей, - важнейших составляющих развития и существования современной Украины. Поэтому, ухудшение здоровья молодёжи чревато

падением качества человеческого потенциала всей нации на длительную перспективу, поскольку больное поколение не может воспроизводить здоровых потомков. В последние годы наблюдается значительное увеличение заболеваний органов репродуктивной системы у девочек-подростков. Основной причиной этого является отрицательное воздействие внешних факторов и сопутствующей хронической соматической патологии.Первое место в структуре гинекологической заболеваемости девочек-подростков занимают воспалительные процессы гениталий. Значительная распространённость данной патологии, зачастую стёртый характер клинических проявлений, высокий уровень осложнений со стороны репродуктивной системы обуславливают актуальность и значимость этой проблемы у подростков в настоящее время.

Цель исследования. Изучить особенности гормонального статуса у девушек, страдающих воспалительными заболеваниями гениталий (ВЗГ) для совершенствования диагностики данной патологии.

Материал и методы исследования. Работа проведена на базе Луганской областной детской клинической больницы и на кафедре акушерства и гинекологии №2 ХНМУ (2008-2010 г.г.). Обследовано в динамике 162 девушки 12-17 лет. Основная группа - 126 больных, проходили курс стационарного лечения по поводу ВЗГ, в контрольную группу вошли 36 гинекологически здоровых сверстниц.

Всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, которое включало анализ жалоб и клинического течения заболевания с учётом преморбидного фона, изучением анамнеза, степени физического и полового развития, характера менструальной функции. Определялось состояние соматического здоровья пациенток. Исследовались гинекологический статус и функциональное состояние яичников. Проводилась эхосонография внутренних органов брюшной полости и малого таза. Оценивался гормональный профиль. Проводились микробиологические и цитологические исследования отделяемого из влагалища. Применялся метод ДНК-диагностики.

Результаты и их обсуждение. Течение ВЗГ у 70,6 % пациенток сопровождалось нарушением менструальной функции (НМФ), - чаще по типу дисменореи. Содержание женских половых гормонов у 75 % обследованных было снижено. Анализ результатов гормонального профиля установил, что средний уровень активной фракции эстрогенов - естрадиола и содержание прогестерона в крови у больных с ВЗГ были достоверно снижены в сравнении с данными контрольной группы. Наряду с этим наблюдалось некоторое повышение уровней ФСГ и пролактина в основной группе по сравнению с контрольной. Уровень тестостерона в основной группе также был повышен. Существенных различий содержания ЛГ и кортизола в сыворотке крови у девушек основной и контрольной групп не выявлено.

Выводы. У девушек-подростков с ВЗГ отмечаются выраженные изменения в гормональном статусе, что требует назначения противовоспалительной терапии в сочетании с адекватной коррекцией НМФ.

Использование функциональных проб для уточнения генеза нарушения менструальной функции.

Феськов В.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования. У больных с нарушением менструальной функции, применяя функциональные пробы с кломифеном и преднизолоном, определить уровень поражения гипофизарно-яичниково-надпочечниковой системы.

Материалы и методы. Исследование проведено у 44 больных с нарушением менструальной функции. Состояние гонадотропной функции гипофиза оценивали по концентрации в плазме крови ФСГ, ЛГ и пролактина, проводили тесты функциональной диагностики, рентгенографию турецкого седла, изучали экскрецию 17-КС.

Анализ полученных результатов. Проба с кломифеном выполнена у 32 больных основной группы, у которых экскреция 17-КС была снижена на 15-20 %. Положительная проба с кломифеном наблюдалась у женщин с нормальным или несколько сниженным

исходным содержанием ЛГ и ФСГ, при уменьшении продукции эстрогенов. У 25 пациенток, после проведения пробы, установился двухфазный менструальный цикл. Положительный результат пробы указывает на сохранившиеся функциональные резервы гипофиза и гипоталамуса. Преднизолоновый тест проведен у 44 больных (20 мг/сут преднизолона 5 дней). Суточная экскреции 17-КС после пробы у 21 больной была в пределах нормы (от 19 до 60,5 мкмоль, в среднем 38,837± ±1,095 мкмоль), у 16 превышала норму (64,3— 82,5, в среднем 70,25± 1,927 мкмоль/сут). Снижение экскреции 17-КС более чем на 40—50 % было отмечено у 5 женщин.

Выводы. Поэтапное комплексное обследование с использованием функциональных проб у больных с нарушением менструальной функции расширяет возможности определения уровня поражения гипофизарно-яичниково-надпочечниковой системы и выбора метода патогенетически обоснованной терапии.

Современные методы ведения родов

Чучупалова Т.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Поведение и поза роженицы во время «вертикальных» родов Ведение «вертикальных» родов (так же, как и обычных родов в современном роддоме) подразумевает полную свободу движений в первом периоде родов, самом продолжительном из трех, когда происходит раскрытие шейки матки. Женщина в это время может стоять, ходить, сидеть, лежать, полусидеть на специальном стуле или кресле оригинальной конструкции (такие приспособления существуют, и многим роддомам вполне по силам и по средствам их закупить или сделать на заказ), принимать теплый душ или даже… плавать, если есть такая возможность, - все это способствует уменьшению болей во время схваток. Кстати, именно поэтому во время «вертикальных» родов редко требуется обезболивание - вот одно из их неоспоримых преимуществ. Вертикальная позиция во втором периоде родов, когда и происходит собственно рождение плода, возможна в разных вариантах: полусидя на корточках, стоя на коленях, стоя или сидя в специально сконструированном кресле. Оптимальным считается положение, когда роженица во время потуг стоит на коленях на обычной кровати, лицом к спинке кровати, слегка наклонясь вперед. В положении сидя, полусидя или на корточках роженица располагается лицом к врачу. Врач и акушерка наблюдают за физиологическим течением родов, и лишь при необходимости акушерского вмешательства роженица переводится в лежачее положение (ее укладывают на спину). В третьем периоде родов, когда происходит рождение последа, женщина сидит, приложив к груди ребенка. Отделение плаценты у женщины происходит в сидячем положении, что способствует более эффективным (помогает сила тяжести) сокращениям матки и происходит быстрее, чем при «горизонтальных» родах. Преимущества «вертикальных» родов Сравнение «вертикальных» родов с той методикой родоразрешения, которая практикуется сейчас в Украине, позволяет выявить ряд их преимуществ. На наш взгляд, аргументы в пользу «вертикальных» родов многочисленны и довольно убедительны. Перечислим основные. При «вертикальных» родах: Уменьшается давление матки на крупные сосуды. Известно, что если беременная женщина лежит на спине, то большая матка (масса которой вместе с ребенком и околоплодными водами к концу беременности составляет около 6 кг) давит на органы брюшной полости и, что важнее, на крупные кровеносные сосуды - аорту (сосуд, отходящий непосредственно от сердца и несущий к органам и тканям кровь, богатую кислородом) и нижнюю полую вену (по этому сосуду вся кровь от нижней половины тела возвращается к сердцу). Сдавливание аорты приводит к тому, что к матке и, соответственно, к ребенку, поступает недостаточное количество кислорода. Сдавливание нижней полой вены чревато уменьшением возврата крови к сердцу и застоем венозной крови во внутренних органах, в том числе и в матке. А уменьшение возврата крови к сердцу, естественно, приводит к уменьшению количества крови, которое выбрасывается из сердца, то есть опять-таки к ухудшению кровоснабжения матки и ребенка. А когда женщина сидит или стоит на четвереньках, давление матки на крупные сосуды уменьшается, что улучшает маточно-

плацентарное кровообращение и препятствует развитию у ребенка гипоксии (кислородного голодания) как во время схваток (первый период родов), так и при прохождении головки через родовые пути (второй период родов). Сокращается первый период родов. Вертикальное положение в первом периоде родов обеспечивает равномерное и более интенсивное, по сравнению с лежачим положением, давление плодного пузыря и головки ребенка на нижний маточный сегмент и шейку матки и способствует эффективному, плавному и быстрому открытию маточного зева. При этом первый период родов укорачивается по сравнению с «горизонтальными» родами примерно на 2-3 часа. Это благоприятно отражается как на роженице (ведь именно длительные болезненные схватки являются одной из причин страха перед родами), так и на ребенке (каждая схватка приводит к временному прекращению поступления кислорода к ребенку). Снижается риск родового травматизма. Если продолжительность первого периода родов при вертикальном положении роженицы сокращается, то продолжительность второго периода вертикальных родов несколько увеличивается (примерно на 20-30 минут). Из этого не следует делать поспешных выводов о большей болезненности «вертикальных» родов. Наблюдения показывают, что у стоящей или сидящей женщины плод продвигается вниз не только более медленно, но и более плавно. Соответственно, уменьшается риск родовых травм как для матери, так и для ребенка. Во время потуг достигается оптимальная координация работы мышц брюшного пресса, спины, тазового дна и всей скелетной мускулатуры, кроме того, рожающей женщине помогает сила земного притяжения. В результате необходимое для изгнания плода мышечное напряжение сводится к минимуму, мышцы тазового дна максимально расслабляются - роды протекают физиологически, ребенок легче продвигается по родовым путям с наименьшими для себя энергетическими затратами. Уменьшается кровопотеря. Поскольку плацента у женщины в сидячем положении отделяется быстрее, уменьшается физиологическая кровопотеря.

Прогностическое значение эндотелиальной дисфункции в развитии аномалий родовой деятельности

Щедров А.А.
Харьковский национальный медицинский университет

С целью изучения роли дисфункции эндотелия (ЭД)в патогенезе развития аномалий родовой деятельности (АРД) были обследованы роженицы, разделенные на 2 группы. 1-я гр. (контр.)- 40 женщин с физиологическим течением родов и 2-я гр. – 95 рожениц с АРД. 2-я гр была разделена на 3 подгр, в зависимости от формы АРД (2-А подгр. составили 45 рожениц с первичной слабостью родовой деятельности (ПСРД), 2-Б подгр. - 30 рожениц с развившейся вторичной слабостью родовой деятельности (ВСРД) и 2-В подгр. – 20 рожениц с дискординированной родовой деятельностью (ДРД). Уровень ЭТ-1 и цГМФ определялся в плазме крови иммуноферментным методом. Оценка ЭЗВД производилась методом триплексного ультразвукового сканирования.

Результаты. При ПСРД происходит достоверное уменьшение содержания ЭТ-1 и повышение цГМФ до по сравнению с контр. гр. ($p<0,05$). При ВСРД показатели ЭД существенно не отличаются от контр.гр. ($P>0,05$) , концентрации ЭТ-1 и цГМФ при ДРД достоверно увеличиваются ЭТ-1 и снижается цГМФ ($P<0,01$). По результатам реакции ЭЗВД у рожениц 2-А подгр. блюдения с ПСРД, ЭЗВД была снижена, по сравнению с контр. гр. ($p > 0,05$). Во 2-Б подгр. - значительно снижена по сравнению с контролем, но не достигала отрицательных значений. Во 2-В подгр.- характеризовалась парадоксальным вазоспазмом и в пробе с реактивной гиперемией после декомпрессии отмечалось уменьшение диаметра плечевой артерии на - 13,4 %.

Выводы. Развитие АРД связано с дисфункцией эндотелия, выражающейся в снижении эндотелийзависимой вазодилятации и патологической вазоконстрикции (снижениие цГМФ и экспрессия ЭТ-1).

ПЕДІАТРІЯ

Дослідження рівня гаптоглобіну сироватки крові при гломерулонефриті та пієлонефриті у дітей

Головачова В.О., Гужва Н.Ю., Мокринська О.О.
Харківський національний медичний університет

Рівень гаптоглобіну в крові підвищується внаслідок стимуляції інтерлейкинами клітин печінки, а також у відповідь на збільшення перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) внаслідок запальних процесів, зокрема у нирках. Тому метою нашого дослідження є удосконалення діагностики гломерулонефриту та пієлонефриту у дітей.

Задачі дослідження: визначити рівень гаптоглобіну сироватки крові дітей, хворих на нефропатії, методом турбодиметричного імуноаналізу за допомогою реактивів фірми «Ольвекс» (Росія).

Для виконання поставлених задач нами обстежено 110 дітей віком від 1 року до 18 років. З яких 44 хворі на гломерулонефрит, 68 – на пієлонефрит (31 – обструктивний, 37 – необструктивний); 41 – практично здорових дітей склали контрольну групу.

В результаті обстеження спостерігається збільшення рівня гаптоглобіну у дітей, хворих на нефритичний синдром та ізольований сечовий синдром гострого гломерулонефриту, а також гематуричну форму хронічного гломерулонефриту (1,96±0,17 г/л, $p<0,001$), хронічний обструктивний (1,5±0,07 г/л, $p<0,001$) та необструктивний пієлонефрит (2,0±0,13 г/л, $p<0,001$) в періоді загострення відносно показників дітей групи контролю (1,0±0,04 г/л), в періоді стихання запального процесу рівень гаптоглобіну нормалізується.

Визначена позитивна кореляція рівня гаптоглобіну крові від активності запального процесу в нирках. Підвищення його рівня під час запальних процесів у них свідчить також про захисну реакцію організму на підвищення ПОЛ, оскільки гаптоглобін має здатність тормозного ефекту на процеси ПОЛ.

Структурно-функціональні зміни в нирках на фоні аномалії розвитку органів сечовидільної системи у дітей.

Дриль І.С., Кисельова Т.С.
Харківський національний медичний університет

Міхурово-сечовідний рефлюкс (МСР) займає провідне місце в структурі дитячої нефро-урологічної патології. За даними вітчизняних та зарубіжних авторів патологія спостерігається від 0,1% до 1,0% в загальній дитячій популяції. МСР відіграє важливу роль у формуванні й хронізації обструктивного пієлонефриту та може призводити до розвитку хронічної ниркової недостатності в дітей.

Мета роботи оцінити структурно-функціональні зміни в нирках у дітей з хронічним захворюванням нирок (ХЗН) з діагностованим МСР.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було проведено лабораторно-інструментальне обстеження 68 дітей віком від 5 місяців до 16 років (середній вік дітей 4,6±2,6 роки), з ХЗН. Більшість дітей 48 (70,5±5,5%) госпіталізовано для планового обстеження з приводу ХЗН МСР різного ступеню ускладненого вторинним пієлонефритом, і 20 (29,4±5,5%) дітей потрапили до стаціонару з проявами активного запального процесу в нирках. За статтю домінували дівчатка (77,9±5,06%) проти (22,1±5,06%) хлопчиків. Середня тривалість захворювання склала 1,82±1,45 роки. Всім дітям було проведено повне нефро-урологічне обстеження з визначенням активності запального процесу, функціонального стану нирок (за рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ)), ступеня порушення уродинаміки (за даними мікційної цистографії), вираженості морфологічних змін в нирках (за даними ехоскопічного дослідження).

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження було уточнено період ХЗН на фоні МСР. Уперше аномалію розвитку сечовидільної системи у вигляді МСР різного ступеня було діагностовано в 7 дітей (10,3±3,7%), яким встановлено активний перебіг пієлонефриту. У 45 (66,1±5,7%) дітей діагностовано однобічний МСР, у 23 (33,8±5,7%) - двобічний МСР різного ступеню. Розподіл дітей за ступенем вираженості МСР не виявив вірогідних відмінностей: 55,8±6,0%

дітей з I-II ступенем МСР, 44,1±6,0% - з III-IV ступенем МСР. Серед 61 дитини, яким патологія сечовивідної системи була діагностована раніше, період загострення хронічного пієлонефриту встановлено у 13 (21,3±5,2%) дітей, період часткової клініко-лабораторної ремісії – у 18 (29,5±5,8%), та ремісії – у 30 (49,1±6,4%) дітей. За рівнем ШКФ встановлені різні стадії ХЗН. ХЗН I стадії мало місце у 23 (36,5±6,1%) дітей, ХЗН II стадії - 26 (41,2±6,2%), ХЗН III стадії - 14 (22,2±5,2%) дітей. Таким чином, у 40 (63,5±6,1%) $p<0,05$ дітей діагностовано ХЗН II-III стадій за рахунок порушення фільтраційної функції нирок. Найбільш вагомими змінами під час ехоскопічного обстеження нирок визнано: ознаки пієлофіброзу у 32 (47±6,0%) дітей, розширення лоханки у 51 (75±5,2%) пацієнта, з яких 24 (58,8±6,9%) мали ознаки грубої деформації чашечко-мискового комплексу. До супутніх патологічних станів можна віднести наявність дизметаболічної нефропатії у 45 (66,1±5,7%) дітей, з формуванням початкових стадій СКХ у 11 (16,1±4,4%) обстежених дітей.

Висновки. Перебіг ХЗН на фоні аномалії розвитку у вигляді МСР не завжди характеризується проявами активного запального процесу. Встановлене у вірогідної більшості дітей порушення фільтраційної функції є проявом прогресування ХЗН в напрямок розвитку ниркової недостатності. Це підтверджує важливість поглибленого обстеження дітей із запальними процесами в нирках в умовах спеціалізованих стаціонарів з обов'язковим визначенням креатиніну та розрахунком ШКФ, проведенням мікційної цистографії. Поглибленого нефроурологічного обстеження потребують діти з виявленими ехоскопічними ознаками МСР під час скринінгового обстеження.

Особенности профилактики и лечения ОРВИ у студентов-медиков

Емец Т.В., Явдак А.А.
Научный руководитель - д.мед.н. О.В. Охапкина
Харьковский национальный медицинский университет

Самолечение с помощью медикаментов является одной из ключевых проблем современного здравоохранения, что обусловлено постоянным и быстрым повышением уровня общих знаний среднестатистического потребителя, и тем более студентов-медиков, их индивидуальной ответственности за собственное здоровье.

Цель работы**:** анализ используемых методов профилактики и самолечения студентами-медиками 1 и 2 курса во время сезонной заболеваемости ОРВИ.

Проведено анкетирование 225 студентов ХНМУ (116 (51,5%) студентов 1 и 109 (48,5%) - 2 курса). В исследовании учитывались только данные, предоставляемые респондентами при анонимном анкетировании. Эпизод болезни ОРВИ подтвердили 51,1% студентов 1 курса и 56,7% - 2 курса. Обращались за медицинской помощью к врачу только 21,2% из общего числа заболевших, при этом обращаемость за медицинской помощью первокурсников достоверно выше, чем среди студентов 2 курса. В период болезни ОРВИ самостоятельно назначили себе терапию 31,8% студентов 1 и 42,8% - 2 курса. Следует отметить, что 11% студентов самостоятельно себе назначили антибиотики при вирусном заболевании. Выбор препаратов для самолечения в большинстве случаев опирался на советы провизоров, данные, полученные из средств массовой информации, а 32,8% студентов 1 курса опирались на базу “собственных знаний”. В отличие от первокурсников, 65% студентов 2 курса уже всецело опираются на свой «медицинский опыт».

Наверное, все-таки почаще нужно вспоминать латинское изречение о том, что жить - значит мыслить. А главную заповедь Гиппократа: "Non nocere!" - "Не навреди!", обращенную к врачам, дополнить для студентов-медиков: не навреди самому себе!

Особливості перебігу хвороб органів дихання у дітей раннього віку з соціопатичних сімей

Кононенко О.В., Ніколаєва С.О., Ніколаєва Л.О.
Науковий керівник - професор Т.В. Фролова
Харківський національний медичний університет

На сучасному етапі хвороби органів дихання займають перше місце в структурі захворюваності дитячого населення України. На перше місце серед причин, що впливають на

стан здоров'я й захворюваність дітей, виходять негативні соціальні фактори, а також несприятливий преморбідний фон, при цьому найгіршим чином складається ситуація в соціопатичних сім'ях. Аналіз індивідуальних факторів ризику конкретного хворого може суттєво вплинути на перебіг хвороби, її прогноз і можливості лікування. Саме це й обумовлює актуальність даного дослідження, мета якого полягала у визначенні характеру впливу соціальних і медико-біологічних факторів на захворюваність бронхолегеневою патологією дітей раннього віку із соціопатичних сімей та вивчити клініко-лабораторні особливості перебігу цих захворювань у даного контингенту дітей.

Комплексно обстежено 26 дітей віком від 2-х місяців до 3-х років, що виховуються в умовах соціопатичних сімей, із встановленими діагнозами: позашпитальна пневмонія й гострий бронхіт простий, з яких - 11 дівчаток і 15 хлопчиків. Серед факторів соціального ризику найбільший вплив на розвиток бронхолегеневих захворювань у дітей перших трьох років життя із соціопатичних сімей мають: паління матері під час вагітності (65%), незадовільні житло-побутові умови (63,0%), зловживання алкоголем одного з батьків (46,2%), вік матері під час вагітності до 19 років (23,5%); серед медико-біологічних факторів - раннє штучне вигодовування (92%), пасивне паління (72%), перенесені гострі захворювання під час вагітності (54%), перенесений дитиною раніше бронхіт (56%), хронічна нікотинова інтоксикація плода (49%), токсикози під час вагітності (21%). Динаміка змін клінико-лабораторних показників при захворюваннях органів дихання у дітей із соціопатичних сімей вказує на перенапругу регуляторних механізмів, виснаження факторів захисту, що призводить до несприятливого перебігу запального процесу з більш тривалим періодом реєстрації основних проявів захворювання: кашлю (у 1,5 рази при пневмонії, у 1,8 разів при бронхіті), фізикальних змін у легенях (у 2,2 рази при пневмонії; у 1,6 разів при бронхіті), лихоманки (у 1,5 рази при пневмонії), задишки (в 1,7 разів при пневмонії; в 2,7 разів при обструктивних формах бронхіту). У дітей перших трьох років життя із соціопатичних сімей, хворих на гострі захворювання бронхолегеневого апарату, встановлені сильні й середньої сили кореляційні зв'язки іммуно-біохімічних порушень із преморбідними захворюваннями - гіпотрофією (r=0,81), анемією (r=0,70), перинатальною енцефалопатією (r=0,69), алергійним діатезом (r=0,59), рахітом (r=0,52).

Таким чином, високий рівень захворюваності дітей перших трьох років життя із соціопатичних сімей у порівнянні з дітьми, що виховуються в умовах благополучних сімей, обумовлений сукупністю несприятливих соціальних і медико-біологічних факторів і зниженням протиінфекційного захисту організму. Діти із соціально неблагополучних сімей мають більш виражену частоту преморбідних захворювань, патогенетично пов'язаних з особливістю запального процесу в бронхолегеневій системі, що й впливають на адаптаційні можливості організму. Несприятливі соціальні фактори знижують адаптаційні можливості дитячого організму й суттєво погіршують перебіг гострих бронхолегеневих захворювань у дітей раннього віку, впливаючи як на важкість, так і на тривалість захворювання.

Особенности пищевой сенсибилизации у детей с аллергическими заболеваниями в Харьковском регионе

Карпушенко Ю.В., Кренев С.В., Кравченко Е.С.
Харьковский национальный медицинский университет

В настоящее время аллергические болезни занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости. В патогенезе большинства аллергических заболеваний важную роль играет реакции I типа, подразумевающие наличие сенсибилизации. Для различных стран характерны свои, региональные пищевые аллергены, зависящие от климатогеографического расположения страны и особенностей пищевого рациона.

Задача: изучить спектр сенсибилизации к пищевым аллергенам у детей с аллергическими заболеваниями в Харьковском регионе.

Материалы и методы: Обследовано 116 детей в возрасте 3-18 лет, проходивших обследование в Областном детском аллергологическом центре г.Харькова в 2011 году. Дети разделены на группы: 3-6 лет (53 чел), 7-11 лет (35 чел), 12-18 лет (28 чел). В группе детей 3-

6 лет у 51% диагностирован атопический дерматит (АД), 32% -респираторные аллергозы (РА), 17% - острые аллергозы (ОА); у детей 7-11 лет у 40% - АД, у 31% - РА, у 29 % -ОА; в группе 12-18 лет АД составил 18%, РА -57%, ОА – 25%. Определение сенсибилизации к пищевым аллергенам проводилось методом кожных проб с аллергенами (прик-тесты). Статистическая обработка материалов проводилась методами вариационной статистики на ПК с использованием программы «Exell 2010».

Результаты: у детей в группе 3-6 лет пищевая сенсибилизация была представлена: какао, виноград морковь, малина, кукурузная крупа (92 - 94%), слива, клубника, чай черный, свекла, молоко, белок куриного яйца, лимон (82 - 87%), земляника, персик, апельсин, капуста, помидор, ячменная крупа, горох, яблоко, говядина, картофель, черешня, свинина (78 - 72%), груша, гречка, куриное мясо, пшеница, абрикос, ржаная крупа, смородина, арбуз, вишня (69 - 66%), овсяная крупа, пшено, желток куриного яйца, дыня (58 - 54%), тыква, банан, рис (менее 40%). В группе 7-11 лет: какао, малина, свекла, капуста, ячменная крупа, гречка, кукурузная крупа, клубника, чай черный, слива, помидор, огурец (100% - 91%), виноград, земляника, абрикос, морковь, картофель, рыба, говядина, мясо курицы, лимон, апельсин (90 - 80%), молоко, рис, овсяная крупа, свинина, смородина, ржаная крупа, персик, яблоко, груша (79 - 71%), арбуз, банан, белок куриного яйца, горох, мандарин, вишня, черешня, пшеница, пшено (70 - 60%), менее 60% - тыква, дыня. У детей 12-18 лет отмечалось наличие сенсибилизации к: моркови, клубнике (100% и 93% соответственно); винограду, сливе, землянике, помидору, кукурузной крупе, желток куриного яйца, молоко, лимон, ячменная и ржаная крупа, свекла, капуста, чай черный, малина, рыба (87 - 80%); мясо курицы, белок куриного яйца, рыба (хек, минтай), мясо свинины, огурец, картофель, рис, гречневая, овсяная и пшенная крупы, яблоко, мандарин, черешня, персик, смородина, какао, горох (79 - 71%); пшеничная крупа, апельсин, арбуз, дыня, вишня, абрикос (68 – 61%); менее 60% - тыква, банан.

Выводы: Выявлены продукты с высокой аллергизирующей активностью: морковь, кукурузная крупа, какао, клубника, слива, малина, виноград, земляника, лимон, чай черный, свекла, помидор, молоко, капуста, ячменная крупа, рыба карп, желток куриного яйца, мясо говядины, огурец; средней степенью аллергизирующей активности: мясо курицы, мясо свиньи, белок куриного яйца, рыба хек, минтай, пшеница, рожь, овсяная крупа, картофель, горох, смородина, персик, абрикос, черешня, вишня, гречка, апельсин, мандарин, арбуз, яблоко, груша, пшено; низкой: рис, тыква, дыня, банан. Пищевая сенсибилизация высокой и средней степени чаще наблюдается у детей в возрасте 7-11 лет.

Характеристика микробиоценоза трахеобронхиального дерева у новорожденных с пневмонией

Криворотько Д.Н., Бендзар О. В.
Научный руководитель - д.мед.н. В.А. Клименко
Харьковский национальный медицинский университет

Задачи: определение микробной флоры трахеобронхиального дерева и ее чувствительности при пневмониях у новорожденных.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 40 новорожденных с пневмонией, находившихся на стационарном лечении за период 2010-2011гг. Врожденная и приобретенная пневмонии составили 15 и 25 ребенка. Приобретенная пневмония включала вентилятор-ассоциированную (ВАП) – 23 новорожденных, негоспитальную – 2. Забор материала для исследования проводился детям, находившимся на аппарате ИВЛ стерильным зондом через интубационную трубку. Бактериологическое исследование и определение резистентности микробной флоры производилось при поступлении согласно приказу МЗ СССР № 535 от 22.04.85. «Унифицированные микробиологические методы исследования, применяемые в клинико-диагностических лабораториях лечебных профучереждений». Статистическая обработка материалов проводилась непараметрическими методами статистики на ПК с использованием программы «Exell 2010».

Результаты: у 82,5% детей с пневмонией установлен микробный пейзаж (17,5% посевов роста не дали); среди них грам «+» 69,7% (S. epidermalis 73,9%, S.saprofiticus 21,7%, S.aureus 4,4%), грам «-» 43,3% (Ps.aureginosa 38,5%, Acinetobacter calkoaceticus 30,8%, Enterobacter 30,7%), смешанная «±»18,2%, в комбинации с грибами – в 9,1% (C.tropicalis, C.parapsilosis). Характеристика микробной флоры в зависимости от вида пневмонии представлена в таблице №1. Проведен анализ чувствительности флоры (потенциальных возбудителей пневмоний) к основным группам антибактериальных препаратов (таблица №2).

Таблица№1.Распределение микробной флоры в зависимости от вида пневмонии

вид пневмонии / возбудитель	Врожденная		Приобретенная		ВАП	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
S.aureus	1	11,1	-	-	-	-
Ps. Auruginosa	2	40	3	37.5	3	42,9
A. calkoacetic	1	20	3	37,5	2	28,6
Enterobacter	2	40	2	25	2	28,6
Всего грам «-»	5	41,7	8	38,1	7	43,8

Таблица №2. Чувствительность микробной флоры трахеобронхиального дерева к антибиотикам.

антибиотик / возбудитель	Пенициллины	Цефалоспорины	Аминогликозиды	Фторхинолоны	Карбопенемы	Гликопептиды
S.aureus	0	0	100	0	0	100
Ps. aureginosa	0	25	25	25	0	0
A. calkoaceticus	25	50	75	25	25	25
Enterobacter	25	0	25	100	0	100
Всего грам«-»	15,4	30,8	46,2	53,9	15,4	38,5

Выводы: эмпирическая терапия у новорожденных с пневмониями в Харьковском регионе должна проводиться с учетом полученных данных о чувствительности микробной флоры.

УЗИ в диагностики реактивных артропатий у детей

Кривошей А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Суставной синдром является одним из наиболее частых патологических состояний, встречающихся внутри группы ревматических болезней. В дебюте болезни рентгенологические методы оказываются малоинформативными. В этой связи продолжается поиск наиболее оптимальных методов диагностики артропатий у детей.

Цель исследования: Изучить возможности ультразвуковой диагностики суставов у детей с реактивными артропатиями (РеА).

Материалы и методы: Обследованы 83 ребёнка с РеА коленных суставов в возрасте 1-18 лет. У 54 (65,1%) детей имел место моноартрит, олигоартрит у 29(34,9%), острое течение наблюдалось у 66(79,5%) детей, затяжное у 14(16,9%), хроническое у 3 (3,6%). Всем больным проведено УЗИ суставов по стандартной методике. Для оценки выраженности синовита применялось допплеровское сканирование в цветном и энергетическом режимах.

Результаты. В воспалительный процесс вовлекаются многие ткани сустава и начало заболевания в большинстве случаев связано с экссудативным синовитом. В остром периоде у 74 больных макроскопически были обнаружены отек синовиальной оболочки (СО), скопление в полости сустава прозрачного гипоэхогенного, без патологических включений выпота, у 3 больных с затяжным течением визуализировался выпот с включением фибрина. У больных с затяжными и хроническим течением была обнаруженная пролиферация, гипертрофия ворсин синовиальной оболочки.

У 48(57,8%) больных отмечался отек периартикулярних тканей, у 56(64,5%) больных верхний заворот был расширен, с наличием излишка однородной жидкости. У всех обследованных контуры суставных компонентов были четкие, гиалиновый хрящ макроскопически был не изменен, визуализировался с ровными контурами, с обычной эхогенностью, однородной эхоструктурой, суставные соотношения были сохранены, без деформации, краевые костные разрастания бедренной и большеберцовой костей не определялись. При визуальный оценки кровотока в анализируемом участке у 16(19,3%) больных цветных сигналов обнаружено не было, у 32(38,5%) больных визуализированы единичные цветные сигналы и единичные сосуды, что свидетельствует о наличии слабой сосудистой реакции (1 степень активности процесса); у 25(30,1%) умеренная визуализация цветных сигналов и наличие от 3 до 5 единичных сосудов, что свидетельствовало об умеренно выраженной сосудистой реакцией (2 степень активности); у 10(12,1%) максимальная высокая плотность цветных сигналов, которые сливались на полученном изображенные, визуализация более 5 сосудов, что свидетельствовало о наличии гиперваскуляризации (3 степень активности).

Выводы: УЗИ позволяет обнаружить увеличение размеров надколенниковой сумки; наличие выпота в суставе и в надколенной сумке; утолщение синовиальной оболочки; вовлечение в процесс мягкотканных структур, которые имеют диагностическое значение при РеА. Патологический процесс в суставах при РеА протекает по типу синовита.

Наиболее ранними УЗ-признаками РеА у детей является: неоднородность эхоструктуры, утолщение, гипоэхогенность (отечность), синовиальной оболочки (синовит) с патологической васкуляризацией при допплере; гипоэхогенность, увеличение объема околосуставных мягких тканей (периартикулярный отек). УЗИ позволяет определить у больных РеА активность воспалительного процесса на основе оценки кровотока в СО.

Антибактериальная терапия неосложнённых и осложнённых внебольничных пневмоний

Лапина О.А., Козырь О.В.
Научный руководитель - доцент В.Я. Казанов
Харьковский национальный медицинский университет

Внебольничные пневмонии являются одними из частых инфекционных заболеваний органов дыхания у детей, особенно в возрастной группе детей до 5 лет. Осложнённые формы заболевания протекают тяжело и в части случаев являются причиной летального исхода при этой патологии.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения негоспитальных пневмоний у детей, оценка эффективности лечения с учётом этиологии, клинико-лабораторных данных, преморбидного фона заболевания.

Материалы и методы. Проводился анализ результатов клинического, лабораторно-инструментального и бактериологического обследования 112 детей в возрасте 1 месяца – 18 лет, которые находились на лечении в ДГКБ №16 г. Харькова.

У детей с негоспитальной пневмонией заболевание протекало как среднетяжёлое у 72 обследованных. У каждого пятого заболевшего развивались лёгочно-плевральные осложнения и внелегочные, что обусловливало тяжёлое течение. При этом отмечена выраженность интоксикационного синдрома и дыхательной недостаточности, высокий уровень лейкоцитов в крови, увеличение СОЭ, повышение уровня γ-глобулинов и белков острой фазы. Такое течение пневмоний отмечено у детей раннего возраста и у части

подростков. Преимущественно при внебольничных пневмониях выделяли Str. pneumonia, St. aureus, Str. pyogenes, M. catarralis. У больных с повышением титров антител Ig M, Ig G к Chlamidia pn. и Mycoplasma pn. (30%) отмечена пролонгация физикальных изменений в лёгких, кашля и субфебрилитета.

Для успешного лечения негоспитальных пневмоний безотлагательно назначалась антибактериальная терапия. Учитывая спектр основных возбудителей внебольничных пневмоний, в качестве стартовой терапии у больных этой группы использовались антибиотики из группы цефалоспоринов 3-го поколения или макролидов. В частности, спирамицина – препарата, позволяющего использование ступенчатой терапии. При атипичных и тяжёлых осложнённых формах внебольничных пневмоний использовались фторхинолоны 4-го поколения в сочетании с макролидами. При легочно-плевральных деструкциях в комплекс терапии включались препараты иммуноглобулинов. Положительная клиническая динамика в течение заболевания отмечена у всех больных к третьим суткам лечения.

Выводы: Комбинации антибактериальных препаратов, используемые в лечении негоспитальных пневмоний, сокращают сроки пребывания детей в стационаре. Летальных исходов за последние годы не зарегистрирова

Особливості імунного статусу у дітей з гострими бронхітами

Лупальцова О.С.
Харківський національний медичний університет

Актуальність. Актуальним завданням сучасної педіатрії є вивчення патогенетичних механізмів, за допомогою яких реалізуються ефекти запального процесу бронхолегеневої системи та визначаються імунологічні порушення.

Мета. Удосконалення діагностики імунологічних порушень у дітей з гострими бронхітами на основі вивчення клітинного і гуморального імунітетів та фагоцитозу.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі пуль- монологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м.Харкова. Обстежено 43 дитини, першу групу пацієнтів склали 22(51,2%) дітей з гострим бронхітом, середнім віком 7,1±4,1 роки. Другу групу-21(48,8%) дитина з пневмонією з гострим перебігом, середнім віком 6,3±3,3 роки.

Результати. При аналізі особливостей імунного статусу досліджуваних груп відмічено зниження рівня Т-лімфоцитів (CD3) в абсолютній кількості у 1,95 рази ($p < 0,05$), вірогідне зменшення абсолютного вмісту В- лімфоцитів (СД22) у 1,57 рази ($p < 0,05$) та індексу імунорегуляції СД4/ СД8 у 1,19 рази ($p < 0,05$), зниження відсоткового рівню спонтанного НСТ тесту у 1,26 рази ($p < 0,05$), зниження рівня фагоцитарної кількості одиниць у 1,16 рази у хворих з пневмонією з гострим перебігом в порівнянні з показниками хворих бронхітами, ($p<0,05$).

Висновки. Зниження продукції Т-лімфоцитів та В-лімфоцитів, фагоцитарної активності нейтрофілів, продукції імуноглобулінів, можуть свідчити про імунодефицитний стан та бути предикторами формування рецидивуючої та хронічної патології респіраторного тракту.

Особливості перебігу гемолітичних анемій у дітей

Потихенська Х.А.
Наукові керівники - доцент І.М. Піддубна, к.мед.н. О.О. Панфілова
Харківський національний медичний університет

Мета: уточнити структуру, особливості перебігу та лікування гемолітичних анемій (ГА) у дітей. Матеріали і методи: обстежено 84 дитини віком від 1 місяця до 17 років з ГА, які проходили лікування в ДМКЛ № 16 м.Харкова за останні 5 років. Окрім рутинних досліджень, визначалися рівні білірубіну та вільного гемоглобіну сироватки крові, дефіцит глюкозо-6-ФДГ, осмотична резистентність еритроцитів, проба Кумбса. Результати: переважали діагнози спадкового мікросфероцитозу (у 41,6% дітей), аутоімунної ГА (у 25%), спадкової несфероцитарної ГА (у 16,7%). В період кризи в клінічній картині спостерігалися симптоми інтоксикації та гіпоксії (у 57,4%), жовтяниця (у 52%), гепатолієнальний синдром (у 98% дітей). Рівень Нв коливався від 46 до 130 г/л (95,2±3,8 г/л), були збільшені рівні

сироваткового вільного Нв (14,9±3,05 г/л) та непрямого білірубіну (36,6±4,9 мкмоль/л), у 37,5% дітей ці показники не приходили до норми і в період поза кризою. Розповсюдженим ускладненням була жовчокам'яна хвороба (у 18% дітей). Лікування в період кризи включало інфузійну терапію, гепатопротектори, сорбенти, жовчогінні засоби, за показаннями – гемотрансфузії, антибіотики. Дітям з аутоімунною ГА призначався преднізолон в початковій дозі 2-5 мг/кг. У 13,2% дітей з важкими кризами, безперервно-рецидивуючим перебігом захворювання була проведена спленектомія. Висновки: у дітей переважають спадкові форми ГА з кризовим перебігом; в лікуванні аутоімунних ГА ефективним є призначення преднізолону в дозі 5 мг/кг; спленектомія показана в лікуванні резистентних варіантів ГА.

Дифференциальная диагностика затяжных желтух инфекционного и неифекционного генеза у детей раннего возраста

Пугачева Е.А.
Научный руководитель - к.мед.н. Урываева М.К.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью данного исследования явилось определение клинико-анамнестических критериев, позволяющих дифференцировать затяжные желтухи инфекционного и неинфекционного генеза у детей раннего возраста.

Задачи исследования: 1. Установить особенности анамнеза, клинической картины, данных дополнительных методов исследования у детей с затяжными желтухами инфекционного (ЖИГ) и неинфекционного генеза (ЖНГ). 2. Выявить критерии дифференциальной диагностики желтух инфекционного и неинфекционного генеза.

Материалы и методы. Обследовано 23 ребенка в возрасте от 30 до 60 дней жизни, из них 17 с ЖНГ (38±2 дня), 6 – ЖИГ(38±2 дня). Проанализированы особенности анамнеза и клинико-лабораторных данных детей с затяжными желтухами. Верификация диагноза вирусных гепатитов в группе детей с ЖИГ осуществлялась путем выявления в крови антител к вирусам гепатита В и С методом ИФА и обнаружения нуклеиновых кислот вирусов методом ПЦР.

Результаты. Среди всех обследованных детей было 14 мальчиков (60,9%) и 9 девочек (39,1%). В 18 случаях в анамнезе зарегистрирована патология беременности (78,3%) и родов (42,7%). В группе детей с ЖНГ чаще встречалась угроза прерывания беременности (УПБ) (35,3%) и гестоз первой половины беременности (17,7%), в группе детей с ЖИГ – беременность на фоне хронического ВГ у матери (83%). С массой тела менее 2500г родилось 33,3 %. В 87% случаях вскармливание было естественным, в 13% искусственным. При этом в группе детей с неинфекционными желтухами все дети вскармливались грудным молоком, а в группе детей с ЖИГ только половина получала естественное вскармливание.

Отставание в физическом развитии было установлено у 29,4% с ЖНГ и у 50% с ЖИГ. При оценке клинической картины у всех обследованных детей была выявлена желтуха, при этом в обеих группах она зарегистрирована с рождения ($p \geq 0,1$). Интенсивность желтухи была большей в группе детей с ЖНГ, тогда как в группе ЖИГ отмечалась только иктеричность склер ($p \leq 0,05$). Наличие интоксикационного синдрома отмечено только в группе детей с ЖИГ (33,3%, $p \leq 0,05$).У всех больных печень выступала из-под края реберной дуги: в группе ЖНГ на 2,0±0,09см, ЖИГ - 2,4±0,08см ($p \geq 0,1$). В клиническом анализе крови у 13,0% была выявлена анемия легкой степени ($p \geq 0,1$).Уровень ретикулоцитов был в пределах нормы в обеих группах. Изменений в клиническом анализе мочи и кала не выявлено. При анализе функциональных проб печени уровень общего билирубина при желтухах инфекционного и неифекционного генеза в среднем составил 190,9±33,3 и 43,6±6,8 мкмоль/л ($p \leq 0,001$), непрямого - 164,7±31,6 и 39,0±5,4($p \leq 0,01$), прямого – 19,3±3,4 и 4,6±1,5мкмоль/л ($p \leq 0,01$) соответственно; уровни АЛТ - 0,38±0,07 и 0,76±0,11 ммоль/ч*л ($p \leq 0,02$) и АСТ 0,27±0,05 и 0,62±0,15ммоль/ч*л ($p \leq 0,02$). Уровень тимоловой пробы – 2,06±0,30 и 4,45±0,99 ед S-H ($p \leq 0,05$), уровень β-липопротеинов 30,5±1,8 и 63,8±9,32 у.ед. ($p \leq 0,01$). Повышение эхогенности печени выявлено у всех детей с желтухами инфекционного генеза.

Выводы. Перинатальный анамнез был отягощен в 78,3%. У всех детей выявлена желтуха кожи с момента рождения (≥0,1), интенсивность которой выше у детей с желтухами неинфекционного генеза (≤0,05). В группе детей с желтухами инфекционного генеза отмечался интоксикационный синдром (p≤0,05), а также повышение уровней АЛТ, АСТ, β-липопротеинов, тимоловой пробы. У детей с неинфекционными желтухами уровень билирубина и его фракций был достоверно выше, что по-видимому, могло быть связано с нарушением конъюгации билирубина (желтуха «материнского молока»).

Состояние сердечно-сосудистой системы по данным популяционного исследования школьников Харьковского региона

Санина И.А., Оникиенко А.Л.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы: установить распространенность изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста.

Материалы и методы. В рамках научного исследования кафедры педиатрии №1 и неонатологии обследовано 582 школьника г. Харькова и области в возрасте от 9 до 17 лет. Проведены клиническое обследование, скрининг ЭКГ, измерение артериального давления, проба с физической нагрузкой (Руфье).

Результаты. У 25,26±1,8% детей показатели состояния ССС в пределах нормы. У 74,74±1,8% школьников были выявлены ЭКГ-феномены: нарушения образования импульса – у 40,21±2,03% (синусовая тахикардия - 13,57±1,42%; синусовая брадикардия - 7,56±1,1%; миграция водителя ритма - 3,61±0,77%; экстрасистолия - 1,72±0,54%), нарушения проведения импульса – у 24,4±1,78% (предсердно-желудочковая блокада 1 степени - 0,69±0,34%; полная блокада правой ножки пучка Гиса - 0,34±0,24%; синдром WPW - 5,67±0,96%; синдром удлиненного интервала QT - 6,53±1,02%), синдром ранней реполяризации желудочков– у 11,51±1,32%, неспецифические нарушения процессов реполяризации – у 26,5±1,8 %. Повышение артериального давления выявлено у 14,08±0,77% обследованных. Низкий индекс Руфье установлен у 8,59±1,18% детей.

Выводы. Распространенность изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста свидетельствует о целесообразности скринговых исследований состояния сердечно-сосудистой системы с целью ранней диагностики нарушений и профилактики формирования хронической кардиальной патологии.

Порушення ренальної гемодинаміки у дітей із цукровим діабетом і нормоальбумінурією

Цимбал В.М.

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Діабетична нефропатія (ДН) є провідною причиною високої інвалідизації та смертності хворих на цукровий діабет. За даними ВОЗ, кожний третій хворий на ЦД I типу та кожний четвертий хворий на ЦД II типу помирає від термінальної стадії ХНН. ДН — прогнозоване ускладнення, що розвивається, у першу чергу, за умови незадовільної компенсації ЦД, але має можливості до запобігання в разі своєчасної діагностики й адекватного лікування. Тому пошук оптимальних діагностичних критеріїв початкових проявів ДН залишається актуальним. На нашу думку, найбільшу цінність мають діагностичні критерії, визначені ще до появи перманентної мікроальбумінурії. Ураховуючи, що діабетична нефропатія як ускладнення ЦД – це мікроангіопатія, яка починає формуватися саме з периферії (мікроциркуляторного русла), логічним буде пошук доклінічних діагностичних критеріїв при вивченні стану ренальної гемодинаміки на різних рівнях ниркових артерій.

Мета: дослідити стан ренальної гемодинаміки у дітей із цукровим діабетом і нормоальбумінурією.

Об’єкт та методи: обстежено 15 хворих на ЦД 1 типу з нормоальбумінурією (МАУ < 30 мг/добу) віком від 9 до 17 років. Обстеження проведено згідно Наказу МОЗ України № 254

від 27.04.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Допплерографію судин нирок з метою оцінювання стану регіональної ренальної гемодинаміки проводили на ультразвуковому апараті "AU 3 Partner" фірми "Esaote Biomedica" за загально-прийнятою методикою. У режимі імпульснохвильової допплерографії проводили послідовну локацію ниркових артерій у ділянці воріт нирок, а також сегментарних та інтерлобарних артерій. Числовими характеристиками артеріального ренального кровотоку було обрано найбільш поширені й значущі параметри, а саме: Vmax - максимальна швидкість кровотоку в систолу, м/с; Vmin - мінімальна швидкість кровотоку в діастолу, м/с; Vmean – усереднена за часом максимальна швидкість кровотоку впродовж усього серцевого циклу, м/с. На базі зазначених параметрів обчислювали відносні показники: пульсаційний індекс (PI), індекс резистентності (RI), систоло-діастолічне відношення (S/D) за формулами: PI = (Vmax – V min)/Vmean; RI = (Vmax - Vmin)/Vmax; S/D= Vmax / Vmin. Ураховуючи істотну вікову залежність деяких (морфометричних, гемодинамічних тощо) показників у дітей, для порівняння з відповідними нормативними параметрами використовували Z-оцінки.

Результати дослідження: середні рівні показників, що характеризують перебіг ЦД, в обстежених дітей складали : тривалість ЦД - 6,73±0,93 років, HbA1c - 9,96±0,62 %, ШКФ - 139,4±15,2 мл/хв., МАУ - 19,55±1,64 мг/добу. Одержані результати свідчать, що в дітей з ЦД 1 типу з нормоальбумінурією була наявна тривала гіперглікемія, про що свідчить високий рівень HbA1c, спостерігалася тенденція до гіперфільтрації. Під час оцінки стану ниркової гемодинаміки встановлено, що статистично значуще підвищення гемодинамічних індексів PI, RI на магістральній і сегментарній артеріях супроводжується їхнім зниженням на рівні інтерлобарної артерії до рівня здорових дітей. Даний феномен, так званої «нормалізації» рівня гемодинамічних індексів, слід вважати псевдонормалізацією. Вочевидь, це пов’язано з тим, що тривалий гідростатичний тиск у клубочках та інтраренальних судинах, чому сприяє пролонгована гіперглікемія (високий рівень гліколізованого гемоглобіну в нашому дослідженні – (HbA1c=9,96±0,62%)), виснажує фізіологічні компенсаторні механізми, а гіпертрофована судинна стінка починає розтягуватися.

Висновки: проведене дослідження ниркової гемодинаміки продемонструвало, що в основі ініціації та прогресування ДН лежать зрушення внутрішньоренальної гемодинаміки, насамперед, розвиток внутрішньоклубочкової гіпертензії. Істотні можливості допплерографії під час клінічного моніторингу хворих можна використовувати в ролі діагностичних ознак ДН у стадії нормоальбумінурії в дітей з ЦД 1-го типу.

Клиническое наблюдение ребенка с врожденной гиперплазией коры надпочечниковых желез

Хоценко А.А., Ащеулов А.М., Хорошун Д.А.
Научный руководитель – доцент Т.В. Сиренко
Харьковский национальный медицинский университет

Цель: ознакомление с особенностями течения врожденной гиперплазией коры надпочечниковых желез (ВГКНЖ).

Результаты и их обсуждение. Ребенок родился от II беременности, II родов, протекавших нормально. При первичном осмотре выявлено аномальное строение половых органов, диагностирован врожденный порок развития мочеполовой системы: атрезия уретры, влагалища. Ребенок направлен в ОДКБ№1. При поступлении у ребенка отмечена неврологическая симптоматика – синдром тонусных нарушений. При осмотре половых органов – гипертрофия клитора, большие половые губы увеличены, по своей форме напоминают мошонку. Диагностирована ВГКНЖ. Дифдиагноз проводился между вирильной и сольтеряющей формами. На 8 день жизни состояние ребенка ухудшилось, что было обусловлено развитием пиелонефрита, диагноз которого подтвержден данными УЗИ и анализами мочи. На фоне ВГКНЖ и пиелонефрита у девочки развилась острая надпочечниковая недостаточность (ОНН): отмечалась рвота, падение АД, тахикардия,

тонико-клонические судороги, мраморность кожи, выявлены нарушения электролитного состава крови: гиперкалиемия 7,48млмоль/л и гипонатриемия 126,0ммоль/л. Суточный анализ мочи на 17-КС–12,8мкмоль/л (норма 0,35-1,73мкмоль/л); кариотип–46ХХ; анализ крови на 17-ОН прогестерон 7день жизни 1321,43нг/мг, 18 день–123,2нг/мг (норма 2,4-16,8нг/л). Диагностирована сольтеряющая форма заболевания. Терапия: в первые дни гидрокортизон 5мг/м2; затем при развитии ОНН гидрокортизон 4мг/кг в/в; добавлен кортинеф 0,1мг 2 раза в день; затем ребенку назначен преднизолон в таблетках в дозе 5мг/м2. Вывод: развитие интеркуррентного заболевания на фоне ВГКНЖ приводит к развитию ОНН, которая усугубляет тяжесть течение основного заболевания.

Особенности взаимосвязей воспалительных и печеночных показателей у детей с реактивными артритами с сопутствующей герпетической инфекцией

Яновская Е.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время известно более 200 видов микроорганизмов, способствующих развитию РеА (Насонов Е.Л., 2008; Toivanen A., 2000). В последние годы многие авторы отмечают частую встречаемость сочетанных процессов, например, реактивного артрита (РеА), вызванного различными микроорганизмами, в комбинации с герпетической инфекцией.

Целью работы было исследование влияния персистирующей герпетической инфекции на состояние воспалительных и печеночных показателей у детей при РеА.

Для оценки взаимосвязей исследованных показателей у детей при РеА с носительством герпетической инфекции и без нее был использован факторный анализ (К.Иберла, 1980) и построены факторные структуры (рис.1).

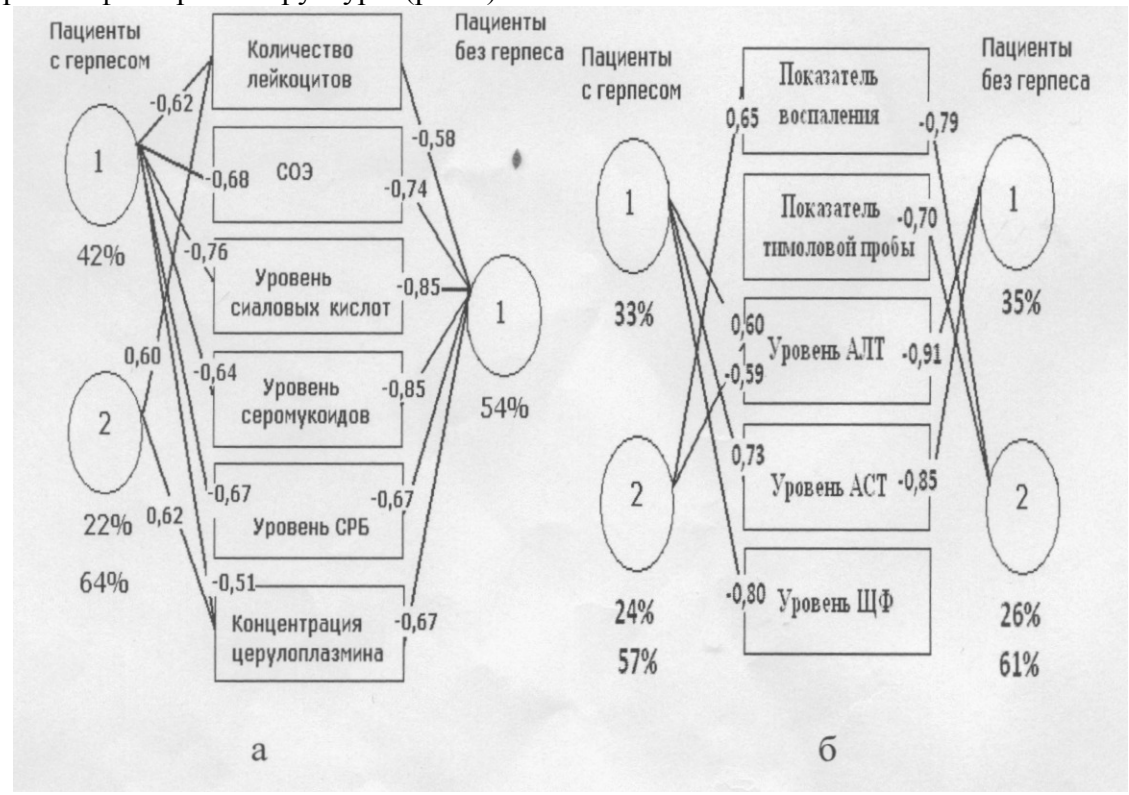

Рис.1. Структура связей воспалительных (а) и печеночных (б) показателей у детей с РеА.

Для оценки остроты воспалительного процесса нами был введен интегративный показатель воспаления. Этот показатель определялся путем деления показателей, характеризующих воспаление, на верхнюю границу нормы для этих показателей с последующим суммированием результатов. Расчет такого показателя позволяет оценить остроту воспалительного процесса у каждого из пациентов и сравнивать результаты для

разных пациентов, что особенно важно при разнонаправленных изменениях воспалительных показателей.

Анализ характера связей в системе воспалительных показателей (рис.1,а) позволил установить, что носительство герпеса усугубляет течения РеА, т.е. возможны затяжные и рецидивирующие его варианты. На это указывает совместный рост количества лейкоцитов и концентрации церрулоплазмина у детей с персистирующей герпетической инфекцией.

Структура связей в системе печеночных показателей у детей с РеА (рис.1,б) указывает на незначительное влияние персистирования герпетической инфекции на состояние печени. Можно предположить, что на фоне воспаления при РеА ухудшается белково-синтетическая функция печени. Данных за цитолиз на фоне воспаления получено не было.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно утверждать, что носительство герпеса оказывает влияние на течение РеА у детей, при этом не влияет на состояние функции печени при РеА.

МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

Частота компаундов полиморфных локусов генов интерлейкина-4 и цитохрома Р-450 у пробандов с атопическим дерматитом

Безродная А.И. [1,2], Овсянников А.А. [1]
Харьковский национальный медицинский университет[1]
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина[2]

К настоящему времени накоплены результаты множества исследований, свидетельствующих об ассоциации аллельных вариантов генов интерлейкинов и генов ферментов детоксисикации ксенобиотиков (ФДК) с аллергическими заболеваниями (АЗ) [Пузырев В.П., 2005; Гречанина Е.Я., 2011], к которым относятся атопический дерматит (АД) и экзема (ЭК).

Цель: изучить распространенность компаундов полиморфных вариантов генов IL4 C-589T, CYP1A1 Ile-462Val среди пробандов с разными формами АЗ.

Материалы и методы: Образцы периферической венозной крови 24 пробандов с установленным диагнозом АД и 16 - с Экземой. Анализировался полиморфизм генов IL4 и CYP1A1 с помощью тест-систем ООО НТП «Литех» ПЦР медотом. Разницу долей оценивали с помощью угловой трансформации φ.

Результаты: Была выявлена высокая частота компаунда полиморфизмов Htzg-N в генах IL4 и CYP1A1 у 25% пробандов с АД и у 10% с ЭК ($p<0,05$). Компаунд Hmzg-N встечается у 5% с АД и 10% с ЭК, ($p<0,05$). Компаунд Htzg-Htzg встился у 2,5% с АД и не встретился у ЭК, ($p<0,05$). Компаунды полиморфизмов Hmzg-Hmzg, Htzg-Hmzg,Hmzg-Htzg не были обнаружены при исследовании.

Вывод: Для развития АД носительство полиморфизмов генов IL4 и CYP1A1 является более значимым, чем для развития ЭК. Возможно, за развитие ЭК формы предпочтительно отвечают другие гены, что подтверждает «индивидуальность» генетической основы разных форм патологии.

SNP-мутации генов интерлейкина-4 и цитохрома Р-450 у пробандов с разными формами атопического дерматита

Безродная А.И. [1,2], Плехова О.А. [1]
Харьковский национальный медицинский университет[1]
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина[2]

К хроническим рецидивирующим аллергическим заболеваниям (АЗ) кожи относятся атопический дерматит (АД) и экзема (ЭК), характеризующиеся иммунологическими нарушениями, опосредованными Т-клетками. IL-4 - плейотропный цитокин, продуцируемый Th-2-кетками, переключающий синтез изотопов иммуноглобулинов В-лимфоцитами на производство IgE. Метаболизм медиаторов воспаления осуществляется ферментами системы цитохрома Р-450.

Цель: изучить распространенность полиморфных вариантов генов IL4 C-589T, CYP1A1 Ile-462Val среди пробандов с разными формами АЗ.

Материалы и методы: Образцы периферической венозной крови 24 пробандов с установленным диагнозом АД и 16 - с экземой. Анализировался полиморфизм генов IL4 и CYP1A1 с помощью тест-систем ООО НТП «Литех» ПЦР медотом. Разницу долей оценивали с помощью угловой трансформации φ.

Результаты: 1) IL4: Генотип 589-CC встречается у 7,5% с АД и 12,5% с ЭК, 589-CT – у 25% с АД и 2,5% с ЭК, 589-TT – у 5% с АД и 0% с ЭК, ($p<0,05$). 2) CYP1A1: Генотип 462-Ile Ile встречается у 35% с АД и 15% с ЭК, 462-Ile Val– у 2,5% с АД и 0% с ЭК, 462- Val Val – у 0% с АД и ЭК, ($p<0,05$).

Выводы: Разные формы АЗ имеют собственную генетическую основу, что приводит к развитию той или иной формы у конкретных лиц. Htzg по гену IL-4 в 10 раз больше среди представителей с АД, чем с ЭК ($p<0,05$). Генотип 462 Val Val гена CYP1A1, повидимому, является летальным, потому не встречается среди представителей с АЗ.

Диагностика дефицита 2-кетоглутаратдигидрогеназы

Забелина А.А. [2], Канюка М.В. [2], Фадеева А.Л. [1,2], Гречанина Ю.Б. [1,2]

Украинский институт клинической генетики ХНМУ[1]

Харьковский специализированный медико-генетический центр (ХСМГЦ)[2]

Введение. Недостаточность 2-кетоглутаратдегидрогеназы является очень редким генетическим заболеванием (в мире известно 7 случаев) с аутосомно-рецесивным типом наследования. Заболевание манифестирует в неонатальном периоде или в раннем возрасте. Ген, кодирующий 2-кетоглутаратдегидрогеназу локализован на хромосоме 7p14-p13. Клинически заболевание проявляется атаксией, вялостью, кардиомиопатией, церебральной атопией или гипоплазией, хореей, гипоглицериемией, гипотонией, лактатацидозом, повревдением печени, задержкой моторного развития, прогрессирующей неврологическойпатологией. При лабораторной диагностике в моче регистрируются изменения уровня органических кислот: повышение 2-оксоглутаровой и фумаровой кислот, яблочной, лимонной и янтарной кислот.

Материалы и методы. Обследование пациента проводили с применением генеалогического, синдромологического, молекулярных и биохимических методов. Анализ органических кислот (ОК) мочи проводили методом газовой хроматографии масс-спектрометрии на газовом хроматографе масс-спектрометре фирмы Agilent.

Результаты и их обсуждение. В ХСМГЦ в 2011 г обратилась семья из Одессы с ребенком в возрасте 1года 3 месяцев с жалобами на ежедневные эпиприступы от 7 до 30 раз, длительностью от 1 до 12 минут, проявляющиеся «поклонами», иногда с закатывание глазных яблок, иногда с застывшим на лице выражением боли; навязчивые движения руками. Пробанд родился от II беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины (синкопальные состояния, снижение артериального давления) Роды в сроке гестации 38 недель. При рождении вес 3600 г., рост 55 см, 8 баллов по шкале Апгар, родословная отягощена по онкологической, сердечно-сосудистой патологии.

Мама считает ребенка больным с 8 месяцев, когда во время прорезывания верхних зубов, после фотовспышки (мама фотографировала ребенка) мальчик потерял сознание на 10 мин. Сознание ребенок терял постоянно. Он стал вялым. Затем ребенок самостоятельно пришел в себя. Вызваназа скорая помощь, на момент приезда врачей ребенок пришел в себя. Рекомендовано обследование в неврологическом стационаре. Результаты обследования: клинический анализ крови в норме; биохимический анализ крови - отличается повышенным уровнем фосфора, АЛТ, АСТ, КФК; снижение уровня железа. Электроэнцефалография - вариант гипсаритмии; эхоэнцефалография - легко выраженный гипертензионно-гидроцефальный синдром. Исследование ифекций методом полимеразно цепной реакциией - выявлен положительный результат на цитомегаловирус (ЦМВ) в крови, моче, слюне. Ребенок был консультирован неврологом, установлен диагноз: эписиндром неуточненного генеза. Назначен конвулекс, эскузан. Препарат сразу не принимали. Через 2 недели приступ повторился. В 9 месяцев ребенок госпитализирован в неврологическое отделение. Установлен диагноз: Симптоматическая первично-генерализованная эпилепсия. Назначен депакин, ноофен, биовен, дексаметазон, аспаркам. На фоне приема у мальчика отмечалось 2 приступа паники. До выписки мальчик перенес ОРВИ, были назначены свечи «Виферон», на фоне чего приступы стали проявляться «поклонами», «кивками» во время которых ребенок активно двигает руками, ногами. Мама самостоятельно отменила виферон. В возрасте 10 месяцев на фоне прорезывания зубов вновь появились и участились приступы. В августе мальчик находился в детской больнице, получал сенактен депо (1 раз в месяц), антицитомегаловирусный иммуноглобулин, левицитам, депакин, клонезепам, тавегил. Положительной динамики не отмечалось. Последняя госпитализация в возрасте 1года 1 месяца, установлен диагноз: идиопатическая генерализованная эпилепсия (идиопатический синдром Веста). Задержка психоречевого развития. ЦМВ инфекция. В терапии добавлен топиромакс, но у мальчика отмечался регресс, и препарат отменили, приступы стали более длительными и участились.

В возрасте 1 года 3 месяцев на базе ХСМГЦ проведено комплексное исследование.В профиле свободных аминокислот крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии выявлено повышение глицина до 0,387 ммоль/л (N 0,107-0,343). При биохимическом исследовании крови: триглецириды - 1,14 ммоль/л (0,34 - 1,13), гамаглутаминтрансфераза - 20,10 ед/л (N < 18), лактат 3,27 ммоль/л (N 0,2-2,2). При исследовании полиморфных вариантов генов системы фолатного цикла обнаружен полиморфизм гена метионинтетрагидрофолатредуктазы С677Т в гетерозиготном состоянии. Кариотип нормальный 46, ХУ, 1 % хромосомной нестабильности. При ультразвуковом исследовании внутренних органов выявлены: диффузные изменения паренхимы печени, дискинезия желчевыводящих путей, признаки солевого диатеза в почках.

При исследовании мочи методом газовой хроматографии масс-спектрометрии выявлены повышения уровня 2-оксоглутаровой, фумаровой, янтарной, яблочной, лимонной, 2-гидроксиглутаровой, 3-гидроксибутировой, N-ацетиласпартановой, 3-гидроксибутировой, 2-этил-3-гидроксибутировой, индолуксусной, индолмолочной, п-гидроксигиппуровой, гентизиновой, 3 -гидроксифенил-3 -гидроксипропионовой, 4-гидроксифенилпировиноградной, мочевой кислот, фуроилглицина. Данные изменения могут быть повышены при недостаточности комплекса 2 - кетоглутаратдегидрогеназы, кроме того, выявлены метаболиты, которые могут быть повышены при нарушении в цикле мочевой кислоты-мочевины. Повышен ряд метаболитов, которые могут быть повышены при дисбиозе (в т.ч. мальабсорбции фенилаланина, тирозина, триптофана в желудочно-кишечном тракте).

После консультации доц. Гречаниной Ю.Б. и проф. Гречаниной Е.Я. были определены механизмы нарушения обмена веществ, приведшие к данной клинической картине: на основании полученных данных, можно сделать вывод, что у ребенка генетический фон характеризуется наличием полиморфных генов фолатного цикла. На этом фоне, вероятно после вирусной инфекции (ЦМВ), которая выступила в роли триггера, манифестировало нарушение энергетического обмена в виде конкретной нозологической формы – дефицита 2-кето-глутаратдегидроксиназы в сочетании с лактатацидозом. Прекращение судорог на фоне высокой температуры, можно объяснить развившимся адаптивным процессом – гиперметилирование вируса для его нейтрализации. Поскольку нарушение энергетического обмена сопровождается разрушением митохондрий, которые иммунная система воспринимает как микробный агент, адаптивные возможности иммунной системы привели к повышению температуры и одновременно к мобилизации функции ферментов, участвующих в фолатном цикле.

Исследование органических кислот мочи в диагностике нарушений обмена веществ при задержке психомоторного и речевого развития

Майорова М.В. [1], Скибина К.П. [1], Носко В.А. [1], Фадеева А.Л. [2]
Харьковский национальный медицинский университет[1]
Харьковский специализированный медико-генетический центр[2]

Работа выполнена на базе Харьковского специализированного медико-генетического центра (ХСМГЦ) и является частью исследований, направленных на поиск новых методов их лечения и профилактики наследственных заболеваний.

Введение. Психическое развитие является сложным процессом, который является генетически обусловленным и реализуется под влиянием факторов окружающей среды. Задержка психомоторного развития (ЗПМР) является актуальной проблемой в силу недостаточной изученности их патогенеза, и, как следствие этого, несовершенных методов диагностики. Диагностика заболеваний, связанных с ЗПМР и задержкой темпов речевого развития (ЗТРР) основана на оценке клинических признаков, современных методов диагностики и использовании психологических тестов. Лабораторные методы диагностики позволяют усовершенствовать процесс постановки диагноза и методы коррекции таких состояний. Одним из наиболее точных и информативных методов современной биохимии является метод газовой хроматографии / масс-спектрометрии (ГХ/МС). Он позволяет

определять многие органические соединения в биологических жидкостях тела человека (в данном случае – органические кислоты (ОК) в моче).

Цель работы. Изучить возможности указанного метода в процессе поиска биохимической мишени – как составляющей механизма развития той или иной формы метаболического заболевания, сопровождающегося ЗПМР или ЗТРР.

Материалы и методы. Отбор пациентов для участия в данном исследовании осуществляли с применением методов клинической протеогеномики (сомато-генетического обследования с синдромологическим анализом, цитогенетического, биохимического, молекулярного исследования). Для определения органических кислот мочи использовали метод ГХ/МС Agilent как первый этап специфической диагностики. Статистическую обработку данных проводили в программах MS Office Acces и MS Office Excel. Для исследования была выбрана группа пациентов с ЗПМР и ЗТРР в количестве 100 человек. У пациентов были взяты образцы мочи, в которых качественно, полуколичественно и количественно исследовали ОК. Выделены ОК, которые повышались наиболее часто.

Результаты и их обсуждение: При анализе результатов полуколичественной оценки содержания ОК в моче в 41 % образцов выявили повышение 4-гидроксибензойной кислоты, в 38 % – 2-гидроксиглутаровой, в 36 % – 3-гидроксиизомасляной, в 33% – фуроуглицина и в 31% – гиппуровой кислоты. При анализе результатов количественной оценки чаще всего повышались метилмалониловая кислота – у 21 % образцов и гидроксипролин – в 32 % образцов.

Выводы: Полученные данные показали, что нарушения обмена, которые сопровождаются ЗПМР и ЗТРР, протекают с вовлечением в патологический процесс многих обменных путей организма. Определена группа органических кислот, повышение содержания которых чаще всего ассоциировано с такими клиническими признаками, как ЗПМР и ЗТРР, и которые были использованы не только для выявления биохимических путей, вовлеченных в патологический процесс, но и установить диагноз редких форм органических ацидурий.

Изучение изменения уровня отдельных фракций гликозаминогликанов в моче методом тонкослойной хроматографии

Мищенко Т.А., Канюка М.В., Кладченко Т.В.

Харьковский специализированный медико-генетический центр

Введение. При МПС поражается система лизосомных ферментов, участвующих в катаболизме гликозаминогликанов (ГАГ). Вследствие ферментативной недостаточности последние накапливаются в большом количестве в органах и тканях, поэтому МПС относят к болезням накопления. МПС делятся на 6 основных типов, дифференциальная диагностика которых имеет принципиальную роль для выбора лечения и прогноза для семьи. Для диагностики МПС применяют различные методы: ферментативный, изучение фракций ГАГ методом тонкослойной хроматографии или электрофореза, ДНК-диагностика и др. Изучение фракций ГАГ методом тонкослойной хроматографии (ТСХ) позволяет диагностировать IV тип мукополисахаридоза и провести предварительную дифференцировку между остальными типами с целью упрощения последующей уточняющей диагностики ферментативным методом.

Цель работы: Изучение характера фракций ГАГ в моче пациентов с клиническими признаками МПС для выяснения патогенетических путей нарушения обмена межуточного вещества соединительной ткани при разных формах МПС с целью своевременной диагностики и адекватной терапии.

Материалы и методы: В рамках данной работы было проанализировано 49 образцов мочи пациентов с клиническими признаками МПС. Обследование пациентов проводили с применением генеалогического, синдромологического и биохимических методов. Общее количество ГАГ в моче определяли методом фотоколориметрии с использованием цетилпиринумхлорида. Дифференцировку фракций ГАГ проводили методом ТСХ.

Результаты и их обсуждение: В результате выполненной работы в 13 (26%) случаях была выявлена повышенная экскреция ГАГ с мочой, в 6 случаях (12,2%) было выявлено повышение дерматансульфата, гепарансульфата и хондроитинсульфатов, что может

указывать на МПС I, II или IV типа, в 4 (8,2%) случаях было выявлено повышение уровня гепарансульфата, что характерно для МПС III или VII типа

Выводы: Внедрение исследования экскреции отдельных фракций ГАГ с мочой методом ТСХ позволяют с высокой вероятностью предположить МПС I, II или IV типа, т.к. при этих типах наблюдается резкое повышение экскреции ГАГ с мочой и определяются фракции дерматансульфата и гепарансульфата. Данный метод недостаточно эффективен для диагностики МПС III типа, т.к. при мягких формах этой болезни накопления общая экскреция ГАГ может оставаться в пределах нормы или незначительно повышаться, что затрудняет диагностику указанными методами.

Исследование органических кислот мочи методом газовой хроматографии / масс-спектрометрии в диагностике нарушений энергетического обмена

Фадеева А.Л., Гречанина Ю.Б.
Украинский институт клинической генетики ХНМУ
Харьковский специализированный медико-генетический центр

Данная работа выполнена на базе Харьковского специализированного медико-генетического центра (ХСМГЦ) в рамках исследования, проводимого совместно с лабораторией антропогенетики Пенсильванского университета (США) по изучению генетической эпидемиологии митохондриальной дисфункции (МТХД).

Введение. МТХД привлекают все большее внимание мировой науки, т.к. митохондрия является важнейшей органеллой, которая не только обеспечивает наш организм энергией, но и участвует во множестве метаболических путей. Своевременное выявление вовлеченности митохондрий в патологический процесс и своевременная коррекция энергетического обмена является важным условием для адекватного лечения МТХД. Используется множество высокоинформативных и точных методов, применяющихся для оценки «биохимического фенотипа», одним из которых является метод газовой хроматографии масс-спектрометрии (ГХМС). Этот метод позволяет определять в биологических жидкостях широкий спектр биохимических соединений: метаболиты цикла Кребса, аминокислот, нейротрансмиттеров, гормонов, жирных кислот, лекарственных препаратов и других веществ экзогенной природы, патогенных и непатогенных микроорганизмов.

Цель работы. Определение характера нарушения промежуточного обмена у пациентов с клиническими признаками МТХД путем исследования спектра изменений органических кислот (ОК).

Материалы и методы. Обследование 26 пациентов проводили с применением генеалогического, синдромологического, молекулярных и биохимических методов. Анализ ОК мочи проводили методом газовой хроматографии масс-спектрометрии на газовом хроматографе масс-спектрометре фирмы Agilent. Анализ полученных хроматограмм и масс-спектров выполняли с помощью программ MSD Chemstation, NIST Mass Spectral Search Program, AMDIS, и библиотек масс-спектров (NIST/EPA/NIH Mass Spectral Library (NIST 05)). У пациентов с клиническими признаками МТХД были взяты образцы мочи, в которых количественно, полуколичестеетно и качественно оценивалось содержание ОК.

Результаты и их обсуждение. При оценке частот выявления повышений концентраций органических кислот в моче в данной группе пациентов были получены следующие результаты. В группе веществ, которые определяли количественно наиболее часто повышались: у 9 (35%) 2-гидроксимасляная кислота, у 8 (31%) - глицерол, у 7 (27%) гликолевая и оксаловая кислоты, у 6 (23%) метилмалоновая кислота, у 5 (19%) янтарная и яблочная кислоты. : В группе веществ, которые определяли полуколичественно наиболее часто повышались: у 4 (54%) 3-гидроксиизомасляная и 3,4-дигидроксимасляная, у 13 (50%) - 2-этилгидракриловая, у 9 (35%) изоцитриклактон и 3-гидроксигипуровая кислота, у 8 (31%) - 3-гидроксиизовалерьяновая, 2-гидроксиглутаровая и метилянтарная, у 7 (27%) - крезол, 2-гидроксиизомасляная, пеларгоновая и фуроилглицин, у 6 (23%) - эритрониловая, аконитовая, этилмалоновая, 5-гидроксииндолуксусная, 3-гидроксиметилглутаровая, 4-

гидроксибензойная, глюкуроновая, ваниловая, у 5 (19%) - фумаровая, 4-гидроксициклогексилкарбоксиловая, гидроксифениллактат. Также было обнаружено более 30 редких соединений, которые встречались в единичных случаях.

Выводы. МТХД, независимо от этиологии, протекает с вовлечением различных обменных путей, включая обмен аминокислот, углеводов, жирных кислот, ароматических соединений, катаболизм экзогенных веществ и др. Это подчеркивает взаимодействие ядерного и митохондриального геномов в формировании клинического фенотипа МТХД. Метод ГХМС позволяет регистрировать изменения концентраций конечных или промежуточных продуктов различных обменных путей, предоставляя информацию о биохимических нарушениях в каждом индивидуальном случае.

ФАРМАКОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ

Морфологические изменения кожи при лечении экспериментального ожога синтетическим ингибитором матричных металлопротеиназ доксициклином

Александрова А.В.
Научный руководитель – профессор Т.В. Звягинцева
Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Существование ожоговой раны является причиной выраженной эндогенной и экзогенной интоксикации и снижения неспецифической естественной резистентности организма. Эти процессы продолжаются до полного заживления ожоговых поверхностей. Время заживления зависит от скорости формирования грануляционной ткани, ее созревания и эпителизации. Применение синтетического ингибитора матричных металлопротеиназ, доксициклина, как показали наши наблюдения, ускоряет заживление, улучшая репаративные процессы. Для объективизации полученных результатов необходимо проведение морфологических исследований кожи области ожога.

Цель. Исследование морфологических изменений кожи крыс при применении доксициклина.

Материалы и методы. Исследования проводили на трех группах крыс (по 24 животных в каждой) популяции WAG массой 200–250 г: с экспериментальным ожогом без лечения (1 группа), лечение доксициклином в дозе 30 мг/кг (2 группа) и препаратом сравнения – метилурацилом в дозе 0,126 мг/кг (3 группа). Препараты вводили внутрижелудочно в крахмальной взвеси. На 7, 14, 21, 28-е сутки животных выводили из эксперимента, после чего забирали фрагменты ткани. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, фуксилином по Ван Гизону, а также с помощью ШИК-реакции по Мак Манусу Хочкису.

Результаты. У животных 1-й группы к 7-м суткам эксперимента наблюдается коагуляционный некроз с формированием зоны перифокального воспаления. К 14-м суткам сформирована молодая грануляционная ткань, начинается процесс эпидермизации. Однако, в большинстве наблюдений имеются признаки осложнения репаративного процесса: наличие очагов воспаления и вторичных стромальных некрозов. К 21-м суткам продолжаются процессы эпидермизации и созревания грануляционной ткани. Вместе с тем встречаются участки отторжения струпа и нагноения. К 28-м суткам имеются морфологические признаки заживления – сформирован регенерат, в большинстве наблюдений закончена его эпителизация. Однако имеют место признаки торможения репарации: очаговая гиперплазия эпидермиса, неравномерное фиброзирование, очаговые нагноительные изменения. Во 2-й группе к 7-м суткам наблюдается развитие коагуляционного некроза тканей в пределах эпидермиса и дермы, умеренная воспалительная реакция. Одновременно появляются признаки репарации – формируется молодая грануляционная ткань, усиление пролиферации в эпидермисе. К 14-м суткам сформирована зона регенерата с эпидермизацией его по периферии, восстанавливается строение прилегающих тканей. К 21-м суткам продолжается созревание грануляционной ткани с эпидермизацией зоны регенерата, которая в 50% наблюдений носит полный характер. К 28-м суткам во всех наблюдениях заканчивается процесс эпителизации раны, сформирован интактный эпидермис. Исследование кожи крыс 3 группы показало, что к 7-м суткам развивается коагуляционный некроз эпидермиса, дермы, и в 50% наблюдений гиподермы и мышечного слоя. Сформирована зона демаркационного воспаления. Обнаруживаются явления начинающейся репарации. К 14-м суткам сформирован регенерат с признаками эпидермизации в его краях. В части наблюдений течение репарации осложняется появлением очагов нагноения. К 21-м суткам продолжается созревание молодой соединительной ткани и эпителизация регенерата. Однако в половине наблюдений отмечаются признаки извращенной регенерации в виде выраженных склеротических процессов в тканях, развитии вторичных стромальных некрозов. К 28-м суткам процесс эпителизации почти полностью завершен, однако в половине наблюдений в центральной зоне регенерата – незаконченная эпидермизация и торможение процесса созревания соединительной ткани.

Выводы. Применение доксициклина ограничивает деструктивные изменения в коже, вызванные термическим повреждением, способствует формированию грануляционной ткани, ее созреванию и эпителизации. Течение репаративного процесса под влиянием метилурацила в ряде случаев осложняется появлением вторичных стромальных некрозов и очагов воспаления регенерата и прилежащих тканей.

Нейрогормональні та метаболічні показники запалення слизової оболонки порожнини рота у щурів при іммобілізації

Кальчук Р.О.
Науковий керівник – професор Л.Т. Киричок
Харківський національний медичний університет

Мета: вивчити стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при запаленні, іммобілізаційному стресі та їх поєднанні в експерименті на щурах.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на 24 щурах-самцях лінії Вістар тримісячного віку із середньою вагою 169,0±3,24 г. Щурів іммобілізували в клітках-пеналах протягом 15 діб щоденно по 5 годин. Запалення СОПР викликали 5-хвилинним втиранням 4 % розчину їдкого натру в СОПР під тіопенталовим наркозом. Оцінювали нейрогормональні показники — вагові коефіцієнти тимуса, наднирників і селезінки у % по відношенню до маси тіла, вміст аскорбінової кислоти в наднирниках спектрофотометрично, еозинофілію в крові за лейкоцитарною формулою, стан СОПР і слизової оболонки шлунку в балах, показники перекисного окиснення ліпідів-антиоксидантного захисту (ПОЛ-АОЗ) — рівень малонового діальдегіду (МДА) і дієнових кон'югатів (ДК), активність супероксиддисмутази (СОД) й каталази у крові спектрофотометричним методом. Достовірність порушень оцінювалася за допомогою статистичного аналізу при $p<0,05$.

Результати. Встановлено, що при запаленні СОПР у щурів виникають порушення з боку нейрогормональних процесів, притаманних емоційному стресу: зменшується коефіцієнт ваги тимусу ($p=0,03$), підвищуються – наднирників та селезінки ($p=0,04$ та $p=0,01$), збільшується вміст аскорбінової кислоти в наднирниках ($p=0,04$) та зростає в них рівень кортизолу ($p=0,04$), виникає еозинопенія ($p=0,04$) та трофічні порушення у шлунку. Ці зміни супроводжуються порушенням оксидативної рівноваги у вигляді збільшення МДА та ДК в сироватці крові та зменшення активності СОД та каталази крові ($p<0,05$). Порівняння даних, одержаних при запаленні, стресі та їх сполученні відбиває перевагу змін за умов поєднання вивчаємої патології. Встановлено тісний кореляційний зв'язок нейрогормональних змін з параметрами ПОЛ-АОЗ ($|r|>0,75$).

Висновки. Одержані дані щодо нейрогормональних та оксидативно-метаболічних показників при запаленні СОПР та в умовах стресу свідчать про їх патогенетичну спорідненість і відкривають перспективу подальших досліджень — експериментального обгрунтування клінічного застосування антистресових препаратів нейрометаболічної дії.

Персоналізована медицина

Мар'єнко Н.
Науковий керівник – к.мед.н. І.В. Халін
Харьковский национальный медицинский университет

На сьогодні медична наука опанувала сучасні методи профілактики, діагностики та лікування більшості захворювань людини, ефективність яких підтверджена на основі методології доказової медицини. Доказова медицина визначає стратегію застосування лікарських засобів при різних захворюваннях, що відображується в відповідних клінічних рекомендаціях і стандартах. Але у всіх країнах світу зберігається висока частота розвитку небажаних реакцій на лікарські засоби, в тому числі і тяжких, що призводять до інвалідизації або навіть смерті. Очевидно, що ефективність і безпечність застосування лікарських засобів залежить від індивідуальних генетичних особливостей, тому їх застосування потребує персонального підходу до кожного конкретного пацієнта. На цих засадах базується новий інтегральний напрямок медицини – персоналізована медицина (ПМ). Принцип ПМ – використання інформації про індивідуальні генетичні особливості конкретних пацієнтів для

більш точної діагностики і призначення найбільш оптимальних методів профілактики і лікування. Основним інструментом ПМ є фармакогенетика, яка передбачає фармакогенетичне тестування – виявлення поліморфізмів в генах, що кодують білки, відповідні за фармакокінетику або фармакодинаміку лікарських засобів. Застосування таких тестів дозволяє індивідуалізувати вибір лікарських засобів і режимів їх дозування, прогнозувати їх ефективність і безпечність до початку застосування. Перевагами ПМ є: ефективна і специфічна дія терапії, знижений ризик небажаних ефектів, відсутність втрат часу через застосування неефективного лікування. В майбутньому після впровадження так званих чіп-технологій стане можливим виявляти майже всі зміни геному, які можуть впливати на фармакологічну відповідь, складати фармакогенетичний паспорт пацієнта, що є завданням фармакогеноміки. Саме ПМ має здійснити переворот в сучасній медицині, підвищити ефективність та безпечність лікування.

Профессор Гордеенко – фармаколог и гражданин (к 200-летию со дня рождения)

Соляник Ю.В., Бильченко А.А.
Научный руководитель – профессор Л.Т. Киричек, ассистент Е.В. Стороженко
Харьковский национальный медицинский университет

Начало истории кафедры фармакологии и медицинской рецептуры ХНМУ связано с именем профессора Егора Степановича Гордеенко. Обширные знания в различных отраслях химии, современные исследования в фармации, фармакогнозии, ботанике, теоретическое и практическое знакомство с различными минеральными водами Европы и России — все это дало основание современникам считать его выдающимся представителем фармакологии того времени. Разносторонние научные исследования Егора Степановича в области экспериментальной фармакологии – состав и свойства желчных и почечных камней, применение минеральных вод в гастроэнтерологии, применение центральных наркотических средств, действие алкоголя на организм – не утратили своего значения и в настоящее время. Профессор Е.С. Гордеенко впервые в Харьковском университете поставил вопрос об отделении фармакологии в самостоятельную дисциплину. В своей преподавательской работе Егор Степанович четко дифференцировал предметы, использовал зарубежные учебники. Его лекции сопровождались показательными опытами на животных, изложением не только практических данных, но и идеями по поводу механизма действия лекарств, привлечением к исследовательской работе студентов. Его идеи продолжала целая плеяда харьковских ученых – проф. П.С. Рындовский, И.Н. Станкевич, Н.П. Залесский, Д.К. Родзаевский. С 1859г. Профессор Гордеенко прекращает работу на кафедре и полностью занимается общественной деятельностью: до 1886 г. был действительным заседателем гласной думы, в начале 70-х гг. XIX века — городским головой, основателем общества грамотности, С 1861 г. он — действительный, а с 1863 — почетный член Харьковского медицинского общества, почетный член Университетской коллегии, передал в библиотеку университета 198 томов научных изданий. В этом году со дня рождения профессора Е.С. Гордеенко – выдающегося фармаколога и гражданина исполняется 200 лет. С благодарностью чтим память человека, чья яркая жизнь на благо развития науки и общества заложила фундамент последующим достижениям.

Минеральные воды в современной клинической медицине

Харасик А.В., Азимова А.О., Палагина А.А.
Научный руководитель – профессор Л.Т. Киричек
Харьковский национальный медицинский университет

Минеральные воды – сложные растворы ионов, недиссоциированных солей, коллоидных частиц и газов. Применение минеральных вод с лечебной целью относится к глубокой древности и упоминается в сочинениях Гиппократа, Геродота, Архигена (4 в. до н.э.-1 в. н.э.). Начало научной бальнеологии было положено в 17 веке трудами Ф. Гофмана, И. Берцелиуса, Г. Гесса, которые изучали химический состав минеральных вод из разных Европейских озер. Среди первооткрывателей минеральных источников на Кавказе был А.П.

Нелюбин (1823) – основоположник отечественной фармакологии. Большой вклад в изучение состава минеральных вод Европы, Кавказа, России внес профессор Харьковского университета Е.С. Гордеенко, (1839-1841), который заведывал кафедрой теоретической и экспериментальной фармакологии, включавшей и учение о минеральных водах. По мере накопления знаний о минеральных водах создавалась наука бальнеология и ее бальнеотерапевтическое направление, изучающее лечебные свойства и возможности использования минеральных вод с целью лечения. В настоящее время минеральная вода – основной лечебный фактор большинства бальнеологических курортов разных географических регионов, в том числе Украины и Крыма.

Химический состав минеральных вод, определяющий ее действующие вещества, отличается чрезвычайным разнообразием как в отношении степени минерализации воды, ее качественного состава, значения РН и присутствия других биологически активных соединений. Эти данные положены в основу современной научно-практической классификации минеральных вод, согласно которой различают воды столовые, лечебные и рассольные, простые и сложные, кислые и щелочные, а также радоновые, кремневые и пр. Это является научным основанием для выбора их лечебного использования, исходя из ионного (специфического) и солевого (осмотического) эффекта минеральной воды. Оба вида фармакологического действия минеральной воды могут быть достигнуты как при энтеральных (через рот, в 12-перстную кишку, ректально), так и при парэнтеральных (ванны, души, полоскания, ингаляции) путях введения. При этом включаются разные механизмы терапевтической активности минералов воды: нейрорефлекторные с экстеро- и интерорецепторов, модулирующие кислотно-щелочное равновесие организма в целом и ЖКТ в частности, гуморально-метаболические и трофические, обеспечивающие насыщение тканей жизненноважных органов недостающими микроэлементами. Современные научные представления о механизмах действия минеральных вод существенно расширили показания к их применению, которые в настоящее время охватывают патологию практически всех клинических направлений, не ограничиваясь заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Научно разработаны условия оптимизации лечебного действия минеральных вод, в частности, в связи со временем приема пищи, температурой воды, скоростью ее поступления в ЖКТ, продолжительностью воздействия, выбором способов применения бальнеотерапии, рационального сочетания ее с другими лечебными факторами, диетой, лекарственными средствами и т.п. Рациональное применение минеральных вод с учетом изложенных факторов и условий значительно повышает роль бальнеотерапии как метода лечения, реабилитации и профилактики в современной клинической медицине.

Применение гепатопротекторов – путь к улучшению качества жизни.

Христенко Н.Е.
Научный руководитель - доцент С.Я. Ананько
Харьковский национальный медицинский университет

Наша печень на протяжении всей жизни постоянно испытывает очень высокие нагрузки. Многие заболевания изменяют кровоснабжение тканей, что приводит к нарушению секреции желчи и регенеративной способности гепатоцитов. Поэтому главной целью современной медицины является защита и предупреждение заболеваний печени, для чего и используются гепатопротекторы. Это фармакологические средства, у которых в результате клинических исследований обнаружено положительное влияние на функцию печени, способность к защите гепатоцитов от каких-либо заболеваний и повреждений, их восстановлению.

Принципиальным направлением действия препаратов является влияние на патогенетические механизмы, лежащие в основе заболеваний печени и, вследствие этого, замедление прогрессирования заболевания. Основой механизма действия является усиление антитоксической функции печени путём активации различных ферментных систем (в том числе системы цитохрома), увеличение запасов глютатиона, таурина, сульфатов, торможение реакций избыточного перекисного окисления липидов (ПОЛ) и связывание продуктов ПОЛ.

В дополнение к этиотропной терапии показаниями к применению гепатопротекторов являются гепатиты, цирроз, рак, холециститы, желчекаменная болезнь, вирусные поражения печени.

Таким образом, гепатопротекторы обладают широким спектром действия, что позволяет назначать их как для профилактики заболеваний, так и в качестве этиотропной терапии для улучшения качества жизни пациентов с заболеваниями печени.

Успехи нанофармакологии в мире и в Украине

Черных В.В.
Научный руководитель – профессор Т.В. Звягинцева
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. О своем научном существовании термин «нано» и его вариации громко заявили миру в 2000 году. Тогда в США был создан специальный комитет, координирующий работы в 12 крупнейших отраслях промышленности и вооруженных силах. Нанотехнологии - это технологии изучения нанометровых объектов порядка нанометра (миллионная доля миллиметра) что сравнимо с размерами отдельных молекул и атомов. С помощью нанотенологий можно создать не только промышленные устройства нового типа но и новые химические вещества, составленные из молекул (без химических реакций), новые лекарственные средства (ЛС), искусственные мышцы, кости, имплантаты. Есть все основания полагать, что ЛС, созданные на основе нанотехнологий, совершат революцию в области медицины и фармации.

Цель. Провести аналитический обзор современной литературы с целью установления наиболее перспективных направлений в нанофармакологии.

Методы. Были использованы и проанализированы 300 литературных источников, интернетресурсы: “Український сайт нанотехнологій”, “Нанотехнологии в медицине”.

Результаты. Физиологическое обоснование потенциальной эффективности нанопрепаратов. В организме человека действуют наномеханизмы участвующие в физиологических и биохимических процессах. Так, физиологически активные вещества являются наноразмерными структурами, в коллоидных растворах, каковыми являются кровь и спинномозговая жидкость, также содержатся наноструктуры, АТФ и АТФ-фаза представляют нанобиологический мотор, а ионные каналы – природные нанотрубки. Ацетилсалициловая кислота, кверцетин, атропин, дигоксин имеют наноразмеры, что, видимо, и определяет их высокую фармакологическую активность. Чем обусловлены особые свойства ЛС, имеющих наноразмеры? Атомы находятся на поверхности, электроны атомов сжаты, поверхностное натяжение и поверхностная энергия наночастиц, расстояние между атомами, теплоемкость, термодинамические и оптические свойства изменены. В этом причина своеобразного влияния ЛС на организм. Основные направления развития нанотехнологий в медицине. Использование наночастичек как контейнеров для доставки ЛС и как медикаментов; создание нанороботов с целью проникновения внутрь отдельных клеток для их «ремонта»; поиск биосенсорных нанодиагностикумов. Области клинической медицины, где используются нанотехнологии. Кардиология (лечение атеросклероза на основе объединения нанотехнологий и химии оксида азота, поиск нанопрепаратов на основе антиоксидантов); онкология (нанодиагностика ранних стадий выявления опухолевых клеток с использованием радиоконтрастных нановеществ, целевая доставка ЛС с помощью наночастиц, фотодинамическое лечение), ортопедия и травматология (создание нанобиоматериалов для имплантатов, восстановление структуры кости, обеспечение ее роста и регенерации), офтальмология (усовершенствования систем доставки ЛС к тканям глаза, создание наноустройств для лечения глазных болезней, материалов для хрусталика); челюстно-лицевая хирургия (создание наноколлагена для лечения переломов челюсти, других костей лица, устранение костных дефектов, косметические операции, нанопокрытия для имплантатов, использование наночастиц для пломбировочных материалов).

Заключение. В настоящее время все нанотехнологические материалы стоят очень дорого. Многие развитые государства взяли под государственный приоритет и щедрое

финансирование разработку нанотехнологий — материальной базы современной цивилизации человечества. В Японии на базе министерства образования, культуры, спорта, науки и технологии создана нанотехнологическая исследовательская сеть. Китайский Нанотехнологический центр фактически объединяет все университеты и лаборатории, занимающиеся такими исследованиями. В Европе созданы десятки аналогичных лабораторий, финансируемых национальными и международными программами изучения нанотехнологий. Можно надеяться, что в Украине для реализации целевых общегосударственных программ по развитию нанотехнологий будет проведена концентрация научных кадров. Эра нанотехнологий уже началась.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

Можливість неінвазивної діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С

Анциферова Н.В., Соломенник Г.О., Копійченко Я.І., Сохань А.В.
Харківський національний медичний університет

HCV-інфекція іноді важко піддається діагностиці, скарги хворого можуть відповідати будь-якому іншому захворюванню, але правильно проведена діагностика, безпомилково встановить правильний діагноз. Істотні переваги запропонованого прогностичного тесту натомість біопсії печінки - це простота та інформативність, зручність застосування, можливість використання в амбулаторних умовах і, що принципово важливо, - для визначення початку хронічного процесу, що дає можливість своєчасного призначення терапії, та запобігає подальшому прогресуванню захворювання.

Метою дослідження було визначення стану печінки у хворих на HCV-інфекцію за допомогою нового засобу неінвазивної діагностики хронічного гепатиту С, що включає ММП-1, ТФР бета-1, гаптоглобін, ліпіди.

Для досягнення мети була обстежена група хворих на хронічний гепатит С у кількості 26 осіб, контрольна группа практично здорових склала 31 особу.

Так, у обстежених рівень ММП-1 у контрольній групі становив у середньому 24,16±1,38 нг/мл, у обстежених основної групи був менше майже у три рази і становив 8,97±0,68 нг/мл. Статистичний розрахунок показав, що отримане емпіричне значення t (13,5) знаходилося в зоні значущості ($p \leq 0,01$).

Дослідження ТФР бета-1 показало, що його рівень був підвищений майже в п’ять разів у хворих основної групи - 5,61±0,18 нг/мл проти 1,14±0,21 нг/мл контрольної групи. Отримане емпіричне значення t (11,5) знаходилося в зоні значущості ($p \leq 0,01$). Високу продукцію ТФР-β можливо пояснити протективною функцією даного біомаркеру щодо паренхіми печінки.

Рівень загального холестерину і в контрольній і в 1-й групі не виходив за межі норми. Статистичний розрахунок за показниками двох групп показав, що отримане емпіричне значення t (1,1) не знаходилося в зоні значущості ($p > 0,05$). Слід відмітити, що на тлі нормального рівня холестерину, у обстежених пацієнтів основної групи відзначався підвищений рівень тригліцеридів, що було вище від середнього рівня аналогічного показника конрольної групи майже в три рази, незалежно від статі хворих. Дані дослідження рівня ЛПВЩ показали також їх підвищення незалежно від статі хворих. Результат дослідження ЛПНЩ у обстежених пацієнтів 1-ї групи продемонстрував зниження ЛПНЩ (0,58±0,11 ммоль/л) по відношенню до аналогічного показника в контрольній групі (1,18±0,21 ммоль/л).Аналіз ЛПДНЩ показав зростання показника за межі нормальних значень у обстежених основної групи (2,05±0,40 ммоль/л), в контрольній групі ЛПДНЩ показав нормальний рівень (0,64±0,11 ммоль/л).

Для підтвердження запропонованого нами неінвазивного тесту статистичного зв'язку між змінними був проведений розрахунок коефіцієнту рангової кореляції Спірмена r_sОтриманий коефіцієнт рангової кореляції серед показників розробленого тесту у 1-й групі знаходився в інтервалі від -1 до +1. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена продемонстрував, що пряма сильна кореляція виявлена між ММП-1 і ТФР бета-1 з коефіцієнтом $r_s = 0,555$; між ММП-1 і ЛПДНЩ з коефіцієнтом $r_s = 0,555$; між ТГ і ЛПДНЩ з коефіцієнтом $r_s = - 0,456$. У основній групі зворотна кореляція спостерігалася між ММП-1 і ЗХС з коефіцієнтом $r_s = - 0,486$; між ТГ і ЛПВЩ з коефіцієнтом $r_s = - 0,516$; ЛПВЩ і ЛПНЩ з коефіцієнтом $r_s = - 0,72$. Усі інші отримані коефіцієнти в межах не менше -0,37 і не більше +0,37 вказували на слабкий незначний зв'язок.

Таким чином, проведена оцінка розробленого прогностичного тесту, показала, що перспективними сироватковими маркерами діагностики фіброзу може бути ліпідний стан крові, матриксні металлопротеіназ, ТФР-бета 1.

Динаміка імунологічних показників у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень на фоні стандартної антимікобактеріальної терапії

Бутов Д.О.
Харківський національний медичний університет

Мета: вивчення динаміку імунологічних показників у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ) на фоні стандартної протитуберкульозної терапії (ПТ). Матеріали і методи: під нашим спостереженням було обстежено 180 людей з них: 30 відносно здорових донорів (контрольна група) та 150 хворих на ВДТБЛ (основна група) у віці від 20 до 70 років. У всіх хворих основної групи при госпіталізації був інфільтративний туберкульоз легень. У зв'язку з великими туберкульозними змінами у легенях пацієнти лікувалися по 1-й категорії. Вивчалися наступні імунологічні показники: CD4 та CD8. Виявлення відносного вмісту CD4 та CD8 лімфоцитів виконувалося методом фінотипування субпопуляції лімфоцитів непрямої імунофлюоресценції з допомогою моноклональних антитіл (Росія, Москва, ТОВ «Сорбент-ЛТД») на початку лікування і через два місяця терапії. Отримані результати: до початку лікування у основній групі, спостерігалося достовірне зниження CD4 (основна група – 39,13±0,19%, контрольна група – 45,9±0,58% ($p<0,001$)) та недостовірні зміни CD8 (основна група – 28,62±0,21%, контрольна група – 28,77±0,4% ($p>0,05$)) при зіставленні з контрольною групою. Після проведеної двох місячної терапії стан CD4 та CD8 лімфоцитів у пацієнтів достовірно підвищився (42,96±0,23%) та (30,41±0,15%) відповідно ($p<0,001$), при зрівнянні до початку ПТ та через два місяці проведеної терапії. Висновки: у хворих на ВДТБЛ спостерігається достовірне зниження CD4 та недостовірні зміни CD8 у зрівнянні з відносно здоровими. Стандартна ПТ забезпечує достовірне підвищення CD4 та CD8 лімфоцитів в продовж двох місячного лікування.

Ефективність застосування кверцетина з полівінілпіролідоном у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень

Бутов Д.О., Соколов Є.І., Красногора О.В.
Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: вивчити ефективність кверцетину з полівінілпіролідоном (КП) у комплексній антимікобактеріальної терапії хворих вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень (ВДДТБЛ).

Матеріали та методи: обстежено 124 хворих ВДДТБЛ, віком від 20 до 70 років. Пацієнти були розділені на дві групи: 1 група - хворі, які одержували КП і стандартну протитуберкульозну терапію (СПТТ) (93 хворих) і 2 - хворі, які одержували тільки СПТТ (31 хворий). В 1 групі спостерігався інфільтративний туберкульоз у 88 (94%) пацієнтів і дисемінований - 5 (6%) хворих, а в 2 групі спостерігався тільки інфільтративний.

Отримані результати: зникнення симптомів інтоксикації в 1 групі спостерігалося раніше - через (1,33 ± 0,15) місяця, тоді як у 2 - через (2,64 ± 0,2) місяці ($p <0,001$). Крім того, зникнення немовлят симптомів у хворих 1 групи спостерігалося - через (1,43 ± 0,3) місяці, а у 2 групі - через (2,33 ± 0,3) місяці ($p <0,05$). Припинення бактеріовиділення на 3-му місяці лікування методом посіву визначалося у 24 (82,75%) хворих із 29 бактеріовиділювачів 2 групи і у 84 (97,67%) із 86 бактеріовиділювачів 1 групи ($p <0,05$). Через 5 місяців лікування, за даними бактеріоскопії і посіву, бактеріовиділення припинилося у всіх пацієнтів 1 і 2 групи. Середні терміни закриття порожнин розпаду у 2 групі склали (3,43 ± 0,2) місяця, в свою чергу в 1 групі даний показник склав (2,86 ± 0,15) місяця, ($p <0,05$).

Висновки: таким чином, завдяки КП в поєднанні з хіміотерапією швидше ліквідуються клінічні прояви туберкульозу, скорочуються терміни бактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду.

Клинико-патоморфологические проявления ВИЧ-инфекции, протекающей с поражением ЦНС вирусом Эпштейн-Барра

Гаврилов А.В., Загороднева О.В., Винокурова О.Н., Пахардин Майтишин
Научный руководитель - пофессор В.Н. Козько
Харьковский национальный медицинский университет

По данным официальной статистики, в Украине зарегистрировано более 176 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, из них 35 тыс. случаев СПИДа и свыше 20 тыс. смертей от СПИДа. Около 70% ВИЧ (+) лиц имеют неврологические расстройства, но чаще эти изменения выявляются только на аутопсии. В 10-20% случаев нарушения ЦНС являются первыми проявлениями ВИЧ/СПИДа. При этом клинически выраженная симптоматика встречается значительно реже, чем морфологические изменения в ткани мозга.

Цель работы. Провести анализ заболеваемости поражения ЦНС вирусом Эпштейн-Барра у ВИЧ (+) больных с последующим летальным исходом, находившихся в ОКИБ в период с 2009 по 2011 г.г.

Материалы и методы. ВИЧ (+) больные в возрасте 28-34 года с поражением ЦНС (из СМЖ выделена ДНК ВЭБ); аутопсийный материал, взятый от умерших ВИЧ (+) больных с поражением ЦНС (мягкие мозговые оболочки и ткань головного мозга). Окраска гематоксилин и эозином, по Нислю.

Результаты. Проводя анализ клинической картины тяжелого течения ВЭБ-инфекции на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ, необходимо отметить, что все больные поступили в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на выраженную общую слабость, головную боль. Из анамнеза известно что 3,5% больных принимали в/в наркотические вещества. Тяжесть заболевания была связана не только с интоксикационным и менингеальным синдромами, но и энцефалитическим, который проявлялся патологическими рефлексами, страбизмом, анизокорией, мидриазом, симптомами пирамидной недостаточности конечностей. В терминальном периоде у всех умерших наблюдалось вклинение ствола мозга в большое затылочное отверстие, что проявлялось, в первую очередь, углублением нарушения уровня сознания, а также тахикардией, падением артериального давления, нарушением ритма дыхания и его остановкой. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 15 ± 9,3 дней. АРВ-терапия у данных пациентов не проводилась.

Поражение вещества головного мозга отмечалось у всех исследуемых больных, что было подтверждено на последующей аутопсии. При патологоанатомическом исследовании во всех случаях наблюдались следующие изменения: напряжение, отек и полнокровие твердой мозговой оболочки. Мягкие мозговые оболочки были тонкие, бледные, прозрачные, напряженные, с резко расширенными сосудами, рисунок извилин сглажен; под ними – резко увеличенное количество слегка опалесцирующей жидкости. Вокруг миндалин мозжечка – борозда от вклинения в большое затылочное отверстие. На разрезе ткань мозга бледная, отечная. В 1 случае в области медиальной поверхности правой гемисферы мозжечка определялся крупный участок деструкции серовато-желтоватого цвета с буровато-вишневыми очагами. Во всех случаях отмечались как единичные, так и множественные очаги деструкции глубинных структур ткани мозга размером от 0,2 до 7 см различной локализации. В случаях, когда пребывание в стационаре продолжалось не более 16 дней, просветы боковых желудочков были сужены, содержали незначительное количество прозрачной жидкости. При более длительных сроках госпитализации, наоборот, просветы боковых желудочков были резко расширены, содержали значительное количество прозрачной жидкости. Наблюдались также тонкостенные, неравномерно полнокровные сосуды основания мозга во всех случаях.

Выводы. По данным ОКИБ, главный «оппортунист», поражающий ЦНС у ВИЧ (+) больных, - вирус Эпштейн-Барра (40%). Заболевание протекало в виде менингоэнцефалита с

развитием отека-набухания головного мозга, который явился непосредственной причиной смерти, и было обусловлено отсутствием специфической терапии ВИЧ-инфекции.

Механізми формування несприятливого перебігу шигельозу у дітей

Жаркова Т.С., Жаркова К.С.
Науковий керівник - професор С.В. Кузнецов
Харківський національний медичний університет

Актуальность. Патогенетичні механізми формування патологічного процесу при шигельозі залишаються не до кінця вивченими, особливо що стосується несприятливого перебігу хвороби.

Ціль. Вдосконалення прогнозування перебігу шигельозу, на основі вивчення патогенетичних механізмів формування різних варіантів перебігу хвороби.

Задача. Визначити вміст медіаторів запалення, мікроелементів (МЕ) вітамінів (В) у крові хворих, а також показників місцевого імунітету.

Матеріали и методи. У 98 дітей віком одного місяця – трьох років хворих на шигельоз (66 - із гладким перебігом (ГП) і 32 - хвилеподібним (ХП)) досліджено рівні інтерлейкінів (ІЛ-1,2,4,6,8), простагландинів (ПГЕ, ПГФ2), МЕ (Zn, Se), В (А,Е) у сироватці крові, sIgA, лізоциму (Л), копрфільтратах. Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням методу «Системного аналізу» за Зосимовим А.Н. 2003.

Результати. Більш значне підвищення рівнів у дебюті захворювання ФНП-□, ІЛ-1□ і ПГФ2α, sIgA, має місце у дітей з ГП шигельозу, а ПГЕ, Л - у хворих на шигельоз із ХП. Ця розбіжність в реакції медіаторів запалення призводить до формування різних за архітектонікою та режимом роботи функціональних систем організму, що, на наш погляд, визначає подальший перебіг хвороби. У хворих на шигельоз із ГП системи функціонують у режимі нормокомпенсації, з ХП – у режимі гіпокомпенсації з явищами виснаження.

Висновки. Таким чином для ГП шигельозу характерно нормокомпенсаторний тип імунної відповіді, для ХП-гіпокомпенсаторний. Ступінь реакції ІЛ і ПГ, Л, sIgA,у дебюті хвороби визначає перебіг захворювання і має прогностичну значимість.

Этиопатогенетические факторы возникновения болезней соединительной ткани

Елисеев Р.Н.
Научный руководитель- д.мед.н. А.Н. Беловол
Харківський національний медичний університет

Цель исследования. Изучить основные этиологические факторы возникновения заболеваний соединительной ткани. Выяснить общие патогенетические механизмы развития заболеваний соединительной ткани. Материалы и методы. В настоящее время доказано, что при системных заболеваниях соединительной ткани происходят глубокие нарушения иммунного гомеостаза, выражающиеся в развитии аутоиммунных процессов, то есть реакций иммунной системы, сопровождающихся появлением антител или сенсибилизированных лимфоцитов, направленных против антигенов собственного организма (аутоантигенов).В основе аутоиммунного процесса лежит иммунорегуляторный дисбаланс, выражающийся в угнетении супрессорной и увеличении «хелперной» активности Т-лимфоцитов с последующей активацией В-лимфоцитов и гиперпродукцией аутоантител самой различной специфичности. При этом патогенетическая активность аутоантител реализуется через комплементзависимый цитолиз, циркулирующие и фиксированные иммунные комплексы, взаимодействие с клеточными рецепторами и в итоге приводит к развитию системного воспаления. Таким образом, общность патогенеза системных заболеваний соединительной ткани — нарушение иммунного гомеостаза в виде неконтролируемого синтеза аутоантител и образования иммунных комплексов антиген-антитело, циркулирующих в крови и фиксирующихся в тканях, с развитием тяжелой воспалительной реакции (особенно в микроциркуляторном русле, суставах, почках и пр.).Кроме близкого патогенеза, для всех системных заболеваний соединительной ткани являются характерными следующие черты:• мультифакториальный тип предрасположения с определенной ролью иммуногенетических факторов, связанных с шестой хромосомой;• единые

морфологические изменения • схожесть отдельных клинических признаков, особенно в ранней стадии болезни (например, синдром Рейно);• системность, полиорганность поражения (суставы, кожа, мышцы, почки, серозные оболочки, сердце, легкие);Этиология системных заболеваний соединительной ткани рассматривается с позиций мультифакторной концепции аутоиммунитета, согласно которой развитие этих болезней обусловлено взаимодействием инфекционных, генетических, эндокринных и внешнесредовых факторов (то есть генетическая предрасположенность + внешнесредовые факторы,а также действие половых гормонов, в основном женских, беременность. Чаще всего внешнесредовые факторы либо обостряют скрыто протекающую болезнь, либо являются, пусковыми моментами возникновения системных заболеваний соединительной ткани. В настоящее время накоплены косвенные данные о возможной роли хронической вирусной инфекции. Изучается роль пикорнавирусов при полимиозите, РНК-содержащих вирусов — при кори, краснухе, парагриппе, паротите, системной красной волчанке, а также ДНК-содержащих герпетических вирусов — Эпштейна—Барр цитомегаловируса, вируса простого герпеса. Хронизация вирусной инфекции связана с определенными генетическими особенностями организма, что позволяет говорить о нередком семейно-генетическом характере системных заболеваний соединительной ткани. В семьях больных, по сравнению с семьями здоровых и с популяцией в целом, чаще наблюдаются различные системные заболевания соединительной ткани, особенно среди родственников первой степени родства (сестер и братьев). Выводы. Таким образом, этиология и механизм развития таких сложных и многоликих заболеваний, какими являются системные заболевания соединительной ткани, до конца не изучены. Однако практическое применение диагностических иммунологических маркеров заболевания и определение его активности позволит улучшить прогноз при этих заболеваниях.

Стратегія і тактика протиепідемічної боротьби з грипом у США

Ісаєва Г.О., Ромуз Н.А., Кисільова Т.С., Чуфістова М.Е.
Харківський національний медичний університет
Науковий керівник - доцент І.Ю. Багмут

Вступ: у США приділяють значну увагу побудові ефективної системи охорони здоров'я, здатної швидко повертати суспільству дужих робітників. Досвід протиепідемічної роботи у цій державі може стати у нагоді медикам України для запобігання грипу. Для досягнення успіхів робота повинна проводитися в певних напрямках в залежності від якісних особливостей епідемічного процесу.

Протиепідемична практика повинна глибоко вивчити обставини та специфіку місцевих умов для виявлення ключового ланцюга з метою розриву шляхів розповсюдження епідемічного процесу грипу.

Мета: визначення стратегії й тактики протиепідемічної і профілактичної роботи проти грипу у США.

Задачі роботи: 1. вивчити процес знищення, ізоляції або знешкодження джерела інфекції; 2.вивчити шляхи та механізми передачі заразного начала; 3.вивчити заходи щодо здійснення специфічної й неспецифічної несприйнятливості населення до грипу.

Методи. Для здійснення поставлених завдань ми використовували епідеміологічний метод дослідження грипу у США.

Матеріали. Аналізуючи матеріали виявлених збудників інфекції грипу дійшли висновку: серед населення США впродовж останніх 10 років циркулюють три типи вірусів: A(H1N1), (H3N2),B,C. Зокрема типи А і В – головний чинник щорічних сезонних епідемій серед населення США, проте грип типу С викликає спорадичну респіраторну захворюваність. Джерело інфекції – хворі люди. О`бєкти зовнішнього середовища формували шляхи передачі грипу: повітряно-крапельний через кашель, розмову. Менш розповсюджено зареєстровано ураження контактно-побутовим шляхом. Сприйнятливість до грипу було високою серед дітей до 5 років. Із груп ризику слід зазначити вагітних жінок. Дуже Цікавим було розподілення хворих на грип по етнологічним групам - американські індіанці та корінні мешканці Аляски більш сприйнятливе до грипу населення. Висока сприйнятливість

була серед людей з : бронхіальною астмою, неврологічними порушеннями, хронічними захворюваннями легень (ХОЗЛ, кістозний фіброз), серцево-судинні захворювання (ІХС,тощо), порушення з боку системи крові (анемії), ендокринні захворювання (цукровий діабет), гостра та хронічна ниркова недостатність,печінкова недостатність, порушення обміну речовин, ВІЧ/СНІД –інфіковані, населення молодше 19 років – на довгостроковому лікуванні аспірином, населення с патологічною надмірною вагою тіла. В США первинна профілактика – це санітарно-оздоровлюючи заходи та вакцинація. CDC рекомендує щорічні щеплення, зокрема 2011-2012 р.р. – трехвалентною інактивованою вакциною (TIV) або живою ослабленою вакциною проти грипу (LAIV). Вторинна профілактика грипу у США – пряма противірусна терапія, яка здійснюється за допомогою занамивиру (Реленза), Озельтамивиру (Таміфлю).

Висновки: використання епідеміологічного методу дослідження грипу в системі практичної охорони здоров`я населення США та України є спільною особливістю обох країн, що забезпечує науковий підхід до подолання грипу у світі і об'єднує діяльність усіх працівників охорони здоров`я. Епідеміологічна стратегія – це визначення профілактичної та протиепідемічної роботи у боротьбі з грипом – вакцинація. Епідеміологічна тактика – це вміння втілювати певні заходи в епідемічному вогнищі грипу.

Диагностические критерии септического варианта кишечного иерсиниоза

Калиниченко А.О., Резник М.А., Ткаченко В.Г.
Научный руководитель –доцент Н.Ф. Меркулова
Харьковский национальный медицинский университет

Диагностика септического варианта генерализованной формы кишечного иерсиниоза достаточно сложна, в связи с чем представляет практический интерес выявить наиболее информативные диагностические критерии заболевания. Применяли клинические, эпидемиологические, лабораторные, инструментальные, специфические методы исследования.

Септический вариант генерализованной формы иерсиниоза клинически напоминает сепсис. Чаще такой вариант возникает при наличии у пациентов сопутствующих заболеваний. Характерными клиническими признаками являются высокая гектического типа лихорадка с потрясающими ознобами и профузными потами, выраженная интоксикация, полиартралгии, часто геморрагическая или другого характера экзантема, гепатоспленомегалия, иногда желтуха и боли в животе, послабление стула, могут быть выявлены пневмония, пиелонефрит, миокардит, полиартрит, энтероколит, ангина, лимфаденопатия, менингоэнцефалит.

Лабораторные критерии: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, и значительным увеличением СОЭ. Гепатоспленомегалия находит свое подтверждение методом ультразвукового сканирования. Из методов специфической диагностики кишечного иерсиниоза применяются гемокультура возбудителя, серологические (РНГА, ИФА) и молекулярно-биологические (полимеразная цепная реакция) методы.

Для распознавания септического варианта кишечного иерсиниоза необходимо использовать клинические, лабораторные, инструментальные, специфические методы диагностики. Исходя из того, что эта форма кишечного иерсиниоза часто развивается у лиц с иммунодефицитами, таких пациентов необходимо обследовать на наличие у них ВИЧ-инфекции.

Показники імунітету у дітей з синдромом крупу

Кірсанова Т.О., Пугачова К.А.
Науковий керівник – професор С.В. Кузнєцов
Харківський національний медичний університет

Мета дослідження – вивчення реакції цитокінів та факторів місцевого імунітету дітей при синдромі крупу на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ).

Під спостереженням знаходилися 74 дитини віком 1-5 років з синдромом крупу на фоні ГРВІ. Поряд із загальноприйнятими методами дослідження використовувалися спеціальні імунологічні: визначення вмісту інтерлейкінів (ІЛ) у сироватці крові дітей (-1□, -4, -6, фактор некрозу пухлини □ (ФНП □)) (твердофазний імуноферментний метод); секреторного

імуноглобуліну А (sIg) (твердофазний імуноферментний метод) та лізоциму (ЛЦ) (нефелометричний метод за В.Г. Дрофейчуком) у мокротинні. Імунологічні дослідження хворим дітям проводилися двічі (у гострому періоді та у періоді ранньої реконвалесценції). Всі хворі були розділені на 3 групи в залежності від варіанту синдрому крупа: 1) 24 дитини з набряковим (НВ), 2) 28 – з гіперсекреторним (ГВ), 3) 22 – зі спазматичним (СВ) варіантом. У дітей з НВ та ГВ в гострому періоді відмічалася гіперсекреція ІЛ на фоні зниження рівня ЛЦ та sIgA, в періоді ранньої реконвалесценції рівень ІЛ декілька знижувався, рівень факторів місцевого імунітету становився ще нижчім. При СП рівень ІЛ в гострому періоді не перевищував фізіологічний більш ніж 2 рази, рівень sIgA та ЛЦ був декілька підвищеним; в періоді ранньої реконвалесценції ІЛ не перевищував показники здорових дітей, показники ЛЦ і sIgA декілька знижувалися та наближалися до показників контрольної групи.

Таким чином, набряковий та гіперсекреторний варіанти синдрому крупа перебігають на фоні гіпокомпенсаторного реагування імунної системи, а спазматичний варіант – на фоні нормокомпенсаторного, що, на наш погляд, треба враховувати при призначенні лікування хворих.

Гепатит С: пути и факторы передачи

Коваленко О.С., Кошелева Я.Ю.
Научный руководитель – профессор Т.А. Чумаченко
Харьковский национальный медицинский университет

По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения в ближайшие 10 – 20 лет вирусный гепатит С (ГС) станет основной проблемой национального здравоохранения каждой страны мира.

Целью работы было установление ведущих путей и факторов передачи ГС в г. Харькове.

Материалы и методы: анализ проведен на основании официальных данных городской санитарно-эпидемиологической станции г. Харькова за 2009 – 2010 гг.

Результаты: заболеваемость ГС в г. Харькове в 2009 г. и 2010 г. составила 2,4 и 3,4 на 100 тыс. населения соответственно. Анализ путей и факторов передачи ГС в г. Харькове показал, что парентеральные вмешательства в анамнезе отмечались у 45,3% заболевших, удельный вес лиц, которые предположительно инфицировались половым путём составил 20,3%, контактно-половой путь заражения выявлен у 10,9% больных ГС, инфицирование при введении наркотических веществ инъекционным путем отмечалось в 9,4% случаев, не установленными пути передачи ГС остались в 12,5% случаев. В структуре парентеральных вмешательств 34,5% случаев приходилось на санацию полости рта, 20,7% - на забор крови для лабораторного анализа, 17,2% - на хирургические операции, удельный вес других медицинских манипуляций составил 27,5%.

Вывод. Учитывая, что специфическая профилактика ГС до настоящего времени не разработана, а парентеральный и половой пути передачи являются ведущими, основными мерами борьбы с этой инфекцией являются строгое выполнение режимно - стерилизационных мероприятий, использование механических средств контрацепции и проведение санитарно-просветительской работы, особенно среди групп риска.

Корекція порушень мікробіоценозу кишок у хворих на парентеральні гепатити

Копійченко Я.І., Сохань А.В., Ісаєва Г.О., Анциферова Н.В.
Харківський національний медичний університет

Актуальність проблеми патогенетичної терапії хворих на вірусні гепатити, незважаючи на значні успіхи в її проведенні, не зменшилася. В літературі наведені суперечливі дані що до цього питання. Тому пошук нових засобів і методів лікування хворих на вірусні гепатити є одним з важливих завдань сучасної інфектології.

Мета дослідження: удосконалення патогенетичної терапії хворих на парентеральні гепатити на основі вивчення стану мікробіоценозу товстої кишки, рівнів секреторного імуноглобуліну А (SIgA) в копрофільтратах.

Завдання дослідження: 1. Вивчити видовий склад, популяційний рівень мікрофлори товстої кишки, рівень SIgA у копрофільтратах хворих на парентеральні гепатити.

2.Установити взаємозалежність між вираженістю змін мікробіоценозу товстої кишки та важкістю перебігу захворювання. 3. Оцінити клінічну ефективність, вплив на мікробіоценоз товстої кишки, рівень екскреції SIgA пробіотика біфі-форм.

Об'єктом нагляду було 62 хворих на парентеральні гепатити віком від 19 до 52 років (28 хворих на гепатит С та 34 хворих на гепатит В). Верифікація діагнозу проводилася на основі клініко-епідеміологічних даних, результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Залежно від проведеного лікування хворі були поділені на дві групи. До першої групи (30 хворих) увійшли пацієнти, які одержували стандартну терапію. В другу групу увійшло 32 хворих, які отримували на тлі стандартної терапії препарат біфі-форм. Препарати усі хворі приймали по 1 капсулі три рази на добу протягом трьох тижнів. Ефективність лікування біфі-формом оцінювали на підставі клінічних, біохімічних даних, показників мікробіоценозу товстої кишки, динаміки рівня SIgA в копрофільтратах.

Аналіз бактеріограм виявив у 21,9% хворих дисбактеріоз 1-го ступеня, у 50,0% – 2-го ступеня, у 18,8% пацієнтів– 3-го ступеня. Нормобіоценоз зафіксований у 9,3% пацієнтів. При дослідженні рівня SIgA в копрофільтратах установлено, що у 84,6% хворих виявлені статистично значущі показники екскреції з калом SIgA у порівнянні з контрольною групою. Вивчення стану місцевого імунітету в залежності від тяжкості парентеральних гепатитів виявило, що найбільша частота позитивних результатів зафіксована при середньотяжкому перебігу.

Таким чином, у більшості (90,7%) хворих на парентеральні гепатити в гострий період хвороби формується дисбактеріоз 1-3 ступенів. Існує взаємозалежність між вираженістю змін мікробіоценозу товстої кишки та важкістю перебігу захворювання – при середньоважкій формі хвороби реєструються більш значущі прояви дисбактеріозу товстої кишки. Аналіз якісних та кількісних показників мікробіоценозу порожнини товстої кишки показав, що у 87,86 % хворих другої групи терапія сприяла нормалізації мікрофлори товстої кишки. У пацієнтів першої групи після проведеного лікування нормобіоценоз не реєструвався.

Рівень SIgA в копрофільтратах зменшується по мірі видужання хворих в усіх підгрупах дослідження, але не завжди досягаючи норми. В другій групі зафіксовано нормалізацію показників SIgA в копрофільтратах на 15–16 день лікування. Рівень SIgA у хворих першої групи знизився в 1,73 рази, однак показники SIgA залишалися достовірно підвищеними.

Результати, отримані при клінічному, біохімічному, бактеріологічному і імунологічному дослідженнях у хворих на парентеральні гепатити на тлі дисбактеріозу кишечника різного ступеня, показали високу ефективність застосування препарату біфі-форм.

Клініко-патогенетична характеристика хламідійних та бактеріальних пневмоній у дітей

Кучеренко О.О.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань у дітей. На сьогоднішній день, окрім пневмоній бактеріальної етіології, значне місце у структурі захворюваності займають саме хламідійні пневмонії. Терапія таких хворих визначається своєчасністю та правильністю вибору лікарських засобів, у зв’язку з чим, виявлення етіологічного фактору чи припущення можливого агента, що викликав патологічний процес у легенях, на ранніх етапах захворювання, є дуже важливим у визначенні тактики лікування хворого.

Мета обстеження: визначити клініко-патогенетичні особливості пневмоній різної етіології у дітей та можливі шляхи удосконалення терапії на ранньому етапі маніфестації хвороби.

Задачі обстеження: 1. Визначити клінічні особливості пневмоній різної етіології у дітей. 2.Виявити реакцію интерлейкінів крові хворих на хламідійні та бактеріальні пневмонії в динаміці захворювання. 3. На підставі виявлених розрізнень у рівнях інтерлейкінів здорових та хворих на пневмонії різної етіології, визначити можливі шляхи удосконалення терапії пневмоній хламідійної етіології.

Матеріали і методи. Було обстежено 50 дітей, хворих на хламідійні– 24 (1 группа) та бактеріальні- 26 (2 группа) пневмонії в віці трьох місяців- трьох років, 30 здорових дітей

аналогичного віку составили групу контролю, що проходили обстеження та лікування в ОДІКЛ м. Харкова. Обстеження хворих включало в себе клінічні, лабораторні та інструментальні методи (рентгенологічне), ІФА, ПЦР, бактеріологічні методи.

Результати. Для пневмоній хламідійної етіології характерно: поступовий (на протязі 7-10 днів) початок хвороби, рання поява бронхо-спастичних проявів, практично відсутність симптомів токсикозу, поліморфізм аускультативних даних (від жорсткого дихання до різнокаліберних хрипів переважно у нижніх відділах легень) і, в більшості, інтерстиційні зміни з перібронхіальною, періваскулярною інфільтрацією- рентгенографічно. У хворих на хламідійні пневмонії в гострому періоді захворювання в крові визначались високі рівні ІЛ- І-β, 6, ФНО у порівнянні з групою здорових дітей (P<0,05). До періоду реконвалесценції рівні ІЛ- І-β, 6, ФНО у крові хворих на хламідійні пневмонії знижувались, але залишались вище рівней здорових дітей (P<0,05); вміст ІЛ-4 був достовірно підвищений (P<0,05). Наявність нетривалого (3-5 дней) катарального періоду, кашель, що посилюється по частоті та інтенсивності, динамічне зростання симптомів інтоксикації, значні перкуторні та аускультативні зміни переважно у нижніх відділах легень і інфільтрація їх паренхіми рентгенографічно- особливості бактеріальних пневмоній; інтерлейкінова реакція цих хворих була більш значною по показникам вмісту всіх інтерлейкінів і перевищувала аналогічні показники у здорових дітей (P<0,05) і хворих на хламідійні пневмонії (P1<0,05); цифрові параметри вмісту всіх интерлейкінів знижувались і при цьому достовірно більш значимо, ніж у детей І групи (P1<0,05).

Висновки. У хворих на хламідійні пневмонії відмічаються менш виражені загальноінтоксикаційні симптоми, ніж у хворих на бактеріальні пневмонії. У хворих на хламідійні пневмонії в дебюті захворювання рівні інтерлейкінів ІЛ- І-β, 6, ФНО в крові підвищуються, в динаміці- знижуються. Вміст ІЛ-4 має обратну динаміку. При бактеріальних пневмоніях визначено виражену відповідь всіх інтерлейкінів, що значно перевищує це у хворих на хламідійні пневмонії. Одним з теоретичних шляхів удосконалення терапії хворих на хламідійні пневмонії, на наш погляд, є додавання в комплексну терапію засобів, що стимулюють інтерлейкінові реакції в дебюті захворювання.

Перекисное окисление липидов у больных псориазом и комплексная терапия выявленых нарушений

Леонов А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи с невыясненной этиологией, характерезующееся хроническим рецидивирущим течением. В различных странах мира частота встречаемости дерматоза колеблется в широких пределах – 0,1-5%. В последние годы отмечен значительный рост заболеваемости псориазом с тяжелыми клиническими проявлениями и осложнениями. Лечение дерматоза до настоящего времени остается недостаточно эффективным.

В настоящее время пристальное внимание исследователей привлек процесс перикисного окисления липидов (ПОЛ). Чрезмерная активация процессов свободнорадикального окисления играет важную, а иногда ключевую роль в развитии ряда патологических состояний, в частности при некоторых дерматозах. Усиление ПОЛ является мембранным механизмом, включающимся при воздействии различных патологических агентов. В физиологических условиях интенсивность реакций перекисного окисления поддерживается на безопасном для организма уровне благодаря антиоксидантным системам. Однако при их истощении либо при резком усилении процессов ПОЛ могут появиться значительные изменения в структуре липидных компонентов мембран и накопления метаболитов липидного обмена.

Цель исследования – комплексное изучение процессов ПОЛ.

Материалы и методы. Определяли начальные – диеновые конъюгаты (ДК) и конечные – малоновый диальдегид (МДА), продукты ПОЛ в сыворотке крови, а также уровень общей сывороточной пероксидазной активности (СПА). МДА определяли по реакции с тиобарбитуровой кислотой. Этот метод основан на способностях веществ, реагирующих с

0,8%-ным раствором тиобарбитуровой кислоты, давать в кислой среде при кипячении хромогенный продукт – триметиновый комплекс с максимальным поглощением при длине волны 532 нм. ДК определяли с помощью спектрофотометрии при 233 нм.

Интенсивность процессов ПОЛ в целом характеризовали на основании данных спонтанной хемилюминесценции (СХЛ), состояние систем антирадикальной и антиокислительной защиты определяли уровнем индуцируемой H2O2-хемилюминесценции, о скорости протекания промежуточных стадий переокисления судили по интенсивности «быстрой» вспышки индуцируемой Fe2+хемилюминесценции.

Показатели ПОЛ и активность антиоксидантной системы были определены у 22 больных распространенным псориазом в возрасте от 19 до 52 лет, из них 14 мужчины и 8 женщины. У 12 больных имела место прогрессивная стадия заболевания, у 10 – стационарная. У 16 отмечалась осенне-зимняя форма заболевания, а у 6 – летняя. Контрольную группу составили 5 практически здоровых людей молодого и зрелого возраста.

Результаты исследования. Адекватным методом изучения ПОЛ является определение интенсивности сверхслабого свечения биологических субстратов – биохемилюминесценция (БХЛ).

Рациональное лечение псориаза начинается с правильно подобранной по результатам обследования диеты. Назначается диета на срок, длительность которого определяет лечащий врач. Курс комплексного лечения псориаза включает в себя следующие методы: - медикаментозное лечения. Назначаются витамины и их сочетания, средства, улучшающие микроциркуляцию, противовоспалительные средства, дезинтоксикационную терапию, при необходимости: противоаллергические средства, физиотерапия, наружное применение лекарств – применение хорошо зарекомендовавших себя мазей и современных наружных медикаментозных препаратов. Лечение назначается индивидуально.

Выводы: Выявленная у больных в прогрессирующей стадий интенсификация процессов ПОЛ и системы антиоксидантной защиты организма позволяет предположить (с учетом изменений исследованных показателей), что усиление свободнорадикального окисления в биомембранах больных псориазом проходит настолько бурно, что приводит к дисбалансу тонкоорганизованных защитных систем клеток, нарушению проницаемости мембран клеточных органелл, следствием чего может быть извращение клеточных механизмов. При стационарной стадии выявлено явное снижение активности системы антиоксидантной защиты

Организация эпидемиологического надзора за гриппом в Соединенных штатах Америки

Лютая Е.А.
Научный руководитель - ассистент В.И. Макарова
Харьковский национальный медицинский университет

Система эпидемиологического надзора (ЭН) за гриппом и гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ) позволяет эффективно контролировать эпидемическую ситуацию. Использование опыта организации ЭН условиях пандемического распространения вируса гриппа в других странах улучшит действующую в Украине систему ЭН за гриппом.

Целью данной работы было исследование опыта организации ЭН за гриппом и ГПЗ в Соединенных Штатах Америки (США).

Материалы и методы. Проведено изучение официальных отчетов о заболеваемости гриппом и ГПЗ в США за 2009 – 2010 гг., а также научной литературы, опубликованной в США.

Результаты. За период пандемического распространения вируса гриппа H1N1 в эпидемический сезон 2009 – 2010 гг. в США по оценкам специалистов переболело гриппом и ГПЗ от 43 до 89 миллионов человек, что определило приоритетность ЭН за гриппом в системе здравоохранения США.

ЭН за гриппом и ГПЗ в США осуществляет отделение эпидемиологии и профилактики отдела гриппа Центра по контролю инфекционной заболеваемости (CDC – Centers for Disease Control and Prevention). В отличие от Украины, где ЭН включает мониторинг заболеваемости и ее контроль (проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий), ЭН в США

представляет собой информационную систему, включающую сбор и обработку поступающей эпидемиологической информации, т.е. ограничивается только эпидемиологическим мониторингом. Также в США не существует обязательной регистрации всех выявленных случаев инфекционных заболеваний, сообщения о случаях инфекций осуществляются медицинскими работниками на добровольной основе.

Исследование показало, что система ЭН в США включает, во-первых, слежение за циркуляцией вирусов гриппа и появлением новых штаммов. Для этого используются как около 80 лабораторий, сотрудничающих с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), так и 60 национальных лабораторий, включенных в систему ЭН за респираторными и кишечными вирусными инфекциями (National Respiratory and Enteric Virus Surveillance System (NREVSS) laboratories). Результаты лабораторных исследований объединяются и еженедельно обновляются в системе FluView. Во-вторых, в систему ЭН включена информация об обращаемости пациентов за медицинской помощью, осуществляемая через сеть U.S. Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILINet). Данная подсистема ЭН позволяет оценить общее количество обратившихся за медицинской помощью в около 1800 амбулаторных учреждений страны, в том числе по поводу гриппа и ГПЗ, дать их возрастную структуру, сравнить зарегистрированный уровень заболеваемости с эпидемическими порогами. В-третьих, в систему ЭН входит регистрация в 122 городах, расположенных по всей стране, всех случаев смерти от гриппа и ГПЗ как среди всего населения, так и отдельно среди детей. Для этого используются системы Mortality Reporting System и Influenza-Associated Pediatric Mortality Surveillance System. В-четвертых, действующая сеть Influenza Hospitalization Network (FluSurv-NET), позволяет еженедельно оценивать количество госпитализированных пациентов. В-пятых, на основании отчетов эпидемиологов штатов и территорий (State and Territorial Epidemiologists Reports) оценивается территориальное распределение заболеваемости гриппом.

Выводы. Действующая система ЭН в США широко использует информационные технологии и позволяет охарактеризовать эпидемическую ситуацию по гриппу и ГПЗ. Для Украины также является необходимым более широкое использование информационных технологий в ЭН за гриппом и ГПЗ.

Современные методы лечения алопеции

Махмудов А.Г., Береговая А.А.
Научный руководитель - д.мед.н. А.Н. Беловол
Харьковский национальный медицинский университет

Алопе́ция (лат. alopecia — облысение, плешивость) — патологическое выпадение волос, приводящее к их поредению или полному исчезновению в определенных областях головы или туловища. К наиболее распространенным видам алопеции относится андрогенетическая, симптоматическая, очаговая или гнездная, рубцовая. Современная медицина предлагает различные подходы терапии андрогенетической алопеции — лекарственная терапия, лазерная терапия и аутотрансплантация волос. В настоящее время к наиболее эффективным препаратам для лечении андрогенетической алопеции, относят миноксидил - активатор открывателей калиевых каналов и ингибиторы 5-альфа редуктазы. Однако, клинический эффект данных препаратов наблюдается при длительном применении и не является стойким после отмены препаратов. В свою очередь существует ряд противопоказаний и побочных эффектов для использования данных групп препаратов, в связи с чем существует необходимость в поиске альтернативных методов лечения андрогенетической алопеции. Трансплантация волос — это хирургический путь решения проблемы. При лечении андрогенетической алопеции аутотрансплантация волосяные фолликулы из затылочных и боковых зон волосистой части головы, где фолликулы не подвержены влиянию дигидротестостерона (андрогеннезависимые зоны), трансплантируют в зоны облысения. После пересадки волосяные фолликулы сохраняют свои физиологические функции в полном объеме. Существуют несколько методик операций по трансплантации волос. Так, при стрип-методе используют лоскут кожи донорской зоны затылочной части,

который подлежит разделению на графты (графты содержат 1-3 волосяные луковицы) и в дальнейшем производится трансплантация непосредственно графтов. Наиболее современным методом трансплантация является бесшовный метод, при котором извлекаются из донорской зоны единичные волосяные фолилликулы, с дальнейшим их внедрением. Приживаемость пересаженных волос составляет около 95%. На сегодняшний день , аутотрансплантация волос является одним из наиболее эффективных методов терапии алопеции, требующий дальнейшего изучения и более широкого внедрения в медицинскую практику.

Проблемы безопасности вакцинопрофилактики туберкулеза в Харьковской области
Медведев А.С., Максуль Т.Е., Сухорукова М.Ф.
Научный руководитель – профессор Т.А. Чумаченко
Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на снижение заболеваемости детей туберкулезом в десятки раз под влиянием массового проведения прививок вакциной БЦЖ, до сих пор дискутируется вопрос о безопасности иммунизации детей этим препаратом.

Цель работы – оценить количество и структуру осложнений после прививок против туберкулеза вакциной БЦЖ в Харьковской области.

Материалы и методы. Работа проведена по данным медицинской документации о случаях поствакцинальных осложнений на введение вакцин против туберкулеза в Харьковской области за период 2004–2010 гг.

Результаты. За изучаемый период в Харьковской области было зарегистрировано 113 осложнений на введение вакцины БЦЖ, что составило 0,05%. В 2004–2007 гг. частота осложнений противотуберкулезной вакцинации составила 0,01% (3–5 осложнений в год). Начиная с 2008 г., когда для иммунизации детей начали использовать вакцину БЦЖ SSI производства Дании, частота осложнений выросла с 0,04% в 2008 г. до 0,15% в 2010 г. В среднем за изучаемый период регионарные лимфадениты развивались в 0,38 случаях на 1000 привитых, холодные абсцессы – в 0,07 случаях, оститы – в 0,01 случаях на 1000 привитых. Изучение причин осложнений показало, что основными являются повышенная реактогенность вакцины датского производства, измененная реактивность привитых детей, нарушения техники введения вакцины, наличие сопутствующей патологии в момент формирования иммунитета у привитых.

Выводы. Проводимый мониторинг осложнений вакцинации против туберкулеза и выявление причин возникновения осложнений позволяют разработать адекватные профилактические мероприятия и снизить частоту осложнений.

Оптимізація лікування ангін у дітей на сучасному етапі
Ольховський Є.С., Кравець О.А.
Науковий керівник - професор С.В. Кузнєцов
Харківський національний медичний університет

Етіологічний поліморфізм тонзилітів (стрептококи, стафілококи, Епштейн-Бар віруси (ЕБВ), цитомегаловіруси, хламідії) диктує необхідність оптимізації лікування хворих на ранніх етапах з метою запобігання розвитку ускладнень.

Мета роботи – удосконалення терапії ангін у дітей на ранніх етапах захворювання. Нами проаналізовано 68 історій хвороб дітей віком від 3 до 15 років, що надходили до обласної дитячої інфекційної лікарні м. Харкова з діагнозом лакунарна ангіна середньої тяжкості. При обстеженні слизових оболонок носоротоглотки у 36 дітей виділено гемолітичний стрептокок групи А, 15 – стафілокок ауреус, 3 – хламідії, решти – патогенної флори не виявлено. Методом ІФА у 31 дитини виявлено антитіла до ЕБВ, з який у 27 ці антитіла належали до класу IgM, тобто свідчили про активність процесу, обумовленого ЕБВ. У 7 хворих виявили антитіла до цитомегаловірусу, з який у 2 – класу IgM. У 15 хворих мало місце поєднання вірусно-бактеріальних чинників ангіни. Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих на ангіни бактеріальної етіології коливалась 6,52±1,62 діб, вірусні та

вірусно-бактеріальні ангіни – 10,45±2,16 діб. Аналіз лікування хворих на до госпітальному етапі виявив нераціональність застосування ампіциліну та його похідних. У 10 хворих (у 8 з яких у подальшому було виявлено вірусну етіологію тонзиліту) мало місце поява плямисто-папульозної висипки, у 2 – з геморагічним компонентом. За нашими даними, при бактеріальних ангінах ефективним залишається пеніцилін, але зростає кількість дітей з проявами медикаментозної алергії. Доцільним є застосування цефалоспоринів та макролідів, останні є ефективними при хламідійних ангінах та зручні щодо використання в амбулаторних умовах (орально однократно на добу). Враховуючи високий відсоток ангін вірусної етіології, доцільним є залучення на ранніх етапах до комплексної терапії імуномоделюючих засобів, зокрема - протефлазіду, гроприназіну.

Діагностика латентної печінкової енцефалопатії у хворих на хронічні дифузні вірусні захворювання печінки

Соколова Т.М., Шамка О.С., Бондар О.Є., Соломенник Г.О.
Харківський національний медичний університет

Актуальність печінкової енцефалопатії (ПЕ) обумовлена широким її розповсюдженням, складністю діагностики, відсутністю диференційованих підходів до лікування і вагомим значенням цього порушення у формуванні фатальних наслідків у хворих на хронічні дифузні вірусні захворювання печінки (ХДВЗП).

Мета та задачі: визначення частоти латентної ПЕ у хворих на ХДВЗП.

Об’єкт та методи. Обстежено 45 хворих ХДВЗП без клінічних ознак ПЕ (1 група: 22 хворих на хронічні вірусні гепатити (ХВГ) В чи С; 2 група: 23 хворих на цирози печінки (ЦП) вірусної етіології В чи С, клас А за Чайльд-П’ю). Середній вік хворих склав 39,4±4,2 роки, чоловіків – 32, жінок – 13. За віком і статтю групи хворих були співставні. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Для діагностики ПЕ застосовували визначення частоти мерехтіння зорових потенціалів (CFF) за допомогою аналізатора Hepatonorm (Німеччина).

Отримані результати та висновки. Латентна ПЕ виявлена у 3 (13,6%) хворих на ХВГ та 11 (47,8%) хворих на ЦП вірусної етіології, що свідчить про високу її частоту, доцільність застосування для діагностики методу визначення CFF та дозволяє оптимізувати терапевтичну тактику у цих групах хворих.

Досвід використання специфічних імуноглобулінів людини при лікуванні хворих на герпетичні менінгоенцефаліти

Сохань А.В., Копійченко Я.І., Анциферова Н.В., Лютая Є.А.
Харківський національний медичний університет

На клінічній базі кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету упродовж 6 років спостерігались 57 хворих на герпетичний менінгоенцефаліт. Діагноз встановлювався на підставі даних дослідження крові та ліквору методами ІФА та ПЛР; також використовувались інструментальні та клінічні методи обстеження хворих. Серед обстежених було 26 (45%) чоловіків і 31 (55%) жінок віком від 16 до 62 років. Хворі були розподілені на 3 групи в залежності від отриманого лікування. Так, у першій групі (15 хворих) поряд із загально прийнятою патогенетичною терапією призначалась противірусна терапія ацикловіром (зовіракс, медовір) та специфічний людський імуноглобулін G проти вірусу простого герпесу (фірми Біофарма); другу групу склали хворі, які отримували противірусну терапію ацикловіром та патогенетичну терапію (19 хворих); третю групу склали хворі, що отримували лише патогенетичну терапію (21 хворий). Аналізуючи перебіг захворювання у різних групах хворих, привертають на себе увагу відмінності у тривалості та вираженості основних симптомів захворювання. Так найдовше симптоми захворювання відмічались у третій групі. В той же час у групі хворих, які окрім патогенетичної терапії отримували ацикловір та імуноглобулін G, стан хворих покращувався найшвидше та скорочувалась як загальна тривалість захворювання, так і період розпалу хвороби. Призначення специфічного протигерпетичного людського імуноглобуліну в комплексній

терапії з ацикловіром значно впливає на ефективність лікування хворого на герпетичний менінгоенцефаліт.

Стан показників неспецифічної резистентності у хворих на хронічний гепатит С

Столярова О.К., Соломенник Г.О., Могиленець О.І., Винокурова О.М.
Харківський національний медичний університет

Мета дослідження – оцінити стан показників неспецифічної резистентності у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) залежно від активності аланінамінотрансферази (АлАТ) у сироватці крові.

Матеріал та методи. Обстежено 73 хворих на ХГС з різною активністю АЛТ у сироватці крові (норма, помірний (1 група), середній (2 група) та високий (3 група) ступінь гіпертрансфераземії). Стан клітин макрофагальної фагоцитарної системи оцінювали шляхом обліку показників функціональної активності лейкоцитів периферичної крові за М. Александровим (1988).

Результати. У хворих на ХГС усіх трьох груп відзначено зниження фагоцитарного індексу (ФІ), фагоцитарного числа (ФЧ), індексу бактерицидності нейтрофілів (ІБН), абсолютного показника фагоцитарної активності нейтрофілів (АПФАН), абсолютного показника бактерицидності (АПБ), абсолютного показника перетравлення (АППер), абсолютного показника поглинання (АППогл) ($p<0,001$). Найбільш виражені зсуви відбувалися у хворих 3-ї групи. У них спостерігалася достовірна відмінність АПФАН ($p<0,001$), ІБН ($p<0,01$), АППогл ($p<0,001$), АППер ($p<0,001$) порівняно з хворими 1-ї групи і АПФАН ($p<0,01$), АППер ($p<0,001$) порівняно з хворими 2-ї групи. АППогл і АППер у 1-й групі були вищі, ніж у 2-й ($p<0,01$).

Висновки. Таким чином, нами виявлено значне пригнічення показників неспецифічної резистентності у хворих на ХГС. Ступінь цих порушень пов'язаний з активністю процесу за показниками АлАТ у сироватці крові. Вочевидь, це має патогенетичне, а також може мати діагностичне та прогностичне значення.

Спалах ротавірусної інфекції у дитячому дошкільному закладі

Тверезовський В.М.
Науковий керівник – професор Т.О. Чумаченко
Харківський національний медичний університет

Актуальність ротавірусної інфекції в Україні визначається широкою циркуляцією збудників серед населення, відсутністю специфічної профілактики і наявністю різних шляхів передачі.

Метою роботи було встановлення причин спалаху ротавірусної інфекції в дитячому дошкільному закладі (ДДЗ).

Матеріали і методи. Вивчені матеріали епідеміологічного розслідування спалаху гострої кишкової інфекції в ДДЗ N.

Результати. Спалах ротавірусної інфекції (РІ) стався в квітні 2009 р., коли протягом 12 днів в ДДЗ N захворіло 17 дітей, лабораторно виявлено 11 носіїв. Випадки захворювання спостерігались у 8 групах з 10. Найбільший показник ураженості дітей (4 хворих і 7 носіїв) відмічався в групі №1, яку відвідували діти до 3-х років.

Встановлено, що перші випадки РІ в групі №1 не були виявлені. У ДДЗ на харчоблоці не вистачало персоналу, тому до роздачі їжі були притягнені помічники вихователів, що доглядають дітей. Найбільш вірогідним чинником передачі інфекції був буряковий салат, який після приготування не піддавався термічній обробці. Салат набирався із одної каструлі і роздавався дітям в групах. Діти з двох груп, в яких не було випадків РІ, отримали салат першими.

Висновки. При догляді за дітьми з невиявленою РІ сталося зараження персоналу групи №1 контактно-побутовим шляхом. Залучення носія до роздачі їжі привело до контамінації салату і зараження дітей. Для профілактики спалахів РІ та інших гострих кишкових інфекцій необхідне суворе дотримання протиепідемічних правил в колективах підвищеного ризику, до яких відносяться ДДЗ.

Патогенетические особенности формирования клинической картины эшерихиоза у детей, инфицированных H. Pylori

Ткаченко С.О., Зимина М.С.
Научный руководитель – профессор С.В. Кузнецов
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: выявить патогенетические особенности формирования клинической картины эшерихиоза у детей, инфицированных H. pylori. Задачи исследования: 1. Выявить особенности клинической картины эшерихиоза у детей, инфицированных H. pylori. 2. Выяснить особенности цитокиновых реакций, а также клеточного и гуморального звеньев иммунитета при эшерихиозе у детей, неинфицированных и инфицированных H. pylori. Материалы и методы. Обследовано 107 детей в возрасте одного – трех лет, больных эшерихиозом. Из них 76 (1 группа) – не имели сопутствующего инфицирования и 31 (2 группа) – переносили эшерихиоз на фоне имеющегося хеликобактерного инфицирования. Наряду с общепринятым клиническим и лабораторно-инструментальным обследованием больных проводились специальные исследования: определялись уровни интерлейкинов ІЛ-1β, ІЛ-4, ІЛ-6, фактора некроза опухоли (ФНО), количественное содержание CD3+, CD4+, CD8+, CD14, CD19+-лимфоцитов, а также уровни IgM, IgA, IgG в крови больных в динамике заболевания. Результаты исследования. Выявлено, что эшерихиоз у детей, инфицированных H. pylori, имеет свои клинические особенности, к которым следует отнести - аггравацию местных симптомов заболевания, а именно многократная рвота, боль в животе, его вздутие, более частые испражнения с патологическими примесями на фоне умеренных проявлений симптомов интоксикации и более длительно сохраняющихся указанных проявлений в отличие от клинических симптомов эшерихиоза у детей, неинфицированных H. pylori. Установлено, что у всех больных в остром периоде эшерихиоза происходит значительное повышение содержания в крови всех исследованных интерлейкинов. При этом, уровни ИЛ-1β, -4, ФНО – ниже у детей, инфицированных H. pylori. К периоду реконвалесценции уровни интерлейкинов оставались высокими у всех больных. Установлено, что в остром периоде эшерихиоза у больных, неинфицированных H. pylori, количественное содержание $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ - клеток, в крови имело тенденцию к снижению по сравнению с соответствующими показателями здоровых детей. Уровни $CD14^+$, $CD19^+$ иммуноцитов повышались. У больных, инфицированных H. pylori, определялось достоверное снижение содержания в крови $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ клеток, повышение - $CD19^+$, на фоне увеличения цифровых характеристик содержания иммуноглобулинов A, M, G.При сравнительном анализе показателей иммунного ответа больных сопоставляемых групп выявлено, что у детей, которые имели фоновое инфицирование, отмечалось более значимое снижение уровней $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ иммуноцитов и повышение Ig G, в отличие от детей, неинфицированных H. pylori.

Выводы: 1. У детей, неинфицированных H. pylori, больных эшерихиозом в дебюте заболевания отмечается высокая реакция всех интерлейкинов и тенденция к снижению количественного содержания субпопуляций Т-лимфоцитов, повышению В-клеток крови на фоне физиологических уровней иммуноглобулинов основных классов. 2. При манифестации эшерихиоза у детей, инфицированных H. pylori, в крови больных происходит незначительное повышение уровней интерлейкинов и, превосходящее таковое у неинфицированных, снижение содержания субпопуляций Т-лимфоцитов. 3. По-видимому, недостаточность интерлейкинового ответа при эшерихиозе у детей, инфицированных H. pylori, а также гипоимунная реакция клеточного и гуморального звеньев и обуславливает своеобразие клинических проявлений болезни.

Значение определения содержания альфа-2-макроглобулина в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С

Усикова Е.В., Юрко К.В., Соломенник А.О., Бондарь А.Е.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования – оценить содержание альфа-2-макроглобулина (А2М) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от степени воспалительно-некротических изменений и стадии фиброза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 больных ХГС. Из них мужчин было 15 (60 %), женщин – 10 (40 %). Средний возраст пациентов составил 41,16±2,45 лет. Всем больным определяли содержание А2М и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в сыворотке крови, а также проводили оценку воспалительно-некротических изменений и стадии фиброза по системе FibroMax. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок и коэффициента корреляции r.

Результаты. Содержание А2М в сыворотке крови больных в среднем составила 2,56±0,17 г/л, АЛТ – 82,5±15,8 МЕ/л. А0 определена у 7 (28 %), А1 – у 5 (20 %), А2 – у 4 (16 %), А3 – у 9 (36 %) пациентов. F0 диагностирован у 7 (28 %), F1 – у 5 (20 %), F2 – у 5 (20 %), F3 – у 4 (16 %), F4 – у 4 (16 %) человек. Выявлена корреляционная связь между содржанием А2М в сыворотке крови обследованных больных и АЛТ ($r=0,41$; $p=0,05$), степенью воспалительно-некротической активности ($r=0,63$; $p<0,01$), выраженностью фиброза печени ($r=0,84$; $p<0,001$).

Выводы. Содержание сывороточного А2М находится в прямой зависимости от степени воспалительно-некротических изменений и стадии фиброза печени у больных ХГС, что дает основания для использования этого показателя в качестве дополнительного критерия для диагностики указанных морфологических нарушений.

Эссенциальные жирные кислоты у больных при остром гепатите В и его последствиях

Фирсик Т.Н.., Винокурова О.Н.., Соломенник А.О.
Харьковский национальный медицинский университет

Полиненасыщенные жирные кислоты являются важнейшим составляющим рациона питания человека. Линолевую и линоленовую кислоты называют эссенциальными (незаменимыми) ввиду того, что организм не может их синтезировать, а должен получать в достаточном количестве ежедневно с питанием. Основным их источником служит рыба жирных сортов, растительные масла. Необходимо учитывать, что всем больным с гепатитом показано диетическое питание (стол №5) на весь период пребывания в стационаре и так же в период реконвалесценции, не менее чем 3 - 6 месяцев после выписки.

Целью нашей работы было изучить содержание эссенциальных жирных кислот в сыворотке крови у больных острым гепатитом В, при рецидиве болезни и хронизации процесса.

Задачи: определение содержания линолевой кислоты в сыворотке крови больных острым гепатитом В, при рецидиве и хронизации процесса; определение содержания линоленовой кислоты в сыворотке крови у больных острым гепатитом В, при рецидиве и хронизации процесса.

Материалы и методы исследования. Было обследованно: 51 человек с острой формой гепатита В, 24 человека с рецидивом болезни и 4 человека – с хронической формой гепатита В. Этиологию подтверждали методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции. Для определения содержания жирных кислот был использован метод газожидкостной хроматографии.

Результаты. В разгар заболевания было выявлено достоверное ($p<0,05$) снижение уровня линолевой кислоты (20,92 ± 1,81 мкг/мл) по сравнению с показателями у здоровых людей (40,75 ± 3,80 мкг/мл); при рецидиве болезни этот показатель имел тенденцию к еще большему снижению и оставался достоверно меньшим по отношению к показателям контрольной группы (14,70 ± 3,50 мкг/мл). При хронизации процесса тенденция к снижению уровня данного показателя сохранялась (12,30 ± 3,80 мкг/мл) – уровень линолевой кислоты у данной категории больных был достоверно меньше, чем в период разгара и у особ контрольной группы. Выявленное является актуальным, так как около 70% линолевой кислоты входит в состав фосфатидилхолина, который представляет собой эссенциальные фосфолипиды. В последние годы накапливаются клинические данные о длительном (до 3 лет) приеме эссенциальных фосфолипидов с целью затормозить темпы прогрессирования болезни и развития фиброза печени (который наблюдается при хроническом процессе).

Нами выявлено достоверное снижение уровня линоленовой кислоты в сыворотке крови у больных в разгар заболевания (2,37 ± 0,82 мкг/мл) по сравнению с данными при рецидиве

заболевания (0,26 ± 0,02 мкг/мл). При хронизации процесса показатели линоленовой кислоты также оказались достоверно меньшими (0,47± 0,19 мкг/мл), чем в разгар гепатита В. Линоленовая кислота относится к омега-3-полиненасыщенным жирным кислотам, которые уменьшают процессы перекисного окисления липидов мембран клеток, что имеет место при гепатите В, благотворно влияют на состояние реологических параметров крови, уменьшают воспалительные процессы в организме, улучшают питание тканей. Суточная потребность организма в них составляет 3 - 9 мг.

Выводы. достоверное снижение уровня линолевой кислоты в разгар заболевания (по сравнению с показателями контрольной группы), которое сохраняется при рецидиве заболевания, является неблагоприятным показателем в плане хронизации процесса; выявлено достоверную разницу в уменьшении уровня линоленовой кислоты при рецидиве заболевания и хронизации процесса по сравнению с данными в разгар острого гепатита В.

Токсичні ураження печінки: стан проблеми, сучасні методи оптимізації лікування у фтизіатрії

Чопорова О.І., Елісєєв Р.Н.
Харківський національний медичний університет

Інтенсивна антимікобактеріальна терапія (АБТ) – фактор ризику медикаментозних гепатотоксичних ускладненень (МГУ), які сягають 11,4-23,0 % і більше, є вагомою причиною вимушеного переривання лікування, зниження прихильності хворого і ефективності лікування в цілому. Аргінін глутамат (глутаргін) як новітній вітчизняний гепатопротектор амінокислотного походження досі не набув належного застосування у фтизіатричній практиці.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування гепатопротектору глутаргіну на тлі стандартної АБТ у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБЛ).

Лікування 46 хворих (I група) доповнено курсом глутаргіну, у 43 хворих (II група) – курсом стандартного сілімаринвмісного гепатопротектору. Обидві групи обстежених рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю туберкульозного процесу.

Загальна частота гепатотоксичних реакцій у хворих II групи складає (34,8±3,6) %, у хворих I групи – (19,5±4,2) %. Токсичні реакції були у (25,5±2,1) % хворих II групи, що у 1,6 рази більше, ніж у хворих I групи. Токсико-алергічні реакції виникли у (9,3±2,2) % хворих II групи, що у 2,1 рази більше, ніж у I групі. Застосування глутаргіну зменшує частоту диспептичних, астено-вегетативних симптомів, психо-неврологічних ознак, зменшує частоту виникнення серйозних МГУ на 50 %. Перевага терапії з глутаргіном у зменшенні частоти гепатомегалії (10,8 % проти 23,2 %; $p<0,05$), тяжкості у правому підребер'ї (4,3 % проти 14,0 %; $p<0,05$). Тільки у хворих II групи були виражені диспептичні явища: гіркий присмак у роті, іктеричність склер, шкіри (відповідно, у 4,6 %, 13,9 %, 9,3 %).

Таким чином, застосування гепатопротектору глутаргіну у комплексному лікуванні хворих на вперше діагностований туберкульоз легень є доцільним з метою профілактики і лікування медикаментозних гепатотоксичних ускладнень.

Эффективность лечения туберкулеза на фоне сахарного диабета

Швец О.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

Известно, что на фоне противотуберкулезной терапии, уже на первом этапе интенсивного лечения, у большинства больных прекращается бактериовыделение и они становятся безопасными для окружающих в эпидемическом отношении.

Цель работы: Сравнить длительность бактериовыделения у больных туберкулезом (ТБ) с наличием сопутствующего сахарного диабета (СД) II типа и без него, на фоне проводимой стандартной схемы противотуберкулезной терапии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ клинических, рентгенологических и бактериологических данных двух групп пациентов, находящихся на стационарном лечении в ХОПТД №1. Группа 1 - 15 человек с диагнозом ВДТБ легких с сопутствующим СД II типа. Группа 2 -25 человек с диагнозом – впервые диагностированный туберкулез (ВДТБ) легких. Обследование больных выполнялось согласно клиническим протоколам диагностики и лечения туберкулеза.

Результаты: У больных 1-й группы чаще всего наблюдался инфильтративный ТБ легких (86,6%), характеризующийся обширной экссудативной воспалительной реакцией и быстрым развитием казеозного некроза с последующим образованием каверн (66,7%). У некоторых больных наблюдалось тяжелое течение ТБ по типу казеозной пневмонии (18%). В течение первых 60 дней лечения, среднее время прекращения бактериовыделения у больных группы 1 и группы 2 составило 42 и 36 дней соответственно (Р 0,03).

Выводы: На фоне СД II типа наблюдается более тяжелое и длительное течение ТБ, что требует от врача умелого сочетания специфической антибактериальной терапии, инсулинотерапии и соблюдения физиологической диеты в лечении больных.

Біохімічні прояви ураження печінки у хворих на інфекційний мононуклеоз

Шептор І.С., Могиленець О.І., Соломенник Г.О., Юрко К.В.
Харківський національний медичний університет

Мета – дослідити біохімічні прояви ураження печінки у хворих на інфекційний мононуклеоз (ІМ).

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 32 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Харкова в 2010-2011 рр. Із них 18 чоловіків (56 %) та 14 жінок (44 %). Середній вік хворих склав 23,8±1,2 роки. Діагноз встановлювали на підставі клініко-лабораторних даних. Етіологічна розшифровка проводилась шляхом виявлення антитіл до вірусу Ебштейна-Барра (EBV) та цитомегаловірусу (CMV), визначення HbsAg та anti-HCV IgG, антитіл до ВІЛ методом ІФА а також виявлення ДНК EBV та CMV у сироватці крові методом ПЛР. Наявність синдрому цитолізу визначали на підставі визначення активності аланінової амінотрансферази (АлАТ), а мезенхімально-запального – тимолової проби.

Результати. Серед обстежених хворих у 14 (43,75 %) ІМ був зумовлений EBV, у 4 (12,5 %) – CMV, у 14 (43,75 %) – було виявлено маркери обох вірусів. Усі хворі були ВІЛ-негативними.

Підвищення АлАТ спостерігалося у 26 осіб(81,25 %); тимолової проби – у 16 осіб (50 %); одночасне підвищення обох показників – у 15 пацієнтів (50 %). Середній показник АлАТ становив 2,5±0,33 ммоль/(л•год.), тимолової проби – 5,2±0,59 одиниць. Більш виражене підвищення АлАТ спостерігалося у хворих на ІМ, зумовлений мікст-інфекцією EBV+CMV (показник становив 2,97±0,52 ммоль/(л•год.)). Найвищі показники тимолової проби визначалися в групі хворих на ІМ EBV-етіології (5,89±0,92 од.).

Висновки. У більшості хворих на ІМ спостерігаються прояви цитолітичного синдрому різного ступеню вираженості. У половини хворих визначаються також прояви мезенхімально-запального синдрому.

Оценка эффективности терапии гепатита с у ВИЧ-инфицированных пациентов

Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г., Краснов М.И.
Харьковский национальный медицинский университет

В последние годы в нашей стране, за счет сохранения высокого темпа эпидемии, наблюдается рост числа ВИЧ-инфицированных. Разработка схем антиретровирусной терапии (АРТ) позволила снизить смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов. В настоящее время на первый план выходят осложнения заболеваний печени, связанные с хронической HCV-инфекцией.

Цель роботы – оценить эффективность терапии больных вирусным гепатитом С на фоне ВИЧ-инфекции.

Исследования проводились на кафедре инфекционных болезней ХНМУ и на базе областного центра по борьбе и профилактике со СПИДом. Под наблюдением находились 20 больных с ко-инфекцией ХГС/ВИЧ. Из них 16 женщин и 4 мужчин. Средний возраст больных находился в пределах 35,1±2,2 года. У всех больных была диагностирована ВИЧ-инфекция, 3 клиническая стадия, а также хронический гепатит С, HCV РНК (+), умеренной степени активности. У двух пациентов также был выявлен хронический гепатит В.

Больные получали АРТ первой линии в течении 12-18 месяцев, поэтому до терапии уровень CD4 был выше 350/мкл, а вирусная нагрузка ВИЧ была нулевая. Клинические проявления ВИЧ-инфекции отсутствовали. Все больные получали ВААРТ, кроме того 10 больных получали ПЕГ-ИФН α2а 180 мкг/нед + Рибавирин 800-1200 мг/сутки и 10 больных ПЕГ-ИФН α2в 1,5 мкг/кг/нед + Рибавирин 800-1200 мг/сутки. Длительность противовирусной терапии составила 48 недель.

Биохимический ответ наблюдался 14 пациентов (70%). У 12 пациентов (60%) наблюдался ранний вирусологический ответ, а у 10 пациентов (50%) устойчивый вирусологический ответ. У 2 пациента (10%) произошел рецидив ВГС, 2 пациента (10%) не ответили на назначенную терапию. 6 пациентам (30%) терапия была прекращена до 12 недель из-за побочных эффектов. Таким образом, у 10 пациентов (50%) мы наблюдали устойчивый вирусологический ответ.

Використання біологічного методу дослідження для виявлення та ідентифікації анаплазм і ерліхій

Юрко К.В., Гвоздецька М.Г., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.
Харківський національний медичний університет

Ерліхіозна (анаплазмозна) інфекція – відноситься до маловивчених інфекційних хвороб, визиваються бактеріями родів Ehrlichia (Anaplasma) і характеризуються розвитком синдрому загальної інфекційної інтоксикації та специфічним враженням білих клітин крові. Необхідність розробки сучасних методів лабораторної діагностики ґрунтується на недостатньому вивченні біологічних властивостей збудника.

Мета роботи – удосконалення сучасних методів лабораторної діагностики ерліхіозної (анаплазмозної) інфекції.

Об’єкт дослідження - зразки крові від хворих людей, які мали контакт з кліщем; кліщі сімейства Ixodidae, зібрані в Харківській області; лінія суспензійних клітин промієлоцитів людини HL-60.

Методи дослідження – біологічний, мікроскопічні, молекулярно-генетичні,.

Результати - з метою накопичення і послідуючою ідентифікацією збудників ерліхіозу (анаплазмозу) було апробовано біологічний метод дослідження зразків клінічного матеріалу (від семи хворих, які мали контакт з кліщем) та зразків об’єктів оточуючого середовища (ста одного кліща) з використанням тридцяти дев’яти самців мишей білих лабораторних із штучно створеним імунокомпрометованим станом.

Підтверджено потенційну можливість застосування біологічного методу діагностики ерліхіозу, про що свідчать результати досліджень зразків перитонеальних макрофагів лабораторних тварин (інфікованих гомогенатами кліщів) морулоподібних утворень, специфічність ґенезу яких було підтверджено позитивними результатами полімеразної ланцюгової реакції при вибірковому тестуванні як зразків гомогенатів кліщів, так і зразків клітин перитонеальної порожнини, що були отримані від інфікованих піддослідних тварин.

НЕЙРОНАУКИ

Систематизация социально – психологических факторов риска развития депрессивного расстройства у студентов ВУЗов

Вашките И.Д.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств. По данным ВОЗ, в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире - 3-6% популяции - выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств. Все чаще депрессия возникает в юношеском возрасте.

Целью настоящего исследования явилась систематизация социально-психологических факторов риска развития депрессивного расстройства у студентов ВУЗов.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима.

В периоде обучения можно выделить три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый (шестой) курсы. На первом курсе происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспосабливаясь к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустраивать быт. На третьем (четвёртом) курсе имеет место переоценка ценностей, переосмысление выбора специальности. Особенность кризиса пятого (шестого) курса связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов может привести к развитию невротических расстройств и расстройств адаптации.

Психические заболевания в юношеском возрасте, в частности, депрессивные расстройства, оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, и, таким образом, требует тщательного подхода медико-социальных служб к их выявлению, лечению и профилактике

Немедикаментозные методы лечения эпизодической головной боли напряжения

Введенская А.Е.
Научный руководитель - доцент Е.К. Резниченко
Харьковский национальный медицинский университет

Особенно актуальным в последние годы становится использование немедикаментозных методов лечения головной боли различного генеза, в том числе эпизодической головной боли напряжения (ЭГБН), что обусловлено прежде всего отсутствием побочных эффектов, которые часто возникают при лекарственной терапии.

Целью нашего исследования явилось изучение роли сочетанного применения методов постизометрической релаксации (ПИР) и акупрессуры (АП) в лечении ЭГБН.

Для снижения тонического напряжения мышц методики ПИР и АП курсом 8-10 сеансов были проведены 46 пациентам в возрасте от 21 до 35 лет страдающим ЭГБН. При проведении ПИР воздействие осуществлялось на мышцы скальпа – лобного и затылочного брюшков. При проведении АП осуществлялось массирование активных точек в области головы, запястий и стоп. При упорном течении ЭГБН самих больных обучали приемам ПИР и АП для самостоятельного проведения многократных процедур в течение дня. Пациенты

отмечали значительное снижение интенсивности головной боли до полного ее исчезновения, а также частоты самих приступов.

Выводы: лечение эпизодической головной боли напряжения должно быть ориентировано преимущественно на использование немедикаментозных методов, которые часто превосходят известные лекарственные средства по терапевтической эффективности. При этом они существенно отличаются большей безопасностью и доступностью для широкого круга больных и могут проводиться ими самостоятельно.

Использование методик интервенционной нейрорадиологии в современной нейрохирургической практике

Вороненко К.Ю., Кравцова А.В., Набойченко А.Г., Пшеничный А.А.
Научный руководитель - профессор В.А. Пятикоп
Харьковский национальный медицинский университет

На современном этапе развития медицины все большее значение приобретают малоинвазивные методики лечебного и диагностического воздейсивя и нейрохирургия не является исключением. В сфере последней, весомая роль принадлежит эндоваскулярным технологиям.

В нейрохирургической клинике Харьковской областной клинической больницы, эндоваскулярные методики широко применяются на этапах диагностики и лечения больных не только с сосудистыми заболеваниями ЦНС, но и при онкологических процессах головного и спинного мозга, а также при дисэмбриогенетических и других вариантах сосудистой патологии головы и шеи. Представляемый клинический материал базируется на 168 наблюдениях у больных, которые находились на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении ХОКБ в период с 2008 по 2011гг.

Структура нозологических форм, при которых проведены эндоваскулярные вмешательства, представлена следующим образом: артериальные аневризмы (АА) – 57; артерио-венозные мальформации (АВМ) - 48; каротидно-кавернозные и артерио-синусные соустья – 19; экстра-интрацеребральные опухоли, с интенсивным кровоснабжением – 26; экстрацеребральные сосудистые патологические состояния (профузные носовые кровотечения, мальформация носа, гемангиома лица) – 18.

Из 57 аневризм оперированных эндоваскулярно, 19 (33%) сосотавили аневризмы ПСА-ПМА, 15 (27%) различных отделов ВСА, 7 (12,5%) задней соединительной артерии, 7 (12,5%) аневризм ВББ, 6 (10%) аневризм СМА, 3 (5%) аневризмы ПМА. Тотальная эмболизация достигнута в 70% случаев, субтотальная или частичная в 30%. Две аневризмы прооперированы с применением стент-ассистирующей техники. У 5 больных были выявлены множественные аневризмы.

Оперированные АВМ (общее количество 48) по характеру кровоснабжения распределены следующим образом: из двух и более бассейнов 22 (46%), поверхностными ветвями внутренней сонной артерии 15 (31%), ветвями вертебро-базилярного бассейна 11 (23%).

По характеру венозного оттока преобладает отток в единичную расширенную вену (магистральный тип), в некоторых случаях, отток осуществляется по множественным венам (рассыпной вариант).

26 больных с гиперваскуляризованными опухолями головного мозга, по характеру кровоснабжения распределены следующим образом: I группа–17 пациентов с экстрацеребральными опухолями, кровоснабжаемыми из бассейнов НСА и ВСА); II - 7 пациентов с экстрацеребральными опухолями, кровоснабжаемыми из бассейна НСА); III – 2 пациента с интацеребральными опухолями, кровоснабжаемыми из внутренних сонных артерий.

Больные с каротидно-кавернозными соустьями (8) прооперированы с применением отделяемых баллонов «GoldBalloon» BALT. В двух случаях применено деструктивное выключение соустья. Артерио-синусные соустья между ветвями наружной сонной артерии и кавернозным синусом выключались с помощью клеевых композитов.

Так же с помощью клеевых композитов произведены эмболизации больных с профузными не купируемые консервативно носовыми кровотечениями, мальформация носа и гемангиома лица.

Выводы. Таким образом широкое внедрение достижений интервенционной нейрорадиологии в работе многопрофильной нейрохирургической клиники позволило значительно поднять качество оказываемой помощи, расширить спектр охватываемой патологии, снизить процент осложнений связанных с открытыми вмешательствами, улучшить уровень комфорта больных и уменьшить продолжительность послеоперационного периода.

Определение концентрации цитокинов FNO-α и IL-4 сыворотки крови больных в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта

Гелетка А.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Воспалительный ответ при остром нарушении мозгового кровообращения по ишемическому тиу сопровождается избыточным выделением потенциально нейротоксичных медиаторов - цитокинов и развитием гиперергических клеточных реакций. Цитокины синтезируются активированной макро- и микроглией, поврежденным эндотелием сосудов, а также клетками иммунной системы, мобилизованными из общей циркуляции к очагу повреждения и в соседние с ним области преимущественно вследствие изменения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Увеличивается концентрация провоспалительных цитокинов, таких, как ИЛ-1, ФНО-α, ИЛ-6 и др. С другой стороны, продукция нейротрофических и противовоспалительных факторов, таких, как ИЛ-4, ИЛ-10 и др., которые должны контролировать течение и интенсивность воспалительного процесса подавляя продукцию провоспалительных цитокинов и регулируя таким образом степень тканевых повреждений, может быть недостаточна не только в острейшем, остром, но и в раннем восстановительном периодах ишемического инсульта. Существующий дисбаланс между провоспалительными и ингибиторными, антивоспалительными цитокинами может быть использован как маркер в определении степени выраженности нейроиммунного процесса в пределах центральной нервной системы, поддержании хронического воспалительного процесса, приводящего прежде всего к отсроченным нейрональным потерям.

Целью нашего исследования было определение отношения концентрации FNO-α и IL-4 в сыворотке крови больных в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта.

Материалы и методы. Было исследовано 23 мужчиы и 17 женщин в возрасте от 43 до 68 лет, средний возраст в общей группе составил 61,7 лет. Группу контроля составили 15 человек без значимой очаговой симптоматики, сопоставимые по полу и возрасту. Значение концентрации интерлейкинов FNO-α и IL-4 сыворотки крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов «Вектор-Бест», Россия.

Исследуемая группа	Концентрация, пкг\мл (M±σ)	Концентрация, пкг\мл (M±σ)
Общая группа больных	14,4±3,7	9,6±2,7
Контрольная группа	7,6±1,4	17,3±4,1

Обсуждение результатов. Из данных таблицы видно, что концентрация провосполительных цитокинов почти вдвое превышает значение контрольной группы, в тоже время наблюдается снижение концентрации противовоспалительных цитокинов почти в два раза по сравнению с данными контрольной группы. Следует отметить также, что выявленная фактически линейная закономерность в отношении провосполительных цитокинов по сравнению с противовоспалительными, является промежуточным результатом, характеризующим распределение внутри общей группы больных без учета возможной зависимости от патогенетического типа инсульта, степени выраженности неврологической симптоматики, размера и локализации очага, а также от гендерного фактора распределения больных.

Зависимость от азартных игр – одна из актуальных проблем современной психиатрии и наркологии

Головина Ю.А., Неменущая Е.И.
Научный руководитель - Е.А. Зеленская
Харьковский нацонацильный медицинский университет

Актуальность данной темы обусловлена тем, что зависимость от азартных игр (игромания, лудомания и гэмблинг-зависимость) широко распространена в мире и, в частности, в Украине. Сейчас в азартные игры вовлекаются слои населения, различные по возрастному составу (от подростков до лиц пожилого возраста), материальному обеспечению, кругу общения, этнической принадлежности и т.д. Этот факт объясняется широчайшим разнообразием видов и форм азартных игр, рассчитанных на разные категории населения с различным уровнем дохода и интересами. Кроме того, в азартную игру способен играть каждый, поскольку в большинстве азартных игр не требуется особых умений.

Страсть к азартным играм имеет длительную и насыщенную историю. Чтобы представить эмоциональную напряженность обсуждаемого вопроса достаточно изучить произведения таких известных писателей, как Ф. Достоевский, А. Куприн, Дж. Лондон и А. Грин, т.е. людей, которые и сами были игроками. Многочисленные истории и широко известные факты о выигранных и проигранных состояниях в большинстве случаев также связаны со страстью к игре. Жизнь человека, подверженного зависимости от игры, становится отличной от привычно нормальной жизни и подчиняется полностью новой сверх ценности.

Современная медицина разделяет аномальное пристрастие – аддикции [addiction], на химические и нехимические. Нехимические аддикции – это тоже болезненное пристрастие, среди которых наиболее распространенной, особо острой и социально опасной является страсть к азартным играм – гемблинг – постоянно повторяющееся участие в азартной игре, которое продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и руинирование личной жизни.

Для гемблинга, как для любого вида аддикции характерны определенные симптомы: 1. «Тяга» (побуждение) к непродуктивной поведенческой деятельности. 2. Нарастание напряжения, которое спадает после того, как деятельность завершена. 3. Вторичная тяга, нарастание напряжения через определенное время.

Возникновение потребности повторения (синдрома) аддиктивного поведения, выражающегося определенными внешними и внутренними проявлениями существования (дисфория, тоска и др.

Неврологo-ортопедические аспекты синдрома Элерса-Данлоса на клиническом примере

Гужва Н.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель - доцент Е.К. Резниченко

Синдром Элерса–Данлоса (СЭД) – одно из наиболее распространенных наследственных заболеваний соединительной ткани. Популяционная частота синдрома составляет 1:100000 населения. Причина болезни - мутации разных генов, ответственных за структуру и функцию коллагена. Основными признаками болезни являются: изменения опорно-двигательного аппарата (гипермобильность суставов с наличием вывихов, деформация грудной клетки, кифосколиозы, плоскостопие), кожи (повышенная растяжимость, легкая ранимость), сосудов (повышенная кровоточивость, слабость сосудистого тонуса), а также изменения сердца - пролапс митрального клапана. Другие симптомы и осложнения включают в себя низкую плотность костей, мышечную гипотонию, миалгию, головную боль, головокружение, повышенную утомляемость, частую рвоту, иногда нарушение координации, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта.

Целью исследования было наглядно продемонстрировать на клиническом примере неврологические и ортопедические проявления данного полиэтиологического синдрома,

поскольку в литературе крайне мало сообщений на эту тему и практические врачи малознакомы с данной патологией.

Материалы и методы. Нами была обследованная больная Ю., 1978 г.р, с подтвержденным диагнозом СЭД, тщательно собран ее анамнез, исследован неврологический и ортопедический статус, проведена ядерно-магнитно-резонансная томография головного мозга, позвоночника, коленных суставов, ультразвуковая эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, ультразвуковое исследование внутренних органов.

Результаты исследований. На основании полученных данных был учтен весь симтомокомплекс, который сопровождает данное заболевание: синдром Элерса-Данлоса, вегетососудистая дистония перманентное течение с ликворной гипертензией, синкопальными состояниями, вестибуло-атактическим и астеническим синдромами. Тораколюмбалгия с нарушением опорно-двигательной функцией позвоночника. Ретролистез L5. Грыжи Шморля Th6, Th7, Th8, L1, L2, L3, остеопения. Диспластический остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника, кифосколиоз 1 степени с врожденной деформацией грудной клетки, двусторонний остеоартроз коленных суставов, двустороннее плоскостопие. Диспластическая кардиомиопатия: пролапс митрального клапана 1степени, пролапс трикуспидального клапана 1степени, дополнительные хорды левого желудочка.

Вывод. Наше исследование показало, что выявление генетической патологии, в том числе и СЭД, должно быть, несомненно, как можно ранним (с детства), мультимодальным, с привлечением различных специалистов – педиатров, генетиков, невропатологов, ортопедов, терапевтов, кардиологов для своевременного установления первоначальной причины проявления различных неврологических, ортопедических, кардиологических нарушений, назначения адекватного лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

Психічні розлади у хворих у гострому періоді мозкового інсульту

Завгородня Н.І.
Харківський національний медичний університет

Загально відомо, що у більшості хворих з мозковими інсультами відмічаються когнітивні та емоційні порушення різного ступеня вираженості.

Метою дослідження було вивчення особливостей когнітивних та емоційних розладів серед хворих, що перенесли гострий мозковий інсульт. Для досягнення зазначеної мети проведене поглиблене клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне, психодіагностичне. Проведено обстеження 30 хворих віком від 36 до 59 років. Серед них більшість становили чоловіки - 17 (56,6%). (жінок було 13 осіб (43,4%)). Серед обстежених пацієнтів у 19 (63,3%) в патологічний процес були залучені басейни середніх мозкових артерій, у 1 (3,3%) хворого - басейн задньої мозкової артерії, у 10 (33,4%) хворих - вертебро - базилярному басейні. У 55% хворих вогнище ішемії локалізувався в правій півкулі, у 47% - в лівому.

Серед обстежених переважали чоловіки (з 60 пацієнтів було 38 чоловіків (63,3%) і 22 жінки (36,6%)). У хворих з ІМ переважали пацієнти у віці 46-55 років.

Обстеження пацієнтів проводилося протягом 28 днів з моменту перенесеного інсульту, тобто у гострому періоді хвороби.

У всіх хворих в гострому періоді (на першому етапі дослідження) первинним було порушення рівня свідомості (переважно поверхневих форм - сомноленції, обнубіляції, оглушення. Після виходу з синдрому порушеної свідомості у пацієнтів базисними були: синдром когнітивних порушень (83,3%), астенічний (66,6%), больовий синдроми (66,6%). Крім того, у хворих превалювали когнітивні порушення помірного ступеня виразності. У 6,6% пацієнтів відзначалася деменція легкого ступеня виразності. Астенічний синдром у частини хворих мав депресивні (26,6%), іпохондричні (3,3%), тривожні (3,3%) риси. У 20,0% виявлялися анозогностичні розлади, виникнення яких було пов'язане, перш за все, з важкістю ішемії і виразністю когнітивних порушень.

Таким чином, у хворих після ішемічного мозкового інсульту має місце розвиток когнітивних та емоційних розладів, що покерують пильної уваги до себе та проведення корекції їх для попередження важких наслідків у майбутньому.

Специфика адаптационного синдрома у студентов медиков

Зеленская Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Адаптация студентов к обучению в ВУЗе - интенсивный, динамичный, многосторонний и комплексный процесс жизнедеятельности, в ходе которого у индивида на основе соответствующих приспособительных реакций формируются устойчивые навыки удовлетворения требований, предъявляемых к нему в период обучения и воспитания в высшей школе.

Целью нашего исследования явилось изучение причин и проявлений расстройств процесса адаптации студентов 1 курса к учебной деятельности

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 912 студентов 1 курса Харьковского национального медицинского университета, обоего пола, в возрасте 17 – 24 лет. Из них 603 – отечественных (1 группа), 100 иностранных студентов обучающихся на русском (2 группа) и 209 на английском языке (3 группа).

Как показали результаты исследования высокий уровень дезадаптации, требующий принятия неотложных мер (психологических и медицинских) обнаруживают у себя 0,3% отечественных студентов и 0,5% студентов иностранцев обучающихся на английском языке; выраженный уровень дезадаптации, требующий обязательного вмешательства психологов, проведения программы по реадаптации – 1,3% отечественных студентов, 4,0% и 10,1% иностранных студентов, обучающихся на русском и на английском языках соответственно; умеренный уровень дезадаптации, при котором полезно проведение консультативной работы специалистов – 26,2% отечественных студентов, 48,0 русскоязычных иностранцев и 50,2% англоязычных иностранцев.

При этом, согласно полученным в ходе работы данным только 30% из всех опрошенных первокурсников категорически отрицают необходимость психологической помощи. Еще 26% учащихся затруднились с ответом. Остальные 44% первокурсников считают, что психологическая помощь им нужна в первую очередь при решении следующих проблем: преодоление информационного стресса, адаптация к новым условиям обучения; вхождение в новый коллектив, сплочение учебной группы; решение личностных проблем.

Полученные в ходе работы данные позволяют разработать программу прогнозирования возникновения социально-психологической дезадаптации у студентов начального периода обучения в вузе и определить основные направления психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Эффективность лечения положением в ранний восстановительный период после ишемического инсульта

Коба С.С.

Научный руководитель - доцент Е.К. Резниченко

Харьковский национальный медицинский университет

В Украине показатель заболеваемости ишемическим инсультом колеблется от 500 до 600 случаев на 100 тыс. населения. В первый месяц после инсульта больному приходится очень долго лежать в постели. Качество его дальнейшей жизни и то, насколько пациент сможет восстановить свои способности, во многом зависит от правильного ухода.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности реабилитации больных в виде лечения положением (ЛП) в ранний реабилитационный период.

В Харьковской областной клинической больнице, в неврологическом отделении находились на лечении 21 пациент, возрастом 52 – 64 года, из них 12 мужчин и 9 женщин, с

диагнозом: ранний восстановительный период после перенесенного ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии (как в правой – 14 случаев, так и в левой – 7 случаев). У всех больных отмечался центральный гемипарез. Всем нашим пациентам на фоне медикаментозной терапии мы применяли метод ЛП, который заключался в специальном укладывании больного, с учетом спастики в конечностях, фиксации их лангеткой и мешочком с песком определенной массы, использованием специального валика и упора для подошвы.

В результате у всех пациентов через 3 месяца после начала лечения было отмечено значительное улучшение, а именно: снижение скованности в конечностях, увеличение объема активных движений, уменьшение глубины парезов и трофических нарушений.

На основании проведенной работы мы пришли к следующим выводам: несомненно, в раннем восстановительном периоде после перенесенного ишемического инсульта ЛП является достаточно эффективным. ЛП помогает максимально устранить последствия инсульта, предотвратить развитие инвалидизации и адаптировать пациента к повседневной жизни.

Особенностей формирования депрессивных расстройства у заключенных женщин молодого возраста

Кольцова Г.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования клинико-психологический анализ особенности формирования депрессивных расстройств и их клинической структуры у женщин молодого возраста, находящихся в условиях пенитенциарной системы.

Результаты и обсуждения В современной пенитенциарной науке феномен наказания в виде лишения свободы рассматривается в трехракурсном плане: кара, исправление и профилактика совершения осужденными новых преступлений. Карательная функция режима состоит в том, что осужденный изолируется от общества, находится под охраной и постоянным надзором.

Как показали результаты исследования резкий переход к строгой регламентации поведения, разрыв устоявшихся личностных связей, резко ограничивает удовлетворение привычных потребностей, специфика пенитенциарных режимных мероприятий требуют от осужденных коренной ломки жизненного стереотипа, что в свою очередь также является для них психотравмирующим фактором (52,4% женщин). Женщины молодого возраста тяжело переносят строгую организованность жизни и быта осужденных (наличие распорядка дня, регламентированность условий отбывания наказания и пр.), постоянное подчинение работникам ИТК (исправительно-трудовой колонии) - 91,3%; постоянные личные досмотры и обыски, сопровождающиеся унижением их достоинства и частыми оскорблениями со стороны надзирателей - 81,3%; ограничение свободы передвижения, постоянный конвой - 47,2%; строгую регламентацию поведения - 42,1%; замкнутую систему общения - 49,2%, тяжелый физический труд - 43,7%; а также невозможность удовлетворения сексуальных потребностей - 49,5%. Тяжело переносятся заключенными отсутствие свиданий, которых они часто лишаются в рамках наказания за неподчинение режимным мероприятиям. Данный факт обостряет восприятие в условиях изоляции факта социальных ограничений, субъективно удлиняет срок изоляции, существенно искажает восприятие и оценку других режимных ограничений. Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что развитие депрессивных расстройств у женщин молодого возраста, находящихся в условиях пенитенциарной системы провоцируют условия принудительной регламентации всей жизнедеятельности, ограничения в удовлетворении большинства базисных физиологических и социальных потребностей.

Базируясь на полученных результатах можно сделать вывод, что в психологическом аспекте наказание как карательное мероприятие, основываясь на закономерностях отрицательного подкрепления, только тогда будет действенным, когда суд с учетом субъективной стороны преступления и перспектив изменения личности осужденного изберет

такую меру причинения физических и моральных страданий, которые бы не ожесточали его, а заставляли стремиться к позитивным самоизменениям.

К сожалению, приходится констатировать, что в подавляющем большинстве случаев пенитенциарный режим содержания характеризуется тем, что между его функциями имеются противоречия или дисбаланс в реализации (например, преобладание карательной функции над воспитательной и как результат — применение преимущественно одного вида санкций — водворение осужденного в штрафной изолятор или в помещение камерного типа при любых нарушениях, невзирая на тяжесть проступка и личность последнего), что в свою очередь закономерно приводит к декомпенсации психического состояния осужденных.

Оценка качества жизни женщин, больных параноидной шизофренией на фоне абдоминального ожирения

Коровина Л.Д.

Харьковский национацильный медицинский университет

Решение проблемы улучшения качества медицинской помощи больным шизофренией приводит к необходимости учета не только степени редукции психопатологической стоматики на фоне проводимой медикаментозной терапии, но и оценки общего состояния здоровья пациентов, уровня их социальной адаптации, степени жизненной активности. Оценка качества жизни психически больных позволяет говорить о гуманизации психиатрии, о повышении степени их реабилитации и восстановления прежнего уровня социальной активности.

Особую группу составляют пациенты с шизофренией, у которых в результате значительного изменения образа жизни, связанного с болезнью, а также проведенения антипсихотической терапии, нередко отмечается развитие абдоминального ожирения.

Задачей данного исследования было выяснить особенности изменения качества жизни больных шизофренией на фоне развития у них признаков абдоминального ожирения, а также его влияния на комплайенс данной категории пациентов.

Было обследовано 40 женщин, страдающих параноидной шизофренией и находящихся на стационарном лечении в Харьковской областной клинической психиатрической больнице №3. Была проведена оценка психического состояния больных, степени выраженности абдоминального ожирения, а также анализ качества жизни пациенток по методике SF-36.

Как известно, данная методика позволяет оценить уровень физического и психического здоровья пациентов. Как показали результаты работы, среди факторов, влияющих на уровень физического самочувствия, обследованные больные чаще всего отмечали различные боли, мешающие заниматься повседневной деятельностью (4,0±0,5 балла). Очевидно, в данном случае речь идет не столько о каких-либо истинно болевых ощущениях, сколько об осознании общего физического дискомфорта, ограничений активности, связанных с болезнью и необходимостью принимать терапию. При этом больные субективно переживали, что их соматическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок, включая самообслуживание (22,4±1,1 балла). Достаточно низкой была также оценка больными физической способности проведения производственной деятельностми и выполнения повседневных обязанностей (5,2±0,3 балла). Общая оценка состояния здоровья у обследованных больных в среднем составила 17,0±0,4 балла, что отражает недостаточно оптимистичную самооценку здоровья и перспектив дальнейшего лечения самими больными.

Среди шкал, определяющих состояние психического здоровья и его влияние на общее самочувствие больных, были проанализированы показатели жизненной активности, социального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, а также общая самооценка психического здоровья.

Как показали результаты работы, обследованные больные параноидной шизофренией в основном отмечали средний уровень жизненной активности (16,0±0,3 балла). Такие пациенты субъективно ощущали слабость, утомление, отсутствие ощущения прилива сил и энергии. Такое состояние могло влиять на степень социальной активности больных, сужать

круг их общения, ограничивать социальные контакты из-за ухудшения эмоционального состояния (5,8±0,2 балла).

По мнению больных, их эмоциональное состояние значимо влияло на способность осуществления повседневной деятельности, а именно требовало более длительного времени на ее выполнение, снижало объем выполненной работы либо ее качество (3,7±0,2 балла).

Закономерным итогом была недостаточно высокая общая оценка своего психического здоровья больными (20,4±0,5 баллов). Таким образом, больные ощущали определенный дискомфорт и тревогу, связанную с наличием психического заболевания, психичесого неблагополучия.

Таким образом, результаты проведенной работы позволяют выявить снижение уровня самооценки физического и психического здоровья пациентами с параноидной шизофренией, у которых на фоне основного заболевания либо вследствие принимаемой терапии развились проявления абдоминального ожирения. По нашему мнению, субъективные ощущения ограничений в физическом и психическом состоянии являются важными факторами, влияющими на качество жизни больных, степень их социальной адаптации и реадаптации, что требует учета данных факторов при разработке и проведении комплекса лечебно-коррекционных и профилактических мероприятий.

Влияние арт-терапии на уровень социального функционирования больных шизофренией

Костоусов А.А.
Харьковский национальный медицинский университет

В ходе работы нами с целью изучения динамики уровня социального функционирования больных шизофренией под влиянием арт-терапии было проведено комплексное обследование 36 больных женского пола с установленным диагнозом шизофрения в периоде стабилизации состояния, в комплексной терапии, которых наряду с использованием психофармакотерапии была использована арт-терапевтическая коррекция. Как показали результаты исследования в процессе арт-терапии отмечалась следующая динамика художественной экспрессии: создаваемые на начальных этапах образы характеризовались аморфностью, расплывчатостью границ, "стеканием форм", орнаментарностью, смешением различных стилей, а на более поздних стадиях арт-терапии приобретали символичный, архетипический характер, большую структурность и завершённость. Также выявлена четкая положительная динамика внутригрупповых процессов и отношений.

Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой арт-терапии отмечается следующая динамика показателей шкалы социально-ориентированного и социального функционирования: До лечения: 60 – 51 балл т.е значительные затруднения в областях социально полезной деятельности, включая работу и учебу; отношениях с близкими; самообслуживании и в других социальных отношениях. После лечения: 90 – 81 балл т.е. - хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, наличие лишь таких проблем или затруднений, с которыми сталкиваются все люди в повседневной жизни. Таким образом, как показали результаты исследования использование арт-терапии в системе лечения больных шизофренией способствует повышению ее эффективности, за счёт достоверного улучшения социального функционирования и качества жизни больных шизофренией.

Совеременные подходы к реабилитации больных шизофренией

Крылевская С.И.
Научный руководитель - Е.А. Зеленская
Харьковский национацильный медицинский университет

Шизофрения - одно из наиболее распространенных психических расстройств, характеризующееся полиморфизмом психопатологических проявлений, в основном в сфере мышления, эмоций и воли, а также нарушением единства психических процессов и приводящее к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

Арт-терапия является одним из современных методов психотерапевтического воздействия который использует возможности изобразительного искусства в сочетании с лечебными факторами, связанными с отношениями пациента со специалистом и группой.

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования цель которого на основе системного подхода к изучению проблемы социальной реабилитации больных шизофренией, разработать систему арт-терапевтической коррекции

В ходе исследования нами проводилась Арт-терапия с использованием рисуночных техник со средней продолжительностью 1—1,5 месяца в открытых группах по 18 человек. Лечение в группе строилось по принципу недельных циклов занятий, проводившихся с больными раз в день по 1,5—2 часа. Основными факторами психотерапевтического воздействия в арт-терапии являются: фактор художественной экспрессии, фактор внутригрупповых коммуникативных процессов и отношений и фактор интерпретации и вербальной обратной связи. С учетом реабилитационной направленности основными задачами арттерапии явились: занятость пациентов за счет их вовлечения в содержательную деятельность; развитие и поддержание их творческих навыков; сенсорная стимуляция; отреагирование чувств и переживание положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами; поддержка и развитие коммуникативных навыков, самостоятельности и самоорганизации; психологическая интеграция пациентов. Как показали результаты исследования комплексный подход в терапии шизофрении включающий в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с артерапией способствует повышению психофизической активности больных, увеличению их уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяет расширять контакты с окружающими, возобновлять привычный двигательный режим и приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных шизофренией.

Современные представления о нейропластичности головного мозга при черепно-мозговой травме лёгкой степени тяжести и ее последствиях

Куфтерина Н.С., Мовсесян А.Т.
Харьковский национальный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения, черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из наиболее распространенных причин госпитализации в мире, частота которой с каждым годом неуклонно возрастает. Посттравматический период характеризуется различными неврологическими и нейропсиологическими нарушениями, которые не всегда своевременно диагностируются, в связи с чем возникают сложности с их своевременной коррекцией. Все это свидетельствует о том, что на сегодняшний день актуальной проблемой является поиск новых эффективных методов диагностики, лечения и реабилитации данного контингента больных.

В патогенезе клиники развития ЧМТ играет роль чрезмерное механическое воздействие на мозговые структуры. В ответ на него в головном мозге возникают признаки воспаления в виде деструкции нервных клеток головного мозга (окислительный стресс) с явлениями некроза и апоптоза, что приводит к выпадению специфических функций некротизированного участка. Нарушается также гемодинамика и метаболизм в тканях мозга, вследствие чего повреждаются нейроны, микроглия и эндотелий мозговых структур. Затем развиваются процессы регенерации и репарации, в процессах которых принимает роль очень важная функция нервной системы (НС) - нейропластичность, т.е. способность нервной системы восстанавливать свою функцию посредством качественных и количественных нейрональных перестроек, изменения нейрональных связей и глиальных элементов. Материальной основой нейропластичности является так называемый «церебральный резерв» - количество клеточных элементов и церебральных путей, находящиеся в неактивном состоянии, но активирующиеся в случае поражения ранее функционирующих элементов НС. Их активации способствует модуляция синаптической передачи. При активации тормозящих ГАМК-А-рецепторов происходит снижение интенсивности нейропластических процессов, а активация

глутаматэргических NMDA-рецепторов, норадренэргических, дофаминэргических и серотонинэргических рецепторов облегчает процессы нейропластичности. В основе преобразования интактной мозговой ткани при церебральных повреждениях лежат процессы деафферентации, нарушение равновесия между возбуждением и торможением, изменения возбудимости клеточных мембран, а также активация существовавших до этого латентных связей и образования новых. При этом в активации латентных связей ведущая роль отводится ГАМК-эргической системе. Большую роль играют и процессы нейрогенеза в зубчатом ядре гиппокампа и субвентрикулярной зоне (отделы, в которых возможна пролиферация нейронов у взрослых). В связи с этим учёные были заинтересованы найти средства влияющие на нейропластичность. В Москве проводились исследования, в которых было доказано наличие нейропластических изменений при повторных двигательных заданиях, в результате которых увеличивалось число синапсов в моторной коре и плотность дендритов в корковых отделах. Образование нейронов после повреждения коры может происходить под действием нейротрофических факторов, которые вырабатываются выжившими нейронами. Также было установлено, что некоторые антидепрессанты могут активировать процессы нейрогенеза в области зубчатого ядра гиппокампа, посредством увеличения количества моноаминов в синаптической щели и активации соответственно норадренэргических, дофаминэргических и серотонинэргических рецепторов, что, как уже указывалось, облегчает процессы нейропластичности

Таким образом, стимуляция нейропластичности головного мозга является важным аспектом в реабилитации лиц, перенесших ЧМТ. Имеющиеся данные о способах воздействия на активность нейропластичности, качественно помогут врачам в лечении данной категории пациентов.

Афективні розлади внаслідок вживання психостимуляторів у осіб молодого віку

Литивинено В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Протягом останніх п'ятнадцяти років в країні тривало стрімке поширення наркоманій. За даними МОЗ України на 1.01.2011 р. кількість хворих на наркоманії сягнула 85006 осіб. Однак ця цифра відноситься лише до хворих, які знаходяться на диспансерному наркологічному обліку. Що стосується так званих епізодичних споживачів наркотиків, то їх кількість, за експертними оцінками, може бути в 8-15 разів більше, ніж кількість зареєстрованих органами охорони здоров'я хворих.

Останні роки особливе занепокоєння вітчизняних фахівців викликає залежність від ефедриноподібних психостимуляторів кустарного виготовлення (психостимуляторів). Залежність від яких поширюється з жахливою швидкістю: з 2005 по 20104 рік абсолютна кількість хворих із цим видом хімічної залежності збільшилась в 6,54 рази (з 272 до 1779 осіб відповідно). Перші проби цих психоактивних препаратів все частіше відбуваються у підлітковому і навіть у дитячому віці. А більшість хворих, що знаходяться на диспансерному обліку з приводу залежності від психостимуляторів, це особи віком від 20 до 30 років, тобто люди "репродуктивного" віку, що матиме катастрофічні наслідки для майбутнього нації.

При виготовленні психостимуляторів використовується, зокрема, перманганат калію, який неминуче потрапляє в кінцевий продукт, а з ним - у кров хворого і викликає у останнього так званий "марганцевий паркінсонізм" – хворобу, що супроводжується тяжкими порушеннями ходи, тонкої моторики і експресивної мови Внаслідок цього, залежність від психостимуляторів слід вважати одним із найбільш інвалідизуючих захворювань наркологічного профілю.

В клініці психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин афективна патологія займає одне з головних місць. Афективні розлади безпосередньо пов'язані зі стрижневою ознакою станів залежності – потягом до об'єкту зловживання .

Афективні та когнітивні розлади, з одного боку, створюють додаткову мотивацію для вживання психоактивної речовини, а з іншого – є одними з обов'язкових наслідків такого вживання. Вони є одним з факторів, що сприяють прогресуванню основного захворювання – хімічної залежності. Відомо, що в періоді адаптації хворих до тверезого способу життя, який

супроводжується докорінною зміною існуючих стереотипів і навичок, часто має місце посилення афективних розладів, що створює реальну загрозу рецидиву. Афективні та когнітивні розлади при залежності від психостимуляторів є складними і недостатньо вивченими психопатологічними утвореннями. Прямим наслідком цієї обставини є труднощі у виборі оптимальної терапевтичної тактики.

Вищевикладене обумовлює необхідність проведення досліджень спрямованих на вивчення особливості формування афективних та когнітивних розладів та їх клінічної структури у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів та розробка патогенетично обумовлених систем їхньої корекції.

Наими було проведено кмплексне обстеження . 100 хворих із синдромом залежності від психостимуляторів у віці 18-35 років. Яке позволило систематизувати патогенетично значущі чинники формування афективних та когнітивних розладів у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів. Описана специфіка клінічної структури та динаміка клінічного перебігу афективних та когнітивних розладів у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів. На основі одержаних під час роботи результатів розроблені базові критерії для будування патогенетичної терапії афективних та когнітивних розладів у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів.

Эффективность ламотриджина для профилактики шизоаффективных расстройств

Мустафаева А.К.
Научный руководитель - доцент М.Н. Хаустов
Харьковский национальный медицинский университет

Шизоаффективное расстройство является преходящим эндогенным функциональным расстройством, которое практически не сопровождается дефектом и в котором аффективные нарушения сопровождают и протекают дольше, чем продуктивные симптомы шизофрении (F20). Приступы отличаются высоким полиморфизмом. Структура приступов: депрессивно-параноидные и экспансивно (маниакально)-параноидные картины.

В зависимости от нозологической ориентации данные расстройства с одинаковой успешностью относили к периодической параноидной шизофрении и атипичным вариантам аффективных психозов (биполярных или реккурентных). Таким образом, актуальность своевременного выявления, полноценной диагностики и адекватного лечения данной формы патологии не вызывает сомнений.

Целью настоящего исследования - аргументировать новый подход к использованию препарата ламотриджина с целью более эффективной и безопасной замены карбамазепину.

Задачей исследования является доказательство эффективности и безопасности ламотриджина для профилактики шизоаффективных расстройств.

В нашем исследовании была поставлена задача терапии и профилактики депрессий у пациентов с шизоаффективным расстройством, предшествующей терапией карбамазепином и бензодиазепинами.

Исследование проводилось на базе ХКПБ №3. В исследовании приняли участие 10 пациентов, которые наблюдались в стационаре в течение 4–5 недель. Возраст больных — 35–45 лет.

Причинами перевода больных на терапию препаратом ламотриджина были неэффективность терапии, усиление симптоматики, сочетание неэффективности лечения и побочных эффектов.

Клинические примеры: Больная Д., 1966 года рождения, в течение 15 лет наблюдается у врача-психиатра с диагнозом F 25. В клинике заболевания — затяжные депрессии с дисфориями. Длительное время получала лечение квитиапином и карбамазепином. В связи с нарастанием резистентности и учащением приступов больной было предложено перейти на терапию препаратом ламотриджин с постепенной отменой карбамазепина. Ранее больная жаловалась на потерю аппетита, сухость во рту, тошноту, головная боль, головокружение.

Больная наблюдалась в стационаре 4 недели, наращивалась доза препарата ламотриджина 25 мг — 50 мг — 75 мг — 100 мг (в несколько приемов). Больная была дважды тестирована — на первой и четвертой неделе терапии; наблюдалось улучшение результатов когнитивных тестов, уменьшение дисфорий и симптомов депрессии, улучшился

сон, жалобы на аппетит, сухость во рту, тошноту, головные боли – не высказывала. Продолжает наблюдаться амбулаторно, прием ламотриджина продолжает.

Пациентка К., 1971 год рождения, неоднократно лечилась в ХКПБ №3 с диагнозом F 25. В стационаре находился после суицидальной попытки с жалобами на сниженное настроение, тревогу, трудности концентрации внимания, расстройство сна, бредовые идеи самообвинения.

Был предложен курс терапии в виде сочетания нейролептика и ламотриджина. После проведенной терапии больной был выписан с улучшением состояния и с рекомендациями: поддерживающий курс препарата ламотриджина в дозе 50–100 мг в сутки.

Таким образом, наблюдения, описанный в данной статье, свидетельствует об эффективности применения препарата ламотриджина у пациентов с шизоаффективными расстройствами, резистентными к традиционной терапии, либо с побочными эффектами от предыдущей терапии.

Во всех клинических наблюдениях эффективность препарата ламотриджина достоверно проявлялась: в улучшении результатов когнитивных тестов; уменьшении дисфории и симптомов депрессии; улучшении сна и аппетита; Поэтому препарат ламотриджин может быть рекомендован в широкой клинической практике как эффективный антиконвульсант и нормотимик.

Изучение вариабельности сердечного ритма у больных с синдромом позвоночной артерии

Некрасова Н.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью данной работы явилось изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов молодого возраста с синдромом позвоночной артерии (ПА).

Было обследовано 49 пациентов молодого возраста (женщин - 27, мужчин – 22) с сосудистыми вариантами синдрома ПА. Всем пациентам проводилась функциональная рентгенография шейного отдела позвоночника со сгибанием и разгибанием, а также ультразвуковое допплерографическое исследование сосудов шеи и магистральных артерий головы с применением функциональных нагрузок с ротацией головы на аппарате “СОНОМЕД—300М” (“Спектромед”, Россия). Для оценки влияния функциональных нагрузочных проб на вегетативное обеспечение организма нами была использована методика оценки ВСР (Cardiolab, ХАИ Медика). Исследование проводили в покое и при проведении пробы деКлейна. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту.

Изменения со стороны ВСР, зафиксированные во время проведения пробы деКлейна, характеризовались увеличением мощности спектра в область очень низких частот, что отражает активацию симпатического отдела вегетативной нервной системы, обеспечивающего осуществление эрготропной активности.

Вышеуказанные данные могут быть использованы как маркер степени вовлечения автономных (сегментарных) уровней регуляции кровообращения с надсегментарными, при провокационных функциональных пробах.

Ипотерапия с системе реабилитации детей больных аутизмом

Панкова Е.А.
Научный руководитель - Е.А. Зеленская
Харьковский национацильный медицинский университет

Иппотерапия является наиболее эффективным методом реабилитации детей, больных аутизмом. Животное представляет собой передатчик между больным ребенком и окружающей действительностью. Во время сеанса ребенка не вырывают из его закрытого мирка, однако ему приходится реагировать на внешние факторы.

Безусловно, существуют и иные методы помощи аутистам, однако у иппотерапии есть некоторые преимущества перед ними.

Так, для аутистов характерно «ритуальное поведение» - это склонность к повторению каких-либо манипуляций, имеющих цель, а также «стереотипия» - манипуляции без какой-то определенной цели. При иппотерапии подобный образ поведения сохраняется, но навязчивые движения становятся логичными – они приобретают явную цель, двигаться в такт с движением лошади. Это позволяет развить контроль над моторикой.Нельзя сказать, что езда на лошади полностью отучает ребенка от данных особенностей, но они становятся более осмысленными и привязанными к внешним факторам.

Ребенку-аутисту легче общаться с животным, так как оно воспринимает команды в виде жестов, а аутисты чаще всего тяжело разговаривают и «разговор» жестами для них наиболее удобен. В такой ситуации ребенок не ощущает себя одиноким, он взаимодействует с животным на доступном для обоих уровне.

Общение ребенка аутиста с лошадью - полноценная коммуникативная цепочка с обратной связью между ребенком аутистом и окружающим миром, которая позволяет цельно воспринять реальность. А это очень существенно для социальной адаптации детей аутистов. Взаимодействие с мощным и грациозным животным вызывает у ребенка аутиста бурю позитивных эмоций. Многие психотерапевты, которые практикуют занятие иппотерапией для своих пациентов из числа детей аутистов отмечали, что основной сюжет рисунков детей аутистов, с которыми занимаются иппотерапией - это лошадь.

Доказано, что лошадь может выступать в качестве посредника между больным аутизмом и окружающей действительностью. Это происходит за счет того, что взаимодействие с лошадью происходит на невербальном уровне, что позволяет больному как бы оставаться внутри своего комфортного мира и одновременно выходить из состояния изоляции от окружающей действительности, адаптироваться в ней.

Таким образорм иппотерапия по праву считается одним из лучших способов психотерапии при детском аутизме

Характеристика синдрома «Алисы в стране чудес» на клиническом примере

Пилоян А.Ж., Хохлов М. А.
Харьковский национальный медицинский университет

Синдром «Алисы в стране чудес» (AIWS) - это неврологическое состояние, характеризующееся сочетанием явлений деперсонализации с иллюзорным восприятием окружающего пространства и времени, нарушением схемы тела и психосенсорными расстройствами.

Цель работы - поделиться опытом наблюдения и рассмотреть проявление AIWS с позицией клинического примера.

На кафедру неврологии ХНМУ, обратилась мать 11летней девочки, у которой возникали необычные приступы. Ребенок предпочитает держать свои сказочные видения при себе. Первый раз она пожаловалась на то, что предметы становятся больше, три года назад. Её синдром проявляет себя вспышками, длящимися от нескольких секунд до 15 минут, затем пропадают так же неожиданно, как и появились, и в течение месяцев никак не дают о себе знать. Подобно Алисе, падающей в кроличью нору, 11-летняя девочка, иногда видит мир искажённым. Обычные люди выглядят так, как будто они большие, с вытянутыми головами или телами. Иногда звуки вдруг становятся громче, как будто кто-то увеличил звук в телевизоре. Предметы вырастают прямо на глазах, происходило это совершенно внезапно и неожиданно. Крошечный камешек, валяющийся на дороге, мог вырасти до размера огромного валуна. Дверная ручка казалась величиной в саму дверь. Пол поднимался вверх и становился вертикально. В один момент стены соединялись, а затем выворачивались горизонтально. Казалось, что стулья и столы плавают под потолком и вальсируют в воздухе. Подобные состояния у девочки отмечались, со слов матери, с 6 лет.

Наше наблюдение демонстрирует разнообразие проявлений синдрома «Алисы в стране чудес», что может послужить помощью в практической работе врачей различных специальностей.

Варианты клинической динамики социальной фобии у подростков с различными рисковыми донозологическими паттернами употребления психоактивных веществ

Пономарева В.В.

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница №3

В литературе отсутствуют данные о клинических вариантах динамики социальной фобии (СФ) при различных донозологических паттернах употребления психоактивных веществ (ПАВ). Вместе с тем познание клинико-динамических характеристик расстройства, которое по данным S. Montgomery (1995, 2011) является первичной патологией у 76,70% лиц с коморбидной наркоманией и у 85,00% – с коморбидным алкоголизмом представляется важным, так как не только расширяет наши представления о патокинетической вариантности самой фобии, но и способствует лучшему пониманию наблюдаемого в её клинических рамках явлений коморбидности и коморбоза.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинического течения социальной фобии у лиц подросткового возраста при различных рисковых донозологических паттернах употребления психоактивных веществ.

В исследовании принимали участие 90 подростков обоего пола с диагнозом «социальная фобия» (F40.1. по критериям МКБ-10): 48 мальчиков и 42 девочки в возрасте от 12 до 15 лет, находившихся на лечении в ХОКПБ №3 и ХОКНБ, жителей г.Харькова и Харьковской области. Средний возраст испытуемых составил 13,5 лет. Течение СФ прослежено в 2-х группах больных с длительностью возникновения этого расстройства не менее одного года: с отсутствием донозологического паттерна употребления психоактивного вещества (24,44%) и с его наличием (75,56%) на основании анамнеза, динамического наблюдения больных в течение всего срока курации и катамнестических данных. Основной метод исследования – клинико-психопатологический, катамнестический.

Выделены следующие варианты динамики СФ: в группе подростков без опыта употребления ПАВ (n=22) – рецидивирующая без тенденции к прогрессированию (100,00%), в подгруппе с относительно безопасным паттерном употребления ПАВ (n=18) – рецедивирующая без тенденции к прогрессированию (88,89%) и рецедивирующая с тенденцией к прогрессированию (11,11%), в подгруппе с опасным донозологическим паттерном употребления ПАВ (n=50) – рецедивирующая без тенденции к прогрессированию (24,00%) и рецедивирующая с тенденцией к прогрессированию (76,00%).

Выводы: 1) Установлена поливариантность клинической динамики социальной фобии в подростковом контингенте, дифференцированном по степени опасности имеющихся донозологических паттернов употребления психоактивных веществ. 2) Выделены два основных варианта: рецедивирующий без тенденции к прогрессированию (55,56%) и рецедивирующий с тенденцией к прогрессированию (44,44%). Установлено достоверное преобладание первого варианта над вторым ($p<0,01$). 3) Установлена тенденция нарастания частоты рецедивирующего течения СФ с тенденцией к прогрессированию по мере повышения степени рисковости паттерна употребления ПАВ. Установлена сильная корреляционная связь ($rxy=0,903$ при $p<0,01$) между рецидивирующим с тенденцией к прогрессированию вариантом течения СФ и опасным паттерном донозологического употребления ПАВ, что указывает на их тесную взаимосвязь. 4) Клиническую динамику с признаками прогрессирования (усложнение и утяжеление основного и сопутствующих расстройств) можно рассматривать в качестве маркера начала коморбидизации.

Изменение поведения ребенка, как признак боли на примере гипертензионно-гидроцефалического синдрома

Потихенская К.

Научный руководитель - к.мед.н. О.И. Каук

Харьковский национальный медицинский университет

Гипертензионно- гидроцефалический синдром (ГГС)не редкость среди поставленных диагнозов у детей в возрасте до 3х лет. Головная боль, которая сопровождает повышение

внутричерепного давления (ВЧД), является одним из важных диагностических критериев. По изменению поведения ребенка можно судить о наличии боли.

Цель: анализ клинического течения, особенности поведения ребенка с ГГС до назначенного курса лечения и после.

Материалы и методы. На базе ДГП №15 была обследована группа из 18 детей с ГГС в возрасте с 2месяцев до 3х лет: 10 девочек(55,5%) и 8 мальчиков(44,5%). Из них ГГС обусловлен внутриутробной инфекцией -27,7%, внутричерепными кровоизлияниями -16,6%, сложным течением беременности и родов – 38,8%, глубокой недоношенностью -11,1%, врожденной аномалией развития головного мозга -5,5%. Из анамнеза известно, что у 55,5% были нарушения сна, у 61,1 % -нарушения аппетита, 44,4%- беспокойство и постоянный плач, 27,7%- отказ от кормления грудью, 33,3%- гиперактивность.

Результаты исследования. После проведенного лечения ноотропами (1 месяц) у 44,4% детей наблюдалось улучшение сна, повышение аппетита, снижение беспокойства, исчез плач; после 2х-месячного лечения у 77,7% снизились проявления гиперактивности, восстановился сон и нормальный режим дня.

Выводы: Таким образом, поведение ребенка может указывать на болевой синдром, который, если не ликвидировать, может угрожающе сказаться на здоровье ребенка.

Вивчення психоемоційного стану студентів-випускників

Провозін О.С., Кравецька Г.С., Григор'єва А.В.
Науковий керівник - доцент Н.М. Філатова
Харківський національний медичний університет

В період масштабних соціально-економічних змін у нашому суспільстві, які призвели до реформування системи вищої освіти постійне збільшення обсягу і складності навчальних програм, інтенсифікація навчального процесу створюють умови для перевтоми, довготривалої гіподинамії студентів, перебування їх в стані хронічного стресу. У зв'язку з великим інтелектуальним навантаженням, високою фізичною, розумовою, психоемоційною напругою, необхідністю адаптації до нових умов навчання та проживання, формування між особистих відносин поза сім'єю студенти відносяться до групи підвищеного ризику розвитку захворювань. Все назване зумовило наші дослідження.

Метою наших досліджень було вивчення рівня психоемоційної напруги та пов'язаних із нею негативних психоемоційних факторів, рівня захворюваності та встановлення осіб, які потребують психологічної підтримки.

Наші дослідження проводились з використанням методик анкетного опитування: 1) Опитувальник «Ваше самопочуття», який включає в себе батарею тестів: самооцінку здоров'я, шкалу психосоціального стресу Л.Ридера, шкалу задоволення життям в цілому О.С. Копиної, школу задоволення умовами життя О.С.Копиної, школу задоволення головними життєвими потребами О.С.Копиної, опитувальник головних соціально-демографічних показників (стать, вік, рівень освіти, соціальна група, сімейний стан). Ця батарея тестів схвалена експертами ВОЗ. 2) «8-факторний персональний опитувальник Спілберга-Радюка» для оцінки ступеня вираженості стресу.

Репрезентативну вибірку склали студенти випускники ХНМУ медико-профілактичного та педіатричного факультетів. Серед випускників медико-профілактичного факультету були виділені групи, серед яких опитування проведені до і після оголошення урядом скорочення та реорганізації санітарно-епідеміологічної служби, куди вони отримали призначення на роботу. Всього опитування проведено серед 56 студентів.

Проведені дослідження дозволяють зробити наступні висновки: 1. Цікавість (емоційний стан під час тестування) і допитливість (як риса характеру) у більшості студентів усіх кагорт характеризує їх «нормальний стан» і стійкість до стресу. 2. Аналіз психоемоційного стану по 3-х групах емоцій (тривога, агресія, депресія) свідчить про їх значну вираженість у всіх досліджених групах. При цьому емоції тривоги найбільше були виражені у студентів педіатричного факультету (58,32 %). Емоції агресії і депресії також були найбільше виражені

у цій групі (відповідно 41,28 % та 45,41 %). 3. Серед студентів медико-профілактичного факультету, які були представлені двома групами, відповіді студентів показали, що реорганізація СЕС і розподіл на роботу не викликали у них особливої тривожності, але спонукали до емоцій агресивності у 32,3 % і депресії – 38,6 %. 4. Серед причин, що вплинули на психоемоційний стан студентів педіатричного факультету були «соціальна і правова незахищеність» - 45 %, відсутність можливості на «відпочинок, спорт, розваги», стан здоров'я – 18 %. Для студентів медико-профілактичного факультету головними причинами були: «гроші, доходи», «медичне обслуговування» (20% мали незадовільний стан здоров'я), «соціальна і правова незахищеність» (по 35%) і відсутність життєвих перспектив (20%). 5.Основними реакціями тривоги були занепокоєння, нервозність, стурбованість, очікування, що може щось статися зле у студентів усіх груп емоції агресії проявлялися у бажанні «дати комусь стусана». Депресивність проявлялась емоціями смутку, байдужості, песимістичними думками про майбутнє. 6. Аналіз емоцій груп тривоги, агресії, депресії дав можливість встановити осіб, які знаходяться у стресовому стані в результаті фізичної і психоемоційної напруги і які потребують негайної медичної і соціальної допомоги.

Депрессивные и тревожно-фобические расстройства у больных раком молочной железы на разных стадиях заболевания.

Романюк Е.Н.
Научный руководитель - доцент Л.М. Гайчук
Харьковский национальный медицинский университет

Своевременная оценка психического состояния больных РМЖ на сегодняшний день является одной из основных задач психоонкологии, поскольку позволяет предотвратить развитие ряда психопатологических состояний и определить социально-психологические особенности у пациентов с различными стадиями опухолей.

Целью данной работы являлось изучение частоты депрессивных и тревожно-фобических расстройств у больных РМЖ в сравнении с аналогичными показателями в общей популяции.

Материалы и методы. Нами была исследована группа пациентов маммологического отделения ХОКОЦ, состоящая из 37 человек. Все больные – женщины в возрасте 35-65 лет, у которых диагноз злокачественного новообразования подтвержден гистологически. Исследование включало в себя тестирование с помощью психометрических шкал – шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии, больничной шкалы тревоги и депрессии, шкалы Монтгомери - Асберга для оценки депрессии (MADRS).

Результаты. Тестирование прошли больные РМЖ, а также выборка женщин в возрасте 35-65 лет без онкопатологии. Среди больных злокачественными опухолями 6 человек с диагнозом РМЖ на стадии T1N0M0, 9 человек – T2N0Mx, 21 человек – T3N0Mx, 1 человек – T4NxMx. Между больными с разными стадиями злокачественных новообразований отмечаются различия, как в частоте встречаемости психических расстройств, так и в социально-психологических характеристиках.

Вывод. Данные, полученные при исследовании двух выборок, свидетельствуют о повышенном риске заболеваемости депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами у больных РМЖ в сравнении с исследуемыми без онкопатологии.

Состояние вегетативной нервной системы у студентов ХНМУ

Руденко М.И., Кравцова Т.В., Тесленко О.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Деятельность всех органов и систем постоянно находится под влиянием симпатической и парасимпатической вегетативной иннервации. Поражение надсегментарного отдела вегетативной нервной системы (ВНС) сопровождается психическими, вегетативными и соматическими расстройствами.

Целью исследования – определение функционального состояния ВНС с выявлением признаков преобладания одного из ее отделов, скрининговым методом с использованием специальных опросников. Для этого 40-ка студентам ХНМУ в возрасте 20-22 лет было предложено заполнить “Вопросник, для выявления признаков вегетативных изменений”, и “Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений”, заполняемая исследователем. Они позволяют диагностировать наличие синдрома вегетативной дистонии (СВД) не только у больных, но и у лиц, не предъявляющих активных жалоб.

Признаки дисфункции ВНС диагностировано у 95% студентов. Было установлено, что с учетом только субъективных данных, был выявлен СВД у 34 (85%), хотя анализируя и объективные данные, СВД был диагностирован только у 23 (57,5%) студентов. Деятельность ВНС остается вне сферы сознания, однако заметно влияет на эмоциональный фон и общее самочувствие. Поэтому нередко при ее поражении возникают многочисленные неприятные субъективные ощущения, неустойчивость настроения и т.д. Так, наиболее часто у студентов диагностировали признаки вегетативной дисфункции: снижение работоспособности и быстрая утомляемость, склонность к изменению цвета лица и конечностей при внешних воздействиях, нарушения сна, ухудшение самочувствия при смене погоды, приступообразные головные боли.

Снижение работоспособности и быструю утомляемость у себя отметили 32 (80%) студентов. Нарушение сна отмечали у 28 (70%) студентов, чаще с чувством невыспанности, усталости при пробуждении утром. Ухудшение самочувствия при смене погоды отмечали 27 (67,5%) опрошенных. Эмоционально-психические особенности проявлялись в виде: повышенной тревожности, раздражительности, несдержанности, чувством беспокойства, страха, резких смен настроения у 25 (62,5%) студентов.

Чувство онемения или похолодения пальцев кистей, стоп отмечали 30 (75%) студентов. Вазомоторные реакции кожи в виде изменения окраски пальцев кистей и стоп отмечали у себя 18 (45%) студентов. Стойкий дермографизм отмечали у 28 (70%) студентов: красный – у 4 (14,28%), розовый – у 10 (35,71%), бледный – у 14 (50%).

Сердечно-сосудистые реакции с ощущением “сердцебиения, замирания, остановки сердца” отмечали у себя 25 (62,5%) студентов. Лабильность АД отмечено у 4 (10%) и сердечного ритма - у 5 (12,5%) опрошенных. Обморочное состояние и чувство скорой потери сознания отметили у себя 15 (37,5%) студентов, что чаще провоцировалось длительным пребыванием в вертикальном положении.

Плохую переносимость холода, жары, духоты отмечали 25 (62,5%) студентов. Ощущение затруднения дыхания в виде нехватки воздуха, чаще в душном помещении, отмечали у себя 20 (50%) студентов. Гипервентиляционный синдром диагностировано у 13 (32,5%) студентов.

Приступообразные головные боли сжимающего и пульсирующего характера отмечали у себя 26 (65%) студентов. Наличие периодических мигреней - 19 (47,5%) студентов. Повышенную потливость при волнении отметили 18 человек. Локальное повышение потливости было отмечено у 14 (35%) студентов, а генерализованную потливость - у 4 (10%). Функциональные нарушения при отсутствии органической патологии со стороны ЖКТ отметили у себя 17 (42,5%) опрошенных студентов, что совпадало с объективными данными.

Выводы. Совокупность субъективных и объективных симптомов, выявленных при нашем исследовании у студентов свидетельствуют о преобладании функции симпатической нервной системы, т.е. симпатикотонии.

Когнитивные расстройства у больных с дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией

Семенчук Е.В, Семенчук Е.В
Научный руководитель - профессор Е.Л. Товажнянская
Харьковский национальный медицинский университет

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) является наиболее часто встречающимся неврологическим расстройством в общемедицинской практике и популяции в целом, что

определяет большое медико-социальное значение и актуальность данной проблемы. Почти половина всех случаев ДЭП регистрируется у людей трудоспособного возраста, а ее частота увеличивается при старении. Одним из наиболее частых неврологических синдромов при ДЭП являются когнитивные расстройства, которые уже в начальных стадиях заболевания приводят к социальной и трудовой дезадаптации больных.

Целью работы являлось изучение структуры и степени выраженности когнитивных расстройств у больных с ДЭП II степени атеросклеротического генеза.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных с ДЭП II степени в возрасте 48-55 лет, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении Научно-практического медицинского центра ХНМУ. Комплекс обследования включал оценку когнитивных функций с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), Шкалы общего ухудшения (GDR), батареи лобной дисфункции (FAB), Адденбрукской шкалы оценки познавательных способностей (ACE-R), а также нейрофизиологическое обследование.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование выявило признаки когнитивного снижения у всех обследованных пациентов с ДЭП II степени атеросклеротического генеза в виде нарушения памяти и концентрации внимания, трудности сосредоточиться на определенном виде работы и переключения с одного вида роботы на другой, снижение общей работоспособности. Оценка когнитивных функций по шкале MMSE выявила у 57,1% пациентов когнитивное снижение легкой степени, в 25,7% случаев умеренные когнитивные нарушения и у 17,2% больных выраженное когнитивное снижение. По результатам тестирования по шкале общего ухудшения (GDR) деменция легкой степени встречалась у 62,8% пациентов, а деменция умеренной степении в 37,2% случаев. Оценка по шкале FAB определила, что у большинства обследованных пациентов с ДЭП II степени атеросклеротического генеза был Альцгеймеровский тип деменции (у 70,4 % пациентов), а в 29,6 % случаев наблюдалась лобная деменция. Детальное изучении когнитивных функций с использованием шкалы ACE-R выявило, что при атеросклеротической ДЭП II степени наиболее значимо нарушалась функция памяти (на 54,5% в сравнении в возрастной нормой) и беглости речи (на 55,3%), менее выраженно снижалась функция внимания, ориентации (на 12%) и зрительно-пространственные способности (на 11,9%), а языковые функции оставались сохранными.

Нейрофизиологическими коррелятами когнитивных расстройств были диффузные изменения спонтанной биоэлектрической активности головного мозга в виде дезорганизации основных ритмов, сглаженности зональных различий, повышения индекса медленноволновой активности и увеличение латентности пика Р300 при исследовании вызванных потенциалов. Ультразвуковая допплерография выявила снижение скоростных характеристик в артериях экстра- и интрацеребрального уровней. При проведении МРТ головного мозга выявлялись признаки гипотрофии коры в зоне лобных и теменных долей (56,4 %), лакунарные дефекты (36,4 %), признаки лейкоареоза (43,6 %).

Таким образом, когнитивные нарушения при ДЭП II степени атеросклеротического генеза отличаются вариабельностью клиники с преимущественным нарушением функции памяти и беглости речи, по оценочным шкалам соответствуют легкому и умеренному когнитивному снижению с преобладанием Альцгеймеровского типа деменции.

Мигрень как фактор риска церебральной ишемии

Сторожук Н. Ю., Некрасова Н.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью настоящей работы явилось изучение мигрени как фактора риска церебральной ишемии.

Материал и методы исследования Было обследовано 50 больных в возрасте 15 - 44 лет, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА). Контрольная группа состояла из 60 человека без нарушений мозгового кровообращения в анамнезе. Пациентов наблюдали в течение 2 лет. За этот период был выявлен только 1

повторный случай ТИА и 1 - инсульта. В основной группе мигрень (М) в анамнезе отмечалась у 14,9% (у 6 женщин и 2 мужчин), а в контрольной - у 9,1% обследованных. Только у 8 больных М протекала с аурой.

Результаты. М оказалась фактором риска нарушений мозгового кровообращения у женщин, но не у мужчин. При этом у пациенток с М без ауры был повышен риск ТИА, а с аурой - инсульта. Наиболее значимой прогностическая роль М оказалась у женщин старше 35 лет. В этой группе пациенток риск ТИА при наличии М в анамнезе был повышен в 3,7 раза, риск инсульта при М с аурой был повышен в 8,6 раз.

Выводы. Несмотря на существенную роль М в происхождении ТИА и инсульта у молодых женщин, частота их возникновения является очень низкой и не превышает 17 случаев на 100000 человек в год. Поэтому профилактику нарушений мозгового кровообращения у всех женщин моложе 35 лет с М считают нецелесообразной. А вот пациенткам постарше, и имеющих М с аурой рекомендуется клиническое обследование для выявления дополнительных факторов риска инсульта с последующим проведением лечебных и профилактических мероприятий.

Влияние мультфильмов на детскую психику

Сторожук Н.Ю., Кручка А.В.
Научный руководитель - Е.А. Зеленская
Харьковский национацильный медицинский университет

Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что телевидение — это эффективный канал управления человеком. По прогнозам ученых, деструктивные манипуляции личностью средствами массовой информации, наряду с национальными конфликтами, экологическими катастрофами и демографическими бедствиями, могут превратиться в проблему начала третьего тысячелетия. Современные технологии, новейшие приемы манипулирования сознанием наибольшую опасность представляют для детского возраста. Именно дети, по данным С. Кара-Мурзы, А.В. Романова и др., — наиболее незащищенная группа получателей сообщений. Они пассивно поглощают все то, что воздействует на них с голубого экрана. В отличие от взрослых, они не всегда могут защитить себя: игнорировать поступающую информацию, критично к ней отнестись, отказаться от просмотра сомнительных программ и мультфильмов.

В современных мультфильмах можно выделить целый ряд недостатков, которые могут привести к неправильному формированию и развитию психики ребёнка: 1. Переизбыток агрессии и насилия на экране. 2. Полная безнаказанность любых поступков героев. 3. Нет чёткой границы между добром и злом. 4. Наделение женщины мужскими чертами характера и наоборот. 5. Неуважение к женщине, матери, престарелым людям, животным и растениям – чаще норма, а не исключение. 6. Неправильное формирование инстинкта самосохранения, неосознанное подталкивание ребёнка к суициду. 7. Практически все современные мультфильмы - это продукт массовой культуры.

Случаи явных психических расстройств, к счастью, не так уж часты. В основном урон для психики и развития детей не сразу заметен для родителей. Однако экранная продукция влияет на речь и пластику ребенка, под ее воздействием создаются его представления о мире и система ценностей, придумываются последующие игры. Кроме того, формируется почти наркотическая зависимость от экшна, от череды сменяющихся зрелищ, от бездумных развлечений, которые не требуют от зрителя ни интеллектуальных, ни эмоциональных усилий.

Психообразование как неотьемлемая часть оказания психиатрической помощи

Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е., Резуненко О.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет

Психическое здоровье и психическое благополучие являются важнейшими составляющими высокого уровня качества жизни, позволяющие человеку считать свою жизнь полноценной, быть активными и творческими членами общества.

Улучшение психического здоровья, профилактика психических нарушений, лечение, реабилитация лиц с проблемами психического здоровья и уход за ними являются приоритетными задачами для ВОЗ.

Борьба с дискриминацией и стигматизацией потребителей психиатрических услуг является приоритетом, как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. ВОЗ предполагает проведение активной психообразовательной работы с населением в странах Европы, цель которого – дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

Для украинской психиатрической практики психообразовательная работа с психическими больными и их родственниками является совершенно новым видом лечения и реабилитации. Между тем, в зарубежной литературе психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы цель которой – оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией и разработка оптимальных методов ее применения

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках работы кафедры психиатрии как учебно-методического центра Министерства здравоохранения Украины по вопросам психообразования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных шизофренией в комплексной терапии, которых наряду с использованием психофармакотерапии была использована психообразовательная программа.

Результаты и обсуждение: Психообразование (psychoeducation) - поэтапно осуществляемая система психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания. Исходя из этого к основным целям психообразовательной работы мы отнесли:

Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы включавшую в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий (информационный тренинг, тренинг позитивного самовосприятия, тренинг улучшения комплайенса, тренинг формирования коммуникативных умений и навыков, тренинг решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с количеством участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состял из 10 - 12 занятий, продолжительностью 1,5 – 2,0 часа с частотой 1 - 2 раза в неделю.

Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой комплексной терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим.

Как показали результаты исследования комплексный подход в терапии шизофрении включающий в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в свою очередь свидетельсвует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

Комплексный подход к ранней диагностике неврологической патологии у девушек в периоде полового созревания

Тучкина М.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Патологическое течение пубертатного периода, часто приводящее к нарушениям репродуктивного здоровья подрастающего поколения в условиях постоянного отрицательного прироста населения является в современной Украине серьезной медико-социальной проблемой. Важнейшую роль в пусковом механизме пубертатогенеза играет нервная система, особенно при патологическом функционировании ее звеньев, особенно вегетативного.

Цель работы: совершенствование диагностики неврологических расстройств у девочек-подростков с гинекологичскими нарушениями.

Материал и методы исследования. Работа проведена на кафедре нервных болезней ХНМУ в областной клинической больнице. Обследовано 117 девочек с неврологическими и гинекологическими нарушениями в возрасте 10-18 лет (первая группа - пациентки 10 - 14 лет, вторая группа - пациентки 15-18 лет). Анализировались жалобы, данные анамнеза, включая характер МФ, степень физического и полового развития, объективное обследование с оценкой неврологического и гинекологического статуса, результатов электрофизиологических (ЭЭГ, РЭГ, М-эхоЭЭГ) и допплерографических исследований головного мозга, данных эхосонографии, показателей гормонального профиля.

Результаты и их обсуждение. В процессе комплексного исследования установлено, что на фоне неврологических нарушений у обследованных больных наблюдалось патологическое течение периода полового созревания. У половины пациенток диагностирована вегетативная дисфункция (ВД) с астеническим синдромом, у 30,9% больных – ВД с мигренозными пароксизмами, у 16,6% пациенток ВД отмечена на фоне синкопальных пароксизмов Остаточные явления закрытой черепно-мозговой травмы выявлены у 2,4.% обследованных. Неврологическая патология сочеталась с гинекологическими расстройствами. При этом наиболее выраженные патологические состояния (пубертатное маточное кровотечение, тяжелые формы дисменореи) диагностировались у больных с наличием синкопальных пароксизмов, мигрени.

Результаты допплерографических исследований головного мозга показали значительные отклонения исследуемых параметров, характеризовавшие нарушения кровотока в сосудистом русле, которые коррелировали с тяжестью клинических проявлений нарушений менструальной функции и изменений гормонального профиля больных. Сроки и темпы полового созревания у большинства девушек имели определенную зависимость от характера и степени тяжести неврологических расстройств.

Выводы. Комплексный подход к диагностике неврологической патологии у девочек-подростков, находящихся в периоде полового созревания, должен учитывать характер становления пубертата, его фазу с соответствующим гормональным фоном организма, особенности гинекологических нарушений и степень их тяжести для выбора адекватной терапии в дальнейшем.

Применение арт-терапии в качестве психотерапии у больных с депрессивным расстройством

Хмаин С.Х.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность темы обусловлена трудностями понимания истинных причин собственных переживаний больными с депрессивным расстройством, а также предоставление возможности непосредственно углубленно работать с этими причинами как больному, так и психотерапевту.

Целью нашего исследования являлось выяснить роль арт-терапии в лечении больных с депрессивным расстройством.

Задачи обследования следующие: 1 – выяснить диагностическую эффективность АТ используя рисуночный метод; 2 – отметить степень соответствия объективного трактования

содержания рисунка пациента с его субъективными переживаниями; 3 – сопоставление результатов лечения больных, прошедших сеансы по АТ с больными не проходившими эти сеансы; 4 – определить регрессирующие симптомы после сеансов АТ.

В данном исследовании были применены следующие методы: 1 – клинико-диагностический; 2 – рисуночный метод; 3 – шкала депрессии Гамильтона; 4 – шкала тревоги Гамильтона.

В исследовании принимали участие 40 пациентов – мужчин в возрасте 18 - 30 лет.

Результаты исследования следующие: у 90% больных трактование содержания рисунка соответствовало их субъективным переживаниям; у 70% больных снизился уровень тревоги; у 75% больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% больных увеличилась самооценка, у 80% больных отмечалась устойчивая ремиссия; и у 68% - появился позитивный взгляд на будущее.

Таким образом, данное исследование указывает на то, что АТ является мощным помощником при лечении депрессии, помогает больным успешно справляться с депрессией, возвращая в их жизнь ощущение внутреннего контроля и порядка, и облегчая психодиагностическую работу врача, позволяя ему проводить соответствующую психокоррекцию, что улучшает качество лечения и реабилитации больных с депрессивным расстройством.

Клиническая структура депрессивных расстройств у больных эпилепсией в интериктальном периоде и их коррекция

Хомякова А.С.
Научный руководитель - Е.А. Зеленская
Харьковский национацильный медицинский университет

Актуальность темы: Связь эпилепсии и депрессии была замечена ещё Гиппократом. Риск суицида в 4-5 раз выше среди пациентов с эпилепсией по сравнению с общей популяцией. Эта депрессия похожа на эндогенную; она может сопровождаться ажитацией и импульсивным суицидальным поведением. В целом депрессия при эпилепсии может проявляться как монополярное, биполярное или дистимическое расстройство. Выделяют также преиктальную, иктальную, постиктальную и интериктальную депрессии. Депрессия или раздражительность нередко появляется за несколько часов или дней до припадка (продромальные изменения настроения) и часто подвергаются обратному развитию после припадка. Депрессия может проявляться как часть ауры эпилептического припадка. Иктальная депрессия развивается как часть самого припадка, клинически характеризуется внезапным началом, короткой продолжительностью (1-3 мин.), внезапным окончанием и не связана с внешними событиями. Иногда иктальная депрессия может быть пролонгированной и продолжаться в постиктальном периоде. Постиктальная депрессия обычно продолжается от нескольких часов до нескольких дней непосредственно после припадка и чаще наблюдается после серии припадков или эпилептического статуса. Самой частой формой депрессивных расстройств при эпилепсии считается интериктальная депрессия.

Целью нашей работы было исследование клинической структуры депрессивных расстройств у больных эпилепсией в интериктальном периоде и подбор препаратов для коррекции этих состояний. В исследовании приняли участие 32 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Экспериментальная группа составила 22 пациентки с диагнозом эпилепсия, у которых наблюдались интериктальные депрессивные расстройства. Контрольная группа – 10 практически здоровых. Нами была использована шкала Гамильтона для оценки депрессии. В ходе работы было выявлено, что в группе больных эпилепсией, депрессия лёгкой степени наблюдалась у 6 пациенток (27,2%) 14-17 баллов по шкале Гамильтона, средней – у 9 пациенток (40,9%) 18-25 баллов по шкале Гамильтона, тяжёлой – у 7 пациенток (31,9%) более 25 баллов по шкале Гамильтона. При обследовании здоровых по шкале Гамильтона результаты были в пределах 4-8 баллов. Клиническая структура депрессивных расстройств имела следующий вид: сниженный фон настроения (77,4% обследованных), замедление мышления (68,4%), повышенная обидчивость и ранимость (41,5%), чувство тревоги и внутреннего напряжения (64,7%), раздражительность (45,9%), душевный дискомфорт (51,3%), адинамия (28,5%), навязчивые мысли и опасения (26,8%), слабость и быстрая утомляемость (78,6%).

До начала исследования пациентки принимали препараты группы барбитуратов, гидантоины, некоторые больные начинали приём препаратов вальпроевой кислоты и группы ламотриджина. Мы старались всем пациенткам, у которых имелись депрессивные расстройства в интериктальном периоде, проводить коррекцию дозировок препаратов, следили за регулярностью приёмов. А тех пациенток, которые принимали барбитураты и гидантоины, старались перевести на препараты с нормотимическим эффектом (группа ламотриджина, вальпроевой кислоты, карбамазепина). После этого через 3 месяца мы провели повторное обследование по шкале Гамильтона. Были получены следующие результаты: у 9 (40,9%) пациенток депрессивные расстройства полностью редуцировали, 6-15 баллов по шкале Гамильтона; 8 пациенток (36,4%) – лёгкая степень, 14-17 баллов по шкале Гамильтона; 5 пациенток (22,7%) – средняя степень, 18-25 баллов по шкале Гамильтона. Больные продолжают находиться под нашим наблюдением. При каждом визите проводиться рациональная психотерапия.

На наш взгляд, при возникновении депрессивных расстройств у больных эпилепсией целесообразным является переход на препараты, обладающие нормотимическим эффектом. В частности, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин и ламотриджин являются эффективными в отношении эмоциональных расстройств у больных эпилепсией.

Сравнительная характеристика клинической картины рассеянного склероза в до- и послеродовый периоды

Янова Е.О., Резниченко Е.К.
Харьковский национальный медицинский университет

Рассеянный склероз (РС) - хроническое аутоиммунное заболевание, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. Как правило, РС дебютирует в детородном возрасте (18-25 лет). Женщины страдают чаще, чем мужчины. Поэтому проблема планирования беременности при РС является крайне актуальной, как для пациентов, так и для их лечащих врачей. Вопреки существующему мнению среди населения, РС не является противопоказанием к рождению ребенка, существуют даже исследования, показавшие, что беременность замедляет прогрессирование заболевания.

Целью нашего исследования явилось сравнение клинической картины и данных ядерно-магнитно-резонансной томографии (ЯМРТ) головного мозга до беременности и после рождения ребенка. Были обследованы 5 женщин в возрасте от 20 до 25 лет с диагнозом РС, ремиттирующий тип течения. EDSS не превышало 2 баллов. Все пациентки до беременности в разное время находились на лечении в неврологическом отделении Областной клинической больнице города Харькова (ХОКБ). Диагноз РС был подтвержден ЯМРТ исследованиями с контрастным усилением. Беременность протекала без осложнений. Все пациентки родили в срок, состояние новорожденных было оценено по шкале Апгар, как удовлетворительное (8-10) баллов. Все женщины были госпитализированы в стадию обострения, возникшую от 3 до 8 месяцев после родов в ХОКБ. Пациентки предъявляли жалобы на трудности заботы о младенце, необходимости иметь постоянного помощника. Нами был тщательно собран анамнез, исследован неврологический статус, проведены ЯМРТ исследования головного мозга, которые показали, что у четырех женщин наблюдалась активизация демиелинизирующего процесса. Только у одной пациентки число очагов в Т2 режиме соответствовало дородовому уровню. Отмечалось также нарастание неврологического дефицита - усилилась мозжечковая атаксии, наросла глубина парезов конечностей, а у двух женщин расширилась зона атрофии зрительных дисков. EDSS возросло до 2,5 – 3 баллов.

На основании нашего исследования мы сделали следующие выводы, что в послеродовом периоде у пациенток, страдающих РС несомненно ухудшается общее состояние и существенно повышается риск инвалидизации, но при этом не мешает женщине выносить и родить здорового малыша. Решение родить ребенка должно быть принято лишь после рассмотрения всех возможных последствий этого шага.

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

Особенности макулы у больных с лёгкой степенью тяжести первичного гипотиреоза

Бабак Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Повышенный интерес офтальмологов к проблеме возрастной макулодистрофии (ВМД) вызван значительным распространением этой патологии среди населения. В настоящее время в Европе насчитывается 18,5 млн. пациентов с этим заболеванием. В Украине инвалидность по зрению от ВМД за последние десятилетия увеличилась в 3,5-4 раза и составляет 22%. Частота заболевания растёт параллельно с возрастом. Следует отметить, что за последнее время это заболевание «помолодело» и стало диагностироваться не только в пожилом, но и в среднем возрасте. Прогнозируемое старение населения и увеличение продолжительности жизни обусловят еще больший рост частоты ВМД, что делает актуальным поиск причин развития этого заболевания и способы его коррекции и лечения. Как известно, к основным факторам риска возникновения ВМД кроме возраста относят генетическую предрасположенность, артериальную гипертензию, атеросклероз, курение, воздействие ультрафиолетового излучения, неправильное питание и другие факторы. По данным ряда авторов (H.C. Zweng, 1977) в этиологии развития макулодистрофии значимую роль играют заболевания щитовидной железы, а именно – гипотиреоз, который является частым заболеванием на Украине, и встречается у 19 из 1000 женщин, и у 1 из 1000 мужчин, а средний возраст таких больных составляет 45–60 лет. В подавляющем большинстве (95% случаев) гипотиреоз обусловлен поражением непосредственно щитовидной железы, т.е. является первичным. Несмотря на такую распространенность, гипотиреоз часто длительное время не выявляется. Это отчасти обусловлено тем, что заболевание имеет постепенное начало и стертые неспецифические симптомы. В подавляющем большинстве (95% случав) гипотиреоз обусловлен снижением функции щитовидной железы и характеризуется сниженным содержанием тиреоидных гормонов в сыворотке крови. Главным проявлением этого заболевания является недостаточное содержание в организме тиреоидных гормонов, влияющих на многие физиологические функции и метаболические процессы. Дефицит ТГ приводит к нарушению метаболизма белка, накоплению в тканях гликопротеина муцина, гиалуроновой и хондроитинсерной кислот замедлению распада и снижению утилизации липидов низкой плотности, что способствует быстрому развитию и прогрессированию атеросклероза. Указанные метаболические нарушения приводят к дистрофическим изменениям во всех органах и тканях организма в том числе и сетчатой оболочки. Имеются единичные работы, указывающие на участие гипофункции щитовидной железы в развитии макулодистрофии, однако в офтальмологической печати эти исследования единичны и не носят системного характера, этим и обусловлена актуальность темы. Выявление этой взаимосвязи способствует повышению эффективности, ранней диагностики, а также лечения макулодистрофии у больных с первичным гипотиреозом.

Целью нашего исследования является повышение эффективности диагностики и лечения макулодистрофии у больных с первичным гипотиреозом.

Материалы и методы: Нами было проведено скрининговое исследование 113 больных в возрасте от 45 до 67 лет (87 женщин и 26 мужчин), страдающих первичным гипотиреозом на наличие офтальмопатологических изменений в глазном яблоке. Кроме стандартных методов исследования было проведено ОКТ макулы и зрительного нерва, флуоресцентная ангиография сетчатки, статическая периметрия, исследование чувствительности роговицы по методу Радзиховского Б.Л., определение порога электрической чувствительности зрительного нерва, реография, а также МРТ костей и мышц орбиты у больных с первичным гипотиреозом. Лабораторные методы включали исследование гормональних маркеров нарушений функции щитовидной железы, а также общий анализ крови, общий холестерин

крови, АТ к ТПО (антитела к тиреоидной пероксидазе), АТ к ТГ (антитела к тиреоглобулину) и анализ крови на глюкозу.

Все больные находились под наблюдением эндокринолога, получали адекватную гормональную и общую терапию, обследовались в фазе компенсации заболевания. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц, сопоставимых с группой обследованных больных по возрасту и полу.

Результаты и обсуждения: У 73% исследуемых выявлено наличие макулодистрофии разной степени выраженности, сопровождающееся появлением друз в макуле и парамакулярной зоне, атрофией пигментного эпителия, экссудативной и геморрагической отслойкой нейроэпителия, фиброзными изменениями с формированием фиброваскулярной мембраны и рубца, а также наличием относительных центральных скотом, (преимущественно в темпоральных отделах на 10-15 градусов).

Выводы: Патологические изменения органа зрения являются частыми клиническими проявлениями тиреоидной недостаточности и отображают степень её выраженности. Изменения гласного яблока возникают уже при легкой степени первичного гипотиреоза. Гипотиреоз сопровождается развитием макулодистрофии. Частота поражения макулы при гипотиреозе свидетельствует о высокой корреляции между нарушением уровня ТТГ в крови и степенью поражения центральных отделов сетчатки. Своевременное выявление и обследование больных данной категории может способствовать повышению эффективности ранней диагностики, лечения, а также диспансеризации больных первичным гипотиреозом с макулодистрофией.

Современные методы диагностики возрастной макулярной дегенерации

Гулида А.О.

Харьковский национальный медицинский университет

На сегодняшний день возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - наиболее частая причина снижения центрального зрения и инвалидности по зрению в развитых странах

ВМД представляет собой хронический прогрессирующий процесс с преимущественным поражением хориокапиллярного слоя и пигментного эпителия сетчатки с последующим вовлечением фоторецепторов. Процесс может быть двусторонним, с центральной локализацией.

В патогенезе ВМД могут играть роль следующие факторы: первичное старение пигментного эпителия и мембраны Бруха; повреждение продуктами перекисного окисления липидов; первичные генетические дефекты; патологические изменения кровоснабжения глазного яблока.

Согласно классификации, существуют стадии возрастной макулодистрофии: начальная (возрастная макулопатия (ВМП)) и собственно возрастная макулодистрофия – сухая и экссудативная формы**.**

В 10% случаев возникает экссудативная форма ВМД. Она сопровождается отслойкой пигментно-эпителиального слоя (ПЭС),наличием субретинальных неоваскулярных мембран, интраретинальных, субретинальных и субпигментно-эпителиальных фиброзно-глиальных изменений или фибриноподобных отложений.

Неэкссудативная форма ВМД выявляется в 90% случаев. Для данной клинической формы характерно появление очагов друз округлой или овальной формы. У больных с сухой формой ВМД отмечается четкая визуализация хориоидальных сосудов в пределах очага.

В настоящее время отмечается технологический взрыв в диагностике глазных заболеваний. Одними из наиболее информативных объективных методов при выявлении патологии сетчатки признаны следующие. Флюоресцентная ангиография (ФАГ) глазного дна - метод фото - или видеонаблюдения за прохождением флуоресцеина по сосудам переднего отдела глаза, сетчатки и хориоидеи. Молекула флюоресцеина легко проникает через большинство биологических мембран путем диффузии. Функционирующие в норме барьеры для проникновения этого препарата в сетчатку разрушаются при патологических состояниях. Выделены хориоидальная, артериальная, ранняя и поздняя венозные фазы исследования и фаза рециркуляции.

Оптическая когерентная томография - разработана для исследования сетчатой оболочки. Заключается в измерении времени задержки светового луча, отраженного от

исследуемой ткани. Томограф действует на основе метода интерферометрии с низкой когерентностью. Слои сетчатки дифференцируют согласно их светоотражающей способности. Высокой светоотражающей способностью обладает слой нервных волокон и пигментного эпителия, средняя степень светоотражения характерна для плексиформного и ядерного слоя сетчатки, практически прозрачен слой фоторецепторов.

Мультифокальная электроретинография - метод, позволяющий записать пространственное представление локальной электроретинограмма в короткий промежуток времени, используя одновременное множественное предъявление визуальных сигналов. Область источника стимуляции делят на сегменты (от 7 до 241), которые возбуждаются, проецируются на определенный участок сетчатки, вызывая ответное возбуждение, регистрируемое в определенный момент времени. Компьютером воссоздается ответ каждого участка сетчатки. В качестве стимулирующего устройства используется решетка из светоэмитирующих диодов, с короткой бинарной m-последовательностью. Для оценки результатов используются анализ кривых, анализ даннях, двухмерное и трехмерное изображение.

Таким образом, современные ультратонкие объективные методы исследования открывают большие возможности для изучения этиологии и патогенеза ВМД, способствуя появлению новых подходов к ее профилактике и лечению.

Особенности заживления роговичного разреза после непроникающей глубокой склерэктомии у пациентов с глаукомой и диабетической полинейропатией

Заволока О.В., Смикуржевский В.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Риск развития глаукомы устойчиво увеличивается у пациентов с сахарным диабетом, что часто приводит к необходимости операции. Известно, что вегетативные нервные волокна влияют на эпителизацию роговичной раны. Диабетики страдают от раннего нарушения чувствительной и вегетативной иннервации, что может вызвать изменение эпителизации раны после глубокой непроникающей склерэктомии.

Цель. Определить зависимость заживления роговичного разреза после непроникающей глубокой склерэктомии у пациентов с глаукомой и диабетической полинейропатией.

Материалы и методы. В исследование вовлечено 22 пациента с глаукомой и диабетической полинейропатией и 27 пациентов с глаукомой без сахарного диабета, которым была сделана непроникающая глубокая склерэктомия. Офтальмологическое обследование включало исследование зрительных функций, толщины роговицы, рефрактометрию, тонометрию, биомикроскопию, пробу Нона; определялся порог чувствительности роговицы методом Б. Л. Радзиховского, величина слезопродукции методом Ширмера, Джонеса.

Результаты исследований. У пациентов с глаукомой и диабетической полинейропатией время эпителизации и степень воспалительной реакции глаз на непроникающую глубокую склерэктомию были выше чем у пациентов с глаукомой без сахарного диабета ($p=0.007$ и $p=0.01$). Также отмечалось увеличения время зрачковой реакции, снижения порога чувствительности и количества нервных волокон роговицы, а также снижения общей слезопродукции.

Выводы. У пациентов с глаукомой и диабетической полинейропатией поражение нервных волокон ведет к увеличению времени эпителизации роговичной раны после глубокой непроникающей склерэктомии.

Конъюнктивальная иммобилизация аутологичных клеток лимба в лечении стромальных метагерпетических кератитов

Елисеев Р.Н., Омарова Т.Ф.
Научный руководитель - Е.Н. Ильина
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Ежегодно в мире регистрируется около 10 млн больных офтальмогерпесом. Герпетический кератит составляет от 20 до 50% всех воспалительных заболеваний роговицы и в 60% случаев приводит к слепоте (Мальханов В.Б.,1997). У

пациентов с длительностью заболевания более 10 лет при распространении поверхностных форм вглубь с образованием периферических стромальных инфильтратов происходит|походить| длительное повреждение|ушкодження| эпителия роговицы, которое приводит|призводить,наводить| к нарушению метаболизма ее тканей и, как следствие, к гибели камбиальных элементов. Развивается недостаточность камбиальных клеток роговой оболочки (базальных эпителиоцитов лимба) – лимбальная недостаточность . Выбором является аутолимбальная трансплантация с использованием аутологичных клеток лимба из парного здорового глаза. Необходимо усовершенствование данного метода лечения у пациентов с стромальным метагерпетическим кератитом, осложнённым лимбальной недостаточностью.

Цель. Повышение эффективности лечения стромального метагерпетического кератита, осложнённого лимбальной недостаточностью, путём конъюнктивальной иммобилизации аутологичных клеток лимба.

Материалы и методы. Группу исследуемых составили 7 пациентов (7 глаз) в возрасте 20 - 45 лет. В группу контроля вошли 10 пациентов (10 глаз). Длительность заболевания герпетическим кератитом и частота рецидивов у исследуемых составили 10,3±0,4 лет до 9,3±0,4 раз в год соответственно, в группе контроля 10,1±0,5 лет до 8,9±0,2 раз в год. У всех пациентов была диагностирована лимбальная недостаточность. В период ремиссии, через34±1,6 дней после окончания консервативного лечения герпетического кератита, в группе исследуемых была произведена операция конъюнктивальной иммобилизации аутологичных клеток лимба: из здорового глаза произведена биопсия участка лимба с эпителиальными клетками размерами 1 на 2мм, глубиной до 1/3 мм и полученный аутотрансплантат был пересажен на лимб больного глаза. На больном глазу иссекался конъюнктивальный паннус, после чего перпендикулярно лимбу производилась конъюнктивотомия длиной 3мм и последующее её перемещение к лимбу на эту же длину с покрытием (иммобилизацией) аутотрансплантанта, помещённого на лимб. В месте фиксации конъюнктивы к роговице с двух сторон были наложены два узловатых шва 10/0 из нейлона. Пациентам контрольной группы было произведено иссечение конъюнктивального паннуса, и дальнейшее противовирусное консервативное лечение.

Результаты. Все прооперированные пациенты наблюдались в течение 24 месяцев после операции. В послеоперационном периоде достоверно увеличилось количество базальных и поверхностных эпителиоцитов. Была отмечена оптимизация функциональных характеристик роговой оболочки, таких как чувствительность и стабильность слёзной плёнки. После операции количество рецидивов сократилось с 9,3 до 2,4 раз в год. Данные изменения привели к повышению остроты зрения на протяжении 18 месяцев. Острота зрения у исследуемых была равна 0,04, в контроле – движение руки у лица. Через 2 года после хирургического лечения все показатели вновь снизились до исходных и достоверно не отличались от таковых в контроле.

Выводы. Конъюнктивальная иммобилизация аутологичных клеток лимба у пациентов с стромальным метагерпетическим кератитом, осложнённым лимбальной недостаточностью, повышает основные роговичные показатели и является профилактикой рецидивов герпетических кератитов за счёт компенсации лимбальной недостаточности сроком на 2 года.

Применение ингибиторов тирозинкиназы при ВМД. Теоритическое обоснование.

Маляр Л.В.
Научный руководитель - профессор П.А. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

Ингибиторы тирозинкиназы - препараты нового класса. Тирозинкиназы катализируют перенос фосфатного остатка от АТФ на тирозиновый остаток специфических клеточных белков-мишеней. Как таковые, они участвуют во многих клеточных процессах, таких как пролиферация клеток, апоптоза. Ингибиторы тирозинкиназы состоят из мелких молекул, подавляющих клеточные сигналы, задействованные в процессах ангиогенеза. Ангиогенез

происходит в ответ на физиологические стимулы. Процесс ангиогенеза комплексный. Он начинается с пролиферации и миграции эндотелиоцитов, регулируемых главным образом VEGF.

Целью работы явилось теоритическое обоснование применения ингибиторов тирозинкиназы при экссудативной ВМД для блокады неоваскуляризации.

Материал и методы исследования. Обзор литературы. Результаты. 10 % больных ВМД имеют экссудативную форму, характеризующуюся формированием неоваскуляризации. Причина развития патологической неоваскуляризации это прежде всего избыточная выработка VEGF фактора. Поэтому существует необходимость в разработке стратегии борьбы с неоваскуляризацией при ВМД. Пероральное введение ингибитора тирозинкиназы Ваталаниб(1 таблетка в день в течении 3 месяцев), который блокирует фосфорилирование VEGF рецепторов, обеспечивает полное подавление неоваскуляризации сетчатки. Такой подход может предотвратить развитие новообразованных сосудов (Müge P. Kesen). Доклинические исследования на сегодняшний день демонстрируют безопасность, эффективность интравитреальных инъекций ингибиторов тирозинкиназы при ВМД, которые идеально подходят для офтальмологического применения. (К. Манделл , Флорида).

Выводы. Таким образом, существует необходимость в разработке стратегии применения ингибиторов тирозинкиназы при экссудативной ВМД для блокады неоваскуляризации.

Интравитреальное введение триамцинолона у пациентов с диабетической макулопатией

Олейник Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Научные руководители - профессор П.А. Бездетко, к.мед.н. Я.В. Добрица

Поражение области желтого пятна сетчатки при сахарном диабете называется диабетической макулопатией (ДМП). Патогенез диабетической макулопатии, как и диабетической ретинопатии, многофакторный. Несомненно, и прямо, и косвенно он связан с хронической гипергликемией. Пусковым механизмом развития ДМП является поражение капилляров сосудистой оболочки и сетчатой оболочки. Преобладание хориоидального или ретинального уровня поражения микроциркуляторного русла во многом определяет клиническую картину ДМП.

На сегодняшний день не существует единой клинически ориентированной классификации ДМП ни в отечественных, ни в зарубежных источниках. Мы выделяли клинические формы макулопатии у пациентов с сахарным диабетом согласно классификации Kohner (1978 г.): 1) экссудативная; 2) отечная; 3) ишемическая. В наше исследование были включены пациенты с отечной диабетической макулопатией.

Цель исследования – определить эффективность интравитреального введения (ИВВ) кеналога (триамцинолона ацетонида) у пациентов с отечной ДМП.

Материал и методы исследования. Группу исследования составили 10 пациентов с сахарным диабетом II типа в возрасте от 48 до 77 лет (7 женщин и 3 мужчин). Все больные были под наблюдением эндокринолога, получали соответствующую гипогликемизирующую терапию. Методы офтальмологического исследования включали: визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тест Амслера, оптическую когерентную томографию (ОКТ).

Всем больным был выставлен клинический диагноз – диабетическая макулопатия, отечная форма, диффузный макулярный отек. У 6 больных кроме макулопатии имела место непролиферативная диабетичекая ретинопатия; у 4 больных – препролиферативная диабетическая ретинопатия. У всех 10 больных зафиксирована различной степени выраженности частичная осложненная (диабетическая) катаракта.

В качестве метода лечения применялось введение кристаллов кеналога (триамцинолона ацетонида) в дозе 4 мг в полость стекловидного тела (интравитреально). ИВВ кеналога мы предлагали пациентам с отечной ДМП при наличии следующих критериев: толщина сетчатки по данным ОКТ более 350 мкм без витреомакулярной тракции;

отсутствие в анамнезе глаукомы и глазной гипертензии, а также воспалительных внутриглазных заболеваний. Всем пациентам ИВВ кеналога применялось однократно. Кеналог вводился в стекловидное тело через конъюнктиву тонкой иглой в 4 мм от лимба на 6 часах в количестве 4 мг (0,1 мл). Интравитреальная инъекция кеналога проводилась в условиях операционной. Под нашим наблюдением пациенты находились 3 месяца. На протяжении всего периода наблюдения воспалительных реакций зафиксировано не было. Повышение внутриглазного давления после ИВВ кеналога отмечалось у 2 пациентов и было купировано гипотензивной терапией - закапыванием азопта (ингибитор карбоангидразы) в течение 1 месяца.

Выводы: Выявлена эффективность интравитреального введения 4 мг кеналога (триамцинолона ацетонида) в лечении отечной диабетической макулопати выражающаяся в повышениии остроты зрения и уменьшении толщины сетчатой оболочки в макулярной области по данным оптической когерентной томографии на протяжении всего периода наблюдения. Способ позволяет добиться высокой внутриглазной концентрации кортикостероидов, избежав нежелательных системных побочных явлений.

Взаимосвязь изменений средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, их толщины в нижнем квадранте и толщины слоя нервных волокон в секторе 19/17часов с изменениями поля зрения у пациентов, получавших L-аргинин

Панченко Е.Н., Федощенко П.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Глаукома, является одной из наиболее тяжелых форм офтальмопатологии, занимающая одно из лидирующих мест, среди причин слепоты и слабовидения (Нестеров А.П., 2000 г.). Согласно статистике, около 3% всего населения земного шара (70 млн. человек) страдает глаукомой. И по данным ВОЗ каждую минуту, в мире слепнет один человек от глаукомы.

Цель работы: изучение взаимосвязи изменений средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, их толщины в нижнем квадранте и толщины слоя нервных волокон в секторе 19/17 часов с изменениями поля зрения у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получавших и не получавших в лечении L-аргинин.

Материалы и методы: нами был обследован 51 пациент (87 глаз) с первичной открытоугольной компенсированной глаукомой в первой, второй и третьей стадиях, из них мужчин - 21, женщин - 30. Возраст пациентов колебался от 44 до 85 лет. Из них 28 пациентов (47 глаз) получали в лечении L-аргинин, и 23 пациента (40 глаз) не получали в лечении L-аргинин. Обследование включало общепринятые офтальмологические методы исследования, статическую компьютерную периметрию (по программе 30-2) и оптическую когерентную томографию (ОКТ) зрительного нерва (по протоколу RNFL Analysis Report (ILM - NFL) и Glaucoma Analysis w/Disc Topography).

Результаты: установлено, что у пациентов не получавших в лечении L-аргинин, с начальными стадиями первичной открытоугольной глаукомой (MD от 0,00 дБ до -3,0 дБ) имеется средней силы прямая корреляционная связь между средним отклонением и толщиной слоя нервных волокон в секторе 19/17 часов, а при более развитых стадиях заболевания (MD от -3,0 дБ до -10,0 дБ) сила прямой корреляционной зависимости наибольшая между средним отклонением и средней толщиной слоя перипапиллярных нервных волокон (хотя остается не выше средней силы).

У пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получавших в лечении L-аргинин, прямая корреляционная связь средней силы между средним отклонением и изучаемыми параметрами ОКТ отмечена только в глазах с MD от -3,0 дБ до -10,0 дБ, притом наибольшая сила корреляционной зависимости наблюдалась между средним отклонением и средней толщиной слоя перипапиллярных нервных волокон.

Вывод: сила выраженности корреляционных связей между изменениями средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, их толщины в нижнем квадранте и толщины слоя нервных волокон в секторе 19/17 часов с изменениями поля зрения у

пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получавших и не получавших в лечении L-аргинин, зависит от выраженности изменений поля зрения.

Установленные взаимосвязи между средним отклонением и изучаемыми параметрами ОКТ могут стать основой разработки критериев прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы у пациентов, получавших в лечении L-аргинин.

Частота и сроки истончения слоя перипапиллярных нервных волокон у больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва

Самофалова М.Н., Омельченко А.В., Локоткова О.А.
Научный руководитель - профессор Н.В. Панченко
Харьковский национальный медицинский университет

Частота и сроки развития атрофии зрительного нерва как и факторы, способствующие ее формированию, после перенесенного воспалительного процесса требуют своего уточнения в зависимости от формы заболевания.

Целью работы явилось изучение частоты и сроков истончения слоя перипапиллярных нервных волокон у больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 25 больных (34 глаз) с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, возраст которых составил от 16 до 71 года. Из них мужчин – 12 (48%), женщин – 13 (52%). Пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, кроме того всем больным проводилась компьютерная периметрия и оптическая когерентная томография (ОКТ).

Результаты. Истончение слоя перипапиллярных нервных волокон определялось при 12-секторном анализе и достоверном уменьшении их средней толщины.(согласно Mwanza J.C., 2010). После купирования воспалительного процесса в сосудистом тракте и уменьшения отека диска зрительного нерва секторальные истончения слоя перипапиллярных нервных волокон отмечено в 76,5% глаз. Начальная степень истончения слоя перипапиллярных нервных волокон наблюдалась у 44,1% глаз, средняя - у 23,5% глаз, выраженная - у 8,8% случаев. Сроки формирования секторального истончения слоя перипапиллярных нервных волокон колебались от 1 мес. до 5 лет (после перенесенного увета, осложненного невритом зрительного нерва). В 46,2% глаз признаки истончения слоя перипапиллярных нервых волокон наблюдались в сроки до 3 мес., в 15,4% истончение сформировалось в 5-6 мес. после перенесенного воспалительного процесса. В 26,8% случаев истончение слоя перипапиллярных нервных волокон определялось в сроки от 1,5 до 5 лет. В большинстве глаз пациентов с передними увеитами, осложненными невритом зрительного нерва истончение слоя перипапиллярных нервных волокон формировалось в сроки до 3 мес., в большинстве глаз с задними увеитами истончение слоя перипапиллярных нервных волокон формировалось в сроки более 3 мес.

Выводы. У 76,5% глаз больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, после перенесенного воспалительного процесса определяется истончение слоя перипапиллярных нервных волокон. В большинстве случаев (61,6%) после переренесенного увеита, осложненного невритом зрительного нерва, истончение слоя перипапиллярных нервных волокон формируется в первые 6 месяцев.

Клинико-теоретическое обоснование применения ортокератологии в профилактике прогрессирования осевой миопии

Столярова Е.К.
Научный руководитель - профессор П.А. Бездетко
Харьковский национальный медицинский университет

Цель и задачи работы: повышение эффективности профилактики миопии путем применения ортокератологических линз.

Проблема миопии становится все более из-за ее социоэкономических последствий и высокого риска утраты зрения. В настоящее время основными способами коррекции миопии

являются линзы и рефракционная хирургия, но продолжают вестись поиски способа, позволяющего предотвратить миопию или замедлить ее прогрессирование. Миопия является полиэтиологическим заболеванием. В зависимости от предполагаемого механизма использовались разные клинические подходы: лекарства для снижения внутриглазного давления, расслабление аккомодации атропином или пирензепином, очки с монофокальными, бифокальными или мультифокальными линзами, обычные контактные линзы или воздухопроницаемые твердые контактные линзы с обратной геометрией.

Учитывая отсутствие действия обычных контактных линз на удлинение оси, наибольшие надежды озлагаются на ортокератологию. Этот метод предусматривает ночное ношение твердых воздухопроницаемых линз с обратной геометрией, которые инменяют форму роговицы, то обеспечивает ясное зрение в течение дня. Роговица быстро отвечает на применение ортокератологических линз с обратной геометрией значительным уплощением по центру и улучшением остроты зрения после всего лишь 10 минут ношения. При ортокератологическом лечении миопии роговица уплощается по центру, но остается без изменений за зоной в 7-мм. Истинная коррекция рефракции достигается в пределах центральных 20º поля зрения (10º в назальной и 10º в темпоральной областях). Периферическая зона, сохраняющая свою кривизну, способствует более четкой фокусировке света в периферических областях, где ранее определялась гиперметропия.

Исследования показали уменьшение годового увеличения глубины камеры стекловидного тела и замедление прогрессирования миопии у детей, которые носили ортокератологические линзы по сравнению с детьми, использующими очки или мягкие контактные линзы для коррекции зрения.

Миопическая относительная периферическая ошибка рефракции является желаемой для контроля прорессирования миопии. Очевидная относительная периферическая миопизация не отражает увеличение в сферическом компоненте, который ведет к истинной миопизации. Происходит полная коррекция миопии в пределах центральных 20º поля зрения, за которыми коррекция миопии (сферического компонента) начинает уменьшаться до 35º, где не отмечается существенных изменений. Частично увеличение сферического компонента миопии в периферических отделах обусловлено увеличением астигматической рефракции. При увеличении времени ношения линз существенно улучшается острота зрения.

Выводы: ортокератология, по всей видимости, останавливает прогрессирование миопической ошибки рефракции у молодых пациентов. Параретинальная стимуляция фокусировки света в ортокератологии может замедлить рост миопического глаза, в то время как сферическая или асферическая фокусировка от очков или дневных контактных линз связана с прогрессированием ошибок рефракции и увеличением длины оси. Однако невозможность предсказать эффект для каждого пациента из-за существенных различий в изменении длины оси у разных детей.

О прямой зависимости внутриглазного и артериального давления в течении суток

Шилкина Д.И.

Харьковский национальный медицинский университет

В работах [Егоров В.В., Сорокин Е.Л. (2001)] доказано наличие ночной физиологической артериальной гипотензии. Снижение АД ниже критического уровня, при неизменной перфузии глаза может стать пусковым моментом сосудистых заболеваний. Если снижению ВГД офтальмологи придают важное значение, то уровень АД и особенно его суточные ритмы практически не изучены.

Цель: определить зависимость между уровнем артериального давления (АД) и внутриглазного (ВГД) в течении суток.

Материалы и методы: была обследована группа лиц старше 45 лет (средний возраст 67 года) без патологии ВГД и выраженных соматических заболеваний (20 человек, 40 глаз). Пациентам проводилось суточное мониторирование АД на плечевой артерии по методу Короткова. ВГД измеряли тонометром Маклакова 4 р/сутки.

Результаты: средний уровень СисАД в контрольной группе составил 135±23 мм рт.ст., ДиастАД – 80±12 мм рт.ст., СрАД – 103±19 мм рт.ст., ВГД – 20,2±2,5 мм рт.ст. Увеличение СрАД на 10 мм рт.ст. вызывает изменение офтальмотонуса на 1 мм рт.ст. (т.е., в 10 раз меньше, чем СрАД). Соотношения этих величин встречаются в работах С.Я. Сазонова (1965) и Duke–Elder (1948) . Следовательно, есть основание полагать, что зависимость ВГД от среднего АД выражается строго определенным отношением.

Выводы: на основе мониторирования офтальмотонуса становится возможной оценка толерантности ВГД к самым разнообразным, в том числе медикаметозным воздействиям, что позволит осуществлять более раннюю диагностику, а также выявлять индивидуальные механизмы развития заболевания.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Психофизиология и психогигиена труда банковских работников

Буряковский Е.Э.
Научный руководитель - профессор И.В. Завгородний
Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: Аналитический обзор данных литературы по проблеме гигиенической оценки условий труда, функционального состояния организма и показателей здоровья банковских работников.

Социально-экономические и научно-технические преобразования, произошедшие в последние годы, как в нашей стране, так и во всём мире, породили новые виды деятельности и изменили требования ко многим существовавшим профессиям. Значительные изменения претерпела, в частности, финансово-банковская система. Изменился также социальный и экономический статус банковского работника. Труд банковских работников сопровождается рядом неблагоприятных факторов, таких как частые переключения видов деятельности, повышенная ответственность, перенапряжение зрительного анализатора, гиподинамия. Как свидетельствует анализ современного состояние вопроса, одним из наиболее актуальных и перспективных подходов, направленных на предупреждение заболеваемости и укрепление индивидуального и популяционного здоровья банковского служащего, считается гигиеническая донозологическая диагностика. Многочисленные исследования учёных показали, что комплексное воздействие неблагоприятных производственных факторов оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма работающих, что в свою очередь сказывается на снижении уровня профессионального здоровья и надёжности профессиональной деятельности персонала (Судаков К.В. с соавторами, 2001; Бодров В.А.. 2003; Юрьева Е.В., 2004; Баевский Р.М., Берсенева А.П., 2006) профессиональная деятельность банковских служащих осуществляется в своём большинстве в типовых офисных помещениях. Действие основных неблагоприятных факторов связано с работой на компьютерах, неблагоприятными условиями микроклимата, чрезмерной скученностью в рабочих помещениях, отсутствием необходимого набора помещений, нерациональной организацией трудового процесса.

Реализация цели исследования будет проведена посредствам комплексного исследования в банках г. Харькова (100 человек). Обследования банковских работников будут сопоставляться с данными контрольной группы (50 человек идентичных по основным социодемографическим параметрам, но не имевших отношения к банковской работе). Намечено проведение комплексного обследования состояния психофизиологического здоровья банковских работников, гигиенической оценки условий труда и выявление основных неблагоприятных факторов, вызывающих состояние психического перенапряжения и переутомления у банковских работников.

Факторы риска развития депрессивных расстройств органического генеза

Галичева А.С., Марковская В.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

На данном этапе изучения происхождения заболеваний всё больше нозологических единиц относятся к полиэтиологичным, из чего следует, что количество причин, а соответсвенно факторов риска участвующих в их возникновении возрастает, соответственно проблеме факторов риска в последнее время уделяется все больше внимания. Этим была обусловлена актуальность нашей работы, в ходе которой, нами было проведено изучение роли и патогенетической значимости социально-психологических и биологических факторов риска развития органических депрессивных расстройств у женщин, перенесших нейроинфекционную патологию.

Формирование органических депрессивных расстройств развивающихся, вследствие перенесенной нейроинфекционной патологии имеет сложную структуру, базирующуюся на биологическом фоне (перенесенные острые респираторные вирусные инфекции, инфекции заболевания носоглотки, отиты, воспалительные заболевания бронхов и легких, патология беременности и родов, сепсис, оперативные вмешательства). И провоцирующуюся рядом психологических факторов, среди которых доминирующую роль занимают психоэмоциональные перегрузки, что можно объяснить «органическим фоном» - для данной группы пациентов обычные нагрузки являются сверх сильными, так как реактивные возможности головного мозга снижены патологическим процессом.

Также мы должны отметить, что фактором риска развития депрессивных расстройств, развивающихся вследствие перенесенной нейроинфекционной патологии, являются преморбидные особенности личности такие как: мнительность, впечатлительность и ответственность.

Медико-социальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний

Гужва Н.Ю., Чумак Л.И.
Научный руководитель – профессор В.А. Огнев
Харьковський национальний медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре смертности и заболеваемости большинства экономически развитых стран мира. Медико-социальное значение этого класса заболеваний состоит в необходимости частой и длительной госпитализации, снижении или утрате трудоспособности, финансовых затратах как для семьи самого пациента, так и для государства в целом.

Целью исследования являлось определение медико-социальной характеристики пациента с наиболее часто встречающимися заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Задачи исследования. 1. Дать социальную характеристику группе больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые получают лечение в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г. Харькова; 2. Рассчитать индексы массы тела (ИМТ) больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 3. Исследовать показатели липидного обмена.

Методы и материалы. Для решения поставленных цели нами был проведен анализ, изучение 50 историй болезни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ) и больных в постинфаркном состоянии, которые проходили стационарное лечение в кардиологическом отделении КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г. Харькова в 2011году. Использовался метод выкопировки данных. При обработке материала расчитывались средние и относительные величины, их ошибки, коэффициенты достоверности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладной программы STATISTIKA, версия 8.0, 2006 Edition компании Stat Soft , Inc.

В результате проделанной работы установлено, что среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что проходять лечение в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г.Харькова преобладают мужчины - 68±6,6%. Возраст пациентов находиться в пределах 32-68 лет. Около 60% пациентов являются пенсионерами по возрасту или имеют группу инвалидности. Наибольший процент больных (44±7,0%) имеют сочетание гипертонической болезни и ишемической болезни сердца в диагнозе, 28±6,3% - ишемическую болезнь сердца, 16±5,2% - гипертоническую болезнь и 12±4,4% - постинфарктное состояние. Средний возраст начала заболевания составляет 39 лет.

Полученные показатели индексов массы тела показали, что избыточный вес в разной степени встречался у 80±5,7% исследуемых больных, причем избыточная масса тела (ИМТ 24- 30) – у 56±7,0%, ожирение I степени (ИМТ 31- 35) – у 16±5,2%, ожирение II степени (ИМТ 36-40) – у 8±3,8%. Остальные 20% пациентов имели либо нормальный вес (ИМТ 18-23)- у 12±4,6%, либо дефицит массы тела (ИМТ меньше 18) – у 8±3,8%.

Показатели липидного обмена были следующими: уровень общего холестерина был в норме (до 5,2 ммоль/л) у 72±6,3%. Такой же процент пациентов (72±6,3%) имели повышенный уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), которые увеличивают риск развития атеросклероза.

Выводы. Полученные данные подтвердили преобладание мужчин трудоспособного возраста среди пациентов кардиологического отделения в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК». Наибольшую необходимость в госпитализации требуют пациенты с сочетанием гипертонической и ишемической болезни сердца в диагнозе, 80±5,7% больных имеют избыточную массу тела, 72±6,3% - повышенный уровень липопротеидов низкой плотности, что повышает риск развития осложнений, снижает трудоспособность, ухудшает качество жизни.

Вклад первых профессоров Харьковского императорского университета в профилактику болезней и улучшение экологической обстановки в Харькове

Дубинин С.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Первые профессора медицинского факультета Императорского Харьковского университета были страстными поборниками здорового образа жизни, улучшения санитарно-гигиенической обстановки в г. Харькове в начале XIX века. В частности, в 1813 г. на ученом совете факультета были заслушаны мнения заведующего кафедрой анатомии, физиологии и судебно-врачебной науки профессора И.Д. Книгина о профилактике заразных болезней, развившихся в г.Харькове от пленных солдат, участников Отечественной войны 1812 г. Профессор Книгин в этом случае считал приемлемыми два способа: «пресечение» (профилактика) болезней и лечение болезней. Для этих целей И.Д. Книгин предлагал: а) изолировать больных в отдельные помещения; б) запретить общение с другими людьми; в) ухаживающей за больными прислуге запретить посещать другие жилища и знакомых; в) помещение больных содержать в чистоте; е) чаще менять белье. Далее Книгин говорил о помощи госпиталям, а также о необходимости наставлений директорам и учителям училищ, чтобы уберечь учащихся от болезней.

В 1815 г. на ученом совете факультета также был поднят и обсуждался вопрос о причинах, порождающих в Харькове болезни, которые в короткое время «…унесли в могилу многих профессоров». Все члены совета факультета причины эти видели «в неудобном, вредном, болотистом местоположении г. Харькова, в ужасном загрязнении рек и самого города и в абсолютном отсутствии какого бы то ни было благоустройства города (очистных сооружений, отсутствие мостовых и проч.)». Вот как описывает г. Харьков того времени проф. М.А. Попов: «Благодаря неусыпным хлопотам незабвенного В.Н. Каразина, получившего нравственную и материальную поддержку местного и окружного дворянства и вообще всего общества, выбор места университета по счастливой случайности выпал на долю г. Харькова, центра слободско-украинского военного поселения. Ну, а что же представлял собой г. Харьков в начале XVIII столетия? Это маленький с 10 тысячами жителей городок, проезжий торговый пункт, переполненный повсюду грязью, с такими же загрязненными речками и болотами, пропитанный насквозь миазмами, поражавшими разными болезнями, блиставший отсутствием какого бы то ни было благоустройства, с отсутствием мостовых и тротуаров, несносный летом при жаре и ветре, так как всякого рода пыль засыпала глаза, непроходимый во время осени по причине грязи, в которой утопали крупные животные, так что в университете даже установились «грязные каникулы», в виду прекращения сообщения между зданием университета, расположенного на возвышенном месте и жилыми домами и хатами, построенными на низменных частях города и наконец отсутствием хотя мало-мальски порядочных помещений для квартир, - и этому городу, далеко уступавшему в то время по топографии и благоустройству другим городам средней России, суждено было сделаться центром высшего образования, светочем науки …».

Таким образом, первые профессора медицинского факультета были большими тружениками, прошедшими через нелегкие испытания своего времени. Уже с первых дней

они самоотверженно создавали основы научной медицины в г.Харькове. Последнее стало твердым основанием для процветания не только медицинского факультета, но и г. Харькова в целом.

Порівняльна характеристика психофізіологічних особливостей студентів-медиків, які займаються в секціях спортивного вдосконалення та за традиційною системою фізичного виховання

Коробчанський П.О., Єлісєєв Р.М., Вергелес А.І.
Харківський національний медичний університет

Загальновідомо, що фізичне виховання має велике значення в формуванні психічної та фізичної сфер майбутніх лікарів.

Метою наданого фрагменту дослідження стала оптимізація існуючої системи спортивних тренувань студентів-медиків на підставі визначення реакції їх організму на стандартне фізичне навантаження.

Були досліджені студенти ХНМУ, які навчаються спеціальності лікар загальної практики/сімейний лікар, віком 17 – 23 роки, в умовах різних форм фізичного виховання, включаючи силові види спорту, ігрові види спорту, спортивне орієнтування, аеробіку.

Проводилось порівняння двох основних група – експериментальної групи спортивного вдосконалення та контрольної групи з традиційною формою фізичного виховання в медичному вузі. А з ціллю поглибленого аналізу впливу фізичного виховання на функціональний стан студентів-медиків вивчалися динаміка розумової працездатності та функціональний стан серцево-судинної системи до і після стандартного фізичного навантаження.

В результаті проведеного дослідження впливу стандартного фізичного навантаження на студентів-медиків, які займаються на різних відділеннях спортивного вдосконалення, була встановлена своєрідність формування їх фізичної працездатності, що, перед усім, залежить від рівнів фізичної підготовки і характеру тренувальних навантажень. Зроблений висновок, що зворотна реакція організму студентів-медиків на стандартне фізичне навантаження визначається ступенем тренованості їх організму, критеріальними показниками якої є їх гемодинамічні показники.

Гігієнічна оцінка умов перебування недоношених новонароджених в умовах відділення інтенсивної терапії

Семенова Н.В.
Харківський національний медичний університет

Вступ. Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, життєздатними вважаються діти, які народилися з масою тіла від 500 г у терміні від 22 до 37 тижнів вагітності. Використання сучасних технологій виходжування недоношених новонароджених супроводжується наявністю небезпечних для здоров’я супутніх чинників, а саме: шуму, несприятливих мікрокліматичних умов, електромагнітних полів, інтенсивної освітленості, незручної пози. Усе це впливає на подальший психофізичний розвиток дитини та соціальну адаптацію в майбутньому.

Мета роботи: науково обґрунтувати заходи щодо оптимізації гігієнічних умов перебування недоношених новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії.

Завдання роботи: надати гігієнічну оцінку умовам перебування недоношених новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії; за критерієм рівня шуму.

Матеріали і методи досліджень. Для дослідження мети роботи були використані гігієнічні та медико-статистичні методи досліджень. Гігієнічна оцінка умов перебування недоношених новонароджених у відділеннях інтенсивної терапії здійснена на базі установи КУОЗ «Спеціалізований міський клінічний пологовий будинок № 5» міста Харкова. Дослідження та гігієнічна оцінка шумового навантаження проводилися вимірювачем шуму та вібрації тип ВШВ - 003. Відповідно до вимог СН № 3077 – 84 «Санитарные нормы допустимого шума в помещениях жилых и общественных зданий и территории жилой застройки».

Результати досліджень. Провідним небезпечним чинником виробничого середовища в умовах відділень інтенсивної терапії є шум. Фоновий рівень шуму в реанімаційній палаті відділення інтенсивної терапії високий – 68 дБА, та перевищує ГПР (гранично припустимий рівень) на 33 дБА. Джерелами підвищеного рівня шуму у відділенні інтенсивної терапії є медична апаратура, а саме: апарат штучної вентиляції легень, реанімаційна система, аспіратор для очистки трубочок, шприцевий дозатор. Найвищі рівні звукового тиску зареєстровані під час роботи апарата штучної вентиляції легень – 74 дБА, що на 39 дБА вище ніж ГПР. Високі рівні звукового тиску виявлені при включенні реанімаційної системи («тривоги апаратів») – 73 дБА (на 38 дБА вище ніж ГПР); при роботі аспіратора для очистки трубочок – 70 дБА (на 35 дБА вище ніж ГПР); при роботі шприцевого дозатора – 66 дБА (на 31 дБА вище ГПР). Окрім дії підвищених рівнів шуму недоношені новонароджені зазнають впливу інших несприятливих чинників навколишнього середовища у відділеннях інтенсивної терапії (шуму, мікрокліматичних умов, електромагнітних полів, інтенсивної освітленості).

Висновки. Підвищені рівні шуму та звукового тиску в октавних смугах, на думку авторів, можуть обумовити ймовірність відхилень у неврологічному стані недоношених новонароджених, та негативно вплинути на їх подальший нейропсихологічний розвиток.

Оцінка стану здоров'я студентів вищих медичних навчальних закладів

Христенко Н.Є., Резніченко О.Г.
Науковий керівник - професор В.О. Коробчанський
Харківській національний медичний університет

За даними багатьох дослідників студенти вищих медичних навчальних закладів мають такі фактори ризику, як значні інтелектуальні навантаження, різкі зміни звичного способу життя, формування міжособистісних відносин поза родиною, необхідність адаптації до нових умов праці, проживання й харчування та ін., що дозволяє віднести їх до групи значного ризику з розвитку захворювань.

Нами були досліджені студенти медичного факультету Харківського національного медичного університету у кількості 500 осіб. Дослідження показали, що у структурі гострої захворюваності переважали хвороби органів дихання за рахунок гострих респіраторних вірусних інфекцій (83,54%). Меншу частку складали хвороби органів травлення та сечостатевої системи (15,48%), на інші захворювання приходилося 0,98%. У структурі хронічних захворювань найбільш розповсюдженими були хвороби ока та придаткового апарату (30,14%). На другому місці стояли хвороби нервової системи (19,33%). Хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини були представлені переважно сколіозом, плоскостопістю та артропатіями (17,01%). Захворюваність органів травлення була представлена переважно хворобами стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки (15,55%). Хвороби сечостатевої системи були представлені гломерулярними, тубулоінтерстіціальними хворобами та запальними хворобами органів малого тазу у дівчат (5,87%). Хвороби системи кровообігу, алергічні хвороби, а також хвороби шкіри та підшкірної клітковини складали невелику частку в структурі хронічної захворюваності студентів (4,34%).

Незадовільні показники стану здоров’я студентів можна пов’язати в першу чергу з порушенням режиму дня, порушенням якісної та кількісної повноцінності харчування, низькою фізичною активністю, неадекватними санітарно-гігієнічними умовами організації учбового процесу, а також з недбайливим ставленням студентської молоді до свого здоров’я та наявністю шкідливих звичок.

Проблеми самолікування серед студентської молоді

Цвєткова А.О., Чумак Л.І.
Науковий керівник –професор В.А. Огнєв
Харківський національний медичний університет

На сучасному етапі все більше значення в системі охорони здоров'я України набуває самолікування. ВООЗ визначає самолікування як використання ліків споживачем для

лікування порушень та симптомів, що визначені їм самим. Через це завдання системи охорони здоров'я по зменшенню рівня захворюваності та смертності при споживанні лікарських засобів практично залишено поза увагою. Не контролюється, які саме ліки споживають громадяни, який ефект від лікування, чи існує позитивний вплив на стан здоров'я. Літературні дані свідчать, що 70% населення вживають ліки без призначення лікаря. Люди вважають себе практично здоровими, все ж регулярно відчувають симптоми захворювань та самостійно приймають рішення щодо симптоматичного лікування, не звертаючись до лікаря. Тому питання про самолікування є актуальним та потребує уваги.

Метою нашого дослідження стало вивчення проблеми самолікування серед студентів не медичних ВНЗ м. Харкова.

Задачі. 1. Визначити відсоток студентів, що мають хронічні захворювання. 2. Вивчити, яка частина молоді звертається до лікаря з лікувально-діагностичною метою, але купують лікарські засоби без рецепта лікаря. 3. Дослідити рівень успішності самолікування серед молоді. 4. Визначити ціновий проміжок, в якому молодь найчастіше купує лікарські засоби.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 121особа (62 жінки, 59 чоловіків) віком від 19 до 22 років, які навчаються на 2-4 курсах не медичних ВНЗ (Національний технічний університет, Харківська національна академія культури), з них 21% мають хронічні захворювання. Була спеціально розроблена анонімна анкета. Роздано 130 анкет, повернулось 121 (відгук 93,1%). При обробці матеріалу було використано абсолютні, відносні величини, їх похибки, а також коефіцієнт достовірності.

Отримані результати. В результаті дослідження нами виявлено, що 79,0±3,7% студентів мають хронічні захворювання. З лікувально-діагностичною метою до лікаря звертаються 90,9±2,6% студентів, переважна більшість (36,3±4,1%) - 2 рази на рік. Вивчаючи частоту звернень до лікарів визначено, що 14,0±3,2% звертаються до лікаря щомісячно, інші - 1 раз за 2-3 роки. Серед опитаних 95,9±1,8% купують лікарські засоби без рецепта лікаря.

Визначений достатньо високий рівень довіри лікареві серед студентської молоді - 76,0±3,9%, але за рекомендацією лікаря купують лікарські засоби лише 40,1±4,5% опитаних, інші або за рекомендацією друзів та рідних, або обирають ліки самостійно. Анотацію до лікарських засобів завжди читають 77,0±3,8% респондентів, а 23±3,8% читають її іноді. Як результат такого «відповідального самолікування» студенти зазначили, що лише 58,7±4,5% спостерігали покращення самопочуття, 31,0±4,2% - погіршення, а про одужання вказали лише 8,3±2,5%. Найчастіше купують лікарські засоби в діапазоні від 20 до 50грн. (49,6%), 23% опитаних - в діапазоні від 50 до 100грн, 22% опитаних - в діапазоні 1-20грн, а 5,4% купують лікарські засоби, що коштують дорожче 100грн.

Висновки. Таким чином, необхідно зазначити наявність проблеми самолікування, її небезпечність та ризик негативних наслідків для здоров'я студентської молоді.

Методика Меззича в практической оценке качества жизни

Шапаренко А.В.
Научный руководитель - к.мед.н. А.С. Галичева
Харьковский национальный медицинский университет

Известно, что одним из принципов доказательной медицины является ориентация на конечный результат лечения. При этом под конечным результатом понимают выживаемость – для болезней, угрожающих жизни пациента в ближайшей перспективе и качество жизни – для всех остальных заболеваний. С точки зрения доказательной медицины, наиболее адекватным критерием оценки результатов лечения больных должно быть признано качество жизни. В свою очередь, субъективная оценка качества жизни всегда зависит от текущего аффективного состояния пациента, которое взаимосвязано с общим состоянием и так же отражает самочувствие больного.

Качество жизни – это соотношение положения индивидуума в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей самого индивида, его планов, возможностей и степени общей устроенности.

С целью оценить болезнь пациентов не только как физический и психический ущерб, а как комплекс проблем, включающих эмоциональное, социальное и финансовое благополучие данного контингента изучается показатель качества жизни по методике, разработанной в 1999 г., Mezzich I., в которой оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии собственного общего состояния, своего заболевания и изменений, которые происходят в процессе психосоциальных вмешательств, и что не всегда совпадает с мнением врачей и окружающих, и объективной (с точки зрения врача) оценке различных показателей качества жизни данного больного. Методика состоит из 10 шкал, характеризующих различные направленности жизни с градацией от 0 – плохо до 10 – прекрасно. При обследовании пациенту дается следующая инструкция: «Пожалуйста, определите качество Вашей жизни на данный момент, от «плохо» до «прекрасно», путем отметки X на соответствующей из 10 позиций в ряду для каждого из указанных ниже пунктов». После заполнения бланка пациентом, врач объективно оценивает качество жизни пациента и ставит свои отметки (другим цветом или обозначением) на тех же шкалах. Данная методика охватывает три основных компонента качества жизни: А) субъективное благополучие/удовлетворенность – шкалы «физическое благополучие», «психологическое/эмоциональное благополучие», «общее восприятие жизни»; В) выполнение социальных ролей – шкалы « самообслуживание и независимость действий», «межличностная реализация», «трудоспособность»; С) оценка внешних жизненных условий – шкалы «социо-эмоциональная поддержка», «общественная и служебная поддержка» и «духовная реализация».При оценке интегративного показателя качества жизни складываются показатели отдельных шкал, и вычисляется их среднее арифметическое – это и есть интегративный показатель качества жизни. При оценке основных компонентов показателя качества жизни подсчитываются показатели только тех шкал, которые отражают тот или иной компонент.

Кроме того, этот метод позволяет оценить основные компоненты качества жизни как с точки зрения самого больного, так и со стороны профессионалов – врачей психиатров по отношению к больному.Таким образом, эти данные в комплексе с традиционным медицинским заключением позволяют составить целостную и объективную картину состояния больного. А критерий качества жизни, наряду с традиционными методами исследования, может стать информативным критерием в оценке проводимой терапии. С его помощью можно добиться оптимизации лечения.

СТОМАТОЛОГІЯ

Оптимизация исследования оптических характеристик стоматологических материалов, с учетом соблюдения геометрии образцов

Анисимова О.О., Гонтарева И.С.
Научный руководитель - доцент А.А.Копытов
НИУ «Белгородский Государственный Университет»

Увеличение срока службы стоматологических реставраций главная задача современной стоматологии. Совершенствование диагностики лечения позволит продлить срок службы и увеличить качество стоматологических работ.

Цель: определение оптических характеристик реставрационных материалов с учетом геометрии исследуемых образцов.

Задачи: 1.Определение оптимальной геометрии образцов для исследования оптических характеристик. 2.Изготовление модели и получение численных характеристик реставрационных материалов.

Материалы и методы: Для исследований изготовили планшет, размером 15х15 см, толщина 0.5см, с 25-ю отверстиями диаметром 1 см.

Исследование проводилось в 2 этапа:

1 этап: Изучение анизотропии стоматологических реставрационных материалов с использованием чисел Хаунсфилда до понимания необходимости учёта оптических свойств образцов с применением вульгарных устройств.

2 этап: Изучение анизотропии стоматологических реставрационных материалов с использованием чисел Хаунсфилда с пониманием необходимости учёта оптических свойств образцов и путем конструирования и применения оригинального устройства позволяющего соблюдать стандартную геометрию исследуемых образцов.

Выводы: применение разработанной полезной позволяет формировать заданную геометрию образцов, что обуславливает корректные результаты.

Анализ частоты местных осложнений после операции удаления зуба

Бобровская Н.П.
Харьковский национальный медицинский университет

Большинство хирургических вмешательств по поводу стоматологических заболеваний выполняется в условиях стоматологической поликлиники или частного стоматологического кабинета. Наиболее частой операцией (до 96%) является операция удаления зуба.

Целью нашего исследования был проведение ретроспективный анализ местных осложнений после операции удаления зуба по амбулаторным картам 2000 пациентов, обратившихся в хирургический кабинет стоматологической поликлиники в период с 20010 по 2011 годы.

Местные осложнения выявлены в 4,2% случаев от общего числа удаленных зубов. Наиболее часто встречался альвеолит (1,5%), чаще на нижней челюсти в области первого и второго, реже третьего моляров, клыков, премоляров и резцов. Альвеолит развивался на 3-5 сутки после удаления зуба. Пациенты обращались с жалобами на боль в области удаленного зуба, в лунке отсутствовал кровяной сгусток, она была заполнена серой массой со зловонным запахом. Проводилось местное лечение с использованием различных мазей, гелей и физиотерапевтических методов лечения (УВЧ, кварц, лазер).

На втором месте по частоте осложнений был травматический неврит (0,9%). Возникает он при несоблюдении правил обработки краев лунки после удаления зуба, в результате чего острым или надломленным краем лунки травмируется слизистая и возникает раздражение периферических ветвей тройничного нерва, что и вызывает боль. Лечение состояло в устранении острого или надломленного края лунки: скусывание, сглаживание краев с ушиванием слизистой оболочки.

Деформация альвеолярного отростка после удаления зуба (0,65%) занимает третье место по частоте. Диагностируется в более поздние сроки после удаления зуба и возникает в результате оставления острых краев подвижных надломленных краев лунки или оставлении выступающих межкорневых перегородок, а в случаях удаления нескольких рядом стоящих зубов – оставлении межзубных перегородок. Лечение состояло в удалении выступающих костных участков. Четвертое место занимают воспалительные контрактуры нижней челюсти (0,35%). Это осложнение не связано непосредственно с самой операцией удаления зуба, а чаще с травмой мышечных волокон во время анестезии. Лечение состоит в проведении противовоспалительной терапии, физиолечении и постепенной механотерапии. Восстановление нормальной функции мышц составляло длительный период, иногда до месяца. Следующим по частоте осложнением после операции удаления зуба является кровотечение (0,3%). Первичное луночковое кровотечение иногда было длительным, его останавливали полностью с использованием гемостатических средств. Вторичное кровотечение или позднее возникало спустя 1-2 дня, причины были различные (нарушение режима, употребление алкоголя, применение антикоагулянтов и пр.). Остановка кровотечения производилась после ревизии лунки с использованием гемостатических средств. К довольно редким осложнениям относится развитие остеомиелита лунки (0,25%). Осложнение позднее и отличается от альвеолита более длительным течением, отсутствием тенденции к заживлению, появлением грануляций, гнойным отделяемым и через 12-15 дней на рентгенограмме определяются мелкие секвестры. Лечение состояло в удалении секвестров.

Также к редким осложнениям относится перфорация дна гайморовой пазухи (0,25%). Возникала перфорация, как нами отмечено, после удаления первого моляра (3 случая) и второго моляра (2 случая). Трем пациентам перфорация гайморовой пазухи устранена путем наложения швов на лунку, а двое были направлены в стационар, так как из лунки выделялся гной, что свидетельствовало о наличии гнойного процесса.

Таким образом, анализ местных осложнений после операции удаления зуба показал, что наши данные в основном согласуются с данными других авторов. Однако, следует отметить, что некоторые осложнения, такие как травматический периодонтит соседнего зуба, парез лицевого нерва, парестезии в области иннервации нижнего альвеолярного нерва, нами не были выявлены. В дальнейшем планируется изучение оптимальных методов лечения выявленных осложнений после операции удаления зуба, в частности наиболее часто встречающегося альвеолита.

Сравнительное исследование прочности корней зубов после пломбирования каналов методом термопластифицированной и холодной гуттаперчи

Василенко О.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: сравнительная оценка прочности зуба после эндодонтической обработки в зависимости от способа пломбирования корневых каналов методом термопластифицированной и холодной гуттаперчи.

Материалы и методы исследования: для проведения исследования было отобрано 20 премоляров, удаленных по ортодонтическим показаниям. Механическую обработку корневых каналов проводили с использованием инструментов ProTaper методикой Crown Down согласно протоколу применения данной системы. Перед проведением эксперимента проходимость всех исследуемых каналов была проверена ручным К-римером №10 и №15 до апекса. Далее корневые каналы расширяли ручными инструментами ProTaper до F2 (по ISO 025, конусность 8%). В ходе всей инструментальной обработки использовали лубрикант «Эндогель №2», а также проводили ирригацию корневых каналов 3% раствором гипохлорита натрия. После промывания и высушивания приступали к обтурации в контрольной образцы группе №1 (10 корней) стандартным методом центрального штифта (филлер – гуттаперчевые штифты, силер – «Acroseal»), в группе №2 (10 корней) – по технике непрерывной волны (филлер – термопластфицированная гуттаперча, силер – «Epifani») при помощи прибора

Endopilot (SHLUMBUM, Германия). Далее группа №1и №2 были использованы для измерения силы сопротивления образца давлению (кг/Н).

Результаты исследования: по результатам исследования образцы в группе №2, запломбированные термопластифицированной гуттаперчей, обладали меньшим сопротивлением к вертикальной нагрузке (давлению), чем в исследуемой группе №1, что указывает на вероятность возникновения вертикальных переломов корней зубов в виду их меньшего сопротивления давлению.

В клинике возникновение вертикальных переломов может произойти не только при окклюзионной нагрузке, но и из-за неаккуратного использования плагеров в процессе эндодонтического лечения, в частности – при действии высокой температуры, повышенном апикальном давлении. Известно, что при 42–43°С происходит рассогласование биохимических и физиологических процессов, нагревание свыше 49°С приводит к необратимой деструкции белка. Таким образом, одномоментно направленное действие высоких значений температуры и излишнего давления плагера вызывает послабление структур зуба. Применение термопластифицированной гуттаперчи может иметь значительное количество отдаленных осложнений ввиду вертикальных фрактур корня зуба.

Выводы: При сравнительной оценке устойчивости зубов к воздействию давления после эндодонтической обработки и пломбирования корневых каналов методом термопластифицированной и холодной гуттаперчи были установлены статистически достоверные данные: образцы в группе №2, обтурированные термопластифицированной гуттаперчей, обладали меньшим сопротивлением к вертикальному давлению, чем образцы группы №1, запломбированные стандартным методом холодной гуттаперчей. Применение современных методик обтурации, использующих разогретую гуттаперчу, могут иметь осложнения в виде вертикальных фрактур, и как следствие – удаление зуба.

Вплив лецитин-кальцієвої добавки на кислотно-лужний стан ротової рідини у осіб молодого віку з високою інтенсивністю карієсу

Волкова О.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Метою нашого дослідження було вивчення впливу схеми профілактики з добавкою «Лецитин-2», що містить цитрат кальцію і лецитин на кислотно-лужний стан ротової рідини в осіб з множинним карієсом зубів.

Матеріали і методи. Критеріями відбору осіб молодого віку в основну (51 особа) і групу порівняння (46 осіб) послужило наявність у них високого і дуже високого рівня інтенсивності карієсу зубів (РІК від 0,31 до 0,6 і РІК> 0,6). Для індивідуальної гігієни порожнини рота протягом року спостережень застосовували: зубну пасту - Colgate «Потрійне дію з фтором», що містить 1450 ppm NaF 2 рази на день; ополіскувач «Colgate Plax» комплексної дії «Ніжна м'ята», що містить NaF (0,025%) застосовували 2 рази на добу після чищення зубів, курсом 1 місяць двічі на рік. Пацієнти основної групи крім зазначеного з першого дня обстеження отримували добавку «Лецитин-2», виробництва НПА "Одеська біотехнологія" (ТУ У 15.8-13903778-82-2000), у щоденній дозі по 1 таб. 3 рази на день за півгодини до їжі до повного розсмоктування в порожнині рота протягом 1 місяця. Курс профілактики проводили 2 рази на рік. У пацієнтів у перший день обстеження, а потім через 3, 6, 12 місяців збирали нестимульовану слину. Для порівняння показників використовували показники групи порівняння.

Результати дослідження. Як показують результати, через 12 місяців від початку проведення профілактики нестабільність величини pH ротової рідини у пацієнтів основної групи мала тенденцію до достовірного збільшення на 0,11 од. pH - (7,00±0,02) проти вихідного рівня ($p<0,01$), порівняно з групою порівняння, при цьому спостерігалося олуження змішаної слини ($p<0,001$). У той час як у групи порівняння значення pH слини змінювалося в середньому з (6,90±0,03) до (6,88±0,02) од. pH, що відповідало значенню

вихідного рівня в основній групі (6,89±0,04) од. pH і сприяло переважанню процесів демінералізації емалі і виявлялося в більшому прирості карієсу у пацієнтів групи порівняння.

Использование неодимового лазера при лечении доброкачественных новообразований полости рта

Волковицкая Т.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Доброкачественные новообразования образования полости рта в повседневной клинической практике стоматологов встречаются довольно часто: на их долю приходится 15,2 % от всех заболеваний полости рта и 26,6 % от всех новообразований челюстно-лицевой области (Белова Е.Ю., Григорьянц Л.А.). За последние годы накоплен большой материал по применению лазеров в хирургической стоматологии (Бургонский В.Г). Результаты исследований показывают преимущества лазерного лечения: меньшая травматичность, асептичность и абластичность раневой поверхности, более легкое течение послеоперационного периода, образование малозаметного рубца.

Цель: проанализировать результаты хирургического лечения с применением диодного лазера кранум при иссечении доброкачественных новообразований.

Материалы и методы: для достижения поставленой цели нами было проперировано 40 человек. Из них с диагнозом фиброма нижней губы было 25 пациентов, с диагнозом ретенционная киста нижней губы было 10 пациентов и с диагнозом епулид 5 пациентов. Иссечение новообразований проводилось под месной инфильтрационной анестезией неодимовым лазером при мощности 3-3,5 Вт. в импульсном режиме. Швы не накладывались, раневая поверхность покривалась фибринным налетом который служил защитной повязкой. Рекомендовался традиционный уход за полостью рта (чистка зубов утром и вечером). Противовоспалительные и антибактериальные препараты не назначались. Контрольный осмотр проводился на следующий день и через 10 дней после операции.

Результаты и обсуждения: в послеоперационном периоде в 1-е сутки у всех пациентов имели место незначительные боли. Коллатеральный отек мягких тканей отсутствовал. Показатели термометрии в пределах нормы. Раневая поверхность закрыта коагуляционной пленкой. Слизистая оболочка вокруг операционной раны слабо гиперемирована .Целостность слизистой оболочки полости рта полностью восстанавливалась к 15-16 суткам. Все пациенты довольны косметическими и функциональными результатами операции. Рецидивов ни у одного больного оперированных по указанной методике не наблюдалось.

Выводы: Резюмируя сказанное, можно отметить, что применение неодимового лазера при хирургическом лечении новообразований полости рта приводит к благополучному процессу заживления и сокращает реабилитационный период.

Вплив комплексного застосування препаратів магнію на мінералізуючу складову ротової рідини у пацієнтів з високим рівнем інтенсивності карієсу зубів

Гладка О.М.
Харківський національний медичний університет

Відомо, що слина має мінералізуючу функцію по відношенню до емалі, оскільки є пересиченою іонами кальцію та аніонами гідрофосфату рідиною. При несприятливій ситуації в порожнині рота порушуються структурні властивості слини, а, отже, змінюється її мінералізуюча функція.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення особливості впливу препаратів магнію, на стан ротової рідини осіб з високим рівнем інтенсивності карієсу зубів.

В клініко - лабораторному обстеженні приймали участь 45 осіб віком від 20 до 24 років з високим рівнем інтенсивності карієсу зубів (РІК). Всім пацієнтам впродовж одного місяця призначали: аплікації 5 % розчину магнію сульфату впродовж 10 хвилин та дворазове втирання в тверді тканини зубів 1 - 2 крапель мінерального бальзаму на основі Бішофіту

Полтавського – "Эликсир для полости рта" («ЭПР») за допомогою зубної щітки впродовж 3 - 5 хвилин вранці та ввечері після чищення зубів гігієнічною зубною пастою.

В результаті проведення клініко - лабораторних досліджень серед пацієнтів з високим РІК спостерігалося превалювання ІІ та ІІІ типів мікрокристалізації (МКС) – 48 % та 32 % відповідно. Мінеральний показник слини (МПС) знаходився в задовільному стані – 2,7 бали. Після завершення карієспрофілактичних заходів переважав ІІ та І типи МКС – 57 % та 36 % відповідно, рівень МПС збільшився та становив 3,4 бали.

Отримані дані дозволили зробити наступні висновки, що особи з високим РІК мають знижений МПС з превалюванням ІІ типу МКС. Комплексне використання 5 % розчину магнію сульфату та «ЭПР», сприяє прискоренню відновлення структури мінеральної складової ротової рідини, що сприяє зниженню розвитку карієсу зубів.

Местная термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации

Грецких Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на значительные успехи современной науки, усовершенствование методов профилактики, обследования и лечения, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) не утратили своей актуальности и по сей день.

Оптимизация методов обследования и лечения таких больных является основной задачей современной хирургии.

Целью нашего исследования было повышение эффективности комплексного лечения и обследования больных с флегмонами ЧЛО путём применения антигомотоксических средств на до- и послеоперационном этапах.

Материалы и методы. Клинически исследовалось течение и заживление флегмон ЧЛО одной или двух областей в трех группах больных по 30 пациентов, в возрасте от 18 до 50 лет без сопутствующей соматической патологии. Первая группа (контрольная) – с общепринятыми методами лечения. Вторая – группа (основная группа), в которой использовался «Лимфомиозот Н» в комплексе, не содержащем антибиотики. Третья – группа (группа сравнения), в которой использовался «Траумель С» в комплексе, не содержащем антибиотики. Пациентам всех групп проводилось вскрытие флегмоны. В этот же день в исследуемых группах начиналось внутривенное введение предложенных препаратов, первое введение производилось непосредственно перед хирургическим вмешательством, а затем по 1 ампуле 1 раз в сутки, в/в, 5-7 дней. На 1 и 7 сутки лечения проводилась термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации. При этом оценивалась температура раневой поверхности на стороне поражения электронным термометром „Microlife”, модель № МТ 1951, а планиметрию раны проводили с помощью способа, предложенного Л.Н. Поповой (1942 г.).

Результаты исследования. При анализе показателей термометрии поверхности раны: у больных 1 группы гипертермия раны наблюдалась в течение первых 4-5 дней после вскрытия флегмоны. На 7 сутки после оперативного вмешательства температура поверхности раны нормализовалась. У больных 2 и 3 группы гипертермия отмечалась только в течение первых 2 суток после вскрытия гнойного очага, на 3-5 сутки – она нормализовалась. При анализе результатов планиметрического исследования мы установили следующее: уменьшение раневой поверхности у больных 1 группы составило – 1,9±0,3 см²/сутки, во второй – 3,9±0,1 см²/сутки, в третьей – 3,7±0,2 см²/сутки.

Выводы. Таким образом, местная термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации могут использоваться в клинике челюстно-лицевой хирургии для хода качества заживления раны.

Сосудисто-рефлекторные реакции центрального генеза как критерий осложненного течения повреждений лицевого черепа

Григоров С.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

Как известно, нарушения церебральной гемодинамики занимают одно из ведущих мест в формировании общего состояния больного с травматическими повреждениями лицевого скелета.

В большинстве случаев речь идет о динамических первичных либо вторичных нарушениях церебральной гемодинамики и нейрорегуляторных реакций. Поэтому, анализ цереброваскулярных реакций у данной группы больных является методом, способным определять эффективность и тактику комплексного лечения с целью профилактики осложненного течения.

Цель исследования состояла в сравнительном анализе сосудисто-рефлекторных реакций центрального генеза у больных с осложненным и неосложненным течением повреждений лицевого скелета.

Исследование включало 77 пациентов без сопутствующей черепно-мозговой травмы и сочетанной ЧМТ и контрольной – 29 человек с неосложненым течением повреждений лицевого скелета. Всем больным проведено комплексное лечение согласно существующим клиническим протоколам. Все исследования выполнялись на этапах клинического мониторинга – на момент госпитализации (I этап), через 3-5 суток (II этап), и через 8-10 суток (III этап). Оценку функционального состояния сосудов проводили по данным РЭГ по следующим основным показателям: реографический индекс, продолжительность анакротической фазы РЭГ, модуль упругости, дикротический индекс, диастолический индекс, а также тонус вен и венул.

В результате анализа данных РЭГ можно сделать следующие выводы: На I этапе прогностически неблагоприятными паттернами сосудисто-рефлекторных реакций является рост интенсивности и формирования асимметрии кровенаполнения головного мозга за счет уменьшения эластичности мелких сосудов и повышением тонуса артерий и артериол (тонус вен и венул не меняется) при одновременном снижении податливости сосудистой стенки к дилатации. На втором этапе - дальнейшее сохранение асимметрии кровенаполнения сосудистой сети, дальнейшее повышение тонуса артерий и артериол, первичная реакция вен и венул (повышение тонуса) при формировании еще меньшей податливости сосудистой стенки к дилатации. Таким образом, определяющими неблагоприятными гемодинамическими факторами на данном этапе является тонус вен и венул.

В обобщенном виде реографическая характеристика свидетельствует о наличии у больных на фоне осложненного течения повреждений лицевого скелета гемодинамических сосудисто-рефлекторных реакций; выраженность и характер данных реакций свидетельствует об их патогенетическом отличии. Соответственно, и патогенетическая коррекция данных нарушений, в зависимости от этапа клинического мониторинга, должна быть направлена на устранение вазо- и ангиопрессорных проявлений центрального генеза.

Разнообразие клинико-рентгенологических проявлений слюннокаменной болезни (наблюдения из практики)

Григоров С.Н., Рак А.В., Чирик А.И.
Харьковский национальный медицинский университет

В структуре воспалительных заболеваний слюнных желез слюннокаменная болезнь занимает первое место. По данным нашей клиники количество больных с конкрементами составляет 58,6% от общего числа неопухолевых заболеваний слюнных желез.

Клиническая картина калькулезного сиалоаденита характеризуется патогномоничной симптоматикой, поэтому его диагностика при классических симптомах проста. Однако наряду с этим отмечаются случаи с искаженной клиникой. Особое затруднение представляет диагностика калькулезного сиалоаденита в случае локализации камня в протоке железы с абсцессом челюстно-язычного желобка, инородным телом дна полости рта (зуб, который

был внедрен в мягкие ткани при удалении, другие рентгенконтрастные инородные тела). В качестве примера мы приводим данные наблюдения.

Больная М., 61 года, обратилась в клинику хирургической стоматологии ХНМУ с жалобами на боли в подъязычной области слева. Боли носят распирающий характер, усиливающиеся при приеме пищи, движении языка. Объективно: конфигурация лица не нарушена, пальпация подъязычной области болезненная, определяется инородное тело, длиной до 4 см. При рентгенологическом исследовании дна полости рта обнаружено рентгенконтрастное инородное тело, размерами 0,5х4-5 см. Проведено оперативное вмешательство, в результате которого из выводного протока подчелюстной железы удален конкремент, проток расшит, рана дренирована. Конкремент размерами 0,5х4,3 см с булавовидными утолщениями на концах, напоминающими мелкую кость птицы.

Больной К., 44 лет, обратился в клинику хирургической стоматологии ХНМУ с жалобами на боли в подъязычной области справа. Боли носят распирающий характер, усиливающиеся при приеме пищи, движении языка. В анамнезе удаление клыка на нижней челюсти справа вследствие осложнений кариозного процесса. Объективно: конфигурация лица не нарушена, пальпация подъязычной области болезненная, определяется инородное тело. При рентгенологическом исследовании дна полости рта обнаружено рентгенконтрастное инородное тело, размерами 2,0х1,0 см, напоминающее клык нижней челюсти. Проведено оперативное вмешательство, в результате которого из выводного протока подчелюстной железы удален конкремент, проток расшит, рана дренирована. Конкремент размерами 2,0х0,7 см, сужающийся к концам.

Основываясь на данных литературы и собственных клинических наблюдениях можно сделать вывод, что знание разнообразий клинико-рентгенологических проявлений слюннокаменной болезни позволит точно поставить диагноз и выбрать правильную тактику лечения.

Трудности диагностики паразитарных поражений челюстно-лицевой области

Григорова А.А., Рак А.В.
Харьковский национальный медицинский университет

Дирофиляриозное поражение мягких тканей челюстно-лицевой области до недавнего времени было относительно редкой патологией, встречающейся в нашей местности. Но в последние годы количество больных с паразитарной инвазией мягких тканей лица увеличивается (Сенченко О.М., 2010; Тимофеев А.А., 2006).

В связи с тем, что количество таких больных из года в год увеличивается возникает вопрос о систематизации всех клинических случаев, выведения общих, патогномоничных симптомов, с целью ранней диагностики заболевания, определения тактики лечения. С этой задачей мы и провели наше исследование.

За последние 4 года в клинике челюстно-лицевой хирургии было пролечено 5 больных с паразитарными кистами лица. Из них 2 женщины и 3 мужчин, возрастом от 35 до 57 лет, все обратившиеся проживали в сельской местности, один из больных накануне вернулся с работы в Зауралье. Локализация процесса: в подглазничной области – 2, в щечной области – 2, в околоушно-жевательной области – 1. В 4-х клинических случаях заболевание протекало в виде острого воспалительного процесса лимфатических узлов в различных воспалительных стадиях. В одном случае заболевание напоминало клиническую картину доброкачественного образования. Клиническая симптоматика в первых четырех случаях проявлялась подъемом температуры до фебрильных цифр, местными проявлениями воспаления в виде гиперемии и гипертермии мягких тканей коллатерального отека, болями при пальпации однако признаков флюктуации ограниченности очага или диффузной инфильтрации, что свидетельствовало бы о наличии гноя, не отмечалось. В результате чего больным на начальной стадии назначалось консервативное лечение, без оперативного вмешательства. После проведенной терапии воспалительные проявления резко уменьшались, однако в толще мягких тканей оставалось уплотнение без четких границ, во время операции больным устанавливали диагноз – дирофилляриоз. Особое внимание, на наш взгляд, стоит обратить внимание на анамнез

развития заболевания, все больные обращали внимание (при детализации жалоб) на чувство зуда в области пораженного участка, «ползанье мурашек» под кожей, в трех случаях воспалительный очаг мигрировал в пределах 2-3 топографических областей. Дополнительные методы исследования: клинический анализ крови соответствовал острому воспалительному процессу с нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево, увеличением СОЭ, показатели эозинофилов не настораживали в отношении паразитарной инвазии и находились на уровне от 0% до 3%. Наиболее информативным методом исследования оказалось УЗИ мягких тканей, которое в двух случаях позволило установить правильный диагноз в дооперационном периоде (определялось движение гельминта), хотя в 3-х случаях исследование показало наличие полостного образования, без четких границ.

Наши наблюдения подтверждают данные других авторов о течении и распространенности данного заболевания, трудности диагностики. С целью правильной постановки диагноза на наш взгляд необходимо прежде всего нужно обратить внимание на сбор анамнеза, детализацию жалоб, а также, в обязательном порядке, всем больным проводить УЗД мягких тканей.

Изменение уровня про- и противовоспалительных цитокинов зубодесневой жидкости у больных с перфорацией твердых тканей зуба

Доля Э.И.

Харьковский национальный медицинский университет

При возникновении перфорации твердых тканей зуба в тканях периодонта развиваются воспалительно-деструктивные процессы. Развитие воспаления в периодонте связано с поступлением в периодонтальную щель инфекционно-токсических агентов из системы корневого или перфорационного канала. При этом происходит поступление гликопротеинов, обеспечивающих взаимодействие интерлейкинов. Повреждающее действие про- и противовоспалительных цитокинов (IL-1, IL-4, IL-6, ТФР-β_1) приводит к развитию самоподдерживающего воспаления в тканях периодонта.

Использование методов клинической иммунологии позволило определить иммунный статус в области перфорации и в динамике развития заболевания для выявления степени нарушения иммунной системы ротовой полости, а также осуществить контроль за восстановлением иммунной системы ротовой полости и защитных сил организма в процессе комплексного лечения. У пациентов было проведено исследование уровня про- и противовоспалительных (IL-1β, IL-6, IL-4, ТФР-β_1) цитокинов в зубодесневой жидкости в области исследуемого зуба, а также в симметричном участке противоположной стороны на одноименной челюсти в области клинически здорового зуба, в качестве контрольного забора. Анализ содержания уровня исследуемых цитокинов у больных с перфорацией твердых тканей зуба у больных в области перфорации показал, высокий уровень провоспалительных цитокинов до проведения лечения в сравнении с уровнем исследуемых цитокинов в области здорового зуба. У больных с перфорацией твердых тканей зуба наблюдается дисбаланс в системе цитокинов, смещенный в сторону провоспалительных цитокинов, ИЛ-1β и ИЛ-6 над противовоспалительными ИЛ-4 и ТФР-β1. Значения ИЛ-1β до проведения лечения колебался в пределах 258,74 пг/мл до 322,56 пг/мл. ИЛ-6 колебался в пределах 285,59 пг/мл до 412,47 пг/мл. Значение ИЛ-4 колебалось в пределах 97,52 пг/мл до 147,78 пг/мл. Значения ТФР-β1 колебалось в пределах 106,78 пг/мл до 238,44 пг/мл.

Высокое содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1β и ИЛ-6, которые как известно, являются регуляторами воспалительной реакции на всех ее уровнях и повышение их продукции у больных с перфорацией твердых тканей зуба, является ответом на массивное разрушение тканей пародонта, возникающее в результате длительно текущего активного воспаления в пеиодонте. С учетом того, что ТФР-β1 является одним из основных иммуносупрессорных факторов, снижение уровня ТФР-β1 у больных с перфорацией твердых тканей зуба указывает на дефицит локальных факторов иммунной защиты и соответствует критериям вторичного иммунодефицита, что в конечном счете также приводит к тяжелым осложнениям, трудно

поддающихся лечению: развитие активно текущего воспаления, прогрессирующая деструкция тканей пародонта, нарушение процессов регенерации и изменение ее структуры.

Клинический опыт применения отечественных ополаскивателей в комплексном лечении хронического катарального гингивита

Донцова Д.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Согласно эпидемиологических данных, патологией пародонта, которая чаще всего встречается в молодом возрасте, является гингивит с преимуществом хронического катарального гингивита (ХКГ). Поэтому важной задачей в предупреждении возникновения пародонтита является своевременное выявление гингивита и выбор адекватного лечения.

Цель исследования: оценить и сравнить эффективность лечебного применения ополаскивателей полости рта с разными антисептическими компонентами.

Методы исследования: Для сравнительного исследования были отобраны ополаскиватели «Корсодил» от компании «GlaxoSmithKline», его активным действующим веществом является 0,2 % раствор хлоргексидина биглюконат; и отечественный ополаскиватель «Антисептический» серии «Целитель» (активные вещества триклозан и аллантоин).Результаты. В клинике было обследовано 40 человек в возрасте 18-27 лет, у которых был диагностирован хронический катаральный гингивит (ХКГ) легкой и средней степени. Пациенты в случайном порядке были разделены на 2 группы по 20 человек. Лечение в 1 группе местно проводили по общепринятой методике с использованием хлоргексидина (ополаскиватель «Корсодил»), пациентам 2 группы местно назначали отечественный ополаскиватель «Антисептический». Лечение ХКГ в проводили в течение 2-х недель. Выявлено, что после лечения среднее значение гигиенического индекса Грин-Вермильона в 2-х группах было достоверно ниже начального. Через 3 и 6 месяцев эти показатели начали увеличиваться, однако оставались при этом достоверно ниже исходного уровня. При изучении динамики пародонтального индекса РМА выявлено, что через 2 недели лечебного применения среднее значение в 1 группе было почти в 4 раза меньше исходного, а во 2 группе оказался достоверно ниже этого показателя в 1 группе. После первого полоскания среднее значение скорости саливации достоверно увеличивалось и через 3 часа эти показатели оставались достоверно выше начального уровня в двух группах. После лечения скорость саливации оставалась выше, эти показатели сохранялись в течение 3-х месяцев и соответствовали контрольным значениям. Клинические и лабораторные исследования отечественного ополаскивателя «Антисептический» серии «Целитель» показали их высокую эффективность.

Особливості імунітету порожнини рота при лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай

Єлісєєва О.В.
Харківський національний медичний університет

Останнього часу намічається стійка тенденція до росту частоти поєднаного перебігу хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) та червоного плоского лишаю (ЧПЛ), а відомі методи лікування часто надають недостатній терапевтичний ефект.

Метою дослідження стало вивчення показників місцевого імунітету порожнини рота у хворих на хронічний генералізований пародонтит у сукупності із червоним плоским лишаєм.

Матеріали та методи дослідження.

В дослідженні приймали участь 52 хворих, які були розподілені на 3 групи. 1 групу склали (20 осіб) пацієнти з інтактним пародонтом. До групи 2 (16 осіб) увійшли хворі з поєднаним перебігом ХГП та ЧПЛ без пошкодження слизової оболонки порожнини рота (СОПР), а до групи 3 (16 осіб) - хворі з поєднаним перебігом ХГП та ЧПЛ з пошкодженням СОПР. Групи 2 та 3 в свою чергу були поділені на підгрупи 2а та 3а (одержували стандартне лікування) і 2б та 3б (одержували розроблений терапевтичний комплекс). Хворим груп 2а та

3а призначали полоскання порожнини рота ополіскувачем «Perio-AID» 0,12% (Іспанія) 2 рази на добу після процедури чищення зубів пастою «Лакалут актив» (Німеччина). Пацієнтам підгрупи 3а крім того призначали аплікацію облепіховою олією на вогнище пошкодження СОПР один раз на добу. Хворим підгруп 2б та 3б призначали полоскання порожнини рота ополіскувачем «Лізомукоїд» (НПА «Одеська біотехнологія», Україна) 3-5 раз на добу, чищення зубів зубною пастою «Лакалут актив» та призначали таблетки для розсмоктування «Лісобакт» (Боснія і Герцеговина) по 2 таблетки 3-4 рази на день. Хворим підгрупи 3б, крім того, призначали аплікацію лізоцимвміщуючими плівками (НПА «Одеська біотехнологія», Україна). Також, поводилась системна терапія ЧПЛ (після консультації фахівця).

Отримані результати. У пацієнтів усіх груп відзначається гостре зниження рівня лізоциму в ротовій рідині (концентрація лізоциму коливається від 12,51 до 15,94, тоді як рівень лізоциму у здорового контролю 38,77). У пацієнтів, які отримували лікування за розробленою нами схемою, показники рівня лізоциму повернулися до контрольного та залишалися на цьому рівні весь час спостережень (від 34,86 до 36,38). Динаміка контролю β-лізинів на протязі всього часу спостережень показала, що у всіх пацієнтів відзначалось достовірне зниження ($p< 0,05$) кількості даного ферменту слини (від 14,29 до 17,55) у порівнянні с контролем (28,43) до лікування та нормалізація концентрації β-лізинів (27,70) у групах 2б та 3б після проведеного лікування. Найбільш важливим компонентом системи комплементу являється С3-фрагмент. Рівень даного ферменту комплементу знижений у порівнянні с контролем у 1,5-2 рази. Проведене за розробленою нами схемою лікування нормалізує даний показник у всіх хворих 2б (923,3 мг/л) та 3б (1002,5 мг/л) груп через 2 тижня після початку лікування та залишається на рівні контрольних на протязі 3 місяців спостережень (993,5 мг/л та 972,4 мг/л відповідно). Після проведеного лікування в групах 2б та 3б відбулася нормалізація рівня SIgA в ротовій рідині на протязі всього періоду спостереження. У хворих ХГП на тлі ЧПЛ, які отримували лікування за стандартною схемою (2а та 3а), достовірні зміни даного показника відсутні ($p>0,05$).

Висновки. Успішне лікування хворих ХГП на тлі ЧПЛ за розробленою нами схемою супроводжується відновленням показників місцевого неспецифічного імунітету порожнини рота, таких як вміст лізоциму, β-лізинів, С3 фрагменту комплементу, а також нормалізацією рівня SIgA, як безпосередньо після закінчення курсу, так і через 3 місяці після завершення лікування.

Опыт применения препарата «Солкосерил дентальная адгезивная паста» при комплексном лечении пародонтита

Куров А. Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Обязательным этапом лечения пародонтита I и II степени тяжести, является удаление над и поддесневых зубных отложений. Боль, которую пациент ощущает после проведения данных манипуляции, усиливается при разговоре, приеме пищи, это вызывает раздражительность пациента и неблагоприятно сказывается на его социальной активности. Важно оценить интенсивность боли после означенных манипуляций, определить пути и средства ее устранения с целью обеспечить постоперационный комфорт пациентов.

Цель: оценить эффективность применения препарата «Солкосерил дентальная адгезивная паста» при комплексном лечении болезней пародонта.

Солкосерил дентальная адгезивная паста (СДАП) является комбинированным препаратом для местного применения. Активными действующими элементами являются солкосерил и полидоканол. Оба препарата находятся в безводной основе, состоящей из желатина, пектина и карбоксиметилцеллюлозы.

Для оценки эффективности обезболивающего действия СДАП мы использовали цифровую рейтинговую шкалу (Numerical Rating Scale, NRS). NRS предназначена для определения только одного свойства боли – ее интенсивности и состоит из 11 пунктов от 0 («боли нет») до 10 («худшая боль, какую можно представить»).

Две группы наблюдения, 19 человек (27 - 40 лет.) формировались по мере обращаемости пациентов, состоящих на диспансерном учете по поводу генерализованого пародонтита 1-II степени тяжести, хронического течения с целью проведения плановых лечебных мероприятий. В первый цикл визитов пациентам было проведена антисептическая обработка полости рта, снятие над и поддесневых зубных отложений, с обильной ирригацией растворами антисептиков и противовоспалительных средств. Первой группе пациентов из 10 человек сеанс лечения заканчивали наложением защитной повязки. А второй группе 9 человек накладывали СДАП. По окончанию манипуляций, через 5 минут и 1 час, пациенту было предложено оценить свое состояние по NRS – шкале. В I группе получено среднее значение оценки интенсивности боли 6,2 и 3,7, а во II – 2,6 и 2,5 соответственно. Через 9 - 14 месяцев после проведения аналогичных процедур I группе пациентов был аплицирован СДАП, а II наложили повязку с противовоспалительным препаратом. У пациентов первой группы значения по NRS – шкале составили 3,0 и 2,8, а у пациентов второй группы – 5,8 и 4,2 соответственно.

Вывод: наложение СДАП на поверхность по завершении удаления поддесневых зубных отложений существенно снижает выраженность послеоперационного болевого синдрома, что повышает комфортность лечения и благоприятно сказывается на социальной активности пациента.

Нитрат серебра в лечении хронического верхушечного периодонтита

Палий Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Несмотря на длительный срок применения, методика импрегнации корневых каналов постоянных зубов нитратом серебра не утратила актуальность на сегодняшний день. Проведенные лабораторные и клинические исследования 62 больных с хроническими формами верхушечного периодонтита подтвердили эффективность применения усовершенствованной методики обработки корневых каналов 20 % раствором нитрата серебра, восстановленным с помощью локально направленного светового потока светодиодной лампы.

В сравнении с широко применяемым фторидом серебра, нитрат серебра показал более высокие антибактериальные характеристики (диаметры зон задержки роста в отношении микроорганизмов различных групп составляли 19-24 мм и 21-30 мм соответственно). По отношению к Candida albicans нитрат серебра обладает антифунгальным действием (18,2±0 мм), что подтверждает необходимость его применения при лечении инфицированных корневых каналов после медикаментозной обработки классическими антисептиками. Даже в разведении 1:8 20 % раствор нитрата серебра сохраняет антибактериальную активность (15-18 мм).

Морфологическими исследованиями доказано, что ионы нитрата серебра при применении разработанной методики импрегнации облитерируют просвет дентинных канальцев, инфильтрируют их перитубулярный дентин на протяжении всего канала, достигая слоя разветвленных дентинных канальцев.

Ввиду этого, при лечении хронических форм верхушечного периодонтита перед окончательным пломбированием корневых каналов силлером целесообразно «запечатать» просвет дентинных трубочек и латеральных канальцев нитратом серебра и пролонгированно воздействовать на, оставшуюся в них, патогенную микрофлору.

Варианты осложнений после гайморотомии

Побережник А. А.

Харьковский национальный медицинский университет

Последнее время отмечается тенденция роста частоты послеоперационных осложнений, они составляют в среднем от 30 до 50% оперативных вмешательств. В свою очередь диагноз – одонтогенный гайморит (ОГ) составляет 21,3% от общего числа гнойно – воспалительных процессов челюстно – лицевой области. Гайморотомия, при перфорации - гайморотомия с пластическим закрытием соустья – является основным методом лечения О.Г. Для разработки профилактических и лечебных мероприятий и уточнения причин возникших осложнений

необходимо изучить характер и сроки возникших осложнений, для этого наиболее целесообразно является проведение ретроградного мониторинга.

Цель. Изучить сроки, характер и причины возникших послеоперационных осложнений у больных с ОГ по показателям данных ретроградного мониторинга.

Материалы и методы. Была разработана и разослана анкета, которая включала в себя оценку давности заболевания, основные проявления и непосредственные, и отдалённые результаты. Обратная связь была получена от 240 больных, что составило 75% от разосланных анкет. Больные были прооперированы с 2006 года по поводу хронического ОГ. Таким образом оценивались результаты на протяжении 5 лет. В послеоперационном периоде с разными сроками оперативного вмешательства от месяца до 2-3 лет больным была разослана опросная карта. В зависимости от причины вызвавшей гайморит больные были распределены на группы: 1 группа – одонтогенные кисты - 50; 2 группа – нагноение одонтогенной кисты – 60; 3 группа – разные формы периодонтита – 81; 4 группа – инородное тело пазухи – 30; перфорация и свищ пазухи – 29; не выявленная причина – 20.

В первой группе осложнения отмечались очень редко через год – чувство тяжести, реакция на температурные раздражители.

Во второй группе – от года до 2-х лет реакция на температурные раздражители, чувство тяжести, иногда повторное медикаментозное или оперативное лечение.

В третьей группе – начиная от 3 месяцев чувство тяжести, реакция на температурные раздражители, образование свища.

Четвертая группа - от года повторное оперативное лечение.

Пятая группа – через месяц больные жалуются на выделение из носа, чувство тяжести, при перфорации наблюдается повторное открытие.

Шестая группа – осложнение разнообразны начиная от месяц до 3 лет.

Выводы: По данным мониторинга можно сделать вывод о необходимости совершенствования методов лечения и послеоперационного ведения больные, а так же методам профилактики ОГ.

Иммунологические аспекты хронического рецидивирующего стоматита на фоне паразитарной инвазии

Савельева Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Патологические процессы, возникающие в организме человека при паразитарной инвазии (протозоозах и гельминтозах), нередко являются триггерным фактором в развитии различных заболеваний ротовой полости.

Целью нашего исследования явилось изучение иммунного статуса больных с наличием хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне паразитарной инвазии.

Было обследовано 42 пациента с кишечными гельминтозами и лямблиозом, у 18 из которых были диагностированы афтозные поражения слизистой оболочки полости рта. Клинические исследования выявили у этих больных паразитарную инвазию в виде лямблиоза, аскаридоза, энтеробиоза и микст-инвазию, а иммунологические исследования подтвердили дисбаланс в иммунной системе в большей или меньшей степени выраженности. Его наиболее характерными чертами являются лимфопения, обеспеченная недостаточностью популяции общих Т-лимфоцитов (CD3+), субпопуляций Т-хелперов (CD4+), Т-лимфоцитов с цитотоксическими свойствами (CD8+), их сниженная ФГА-индуцированная пролиферативная способность. Фагоцитарное звено иммунитета больных также отличается снижением функциональных характеристик лейкоцитов: ослабленной поглотительной активностью клеток и сниженной способностью к продукции активных форм кислорода, о чем свидетельствовали показатели спонтанного и индуцированного НСТ-теста. В гуморальном звене подавляющего большинства больных, независимо от выявленного патогена и стадии заболевания, обращает на себя внимание недостаточная концентрация IgA в сыворотке крови и повышение уровня IgE. При изучении цитокинового статуса больных с

паразитарной инвазией было установлено повышение уровней провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6) на фоне достоверного уменьшения концентрации противовоспалительных факторов сыворотки крови (ИЛ-10). Такой цитокиновый дисбаланс, безусловно, способствует поддержанию перманентной воспалительной реакции организма. Помимо этого, о текущем воспалении свидетельствует и выраженный рост количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), а также нарушение синтеза компонентов комплемента.

Таким образом, среди факторов, обуславливающих возможность возникновения и определяющих течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита, ассоциированного с паразитозами, важнейшим, на наш взгляд, является состояние иммунной системы организма.

Опыт применения остеопластических материалов при удалении фолликулярных кист и ретенированных зубов верхней челюсти

Семченко В.М.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Хирургическое лечение фолликулярных кист и ретенированных зубов верхней челюсти является достаточно хорошо изученной проблемой, широко освещённой в доступной нам литературе. Однако после удаления патологического очага возникает необходимость замещения дефекта кости, образовавшегося в процессе оперативного вмешательства. Проведенный нами обзор литературы показал недостаточную изученность вопросов, связанных с замещением подобных дефектов различными остеопластическими материалами. Частота возникновения данных заболеваний на протяжении ряда лет остаётся достаточно высокой, что обуславливает практически обоснованный интерес к улучшению качества лечения подобных больных.

Цель. Продемонстрировать возможности современных методов хирургического лечения больных с фолликулярными кистами и ретенированными зубами верхней челюсти с заполнением образовавшихся костных дефектов остеопластическими материалами.

Задачи. Выявить особенности течения послеоперационного периода и дальнейшей реабилитации у пациентов, прооперированных по поводу ретенированных зубов и фолликулярных кист верхней челюсти с применением остеопластических материалов.

Материалы и методы. Нами наблюдались 32 больных с ретенированными зубами и фолликулярными кистами верхней челюсти, которые проходили лечение в клинике челюстно-лицевой хирургии на базе стоматологического отделения ХОКБ в 2011 году. Ниже приводим описания наблюдений, которые мы считаем наиболее иллюстративными.

Больная С., 72 лет, обратилась в стоматологическое отделение ОКБ с жалобами на боль, дискомфорт, чувство тяжести в области верхней челюсти справа. Данные проявления имели место в течение длительного периода времени. Обследована клинически, лабораторно, рентгенологически, в т.ч. при помощи метода трёхмерной компьютерной томографии. Поставлен диагноз: «Фолликулярная киста правой верхнечелюстной кости, проросшая в гайморову пазуху». Проведена цистэктомия с удалением 17, 18, дефект устранен с помощью заполнения его остеопластическим материалом, пластическим закрытием дефекта местными тканями, с последующей медикаментозной терапией, физиотерапевтическим лечением. Для проведения остеореконструкции использован материал «Остеопласт-Т» который изолирован мембраной «Остеопласт».

Больная К., 24 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боли, дискомфорт в области твёрдого нёба. После проведения обследования поставлен диагноз: «Фолликулярная киста верхней челюсти во фронтальном отделе, сверхкомплектный зуб верхней челюсти». Проведена операция цистэктомия с удалением сверхкомплектного зуба, замещением костного дефекта», медикаментозная терапия, физиотерапевтическое лечение. Для устранения дефекта использован двухкомпонентный материал «Easy-Graft».

Больной Х., 41 года, проходил лечение по поводу наличия ретенированных клыков верхней челюсти. Проведено удаление 53; удаление ретенированных, дистопированных 13, 23; устранение дефекта, пластическое закрытие дефекта местными тканями»; проведена

медикаментозная терапия и физиотерапевтическое лечение. Для проведения остеореконструкции использован материал «Коллост».

Результаты. Данные нашего исследования свидетельствуют о возможности замещения дефектов кости, образовавшихся в результате удаления ретенированных зубов и фолликулярных кист верхней челюсти различными пластическими материалами с защитой их изолирующей мембраной. Наблюдения в отдаленном, до 1, 5 лет периоде свидетельствуют об отсутствии аллергических и воспалительных осложнений и об активных репаративных процессах в кости.

Морфологические особенности тканей корневого дентина при эндодонтическом использовании лазерного излучения

Спиридонова К.Ю., Василенко О.Н.
Научный руководитель - профессор Р.С. Назарян
Харьковский национальный медицинский университет

Ведущим этиологическим фактором развития хронического периодонтита являются микроорганизмы, персистирующие в системе корневого канала и их токсины. Поэтому одним из важных условий эффективного эндодонтического лечения является качественная антисептическая обработка корневого канала. Известно, что глубина проникновения антисептических растворов в дентин не превышает 100 мкм, тогда как патогенные микроорганизмы способны проникать в канальцы корневого дентина на глубину от 300 мкм до 700 мкм, а токсины микроорганизмов способны диффундировать за достаточно короткий срок из корневого канала на поверхность цемента зуба. Поэтому на сегодняшний день одной из актуальных проблем стоматологии является поиск и внедрение в практику эффективных методик антисептической обработки корневых каналов, в частности применение лазерных технологий.

Цель исследования – изучение последствий воздействия высокоинтенсивного излучения диодного лазера на ткани корневого дентина.

Материалы и методы. Для исследования были взяты удалённые зубы различной групповой принадлежности. Зубы случайным методом были поделены на 2 группы. В первой группе зубы подвергались механической, медикаментозной, лазерной обработке. Зубы второй группы подвергались только механической и медикаментозной обработке. После проведенных мероприятий проводилась микроскопия полученных образцов.

В результате сравнительного анализа изучаемых образцов установлено, что в первой группе после проведения лазерной обработки наблюдаются различные по глубине и площади воздействия изменения: полное исчезновение колоний микроорганизмов, очищение поверхности стенок корневого канала, отделение пораженных слоев, незначительное оплавление дентина. Особый интерес вызывает тот факт, что степень оплавления дентина зависела от интенсивности излучения, в результате чего наблюдались образцы как с зиянием дентинных канальцев в просвет канала, так и образцы с запечатанными их просветами вследствие оплавления. Местами оплавленная ткань имела сходство с покрытыми глазурью поверхностями, связанными между собой каплями, местами – гладкую поверхность.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о перспективности разработки оптимальных режимов работы диодного лазера при различных видах эндодонтического вмешательства.

Стоматологический статус у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Стариков В.В.
Научный руководитель - профессор Р.С. Назарян
Харьковский национальный медицинский университет

Одним из самых распространенных ортопедических заболеваний является сколиоз. При этом заболевании отмечается искривление или отклонение линии позвоночника от оси туловища с ротацией позвонков. При этом увеличивается нагрузка, приходящаяся на мышцы

шеи и грудного отдела позвоночника, что приводит к нарушению правильного соотношения челюстей и формированию дистального прикуса.

Цель исследования – изучение особенности развития зубочелюстной системы у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 17 детей в возрасте от 7 до 12 лет с диагнозом сколиотическая болезнь.

В работе приводится один из типичных клинических случаев. Со слов родителей Елизавета П. длительное время проводила за компьютером и телевизором. В возрасте 6 лет пошла в школу, появились недомогание, быстрая усталость, периодические боли в позвоночнике. При профилактическом осмотре у врача-ортопеда было выявлено искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Ребенок находится на диспансерном учете по поводу сколиотической болезни. Впервые заболевание диагностировано год назад. Ребенок часто болеет трахеитами. Данные спондилограммы: В грудопоясничном отделе в прямой проекции в положении «стоя» определяется отклонение оси позвоночника с углом наклона тел позвонков 10^0. Вершина дуги L_3. Ротация в пределах 5^0. Угол кифоза в боковой проекции не увеличен.

План стоматологического обследования включал в себя: клиническое обследование, биометрию контрольно-диагностических моделей (КДМ), рентгенологическое обследование.

Результаты обследования Данные фотометрического исследования профиля лица по классификации А.М. Шварца – мезофронтальное лицо со скошенным кзади профилем. Осмотр собственно полости рта: период прикуса – ранний сменный; соотношение по молярам – II класс по Энглю; сагиттальная щель – 8 мм; глубокое резцовое перекрытие на всю высоту коронок нижних резцов; гигиена полости рта удовлетворительная; прикрепление уздечек верхней и нижней губы, языка в норме; смещение средней линии за счет латерального смещения центральных резцов на нижней челюсти.

Зубная формула

6 V IV III 2 1 1 2 V IV III 6

6 V IV III 0 1 1 2 V IV III 6

Данные измерений контрольно-диагностических моделей в трансверзальной плоскости: ширина верхнего и нижнего зубного ряда уменьшена в области премоляров и моляров. Данные ортопантомограммы: рентгенологическая картина соответствует возрасту ребенка; определяются зачатки всех постоянных зубов, кроме третьих постоянных моляров, что для возраста семи лет является нормой; первые постоянные моляры прорезались на всю высоту коронки, верхушки находятся на стадии закрытия верхушки корня зуба; корни молочных зубов находятся на различных стадиях резорбции корней; не обнаружено рентгенологической картины вплетения уздечки верхней губы в срединный небный шов, что определяется по гомогенной структуре костной ткани челюстной кости в области между корнями 1.1 и 2.1 зубами; не обнаружено патологических процессов в челюстных костях (кисты, одонтомы и т.п.). Данные телерентгенограммы в боковой проекции: уменьшение длины нижней челюстей относительно передней черепной ямки; заднее положение нижней челюсти относительно основания черепа; наличие сагиттальной щели; острый межрезцовый угол; уменьшение нижнечелюстного угла; уменьшение угла наклона передних зубов верхней челюсти к плоскости ее основания.

Выводы Для больных с нарушениями в опорно-двигательном аппарате характерна высокая концентрация аномалий в передних отделах челюстей: дистальный прикус, сагиттальная щель и глубокое резцовое перекрытие. Это позволяет стоматологу-ортодонту заподозрить наличие у больного сколиоза и вовремя направить его на консультацию к детскому ортопеду по поводу основного заболевания.

Изменение биохимических показателей ротовой жидкости при множественном кариесе зубов у детей

Страшко О.И., Карнаух Е.В
Харьковский национальный медицинский университет

Кариес зубов в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний в детском возрасте. К сожалению, очень мало работ посвящено изучению химического состава слюны при множественном кариесе у детей.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей химического состава смешанной слюны при множественном кариесе зубов.

Был обследован 21 ребенок возрастом 2-7 лет. При проведении биохимических анализов было сформировано 2 группы пациентов: «ДПК»(дети с множественным кариесом) – 11 детей и «ДОК»(дети без кариеса) – 10 детей.

Установлено, что в группе «ДПК» 45,5% детей не получали полноценного, сбалансированного питания, в группе же «ДОК» дефицит был обнаружен лишь в 10% случаев. Среди детей группы «ДП» 72,3% имеют pH ротовой жидкости ниже 7(в среднем 6,55). Проведенные нами биохимические исследования показали – в группе «ДПК» были повышены уровни паратгормона на 27,8%, общего Са слюны на 6,1% и понижены уровни кальцитонина на 32%, щелочной фосфатазы на 24,1%, цинка на 25,8%, лизоцима на 67,6% и фукозы на 52,4%. Имеется высокая степень корреляции показателей лизоцима и фукозы(r=+859) и этих показателей с содержанием цинка(с лизоцимом r=+0,717, с фукозой r=+0,74). Содержание кальция отрицательно коррелирует с уровнями цинка(r=-0,661). У детей, которые реже употребляют сладости отмечается тенденция к повышению уровней меди(на 5,9%), цинка(на 6%), лизоцима(на 15,6%), фукозы(на 11,8%). Отмечено увеличение содержания кальция(на 1,7%) и паратгормона(на 9,9%) у детей, находившихся на исскуственном кормлении.

Ранняя диагностика склонности к развитию кариеса может быть проведена с помощью определения содержания в слюне паратгормона и кальцитонина, лизоцима и фукоз. Высокие корреляционные зависимости между содержанием цинка, лизоцима и фукоз в ротовой жидкости свидетельствуют о необходимости применения препаратов цинка в профилактике кариеса.

Эффективность лечения пришеечного кариеса зубов с использованием жидкотекучих композитов

Стеблянко А.А., Гурьева А.Ю., Волосатов Н.А., Лагута А.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Одной из распространенных форм деструктивного поражения твердых тканей зубов является пришеечный кариес (ПК). Причинами его возникновения служат недостаточный гигиенический уход пациента за полостью рта, особенно во время ношения несъемных ортодонтических конструкций, сниженный уровень резистентности зубов на фоне сопутствующей общей патологии, ятрогенные действия и другие факторы. Поэтому проблема эффективного эстетического устранения этих поражений продолжает оставаться актуальной в клинике терапевтической стоматологии.

Целью работы явилось сравнительное клиническое изучение эффективности применения отечественного жидкотекучего композита Latelux flow (ПП «Латус», Украина) и жидкотекучего композита Filtek™ Ultimate (3M ESPE, США) при лечении пришеечного кариеса.

Нами проведено пломбирование пришеечных кариозных полостей (ПКП) материалом Latelux flow в 25 зубах у 15 пациентов в возрасте 14 - 23 лет (основная группа). Группу сравнения составили 18 пациентов такого же возраста, которым выполнили пломбирование ПКП в 27 зубах жидкотекучим композитным материалом Filtek™ Ultimate. Методики применения материалов соответствовали рекомендациям фирмы – производителя. Диагностику ПК проводили согласно общепринятым методам. Диагноз поверхностный кариес поставлен в 35 случаях, средний кариес - в 17 случаях. Используя кариес-детектор, оценивали качество препарирования ПКП.

Для определения клинических характеристик пломб из жидкотекучих композитов Filtek™ Ultimate и Latelux flow использовали ряд параметров, предварительно сведенных в оценочную шкалу, за основу которой взята шкала Ryge: состояние краевой адаптации, краевое окрашивание, соответствие цвету, наличие вторичного кариеса, явления дискомфорта. Каждый параметр оценивали по 3-4 уровням. Если все параметры оценены по первому уровню, то пломба считалась «превосходной» (Romeo). Если один или два теста соответствовали второму уровню, пломбу оценивали на «удовлетворительно» (Sierra). Если часть параметров соответствовала второму уровню, а остальные - третьему, то общая оценка была «неудовлетворительно» (Tango) - пломба нуждается в замене.

Клинические наблюдения при контрольных осмотрах через 6 и 12 месяцев показали хорошие эстетические качества материалов. Так через 6 месяцев оценке «Romeo» соответствовало 78% пломб, оценке «Sierra» - 14%, «Tango» - 8% пломб из Latelux Flow. При анализе пломб из жидкотекучего композита Filtek™ Ultimate оценке «Romeo» соответствовало 87%, оценке «Sierra» - 10%, «Tango» - 3% пломб. Спустя 12 месяцев оценке «Romeo» соответствовало 72%, оценке «Sierra» - 19 %, «Tango» - 9% пломб из Latelux flow; пломбы из жидкотекучего композита Filtek™ Ultimate соответствовали оценке «Romeo» в 82% случаев, «Sierra» - в 15%, «Tango» в 3% случаев.

Таким образом, результаты исследования показали, что отечественный пломбировочный материал Latelux flow при пломбировании ПКП по изученным параметрам незначительно уступает жидкотекучему Filtek™ Ultimate. Учитывая ценовую доступность, а также достаточно высокие клинические характеристики отечественного пломбировочного материала Latelux flow, его можно рекомендовать как препарат выбора для пломбирования ПКП.

Опыт лечения острого одонтогенного сепсиса в сочетании с ДВС-синдромом

Ткаченко О.В., Власенко Е.А.
Харьковский национальный медицинский университет

Сепсис - одна из наиболее сложных и недостаточно изученных клинических проблем. Поскольку сепсис является полиэтиологическим заболеванием и его возбудителем может явиться любой микроорганизм, то несвоевременно санированная полость рта в сочетании с рядом других факторов (таких как состояние иммунобиологических сил организма, состояние кровообращения в очаге, вид и вирулентность микрофлоры и др.) может явиться причиной развития одонтогенного сепсиса. Именно поэтому мы считаем актуальным поделиться опытом лечения острого одонтогенного сепсиса в сочетании с ДВС-синдромом.

Цель написания данной статьи – привести клинический случай больной с одонтогенным сепсисом и на данном примере продемонстрировать, насколько высоким может быть риск генерализации одонтогенной инфекции.

В данной статье мы приводим опыт лечения больной П., 20 лет, поступившей в стоматологическое отделение ХОКБ в ургентном порядке с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, затрудненное открывание рта, повышение температуры тела до 38º, боли в правой височной области, в области шеи сзади, общую слабость, кашель, затрудненный подъем головы в лежачем положении, привкус гноя во рту, онемение нижней губы справа. Из анамнеза – за неделю до поступления появились боли в области разрушенного зуба на нижней челюсти справа, спустя несколько дней появилась и начала нарастать указанная симптоматика.

При поступлении у больной отмечался ярко выраженный болевой синдром. Пальпация мягких тканей в области проекции угла нижней челюсти справа, подчелюстной области, передне-боковой поверхности шеи по ходу m.sternocleidomastoideus, задней поверхности шеи резко болезненна; отмечался незначительный отек данных областей. В правой скуловой области в области наружного края орбиты определяется инфильтрат, болезненный при пальпации. Кожа над ним синюшного цвета с несколькими точечными местами кровоизлияний. Открывание рта ограничено до 1,5 см. В полости рта: в области разрушенного 47 зуба - обильное гнойное отделяемое. Был установлен диагноз: Одонтогенная флегмона правых подчелюстного, крыло-челюстного, окологлоточного,

пространств. Обострение хронического периодонтита 47 зуба. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти. Произведена операция «Вскрытие флегмоны указанных областей. Удаление 47 зуба». Состояние больной в послеоперационном периоде оставалось тяжелым. Отмечалась выраженная кровоточивость, нарастал отек и гематома век правого глаза, значительное понижение показателей АД (80\50 мм рт ст). В течение 3 дней у больной развилась двусторонняя пневмония. В анализе крови нарастающая анемия (Hb - до 70 г\л), нарастающая тромбоцитопения с 127 до 70 ^{x} 10*$_{9}$ \л, лейкоцитоз, нейтрофилез. У больной развилось дисфункциональное маточное кровотечение. В крови показатель прокальцитонина – одного из используемых на сегодняшний день маркеров септических состояний - составил 3,55нг\мл. После проведения лечебного консилиума больной был установлен диагноз: «Сепсис. ДВС-синдром. Двусторонняя пневмония». Больная была переведена в отделение гнойно-септической хирургии, где ей проводилась интенсивная инфузионная терапия, мощная антибактериальная терапия (меронем, зивокс).

Благодаря проводимой интенсивной терапии спустя 10 дней у больной была отмечена положительная динамика. Через месяц с момента поступления в клинику больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, поделившись нашими клиническими наблюдениями и опытом, мы продемонстрировали, как несанированная полость рта привела к развитию сепсиса. Поэтому несомненно важной является высокая сознательность пациентов в своевременном обращении к врачам за медицинской помощью, а врачи, в свою очередь, должны иметь обоснованно высокую настороженность в отношении возможности генерализации одонтогенной инфекции и развития сепсиса.

Динаміка зміни індексу рма при лікуванні хворих на генералізований пародонтит при використанні глюкозаміну сульфату

Черепинська Ю.А., Бурцев Б.Г.
Харківський національний медичний університет

Метою роботи було дослідження динаміки зміни індексу РМА за Пармом при лікуванні хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу II ступеня тяжкості при використанні глюкозаміну сульфату.

Першу групу склали 17 хворих на генералізований пародонтит (ГП) хронічного перебігу II ступеня, яким разом з базисним лікуванням проводили видалення зубних відкладень в 2 етапи (за рекомендаціями Г.Ф. Белоклицької та співавт., 2008). Першим етапом було механічне та ультразвукове п’єзоелектричне видалення над- та під’ясенних зубних відкладень. Через 7 днів проводили обробку пародонтальних кишень Вектор-терапією 2 етап) в одне відвідування. При цьому використовували апарат Vector™ (Вектор) («Durr Dental», м. Бітігхайм-Біссінген, Німеччина).

Лікування хворих другої групи здійснювали так як і 1 групи. Додатково після проведення 1 етапу хворим місцево призначали гель з гранул кверцетину (вранці протягом 14-ти діб) та суспензію глюкозаміну сульфату (ввечері – протягом 1-го місяця) за допомогою пародонтальних кап з експозицією 30-40 хвилин 1 раз на добу. Додатково хворим призначали 2 г «Гранул кверецетину» 3 рази на добу всередину протягом 1 місяця та пів пакеbту (залишок при приготуванні суспензії для місцевого використання) препарату ДОНА (750 мг) протягом 1 місяця (1 раз на добу).

Після завершення лікування хворих при ГП хронічного перебігу II ступеня тяжкості через 6 тижнів у групах дослідження відбувається значне зменшення кровотечі з ясен, усунення набряку й нормалізація кольору ясен, що підтверджується достовірним зниженням індексу РМА у порівнянні з показниками до лікування. В найближчі результати спостереження через 6 тижнів після початку лікування індекс РМА при проведенні хворим Вектор-терапії знижувався з 63,18 ± 2,72% до 15,76 ± 1,22% ($P < 0,001$), а при Вектор-терапії на поєднанні з медикаментозним лікуванням з 63,32 ± 2,38% до 10,89 ± 0,79% ($P < 0,001$).

Через 6 місяців після лікування спостерігалося зростання індексу РМА до 19,94 ± 1,24% (1 група) та 12,05 ± 0,72% (2 група). При цьому була вірогідна різниця при порівнянні показників індексу РМА між групами дослідження (P < 0,001).

Таким чином, динаміка середніх показників індексу РМА мала позитивний характер у хворих двох груп, яким застосовували Вектор-терапію. При цьому включення в комплексне лік5ування хворих кверцетину та глюкоза міну для місцевої та загальної медикаментозної терапії посилювало позитивний вплив та вірогідно різнилося з групою хворих, яким використовували тільки Вектор-терапію.

Огляд сучасних медикаментозних методів впливу на організм хворого з переломом нижньої щелепи

Чирик О.І., Свідло О.А.
Харківський національний медичний університет

Питання лікування переломів нижньої щелепи й досі є актуальним, не зважаючи на велику кількість наукових досліджень з цієї тематики. Останні десятиріччя характеризувалися активним впровадженням нових медикаментозних препаратів та методів фізіотерапевтичного лікування.

На сьогоднішній день, на відміну від питання щодо фіксації кісткових відламків, не існує єдиного погляду стосовно терапевтичного лікування хворих з цією патологією. Для профілактики запальних ускладнень переломів нижньої щелепи запропоновані різні фармакологічні препарати. Серед них провідну роль відіграють антибіотики, застосування яких в значній мірі запобігає виникненню гнійних ускладнень. При гіперергічній реакції організму на травму і наступний розвиток запалення призначають нестероїдні протизапальні, антигістамінні та аналгетичні засоби.

Останнім часом все більший вплив в лікуванні переломів нижньої щелепи придають імуномоделюючим препаратам, які нормалізують імунну відповідь організму (Т.Г.Робустова, 1990; В.Ю.Дробышев, 1996; В.Е.Новоселов, 2000) та антиоксидантним засобам (С.Н.Федотов, 1996; А.И.Яременко, 2007).

Ефективно включення до комплексної терапії вітамінів и мікроелементів, що сприяє швидкій ліквідації запалення та пришвидшує регенераторні процеси (В.А.Сукачев, 1997; Б.Ц.Нимаев, 2000; Г.А.Хацкевич, 2000). Щоб запобігти порушення мікроциркуляції у вогнищі ураження запропоновано використання гепарину (А.В.Лепилин, 1988).

Крім того, запропоновані препарати для комплексного лікування переломів нижньої щелепи: на основі люцерни – «Ераконд» (А.А.Изосимов, 2007), на основі поліфенолів винограду – «Еноант» (В.О.Маланчук та співавт., 2004), на основі селену – «Неоселен» (И.С.Пинелис, 2009).

Для місцевого застосування запропоновано використання поверхнево-активних речовин, наносорбентів (В.О.Маланчук, 2011).

Звісно, зазначені методи не вичерпують перелік застосовуваних методів, що використовуються задля лікування та профілактики гнійно-запальних ускладнень при переломах нижньої щелепи.

Все більший інтерес представляють методи лікування без призначення лікарських засобів. Дія природних компонентів, що несуть в собі різноманітні медикаментозні ефекти, на відміну від препаратів хімічного синтезу, впливає м'яко на всі ланки гомеостазу організму. Крім того, відсутність алергічного впливу як такого, забезпечує сприятливий перебіг травматичної хвороби.

І не зважаючи на все різноманіття методів лікування і профілактики гнійно-запальних ускладнень переломів нижньої щелепи, саме своєчасна чітка анатомічна репозиція та жорстка іммобілізація кісткових фрагментів забезпечує бажаний результат кісткових травм.

Отличительные особенности, способы доклинической диагностики гайморитов

Яковенко Д.М.
Научный руководитель - доцент А.А.Копытов
НИУ «Белгородский Государственный Университет»

Цель: повышение эффективности доклинической диагностики гайморитов для прогнозирования лечебных и реабилитационных мероприятий.

Задачи: Сформулировать анатомо-математическую модель превентивной методики диагностики гайморитов; Содействовать клинической апробации методики;

Принять участие в разработке методических рекомендаций.

Материалы и методы исследования: Компьютерная томография пациентов (n=200), прибывших на лечение по поводу различной патологии жевательного аппарата; Компьютерная томография фрагментов костной ткани; Исследование фрагментов костной ткани на растровом ионно-электронном микроскопе Quanta 200 3D; исследование образцов костной ткани методом BJH и методом ртутной порозиметрии.

Полученные результаты**:** в настоящее время обследовано 200 пациентов, обратившихся с жалобами на патологию жевательного аппарата. Изучив полученные данные, разработана и внедрена в практику МЦСИ при БелГУ клинико-топографическая методика описания соотношения дна гайморовой пазухи и корней зубов верхней челюсти представляющая воплощение современной концепции системы анализа данных и поддержки принятия решений, построенная с использованием современных информационных технологий, обеспечивающих стандартизацию получаемых данных, открывающих возможности для последующего математического моделирования.

Вывод. Доклиническая диагностика гайморитов (синуситов), в основе которой лежат программы сотрудничества отоларингологов и стоматологов, позволяет разрабатывать комплекс мероприятий, повышающих эффективность профилактики, лечения, реабилитации.

Comparative characteristics in structural specificities of microcrystallization of oral fluid in foreign students from different courses

El Masri Rawad, El Masri Houssein, Yussuf Mashavu, Al Shaaban Mariam
Supervisors: Garmash O.V., Emelyanova N.U., Iskorostenskaya O.V.
Kharkov National Medical University

On the of Oral fluid mineralizing potential can be characterized by the type of crystal formations in a drop of saliva studied on a glass slide. This is possible due to the existing link between the structural and mineralizing properties of saliva. It is known, that the mineralized function of saliva is changed under formation of cariogenic situation in the oral cavity. This leads to destabilization of the crystalline structure of the oral fluid. It is known that the oral fluid in the population of the Africa and Middle East has higher mineralizing properties, that explains the lower incidence of dental caries.

The aim of our study was to investigate the structural features of the microcrystallization (MC) of oral fluid of the foreign students for several years living in the Ukraine.

Materials and methods. Oral fluid microcrystallization has been studied for two groups of students. The students of the 2nd year (reference group -11 patients) and 3rd year (the primary group-19 patients) of the dental faculty at the medical university have been involved in the study. The method of modification by P.A. Leus (1977) was used to investigate the oral fluid microcrystallization. Oral fluid was picked up by a sterile pipette directly from the mouth and deposited on a glass slide in three drops. After drying under room temperature the samples of the oral fluid were examined under a microscope with an magnification of at most than x100 (the entire drop within eyeshot). Type of microcrystallization of oral fluid was defined in accordance with the classification of Dubrovina (1988).

Evaluation was performed on a scale ranging from 5 points. This corresponds to the type I crystallization (a clear picture of large elongated prismatic crystals structures extending from the center of the drop, and fused with each other with pteridophytes form, which are all over the field). For the type II of MC subtype A, that is 4 points on the scale, a pattern is similar to type I of MC of oral fluid, however, the dendritic crystalline-prizmatic structures are smaller in size and greater amount of organic substance is present. For II-type of MC subtype B (3 points) presence of clear-cut (well-shaped) long crystals is more common. For the MC II-type subtype C (3 points) one can observe in the center of the drop separated star-shaped crystals with the presence of long crystals at the borders of the drop. Type III of MC is characterized by the presence of separated branch-shaped

crystals of all over the field (subtype A, 2 points), or on the whole area of the drop one can see a large number of isometrically arranged crystalline structures of various shapes (subtype B, 1 point), or, complete absence of crystals (subtype C, 0 points) is possible.

Results. The analysis of oral fluid microcrystallization has demonstrated clear differences between the groups. The primary group of the students the most frequently observed type was III A of MC (47,4 ± 1,58%) for 9 students. Type III B of MC (26,3 ± 1,17%) was observed in 5 students. .At the same time for the reference group of students the types II A and II B were reported most often. Average microcrystallization factor or rate of on the main group was 2,3 ± 0,35 points. This is in contrast to the referenece group where the index was 3,3 ± 0,55, that explains the more pronounced structural and microcrystalline properties of the oral fluid. It should be noticed, that the type III C was not observed in any of the groups.

Conclusions. The data obtained demonstrate a deterioration in the structural properties of microcrystallization in oral fluid among foreign students during long-term residence in a different climatic and geographical area (Ukraine). This result should be accounted for therapeutic and preventive recommendations and measures for such patients.

СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ

Либерализация аборта

Али-заде Конул
Научный руководитель – В.В. Дейнека
Харьковский национальный медицинский университет

Проблема аборта — извечная проблема человечества, имеющая множество аспектов. Рассматривая эту проблему в контексте конфликта прав и интересов, можно выделить три активных стороны: 1) беременная женщина; 2) отец ребенка; 3) общество как источник формальных и неформальных санкций. Можно выделить два основных направления — либеральное и консервативное.

Для сторонников либерального подхода, аборт — личный выбор, связанный с женским телом, личным здоровьем и будущим женщины. Легальность абортов положительно сказывается на жизни родителей, поскольку женщинам не приходится вступать в конфликт с обществом, совершая подпольный аборт.

Противники права женщин на аборт (консерваторы) требуют запрета абортов или предоставления мужьям права распоряжаться беременностью их жён. Либералы отмечают, что такая мера несправедлива — поскольку именно на женщину лежатся риски, связанные с беременностью и родами, в первую очередь затрагивающие её здоровье и жизнь. Кроме самой женщины, никто не должен распоряжаться её телом, её судьбой и жизнью. Кроме того, именно мать с большей вероятностью будет выполнять основную работу по уходу за ребёнком и его воспитанию (по затратам времени отцовский вклад в заботу о ребёнке составляет 1,9-8,5 % материнского).

Запрет абортов не может привести ни к снижению числа абортов, ни к повышению рождаемости. По статистике 10-12 % женщин удаётся отговорить от аборта, но в большинстве случаев «отговаривающие» беседы приводят только к затягиванию времени, в результате чего женщина все же делает аборт на более поздних сроках, что связано с угрозой для её здоровья.

Криминализация абортов приводит к росту женского бесплодия и материнской смертности.

Чингисхан – личность в истории

Глазунов А.В.
Научный руководитель - А.В.Чернуха
Харьковский национальный медицинский университет

Чингисхана привыкли представлять себе жестоким и коварным, грозным деспотом, совершающим свой кровавый путь по горам трупов избитых им мирных жителей, по развалинам цветущих когда-то городов. И действительно, разные источники сообщают нам о кровавых деяниях монгольского завоевателя, о массовых избиениях врагов, о том, как он в ранней юности убил своего сводного брата Бектера.

Читающему обо всем этом и знающему в то же время совсем другие стороны характера Чингиса, может показаться, что душевная жизнь монгольского завоевателя была сложной, что это была странная двойственная натура, совмещавшая в себе кровожадного тирана и былинного богатыря, варварского разрушителя и гениального созидателя, строителя. Внимательное, научное изучение источников приводит к убеждению, что Чингис ни в то время, когда был еще Темучином, ни после, когда стал Чингисханом Монгольским, никогда не отличался ни кровожадной жестокостью, ни страстью к безудержному разрушению. Как бы ни были гениальны его способности, Чингис был сыном своего времени, сыном своего народа, поэтому его и надо рассматривать действующим в обстановке своего века и своей среды, а не переносить в другие века и другие места земного шара. Тогда легко будет убедиться, что Чингисхан, даже во время своих больших войн и походов, никогда не

обнаруживал какой-то особой жестокости и кровожадности, которая бы превосходила то, что совершалось предводителями войск других народов той эпохи.

Чингисхан, как и другие великие завоеватели всех племен и народов, мог спокойно уничтожить свой или неприятельский отряд, мог, если считал это выгодным и полезным для своих целей, даже перебить население какого-нибудь города, но зато он никогда не прибегал к бесполезным зверствам, никогда не проявлял варварской жестокости по отношению к пленным врагам, чтобы утолить жажду мести. А между тем его же современники, даже представители гораздо более культурных народов, не только предавали на своих глазах, как, например, Джелаль-ад-дин, мучительной смерти взятых ими в плен врагов, но и находили восторженных восхвалителей своих варварских поступков.

И в личной жизни Чингиса нельзя указать случая, который бы обнаруживал особую жестокость. Все источники, наоборот, приводят нам гораздо больше свидетельств великодушия Чингиса, и в особенности его выдержки. Даже убийство брата Бектера и другие убийства и казни, совершенные по приказанию Чингисхана, принимая в соображение нравы и воззрения той эпохи, нельзя рассматривать как подтверждающие кровавую жестокость характера Чингиса.

Чингисхан был и остался первобытным кочевником-шаманистом со смутным представлением о нравственной ответственности перед Вечным Небом и духами-покровителями, с гораздо более развитыми инстинктами практического захватчика для себя и своего рода. Прибегая на войне к хитрости, а подчас и к вероломству, Чингис в личной жизни не проявлял этих качеств и ценил в людях их прямоту. Но зато Чингисхан, несомненно, отличался подозрительной жадностью, ревниво оберегая свое достояние.

Грозный завоеватель, совершивший большое количество походов, руководивший столькими битвами и осадами, Чингисхан, по-видимому, не отличался особой личной храбростью, полководец побеждал в нем воина; во всяком случае, он очень далек был от романтического героизма, не обладал также Чингис и темпераментом искателя приключений.

Каким был Чингисхан? Можно много говорить об этом, рассматривая вопрос с разных сторон, спорить, отстаивая свою точку зрения… Но одно безусловно спору не подлежит: ЧИНГИСХАН - ЛИЧНОСТЬ В ИСТОРИИ.

Деякі питання історіографії про голод 1932-1933 років в Україні

Голінько В.В.
Науковий керівник - Л.І. Глєбова
Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Сучасне українське суспільство в умовах незалежності отримало можливість об'єктивно оцінити події своєї історії. Однією з тем , яка сьогодні викликає полеміку є голод 1932-1933. Верховна Рада України прийняла закон, відповідно якому голод оцінюється як геноцид українського народу. Але на цьому дискусія в країні і за її межами не припинилася. Підтвердженням цьому є те, що ООН протягом останніх десяти років декілька разів відхиляла резолюцію, запропоновану Україною про те , щоб вважати голод 1932-1933 геноцидом українського народу.

Метою роботи є аналіз поглядів українських та зарубіжних істориків відносно сутності, причин та демографічних втрат голодомору 1932-1933 .

Серед істориків одностайності в цих питаннях немає. Західні історики вважають, що основними причинами голоду були національно-політичні чинники. Дж. Мейс підкреслив, що Москва пов'язала українське селянство з українським націоналізмом як загрозу імперським інтересам. Дж. Мейса підтримав Р. Конквест, ствердивши, що голод запланував центр, для винищення українського селянства, як національного бастіону. Людей нищили не тому, що вони були селянами, а тому що були селянами-українцями. Французький дослідник Ален Безансон, наголошував, що реальна організація екзекуції надала українському голоду, характеру геноциду. Американський історик українського походження Д. Соловей підкреслював, що голод 1992-1993 роках був планово підготовлений та здійснений.

Подібної точки зору дотримуються також ряд вітчизняних дослідників, наприклад: Ю. Шаповал, В. Сергійчук, Ю. Мицик та ін. Так, В.А. Смолій зазначив, що Голодомор 1932-1933 років – це насамперед свідома та національно спрямована терористична акція, цинічно виконана сталінським політичним режимом в Україні.

Деякі російські, українські і західні історики (В.Данилов, Н. Івницький, В.Марочко та інш.) вважають, що голод 1932-1933рр. в Україні зумовлені дією соціально-економічних чинників, насамперед «насильницькими хлібозаготівлями», «поверненням до економічно обґрунтованої та політично скомпрометованої політики продрозкладки» і не був геноцидом українського народу.

Найбільш обґрунтованою, на наш погляд, є позиція авторського колективу монографії «Сталінізм на Україні в 20-30-ті роки» (В.Даниленко, Г. Касьянов, С. Кульчицький), які на основі зіставлення різних концепцій та аналізу фактичного матеріалу дійшли висновку, що «конкуруючі гіпотези треба об'єднати. Тоді факти логічно складатимуться в цілісну картину».На необхідності синтетичного підходу вирішення вказаної проблеми наголошує також і В.Савельєв: «…саме економіко-політітичні чинники стали в кінцевому підсумку причиною голодомору в Україні в 1932- 1933 роках».

Серед дослідників немає визначеності відносно фактичних демографічних втрат України в 1932-1933 роках. Р. Конквест називає цифру 5 млн. осіб, Н. Верт - від 4 до 5 млн., С. Кульчицький – 3,5 млн. осіб. Тільки 1933 р., , за даними В. Цапліна, у республіці померло 2, 9 млн. осіб.

Таким чином, аналіз дискусії між істориками, які обґрунтовують концепцію геноциду 1932-1933 рр. в українському селі, і їх опонентів переконує нас в тому, що на це питання немає однозначної відповіді в українському суспільстві і за його межами. Тому далі необхідно вивчати це питання на основі більш ретельного, політично незаангажованого підходу.

«Заблудшие в сети»: социальная сеть как форма интернет-зависимости

Зубенко Ю.К.
Научный руководитель - доцент О.А. Марущенко
Харьковский национальный медицинский университет

Среди новейших информационных и Интернет-технологий так называемые социальные сети (интерактивные многопользовательские веб-сайты, «наполняемые» самими участниками) занимают одно из наиболее значимых мест. Первые подобные сообщества появились ещё в 1995 году, обретя к сегодняшнему дню огромную популярность. Характеристика чрезмерной вовлечённости индивида в социальную сеть и возможных последствий стало целью данной публикации.

Создатели социальных сетей сделали ставку на удовлетворение важнейших человеческих потребностей в общении и самовыражении. Каждому свойственно быть чем-то увлечённым, и данное увлечение приносит радость, позитивные эмоции. Мы с нетерпением ожидаем окончания учебного / рабочего дня, стремимся быстрее добраться домой, чтобы погрузится в социальную сеть – свой «маленький уютный мир».

Для большинства людей социальная сеть стала не просто своеобразным хобби. Интернет-общение помогает установить коммуникацию людям, разделённым расстоянием. Здесь одновременно могут контактировать большое количество людей. В сетях ищут близких себе по духу, застенчивые и стеснительные могут раскрепоститься, показать скрытые таланты.

Однако чрезмерная увлечённость любимым делом может привести к зависимости. В последнее время участие в социальных сетях занимает всё большую долю общего времяпрепровождения в сети Интернет. Они стали своего рода пристанищем, где каждый может найти техническую и социальную базу для сотворения своего иного «Я» – виртуальной личности, которая может сильно отличаться от личности реальной, но для самого человека может быть не менее, а часто – более важной.

Ещё одно последствие существования социальных сетей – возросший вследствие их развития дефицит живого общения, иногда даже боязнь, избегание его. Зачем общаться «в реале», если проще «добавить человека в друзья», «написать в аську» или отправить сообщение «на стену»? Общение в социальных сетях нередко оборачивается неоправданной тратой личного времени при отсутствии результата и совершении действий «на автомате». Да и можно ли считать полноценным общение, лишённое мимики, зрительного контакта, жестов, реальных эмоций?

Как известно, в социальных сетях участвуют, в основном, люди молодые (школьники и студенты). Именно те, чей внутренний мир ещё пребывает в активной фазе формирования и стали своеобразными первоиспытателями инновационного виртуального пространства, попав в ловушку зависимости и рискуя своим психическим, физическим здоровьем.

Практически все мои сверстники зарегистрированы «В контакте», а общее количество аккаунтов здесь уже превысило 83 млн. Мы обмениваемся информацией, связанной с учебой, общаемся, делимся жизненным опытом. И уже не можем обойтись без этого. Удалив свой профиль из сети, получишь взамен непреодолимый информационный голод.

Можно ли обойтись без социальных сетей? Безусловно, ведь предыдущие поколения (например, наши родители) жили и тесно общались без помощи интернет-ресурсов. Это было живое общение, будущий дефицит которого тогда невозможно было себе даже представить. Пока же наше общение всё больше виртуализируется, ведя пользователя социальной сети к уходу от реальности: реальное подменяется виртуальным, которое вызывает обманчивое ощущение удовлетворения социальных потребностей, однако, в конечном счёте, приводит к потерянности человека между двумя мирами.

Актуальные проблемы развития украинской культуры

Кошман С.К.
Научный руководитель - Л.И. Глебова
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность: в прошлом году Украина отметила важнейшее событие своей истории - 20 лет своей независимости. Эта дата стала поводом для серьезных размышлений и объективного анализа проблем и перспектив украинской культуры.

Цель: Осветить актуальные проблемы украинской культуры в условиях существования независимой Украины.

Один из влиятельных факторов, тормозящих развитие культуры Украины с момента ее становления как независимого государства — недостаточное финансирование и материально-техническое обеспечение культуры. Это приводит к определенным негативным последствиям, в частности, к коммерциализации культуры, созданию низкопробных, но прибыльных проектов, сокращению количества библиотек, музеев, театров и студий.

Отсутствие государственной поддержки в области культуры или зачастую ее формальный характер, является еще одной нерешенной проблемой современного культурного сообщества Украины. Отсутствует целенаправленная работа по налаживанию сотрудничества органов государственной и исполнительной власти с творческой молодежью, популяризации культуры в целом.

Не менее важной проблемой современного мира украинской культуры представляется недостаточно высокий уровень национального самосознания. У страны так и не появилась национальная идея, нет единства в определении историко-цивилизационных ценностей. Среди молодых людей, особенно на юге и востоке страны, не модно говорить и читать на украинском языке и иногда даже просто быть украинцем. Молодежь, то есть будущее целого народа, равняется на другие страны — огромными шагами идет американизация культуры. Сейчас не редкость встретить студента, говорящего на английском, но реже можно встретить украинского студента, интересующегося своей историей и новинками литературы. Также сюда можно добавить и довольно сложную ситуацию в сфере языковой политики, что связано с историческими и этнокультурными особенностями разных регионов Украины.

Необходимо, чтобы изучение и освещение в средствах массовой информации и научных изданиях актуальных проблем украинского искусства, побед соотечественников в конкурсах и просто новинок в этой сфере волновали простого украинца так же, как и опытного искусствоведа. Каждый украинец, будь-то студент или преподаватель, библиотекарь или шахтер, бизнесмен или строитель должен вносить что-то в нашу общую национальную культуру и стараться всячески содействовать её развитию.

И это лишь самые насущные проблемы культуры как сферы общественной деятельности украинской нации, решение которых видится особенно актуальным в настоящее время.

Стресостійкість як основа виховання сучасного лікаря
Кулікова І.І.
Науковий керівник - доцент Л.В. Фоміна
Харківський національний медичний університет

Актуальність дослідження. Сучасний світ досить часто вимагає від нас швидких та рішучих дій. Певною мірою це стосується правоохоронців, пожежників, а також лікарів. У зв'язку з цим, майбутні лікарі повинні не тільки володіти необхідними професійними знаннями, але й мати відповідні емоційно-вольові характеристики, які б забезпечили їх успішність у майбутній професійній діяльності. Дуже часто причиною невдач або помилок у діяльності людини є емоції, а точніше втрата контролю над ними. Таким чином, дослідження емоційної стійкості як особистісної якості, динаміки її розвитку в процесі професійного становлення дозволяє виявити нові підходи як для дослідження, так і для навчання.

Метою дослідження є теоретичний аналіз дослідження проблеми стресостійкості.

Результати теоретичного аналізу проблеми. Одним із способів досягти бажаного результату є моделювання ситуацій, що здійснюється за допомогою використання сюжетних, рольових, ділових, імітаційних ігор у навчальному процесі вищого навчального закладу. Саме залучення студентів в ігрову діяльність дозволяє сформувати в них практичні вміння, сприятиме формуванню в них професійно важливих якостей, необхідних для виконання майбутньої трудової діяльності. У процесі проведення таких ігор студентові надається можливість також виявити свої особистісні якості Тому проведення таких ігор є необхідною умовою ефективної підготовки фахівця.

Висновки. Отже, дослідження проблеми емоційної стійкості майбутніх лікарів та її формування дозволить виявити нові можливості навчання та дасть можливість не лише стати гарним лікарем, а бути професіоналом своєї справи.

Святитель-хирург Лука (Войно-Ясенецкий): врач, философ, гражданин
Мирошниченко М.С., Плитень О.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий родился 27 апреля 1877г. в Керчи в семье провизора. С ранних лет у мальчика обнаружились способности к рисованию. Одновременно с гимназией он окончил в Киеве художественное училище. В 1898г. Войно-Ясенецкий поступает на медицинский факультет Киевского университета, который окончил с отличием в 1903г. и получил диплом земского врача. До 1917г. он – медик в ряде земских больниц средней России, позднее – главный врач Ташкентской городской больницы, профессор Среднеазиатского государственного университета. В начале 20-ых годов под именем Луки он постригся в монахи и был рукоположен в сан епископа. Валентин Феликсович многократно подвергался арестам и административным ссылкам. Несмотря на это, он ведет большую научную работу, является автором 55 научных трудов по хирургии и анатомии, десяти томов проповедей. Как духовное лицо, Валентин Феликсович избирается почетным членом Московской духовной академии в Загорске. Его работа была высоко оценена: премия Хойнатского от Варшавского университета (1916г.), бриллиантовый крест на клобук от Патриарха Всея Руси (1944г.), медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне» (1945г.), Сталинская премия первой степени за книги «Очерки гнойной хирургии» и

«Поздние резекции при огнестрельных ранениях суставов» (1946г.). Умер В.Ф. Войно-Ясенецкий 11 июня 1961г. в сане архиепископа Крымского и Симферопольского.

Несмотря ни на какие испытания судьбы, В.Ф. Войно-Ясенецкий смог их выстоять, победить и служить всю свою жизнь любимому делу. С раннего утра и до позднего вечера Войно-Ясенецкий принимал пациентов, оперировал, разъезжал по окрестным селениям, проводил службы. В операционной профессора Войно-Ясенецкого всегда висела икона Божией Матери, перед которой он молился о благополучном исходе операции. Сам В.Ф. Войно-Ясенецкий говорил: «Если станете описывать мою жизнь, не пробуйте разделять хирурга и епископа. Образ, разделенный надвое, неизбежно окажется ложным».

В.Ф. Войно-Ясенецкий проводил патологоанатомические конференции. Прежде чем начать конференцию, профессор произносил: «Мы собрались сюда не для того, чтобы кого-то ругать или кого-то судить, а для того лишь, чтобы выяснить, чего мы, врачи, в своей работе недоделали, что сделали не так, как надо. Наша цель – не повторять ошибок, допущенных нами при лечении этого пациента». Профессор сам исследовал труп больного. Анализируя действия этого знаменитого человека, просто удивляешься некоторым его поступкам. Даже невозможно представить внутреннее состояние хирурга, который идет в прозектуру и сам вскрывает тело больного.

Интересно и то, что все его дети пошли по стопам отца и были верны медицине. Дочь, Елена Валентиновна, стала врачом-эпидемиологом, старший и младший сыновья, Михаил и Валентин, унаследовали от отца любовь к кропотливой анатомической работе и художественные наклонности (оба впоследствии стали патологоанатомами). Михаил Валентинович всегда интересовался изменениями, которые возникают в организме инфекционных больных. Работал он в Таджикистане, во Львове, а затем в течение 30 лет – в Ленинграде, в Институте экспериментальной медицины, где руководил отделом, а затем работал консультантом. Валентин Валентинович работал в Одессе, в институте глазных болезней им. Филатова. Оба брата – доктора медицинских наук, профессора. Средний сын Алексей Валентинович жил в Ленинграде. Он был доктором биологических наук и заведовал лабораторией в Институте эволюционной физиологии и биохимии им. Сеченова.

Дочь Валентина Валентиновича, Ольга Валентиновна, была тоже врачом, доктором медицинских наук, профессором. Под руководством О.В. Войно-Ясенецкой впервые в Украине было организовано массовое вскрытие умерших вне лечебных учреждений (без признаков насильственной смерти), что изменило структуру смертности от ненасильственных причин, повысило качество таких вскрытий; было внедрено массовое исследование плацент и одними из первых в Украине одесские патологоанатомы начали вскрытия плодов. Главным детищем, венцом научной и практической деятельности О.В. Войно-Ясенецкой является создание в 1989г. Одесского областного патологоанатомического бюро.

След на земле, который оставил великий хирург, святитель, гражданин – это социальная память о его делах, в его детях, которые достойно продолжили дело своего отца.

Вплив гендерної ідентичності на самореалізацію підлітків

Молчанюк Д.А., Піскарьова А.М.
Науковий керівник - професор К.І. Карпенко
Харківський національний медичний університет

Останнім часом актуальності набуває дослідження самореалізації підлітків у суспільстві. Мета нашої роботи – вивчити взаємозв’язок особистісних особливостей з типом гендерної ідентичності у підлітків.

Базою для дослідження виступили учні 9-11 класів Харківської гімназії № 46 ім. М.В. Ломоносова. Обсяг вибірки – 70 підлітків віком 14-16 років (35 хлопців, 35 дівчат). Дослідження здійснювалося за допомогою методики виміру маскулінності - фемінінності “МіФ” , а також ЦТО (Цветовой тест отношений) у модифікації О.Г. Дозорцевої. Нами було з’ясовано наступне:

1. Маскулінний тип гендерної ідентичності у хлопців-підлітків (69%) і дівчат-підлітків (29%) характеризується переважно високим рівнем самооцінки, високим рівнем комунікативних здібностей, організаторські здібності у дівчат такого типу розвинені краще, ніж у хлопців. У прояві рівня суб'єктивного контролю обидві статі характеризуються загальною інтернальністю.

2. Фемінний тип у дівчат (57%) і хлопців (6%) характеризується середнім рівнем усіх особистісних особливостей. Щоправда рівень організаторських здібностей у дівчат є досить високим, хоч і виявляється рідко. Рівень суб'єктивного контролю у фемінних підлітків обох статей має приблизно рівний розподіл на інтернальну та екстернальну локалізації.

3. Андрогінний тип у юнаків (25%) та дівчат (14%) характеризується досить високими показниками комунікативних здібностей та самооцінки, проте нижчими, ніж у маскулінних підлітків, організаторські здібності розвинені найкраще серед усіх типів. У прояві рівня суб'єктивного контролю виявлена загальна інтернальність. Отже, особистісні особливості підлітків залежать від їхньої гендерної ідентичності, що слід брати до уваги у навчальній та виховній роботі навчальних закладів.

СОЛНЦЕ и ЛУНА в русской и африканской языковых картинах мира

Мохамаду Абдул Траоре
Научный руководитель - И.В. Запорожец
Харьковский национальный медицинский университет

В основу данной работы положен сопоставительный анализ фрагментов русской и африканской поэзии с целью выявления сходства и различия между национальными языковыми картинами мира.

Концепты СОЛНЦЕ и ЛУНА в русском языке находятся в оппозиции: содержательно они связаны с понятиями день и ночь; жизнь, бодрствование и покой, созерцание.

В большинстве культур солнце является символом созидательной энергии. Как источник тепла солнце символизирует жизненную силу, страсть, вечную молодость. Как источник света оно символизирует знания и разум.

В русской поэтической традиции с солнцем принято связывать жизнь, свет, любовь, прогресс. «Солнышком» называют детей и любимых людей. «Между красавиц молодых одна была…и долго ею как солнцем любовался я…» - читаем у Пушкина в поэме «Цыганы». Сам Пушкин – «солнце русской поэзии» и центр созданной им «солнечной системы» поэтических образов.

В африканской языковой картине мира концепты СОЛНЦЕ и ЛУНА также находятся в оппозиции друг к другу, но несут в себе иной коннотативный фон. Привычная для европейского читателя положительная оценка образа солнца, светила приобретает в африканской литературе новый, враждебный жизни акцент. Не потому ли, что африканское солнце яростно жжет, опаляет, уничтожает, тогда как луна становится символом жизни.

Для поэтов Африки характерно поклонение луне. Собственно, и на арабском Востоке говорят: «Когда восходит луна, легче бодрствовать». Люди ждут появления новой луны, приветствуют ее и посвящают ей молитвы.

В большинстве случаев роль луны в религиях мира соответствует ее положению в природе. Она занимает место божества, подчиненного солнцу, и это подчинение прослеживается в названиях дней недели на английском языке:Sunday – день солнца предшествует дню луны - .Monday.

В мифологии солнце и луна являются то братом и сестрой, то мужем и женой. У В.И.Даля солнце – князь, луна – княгиня, что подтверждает соподчинение символов.

Русские поэты используют образ луны для передачи настроения, состояния души, возвышенных чувств. У Пушкина «величавая луна», «…на печальные поляны льет печально свет она» («Зимняя дорога»). У К.Бальмонта: «верховная владычица печали», «луна богата силою внушенья» («Луна»).

Итак, мы можем говорить о концептуальном единстве СОЛНЦЕ и ЛУНА, которое является составной частью оппозиции, основанной на противопоставлении понятий а)день и ночь; б)жизнь, бодрствование и покой, созерцание. Однако сопоставительный анализ этнокультурных метафор разрушает эту систему во второй ее части в связи с особенностями географического положения и климатическими условиями разных континентов.

Для русской поэзии семантическое и метафорическое поле СОЛНЦЕ скрывает привычно положительный смысл, тогда как в африканской поэзии за ним стоит отрицательный коннотативный фон.

Анализируя образную систему ЛУНА, мы очертили круг понятий, на которых строится метафорическое поле: светило; круглый предмет; зрительно-ассоциативная и цветовая характеристики; передача внешнего образа и внутреннего состояния лирического героя (соматическая и психологическая характеристики). Эта парадигма является общей для обеих культур.

Таким образом, концепты СОЛНЦЕ и ЛУНА отражают некоторые универсальные представления и в то же время лежат в основе национально-культурного своеобразия. Сопоставительный анализ образной системы поэтических произведений русских и африканских авторов позволяет сделать вывод о наличии сходства и различия в национальных языковых картинах мира, отражающих национальную специфику и менталитет.

Влияние моды на здоровье человека

Мусаева Н.Ф.
Научный руководитель - профессор Е.И. Карпенко
Харьковский национальный медицинский университет

Со времен эпохи Возрождения мода стала одним из наиболее важных явлений западной цивилизации. Она подчинила себе многие сферы современной жизни и в значительной степени стала нашей “второй натурой”. Толковый словарь русского языка Ушакова дает определение понятия мода, как совокупности привычек, вкусов, предпочтений у данной среды в данное время. Слово “мода” происходит от латинского “modus” (мера, способ, образ, правило, норма). Однако на данном этапе развития человечества это понятие приобрело более многогранный характер.

Цель: выяснить влияние моды на состояние здоровья человека.

Задачи: определить значимость изучения феномена моды для системы здравоохранения.

Мода сегодня - это неоднозначный социально-психологический и культурный феномен, затрагивающий жизнь общества в целом. Это средство демонстации социального статуса, средство общения между людьми, форма массовой коммуникации. В связи с этим выделяют три важнейшие функции выполняемые модой: коммуникативная, интеракционная и компенсаторная. Мода проникает в разнообразные аспекты жизни человека: науку, политику, искусство, культуру, т.д.

Данная работа затрагивает проблему влияния моды на здоровье человека, как один из аспектов влияния моды на общество. Широко известно, что с давних времен существовала мода на определенные параметры тела человека, его фигуру. Так в конце XIX в. полнота считалась признаком состоятельности человека, была привлекательна и люди старались достигнуть пышных форм различными способами, в которые входило чрезмерное питание, отсутствие какой-либо физической нагрузки. Однако уже в начале XX в. все большую популярность приобретает мода на стройное тело. Сначала это достигалось физическими упражнениями, как результат популярности спорта, а с течением времени при помощи разнообразных диет, зачастую изнуряющих и приводящих к серьезным проблемам со здоровьем, но никто не хотел отказываться от моды на стройное тело. Начало нового века по-прежнему диктует нам моду на стройных моделей, и люди в погоне за идеальной фигурой зачастую пренебрегают отрицательными сторонами попыток сбросить вес.

Из чего следует вывод, что порой мода ставит человека в условия крайностей, достижение которых может оказаться чреватым неблагоприятными последствиями для здоровья человека и обернуться появлением хронических заболеваний.

По словам английского философа Г.Спенсера: «Мода по своей сути является подражанием». А немецкий философ Г Зиммель дал такое определение: «Мода представляет собой некоторую особенную форму из числа тех, путем которых жизнь пытается осуществить компромисс между тенденцией к социальному уравнению и склонностью личности к проявлению своей индивидуальности». То есть следуя моде человек не только удовлетворяет потребность соответствовать окружающей его действительности, но и находит способ для демонстрации своей оригинальности.

Вывод. Мода играет существенную роль в жизнедеятельности человека, обеспечении благоприятных условий его жизни в обществе, предопределяет многие из его поступков, в том числе тех, которые отражаются на его состоянии его здоровья, что представляет интерес для системы здравоохранения и должно учитываться при осмыслении причин возникновения определенных заболеваний человека.

Психологические факторы формирования спроса на эзотерические услуги в странах СНГ

Насонова Л.И.
Научный руководитель - профессор А.П.Алексеенко
Харьковский национальный медицинский университет

В стрессовых ситуациях поведение людей примерно одинаково. Сначала – бурный протест против нарушения привычного порядка вещей, попытки удержать и сохранить прежнюю жизнь, а когда это не удается – чувство бессилия и поиск объекта для перекладывания ответственности. Одной из форм подобного поиска является поиск информации и поддержки извне в виде молитв, советов, мантических и магических практик. Мы занимаем инфантильную позицию по отношению к миру: спасайте меня, сделайте хоть что-нибудь. Плюсы такой позиции очевидны: в момент трудного выбора – а делать его приходится в ситуации полной неопределенности без всяких гарантий успеха – можно найти хотя бы символическую поддержку вовне и почувствовать себя более уверенно. Следуя предписаниям «оракула», человек бессознательно реализует программу, заданную предсказателем, – «пророчество» как бы сбывается.

Минусы таких судьбоносных «программ» не менее очевидны, чем плюсы. В стрессовой ситуации становиться понятно, способны ли мы принять самостоятельное решение или предпочитаем довериться чужому выбору, рискуя стать объектом манипуляций и пренебрегая путем осознанного личностного роста. Стоит также отметить, что повышенный интерес к эзотерике возникает в кризисные эпохи, когда нестабильность ситуации и неуверенность в завтрашнем дне вынуждают искать поддержку у «высших сил» и подстраховку у тех, кто знает, «как сошлись звезды».

Что же так привлекает людей, которые обращаются к помощи магических и мантических практик? Что люди находят такого особенного, чего не могут предоставить медики и психологи из государственных и частных служб?

1. Перспектива исцелиться самому.
2. Радикальность подхода и глобальность решаемых задач.
3. Пиар.
4. Отношение к пациенту.
5. Доходчивость и легкость подачи информации.
6. Ореол таинственности, элитарности и экзотичности.
7. Легкость, с которой вселяют надежду и дают утешение.

Не стоит, однако, забывать, что существуют разные традиции мантических и магических практик, которые подразумевают и многообразные концепции личности, времени, воли, возможного влияния на судьбу. Сегодня терапевтическое воздействие подобных практик, несомненно, очевидно и к ним всегда можно обратиться для улучшения качества жизни и решения проблем стрессогенной неопределенности современного мира,

однако каждому стоит помнить о рисках, первым из которых является физическое и психическое здоровье человека.

Моральные аспекты вынужденного прерывания беременности

Радченко А.Е.
Научный руководитель - профессор А.П. Алексеенко
Харьковский национальный медицинский университет

Существуют, три главные позиции по вопросу об абортах. На одном полюсе – сторонники «сохранения жизни», которые хотели бы запретить аборты при всех обстоятельствах, на другом – находятся сторонники «свободного выбора»: они считают, что закон не должен ограничивать свободу выбора для матери – все беременные должны иметь возможность по желанию сделать аборт. Промежуточную позицию занимают те, кто считает аборт допустимым только в определенных случаях, а также те, кто полагает, что он не должен быть главным методом контроля рождаемости.

Движение против абортов, хорошо организованное и политически активное, поддерживает и церковь. Однако эту позицию занимают православные христиане, католики, ортодоксальные иудаисты, протестанты консервативного направления. Каллаган (Callahan, 1970) сформулировал четыре главных довода сторонников этой позиции:

1. Каждое человеческое существо, даже ребенок в утробе матери, получает право на жизнь непосредственно от Бога.
2. Человеческие существа не имеют права отнимать жизнь у других безвинных человеческих существ.
3. Жизнь человека начинается в момент зачатия.
4. Производить аборт на любой стадии беременности – значит лишать жизни безвинное человеческое существо.

Многие противники абортов, не готовые признать эти доводы убедительными, согласны с аргументацией бывшего президента Рональда Рейгана, который говорил: «Если мы не знаем [когда начинается жизнь индивидуума], то не лучше ли нам предполагать ее уже начавшейся? Если вы увидели неподвижно лежащего человека и не можете определить, жив он или нет, вы будете считать его живым, пока не станет ясно, что он мертв. Так же следует рассуждать и при решении вопроса об абортах»(Emmens, 1987). Противники запрещения абортов выдвигают четыре главных этических аргумента (Callahan, 1970; Terkel, 1988):

1. Никто не должен быть вправе принуждать женщину к сохранению беременности против ее воли.
2. Не следует производить на свет нежеланных детей.
3. Аборты никогда не подвергались бы запрету, если бы законодателями не были мужчины. (Или, как гласит один афоризм, «если бы мужчины могли беременеть, право на аборт считалось бы священным»).
4. Если женщина не вправе свободно располагать собственным телом, в том числе и контролировать репродуктивные функции, то у нее вообще нет реальной свободы.

Либеральная позиция является очень противоречивой. Возникает вопрос при разрешении аборта в случаях врожденных аномалий, в том числе генетических, так как не ясно, где провести разграничительную линию. Когда у плода совсем не развивается мозг, не может быть сомнений в оправданности аборта; но как быть, если, например, можно предполагать лишь некоторую умственную неполноценность без тяжелых нарушений физического здоровья? Следует ли прерывать беременность, если врожденный дефект позволяет прожить долгую жизнь, но она будет отягощена болезнью?

Разногласия вызывает также вопрос о том, на каких стадиях беременности можно производить аборты. Большинство «либералов» считают предельным сроком конец 2-го триместра, за исключением особых обстоятельств (когда, например, в 3-м триместре возникает угроза для жизни матери). Существует мнение о недопустимости абортов после

окончания 1-го триместра, тогда как иные полагают, что не должно быть никаких ограничений в сроках.

На сегодняшний день в Украине аборты разрешены, в том числе на различных сроках беременности, в зависимости от показаний к вмешательству.

Спілкування як універсальний засіб досягнення успіху в житті

Степаненко О. І.
Науковий керівник - доцент Л.В. Фоміна
Харківський національний медичний університет

Актуальність дослідження. Визначення терміну «спілкування» часто окреслюється студентами як обмін інформацією між двома і більше людьми. Це визначення є неповним, оскільки спілкування може відбуватися не тільки між людьми, а й між людиною й об'єктами, не тільки вербальними засобами, а й за допомогою багатьох поза лінгвістичних факторів. Процес спілкування значною мірою визначає добробут, ефективність дій та настрій людей.

Мета роботи – теоретичне та практичне розширення поняття «спілкування».

Задачі дослідження: розширити розуміння спілкування, визначити компоненти, з яких складається спілкування, розглянути методи досягнення успіху через спілкування.

Результати теоретичного аналізу проблеми. Спілкування – це обмін інформацією між двома терміналами, які спроможні сприймати інформацію, розуміти та передавати її. Спілкування складається з терміналів, відстані, бажання передати інформацію, бажання отримати інформацію, з розуміння інформації та відповіді.

Головними компонентами для успіху в спілкуванні є обмін інформацією, створення в співбесідника реальності щодо повідомлюваного (справжнього розуміння повідомлення) та відношення до співбесідника (симпатія або антипатія). Усі ці три компоненти тісно пов'язані один з одним і знаходяться в прямій пропорціональній залежності, тобто при підвищенні одного з компонентів підвищується й два інших.

Отже, спілкування – це сукупність зв'язків і взаємодія людей, суспільств, суб'єктів (класів, груп, особистостей), у яких відбувається обмін інформацією, досвідом, уміннями, навичками та результатами діяльності.

Психологические аспекты шаманских лечебных практик»

Тихонова О.О.
Харківський національний медичний університет

Цель: изучить психологические аспекты шаманской деятельности с точки зрения использования их в современных немедикаментозных методах лечения.

Актуальность: Длительное время большой загадкой для общества оставались экстатические техники особой группы людей - шаманов, которые могли входить в состояние транса по собственному желанию и вводить в транс пациента для его исцеления. С развитием науки все больший интерес представляют немедикаментозные методы лечения, которые позволяют влиять непосредственно на психику человека, обнаруживая истинную причину болезни, и проводить соответствующее лечение, действующее сразу на причину патологии.

Согласно словарному определению, шаманизм - это комплекс представлений людей о целенаправленном взаимодействии с миром духов, которое осуществляет шаман. Однако, несмотря на наслоения верований и поверий, шаманизм является сложнейшей техникой влияния на психику человека. Пациент вводится в транс после длительной голодовки, определенных физических испытаний, танцев под ритмичную музыку, приема галлюциногенов либо уединения. Цель транса - осознание пациентом причины своего заболевания для того, чтобы совместно с шаманом был разработан эффективный метод его лечения. Здесь важным моментом является то, что исцеление пациента шаманом проводится, в первую очередь, через влияние на сознание и подсознание, а уже потом - через использование медикаментов. К примеру, в данное время активно изучаются целебные

свойства голода, психоаналитические методы и влияние ритмов с определенной частотой на активность организма.

Вывод: таким образом, шаманскую деятельность необходимо рассматривать как важный источник тысячелетнего человеческого опыта лечения болезней. В данном случае такими являются шаманские психопрактики, которые устраняют саму причину заболевания и имеют большой потенциал использования в современной медицине.

Роль генов в судьбе человека

Фельдман Д.А.
Научный руководитель - профессор Е.И. Карпенко
Харьковский национальный медицинский университет

Вопрос о судьбе носит философский характер, и, видимо, поэтому судьба, как философская категория, не имеет четкого определения, поскольку не опирается ни на какие биологические законы. Философская неопределенность и отсутствие знаний генетических законов большинством людей приводят к множеству мнений, верований, суеверий. В основу определения жизни надо класть не рост, развитие, обмен веществ и прочее, а то, что порождает все это, то есть генетическую информацию. Именно она являются первопричиной всего живого. Для реализации генетической информации необходимы соответствующие условия. Чтобы определить, есть ли у человека талант полководца, необходима война. Без неё Александр Македонский был бы малоизвестной исторической личностью. Подобно этому реализуются и другие особенности личности. Ни В.А.Моцарт, ни Н. Паганини не смогли бы реализовать своих генетических свойств, не имея музыкального окружения. Разница лишь в том, что генетические дарования В.Моцарта совершенствовались без принуждения, в то время как для Н.Паганини были применены его отцом жесткие меры принуждения к постоянной игре на скрипке.

Люди рождаются мужчинами и женщинами и это уже судьба, которая определена генами. Женщины живут дольше мужчин и это предопределено их генетическим половым статусом. У однояйцовых близнецов, которые находятся приблизительно в одинаковых условиях, продолжительность жизни одинакова. Если и существует разница, то она незначительна.

Генетическое предопределение онтогенеза это и есть судьба. Как только произошло оплодотворение, так и предопределился генотип, а следовательно сформировалась наша судьба. Правда, там не написано быть нам министром или трактористом. Там написано сможем ли стать ими в той среде, в которой придется жить. Это значит, что гены могут быть, а реализоваться они не смогут. Судьба не может быть счастливой или несчастной, справедливой или не справедливой. Она может быть только объективной. Автобиография это та часть судьбы, которая реализовалась в процессе существования организма.

Идеальным примером широты нормы реакции генотипа является наш знаменитый Т.Г.Шевченко. Его выкупили как перспективного художника. А известен он в мире и в Украине как поэт с могучим талантом. У него были заложены генетические программы: художника и поэта. Последняя оказалась обеспечена генами полнее.

Судьба как объективная предопределенность прекрасно просматривается у однояйцовых близнецов. Они зарождаются с одинаковым генотипом, поэтому имеют одинаковые признаки, свойства.

Судьба предопределена генами. Они даются человеку раз и навсегда, от зарождения и до смерти. Находятся они в каждой клетке и пока изменить их там невозможно. Но это относится к генам, а что касается судьбы, то в настоящее время её можно изменять, к тому же на многих уровнях. На организменном, клеточном, генном. В первом случае это, прежде всего, хирургические методы. У человека аппендицит или заболевание почки и он должен умереть. Но удалили аппендицит, пересадили почку и изменили судьбу. Человек остался живым, вопреки судьбе. Аналогично с генами. Уже оформилась медицинская генотерапия и клонотерапия, когда пересаживают гены или стволовые клетки, излечивая от болезни и продлевая жизнь человека. Таким образом, настало время провести переоценку старых

философских ценностей с учетом новых достижений в генетике и перевести философские категории в разряд научных терминов и понятий. А пока нам остается вслед за К.Воннегутом попросить господа, дать нам душевный покой, чтобы принимать то, что мы не можем изменить, мужество – изменить то, что можем, и мудрость – всегда отличать одно от другого. И пусть это будет напоминанием о стремлении человека к познанию истины и её использования в своем бытии.

Этические аспекты трансплантологии

Цемах С.С.
Научный руководитель – В.В. Дейнека
Харьковский национальный медицинский университет

«Запретительные тенденции» медицинской этики во многих направлениях, даже такого уже достаточно установившегося в медицине, как трансплантология, являются дискуссионными среди медицинской общественности.

Сегодня решены «технические» проблемы, связанные с возможностями осуществления подобных операций, найдены способы преодоления иммуно-биологической несовместимости. Казалось бы, теперь медикам открываются ничем не ограниченные перспективы спасения жизни одного человека за счет органов другого. Однако этот момент и порождает те морально-этические проблемы, которые тормозят развитие трансплантологии.

Прежде всего, это проблема донора и реципиента. Безусловно, наиболее оптимальный и высокоморальный вариант – это добровольная жертва одного из своих органов родственником больного. Но не всегда такой вариант возможен. И тогда встает вопрос о постороннем доноре. Как известно, добровольное и сознательное согласие пациента на взятие у него органов и тканей является одним из важнейших этических принципов.

Реаниматологи до последней возможности пытаются спасти жизнь умирающего человека, а трансплантологи в это же время с «нетерпением» ждут его смерти, ради спасения жизни другого. Объективно получается, что чем скорее умрет один, тем большая вероятность спасти другого. Сегодня во многих странах мира проблема использования органов трупа для пересадки уже получила правовое решение, причем в двух вариантах. Первый из них, получивший название «поощрительного добровольного подхода», широко распространен в США. На основе его каждый имеет возможность юридически оформить передачу своих органов другим лицам – с целью их последующей пересадки или использования в научных целях. Другой подход получил преимущественное распространение в странах Европы. Он основывается на концепции «предполагаемого согласия». Суть такого подхода состоит в предоставлении врачу юридического права «отбирать» необходимые для целей трансплантации органы из организма умершего пациента, поскольку предполагается, что разрешение на эти действия могло бы быть им получено.

Но возникают и другие серьезные этико-философские проблемы: цена и ценность конкретной человеческой жизни. Целесообразность трансплантации органов и тканей, дающая возможность продлить жизнь и улучшить ее качество, таит в себе опасность превращения донорства в коммерческую операцию (покупка, продажа органов человека или приоритетного права в списке очередников, ожидающих донорский орган). Поэтому при трансплантации органов и тканей должен быть соблюден этический принцип коллегиальности при принятии решения. Например, кому из многих нуждающихся достанется вновь появившийся здоровый орган в условиях дефицита донорских органов: самому тяжелому больному, больному с наиболее благоприятным прогнозом, наиболее ценному для общества пациенту (выдающийся композитор, писатель, политик), а возможно, наиболее «дорогому» (в денежном эквиваленте) пациенту? Понятно, что здесь возможны злоупотребления, подкуп, коррупция. Особенно серьезными оказались этико-философско-правовые проблемы в области трансплантации мозга. Здесь к вышеперечисленным добавились еще более сложные проблемы, приведшие к наложению моратория на подобные операции (несмотря на то, что уже имелся опыт их удачного осуществления). Во-первых, у

умирающего мозг должен быть взят до истечения критического срока его жизни и начала необратимых процессов его разрушения, а это убийство, даже если у умирающего имеются другие травмы, не совместимые с жизнью. Во-вторых, учитывая, что мозг – это орган личности, как определить статус человека с пересаженным мозгом: он становится (и юридически, и фактически) тем, кем был прежний «владелец» мозга (в семье, в бизнесе и т.д.), или он – тот, кем было и является его тело? Загадки скорее для фантастических фильмов, не имеющие пока однозначного ответа.

Интернет-ресурсы как негативный посредник между врачом и пациентом

Чайка О.А.
Научный руководитель - профессор А.П. Алексеенко
Харьковский национальный медицинский университет

Интернет-ресурсы – это информация и технология, доступная всем без исключения, несмотря на интеллектуальный, образовательный, материальный и социальный уровень. В большей степени огромный объем предоставляемой информации медицинского направления не имеет научного обоснования, что оказывает негативное влияние как на самого пациента, так и на процесс лечения, который должен осуществляться под руководством врача.

Доступность специфической медицинской информации (как научной, так и популярной) для широких масс без достаточной медицинской подготовки дает основания для субъективистской интерпретации и, в основном, ошибочных выводов относительно причин и лечения патологических состояний. Чрезмерное наличие в Интернет-сети информации имеет сугубо коммерческий характер, далеко несоответствующий картине эффективности рекламируемых лекарственных препаратов, оборудования и способов лечения, а также «специалистов, обладающих чудодейственными способностями».

Возможность информационных телекоммуникационных средств позволяет свести общение врача и больного от общепринятого непосредственного контакта к общению посредством теле-, радио-, фонометрических средств (что оправдано в исключительных случаях, например в далеких недоступных местах, в военное время и т.д.). Такая возможность становится заманчивой в повседневной практической деятельности врача, которая скоро может дойти до абсурда «Оперируем дома» по аналогии кулинарной программы «Едим дома».

Этическая обоснованность народной медицины и целительства

Шамовцев В.С.
Научный руководитель - доцент Л.А. Гончаренко
Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность и научная новизна заключается в разработке этической концепции интегративной медицины. В последнее время невероятно возрос спрос и интерес к немедикаментозным методам лечения. Маркетинговые исследования показывают, что в Украине и в странах Европы уровень доверия к методам народной медицины и целительства весьма высок и достигает 60% населения.

Цель работы – определить этические аспекты существования и популярности народной медицины и целительства. Задачи исследования: провести всесторонний анализ методов народной медицины и целительства, выявить этические факторы их популярности. Сегодня народная медицина – это полноценная наука. На Украине существует немало центров народной медицины, в которых около 145 целителей успешно практикуют лечение народными средствами различных заболеваний. Высокий уровень доверия к методам народной медицины и целительству обоснован этической концепцией, основанной на принципах индивидуального подхода к каждому человеку с учетом его национально-культурных традиций, определения здоровья, как духовно-душевно-телесного феномена, выражающегося в целостности личности человека и гармоничном равновесии, личное соучастие целителя в процессе лечения. В основе логической формы этической

обоснованности народной медицины и целительства заложена возможность постоянного оказания помощи нуждающемуся человеку, проявление заботы, т.е. реального, целенаправленного осуществления добра.

Таким образом, не только расчет пользы, блага и интересов, к чему призывает прагматическая этика традиционной медицины, но и понимание духовного мира, сущности и предназначения человека лежит в основе этической концепции народной медицины и целительства, и остается краеугольным камнем понимания врачебной этики.

Conciousness: philosophical and medical theories

Adeyemi Ayodeji Alexander
Kharkiv National Medical University

Consciousness is a term that refers to the relationship between the mind and the world with which it interacts. It has been defined as: subjectivity, awareness, the ability to experience or to feel, wakefulness, having a sense of selfhood, and the executive control system of the mind.

Philosophers since the time of Descartes and Locke have struggled to comprehend the nature of consciousness and pin down its essential properties.

Metaphysical theories of consciousness

Dualist theories: They regard at least some aspects of consciousness as falling outside the realm of the physical,but specific forms of dualism differ in just which aspects those are. Sub-types include: Substance dualism, Property dualism .

Physicalist theories: They include many types, some of which are as follows

Eliminativist theories reductively deny the existence of consciousness or at least the existence of some of its commonly accepted sorts or features.

Identity theory, If having a qualitative conscious experience of phenomenal red just is being in a brain state with the relevant neurophysiological properties, then such experiential properties are real but their reality is a straight forwardly physical reality.

Type-type identity theory is so called because it identifies mental and physical types or properties on a par with identifying the property of being water with the property of being composed of H2O molecules

Specific Theories of Consciousness Cognitive theories: The most prominent philosophical example is the Multiple Drafts Model (MDM) of consciousness, advanced by Daniel Dennett (1991). It combines elements of both representationalism and higher-order theory but does so in a way that varies interestingly from the more standard versions of either. The MDM includes many distinct but interrelated features. A major psychological example of the cognitive approach is the global workspace theory of Bernard Baars (1988). The main idea of global workspace theories is that consciousness is a limited resource capacity or module that enables information to be “broadcast’ widely throughout the system and allows for more flexible sophisticated processing.

Neural theories: Neural theories of consciousness come in many forms, though most in some way concern the so called “neural correlates of consciousness”. A sampling of recent neural theories might include models that appeal to global integrated fields (Kinsbourne), binding through synchronous oscillation (Singer 1999, Crick and Koch 1990), NMDA-mediated transient neural assemblies (Flohr 1995), thalamically modulated patterns of cortical activation (Llinas 2001), reentrant cortical loops (Edelman 1989), comparator mechanisms that engage in continuous action-prediction-assessment loops between frontal and midbrain areas (Gray 1995), left hemisphere based interpretative processes (Gazzaniga 1988), and emotive somatosensory hemostatic processes based in the frontal-limbic nexus (Damasio 1999) or in the periaqueductal gray (Panksepp 1998).

Quantum theories: The physicist Roger Penrose (1989, 1994) and the anesthesiologist Stuart Hameroff (1998) have championed a model according to which consciousness arises through quantum effects occurring within subcellular structures internal to neurons known as microtubules. Other theories include: Higher-order theories, Representationalist theories and Non-physical theory

Conclusion A comprehensive understanding of consciousness will likely require theories of many types. There is unlikely to be any single theoretical perspective that suffices for explaining all

the features of consciousness that we wish to understand. Thus a synthetic and pluralistic approach may provide the best road to future progress.

Pluralism and medical science

Alkarawi Manar Shakir
Kharkiv National Medical University

Primarily, 'pluralism' means multiplicity. Where there is pluralism there is a multiplicity of something. But the word 'pluralism' has also received a secondary meaning: where there is pluralism there should be freedom for each individual to choose what part of the multiplicity he wants to have or to belong to. That is, pluralism in a certain respect should be kept distinct from a corresponding multiplicity that is based only on power balance. And according to the concept of pluralism, we can talk about the medical pluralism; we can define the medical pluralism as Medical pluralism is the adoption of more than one medical system, or the simultaneous integration of both orthodox medicines (biomedicine) with complementary and alternative medicine (CAM)

And this name given to the situation where a patient has a number of choices when selecting a system of treatment, the term was coined specifically to describe the treatment avenues available in the early modern age i.e. Barbershop Surgeons, Apothecaries, Physicians or Wise women/village elders. A person suffering from illness or disease could choose from these potential treatment sources or in fact choose them all. Also we suggest describing the different perspective of medical pluralism:

1-medico-scientific, medico-scientific community needs some competitive pluralism in order to efficiently produce good diagnostic tools, treatments, and preventive measures. In each case the result is something that should be applicable to a whole population of some kind, i.e., the populations that have disease A, that have a risk of getting disease A, that have disease B, that have a risk of getting disease B, etc. As tax payers financing medical research, patients have the same interest in pluralism as the medical community has, but what about the patients as patients? 2-Freedom of choice, when one is sick; one primarily wants to become healthy. One is not especially interested in the whole population that happens to have the same disease. Existentialists used to say things such as 'my death is mine' and 'my life is mine', stressing that an individual can never be regarded as only and completely part of some community or other. In the same vein it is true for patients to say: 'my disease is mine' and 'my possible curing is mine'. What follows from this observation? On an abstract level, mainly two things:

(A) Black box theories count as much as mechanism theories from an existentialist point of view, the mechanisms (pathogenesis and etiology) behind the disease and its curing are of no special interest. If something has cured me as an individual, then afterwards I am happy. I don't care much whether it is due to a well known biomedical mechanism, to a completely unknown mechanism, to a placebo effect, or event an effect (e.g., homeopathic) that the medical community finds unbelievable. (B) Lottery thinking ('I may win even though the probability is very low') can be rational. Much has been investigated about how to be rational in lotteries and situations in life that have a similar stochastic structure. To put one conclusion simply, it seems impossible to say that a certain behavior is rational in itself. To some extent it always depends on whether you are an extremely cautious person or a person who is fond of taking risks; and then there are all the in-betweens. Therefore, it is impossible to say that a patient who spends much money on a treatment that has a low statistical effect is irrational; especially if the gains are high, i.e., that the disease is very serious. We can conclude that medical pluralism encourages pragmatic willingness to examine the personal and cultural meaning associated with complementary and alternative medicine, the biases and assumptions of biomedicine, as well as the risk-benefit ratio of complementary and alternative medicine practices. And the recognition of medical pluralism can help clinicians enhance patient care in a manner consistent with basic ethical principles even though standard biomedical practice would incline many medical providers to discourage non-standard practices as unproved and hence unethical to encourage their patients to try to help them.

Philosophy of human personality and its relationship with medicine

Al-Salihi Gheyath
Kharkiv National Medical University

At the beginning of this report we must talk about the human personality and then address it to philosophy of personal and personal relationship with medicine. The word personality has approximately fifty definitions, some of them refer to the character and to the outer appearance, a face of the known individuals of the people, to the external aspects of visible or invisible, to the person that others can see. Here we are referring to the group of qualities of self-or internal as well as those that may not be seen directly, or those that try to hide the individual inside us. We have been influenced by Freud's theory of personality. Freud has developed his system for the analysis of personal while he had been trying to facilitate the suffering of his hysterical patients. The theory of character was psychoanalystic theory. Freud adopted an original concept of the character to three levels of consciousness. Super-Ego and Ego that correlate with such levels as Consciousness and Foreconsciousness are normative and reasonable parts of human personality. Id – Unconscious level is the focus or center of psychoanalytic theory and contains desires and instincts and aspirations that guide and determine our behavior.

Human unconsciousness has a main driving force, which is behind our behavior, a warehouse for the forces we cannot see and control. Between these levels of consciousness lays the capacity of personal development and achievement of all potential. Person should become or be what is owned by the capacity of mental and physical, and this would be to the growth of its character. When study of medicine is connected with the urgent desire of majority to reach specific targets (in terms of reference which they wish to specialize them), then medicine is not a musical instrument, it is turned to became some fun, and such persons enjoy it for a period or for certain periods and tend to forget that medicine is the field of scientific reseach and is wide and deep as the sea and cannot be seen from near or from afar, but to go to trials and the development of research and deep study in order to get to the goal that any real scientist and physician wants. So if the human personality is a strong personality and aware of all evil and corrupted things familiar to many cultures, science and humanity are personally effective, productive and innovative in the field of medicine.

As Ibn Sina said the personality of doctor and philosopher has to be charismatic and moving up many people, it should be based on experience and intention to observe phenomenons of the world around, to collect the information and arrange it logically and then extract hidden laws and connections inside. These were rules of experimentation written in his book The Canon of Medicine in wich Ibn Sina was trying to unite his own views and philosophy of Plato and Aristotle. For physician philosophy means and includes the theory of personal self-rise to the greatest degree of perfection. The study of human personality is the way of research and get the valuable results and go into the conflict, diseases and treatments for large and small operations, to be self-risen up, smiled and occupy a prominent place in hearts and memories of others, to heal people.

Bioethical aspects of abortion

Amina Idrissa Ahmada
Kharkiv National Medical University

The further medicine develops the more extreme the possible good and evil can become. We all have a stake in what doctors do, and this means that we should all participate in the debate - not only over the advancing medical technology, but also over the proper responsibilities that they have.

Population control is, by definition, a utilitarian project aimed at locating the greatest amount of happiness for the greatest amount of people. The one-child policy of China is oriented toward answering the problem of overpopulation. It is an example of how logical consistency does not always provide for a sufficient moral argument. Abortion is just one example of how questions in the ontology of living beings (seemingly a purely academic area, far removed from practical concerns) can lie at the heart of deeply controversial moral and political questions. We can develop countless similar examples by undertaking some speculation about the ways in which technology may evolve in future years, decades, and centuries. It seems likely, for example, that at some point

in the future, bioethicists will have to deal with increasing ambiguity in the distinction between living beings and machines. Both artificial intelligence (through computer technology) and artificial multi-cellular life-forms (through biotechnology) will constitute ambiguous entities that seem to straddle the line between that which lives and that which is manufactured. The problem here is descriptive in addition to normative; in other words, the difficult we will have in deciding how we ought to treat intelligent software and synthetic organisms will stem ultimately from our inability to place them firmly in one category or another.

Bioethics and the future of human destiny

M.D Chancellor F. Nzenwa
Kharkiv National Medical University

When considering the matter of human destiny within the discipline of bioethics, a number of subthemes come into play through questions of human dignity and moral obligation. They call us to consider the nature of humanity in a pluralistic context, where there is no single expression of what it means to be human or agreement on ethical norms toward living the good life. In fact, there is no consensus on the meaning of the good. But at the most practical level, the future of human destiny finds its consideration through the marketplace of health care. Today, the future of human destiny is an issue addressed primarily by those with the financial resources available to improve their chances for a more optimal outcome when encountering the hurdles of nature.

For those whose mere existence is an ongoing concern, whose lives are severely inflicted by poverty and politico-cultural corruption, and with no hope to come out from under the oppression of evil dictators, disastrous economies, or even human trafficking, the last thing on the minds of these people is how to consume significant amounts of antioxidant rich supplements to improve their overall health. They aren't thinking about how to extend their lives by 10 or 20 years, living life to its ultimate potential. They just want to figure out how to have their 50th birthday with their families intact. In the realm of bioethics, there is a direct correlation between the future of human destiny and the wealth of those whose lives are directly impacted by the particulars of the topic

As science progresses and human capabilities expand exponentially, old moral paradigms become untenable, whereas scriptural, clerical, or cultural wisdom could once provide prescriptions for almost any ethical dilemma. The issues of today come with an inherent moral ambiguity that necessitates rigorous investigation. Nowhere is this truer than in medicine and the life sciences. In this paper, among other issues, I will attempt to sketch some of the moral problems that the future generations will need to confront in the areas of the biological and medical sciences. These problems are of two varieties: first, problems that are ultimately non-moral in nature; and second, problems that are ultimately moral, and do not derive from "descriptive" ambiguities. Put another way, ethical debate over the first variety of issue will be reducible to debate over non-normative ideas about how the world is structured or categorized; ethical debate over the second variety of issue will be purely normative. I will not make moral prescriptions or pronouncements about medical and biological practices here; instead, I will only seek to explore the territory of the debate and describe the sort of ethical problems that may emerge in the near future as human technology develops.

Although it cannot be denied that Bio-tech can hold in its folds a more prosperous future, but it also comes at a heavy price by sufferers who are unable to compete with this rapid development. It will provide a select populace with better nutritional edibles and medical facilities, while most will be left to lag behind. It will provide industries with employees who are well equipped, by prejudging their genetic information, but the rest will be forced to find their own means. It has the capability of providing its clientele with customized children. However, it will completely disrupt the natural order of the world, which the world has witnessed in the past has always resulted in travesty and devastation. What, then, is the connection between bioethics and the future of human destiny? If nothing else, we can at least say this: that it will be a future of uncertainty and ambiguity, of moral grey areas and widespread disagreement; that technology will continue to develop and that its impact on human lives will continue to deepen; and that the phenomena of the

future will quickly render obsolete the moral and ontological categories of the past. Continual adaptation to a changing moral environment is the fate of any civilization that wishes to endure. That adaptation can only occur through reasoning and rational debate; it is through the practice of philosophy, and bioethics in particular, that we meet our deliberative duties and thus seek to prepare ourselves for the future of our shared human destiny.

Philosophy of medicine as a brench of philosophy

Nawar Osamah Younus
Kharkiv National Medical University

The philosophy of medicine, cover the clinical encounter, questions of knowledge and certainty, guilt, aesthetics, the changing philosophies of medicine over the centuries, and some aspects of medical ethics. In addition, there is an interesting excursion into the healing arts in different cultures. Many of the topics that are discussed cover well-trodden ground-for example, the uniqueness of the patient/doctor relationship; communication skills; reductive and mechanistic approaches to sick people. While many more questions are raised than answers offered and at first glance doctors may not find much here that is new, the way the issues are presented in clinical settings should make this useful background material for courses in bioethics and communication skills.

However, the central question raised by Philosophy for Medicine is to what extent this field should assume a separate new discipline to be added to the rapidly expanding curriculum for medical students, directed at making them into more rounded and caring individuals. They will certainly not want yet another burden added to their work as doctors. In this context, they may feel that there is little new and even less that is helpful to them in at least some sections of Philosophy for Medicine. But this is not to say that there is no place for philosophy in the evolving field of medical practice.

Philosophy of medicine, narrowly defined as ontology and epistemology of medicine, is a well developed research field, yet education in this field is less well developed. There are, for instance, few acknowledged textbooks in philosophy of medicine, an honored exception being the classic introduction by Wulff, Pedersen, and Rosenberg. Although there are a few anthologies in this field. If one compares philosophy of medicine-that is, ontology and epistemology of medicine-to medical ethics, the lag of education in philosophy of medicine becomes particularly conspicuous, as there are many courses in medical ethics worldwide, but far fewer in philosophy of medicine. Even in contemporary innovative programs dedicated to the medical humanities, ontology and epistemology of medicine are less often allocated a course of their own than are medical ethics, history of medicine, literature and medicine, and other areas in medical humanities. Yet basic knowledge and skills in philosophy of medicine may be conducive to a reasoned, critical, and reflexive approach to medicine, which may improve medical practice. The venture described in this paper aimed to develop and implement an introductory course in philosophy of medicine dealing with ontology and epistemology of medicine (and excluding other domains of philosophy of medicine more broadly defined, such as phenomenology of medicine.

The social reasons of epidemic of cholera in the west africa

Otusile John Olabode
Kharkiv National Medical University

In January, 1991, epidemic cholera emerged in Nigeria and spread to 7 other countries of West Africa. Cholera was introduced 20 years ago to Africa, where it spread rapidly to 30 of the 46 countries of the region and by 1990 accounted for 90% of all cases reported to the World Health Organization. Many lessons from the cholera epidemic in Africa are relevant to efforts to control the disease in West African. Public health practices from the past-quarantine and cordon sanitaria to halt introduction of cholera by travelers, and vaccination and mass chemoprophylaxis to control epidemics - are ineffective in preventing spread of the disease. Cholera can be transmitted not only

by contaminated water but also by food. Social phenomena such as mass migrations and burial practices may play a greater role than previously understood. While efforts to prevent the spread of cholera have been ineffective, cholera-associated mortality can be decreased with rehydration therapy. Since the current pandemic is unlikely to retreat soon, new strategies are urgently needed to control the spread of cholera through sanitary and behavioral interventions or improved vaccines.

In endemic regions, cholera appears seasonally. As we now know, environmental, seasonal and climatic factors influence the populations of the larger host organism for cholera, the copepod. It peaks in abundance in spring and fall. Add in economic and social factors of poverty, poor sanitation, and unsafe drinking water, and we begin to see how this microorganism sets off the vast societal traumas of cholera pandemics.

In fact, cholera transmission is easily controlled by providing people with clean, uncontaminated water for drinking and bathing. Even at the most basic level, we have found that filtering water through several layers of sari cloth may be enough to prevent ingestion of infectious levels of V. cholera by removing the particulate matter, including the zooplankton-the copepods.

Categorizing of euthanasia

Tamara Ali
Kharkiv National Medical University

Euthanasia: comes from two Greek words meaning "good death." This issue is not about the right to commit suicide. Euthanasia is categorized in different ways:

Voluntary euthanasia: When the person who is killed gives consent to be killed.

Involuntary euthanasia: When the person who is killed is incapable of giving consent.

Non-voluntary euthanasia: when conducted where the consent of the patient is unavailable.

Assisted suicide: Someone provides an individual with the information, guidance, and means to take his or her own life. Voluntary, non-voluntary and involuntary euthanasia can all be further divided into passive or active variants.

Passive euthanasia: entails the withholding of common treatments, such as antibiotics, necessary for the continuance of life.

Active euthanasia: Active euthanasia entails the use of lethal substances or forces, such as administering a lethal injection, to kill and is the most controversial means.

The right to die debate is a contentious one. The arguments usually focus around the ethics and legalities of allowing people who are terminally ill to request and receive assisted dying. Often the biggest problems exist around who should decide if the euthanasia should be carried out, especially if the person in question is not in a fit state to make their own decision for reasons of illness or injury. Euthanasia is legal or partially legal in some countries, such as Switzerland, Belgium and the Netherlands. In practice, however, even in the countries where it is illegal, the law is often not enforced.

Religious attitudes towards the question of should people have the right to die vary. Islam and the Roman Catholic Church are very much against it, whereas Protestants and people who follow the Japanese Shinto religion tend to be more sympathetic to the idea of mercy killing.

Healing relationships and the existential philosophy

Zainulabdeen Salih Mahdi
Kharkiv National Medical University

The doctor-patient relationship is central to the practice of healthcare and is essential for the delivery of high-quality health care in the diagnosis and treatment of disease. The doctor-patient relationship forms one of the foundations of contemporary medical ethics. Most universities teach students from the beginning, even before they set foot in hospitals, to maintain a professional rapport with patients, uphold patients' dignity, and respect their privacy.

A patient must have confidence in the competence of their physician and must feel that they can confide in him or her. For most physicians, the establishment of good rapport with a patient is

important. Some medical specialties, such as psychiatry and family medicine, emphasize the physician-patient relationship more than others.

The quality of the patient-physician relationship is important to both parties. The better the relationship in terms of mutual respect, knowledge, trust, shared values and perspectives about disease and life, and time available, the better will be the amount and quality of information about the patient's disease transferred in both directions, enhancing accuracy of diagnosis and increasing the patient's knowledge about the disease. Where such a relationship is poor the physician's ability to make a full assessment is compromised and the patient is more likely to distrust the diagnosis and proposed treatment, causing decreased compliance to actually follow the medical advice. In these circumstances and also in cases where there is genuine divergence of medical opinions, a second opinion from another physician may be sought or the patient may choose to go to another physician. The healing philosophy: - the Healing means being cured when possible, reducing suffering when cure is not possible and finding meaning beyond the illness experience. We identified three essential processes that are necessary to create and sustain healing relationships: valuing, appreciating power and abiding. Valuing refers to the emotional bond that forms between clinician and patient, and is characterized by a non-judgmental stance, finding resonance between the clinician and the patient, and being fully present in the moment with the patient. Appreciating power is the recognition that the clinician-patient relationship is inherently asymmetrical, and that the clinician's task is to use that asymmetry for the patient's benefit. Abiding refers to the time dimension of the clinician-patient relationship and is characterized by personal continuity, the accumulation of caring actions, and a commitment not to abandon the patient.

Three processes lead to three relational outcomes: trust, hope, and a sense of being known. Trust consists of a willingness to be vulnerable, a feeling of being well taken care of, and of knowing that promises will be kept. Hope is the belief that some positive future beyond present suffering is possible. Being known is the accumulated sense that the clinician knows the patient as a person.

We also identified clinician competencies necessary for clinicians to participate in healing relationships: self-confidence, emotional self-management, mindfulness, and clinical knowledge. Self-confidence is the projection of confidence to the patient of the healer's ability to heal. Emotional Self-management is the ability of the clinician to be aware of her own emotional response to the patient's story, and to calibrate that response appropriately. Mindfulness in our model is the ability of the clinician to be aware simultaneously and in the moment of the effect of the relationship on both himself and the patient. Clinical Knowledge refers not only to the store of knowledge of empirical medicine, but also the ability to synthesize and tailor that knowledge for the benefit of the individual patient. For a graphic representation of the Healing Relationship Model.

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА 5
Перспективы в изучении антибактериальных свойств наночастиц 5
Алтаев М.А., Конь Е.В. 5
Загальні відомості про анатомію прямої кишки 5
Вітенок О.Я., Богданець В.І., Манюк О.М. 5
Особенности секреции половых гормонов у самок крыс при употреблении в питании генномодифицированной сои 6
Гольденберг М.В. 6
Измерение содержания интерлейкина 1β под влиянием рецепторного антагониста при ишемическом поражении головного мозга 6
Грибовод В.В., Острополец А.С. 6
Здатність до плівкоутворення ізолятів Proteus spp. під впливом електромагнітного випромінювання оптичного діапазону 7
Дубовик О.С., Мішин Ю.М., Аус.з.Абд.Аль 7
Імуногістохімічне дослідження сигморектального сегмента 8
Гораш Є.В., Молдован Ю.В., Біла А.В. 8
Изучение объема печени человека и его зависимость от антропометрических и морфометрических показателей. 8
Запорожец И.А., Кисель О.В., Горяинова Г.В. 8
Клеточные реакции очага карагиненового воспаления на фоне введения натрия нуклеината 9
Коваленко Л.И., Тверезовский В.М. 9
Морфофункциональное состояние отдаленных лимфоузлов при вторично хроническом воспалении 10
Кучерявченко М.А. 10
Варіант топографії яєчок і над'яєчок у плода 6 місяців 10
Куфтяк В.В., Тернавська А.В. 10
Лектиногістохімічне дослідження і ембріогенез привушної слинної залоз 11
Лаврів Л.П., Сарафінчан М.Ф., Пікулович Х.С. 11
Применение экстрактов тыквы и морской капусты для коррекции изменений окислительно-антиоксидантного гомеостаза головного мозга при гиподинамии 11
Лукьянова Е.М. 11
Комбінована дія озонованих розчинів олеїнової кислоти та тербінафіну на Candida albicans 12
Лупай О.В., Граматюк С.М. 12
Исследование социальных факторов роста антибиотикорезистентности микроорганизмов 12
Майорова М.В., Овсянников А.А., Конь Е.В., Сирица А.В. 12
Взаимосвязь секреции лептина и инсулина при сахарном диабете 2 типа 13
Малько Т.Г 13
Вариантная анатомия и индивидуальная изменчивость мозжечка человека 13
Молчанюк Д., Марьенко Н. 13
Особенности поведенческих реакций и метаболических процессов в головном мозге крыс, получавших тонизирующие напитки 15
Орлова М.А. 15
До термінології клубового сосочка 15
Проняєв Д.В., Дмитрук Д.С., Москалюк А.Г. 15
Антибактериальная активность тимьянового эфирного масла в комбинации с эфирными маслами из растений семейства Lamiaceae и Pinaceae в отношении Staphylococcus aureus 16
Скибина К.П., Конь Е.В. 16
Рідкісний варіант синтопії яєчково-над'яєчкових комплексів і товстої кишки у 6-місячного плода 16
Тернавська А.В., Куфтяк В.В., Попадюк Т.І., Слободян В.М. 16
Становлення стравохідно-шлункового антирефлюксного механізму 17

Товкач Ю.В., Соколов В.В., Поперечна В.В., Яворський А.В. 17
Морфометрическая характеристика почечных чашек подростков и юношей 18
Христенко Н.Е. 18
Експериментальне вивчення впливу НПЗЗ різної хімічної будови та їх композицій з кофеїном на орієнтовно-дослідницьку діяльність щурів в умовах формалінового набряку 19
Шамовцев В.С., Лук'янова Л.В., Бачинський Р.О., Краснікова Ю.М. 19
Анатомическая изменчивость вне- и внутрижелудочковой части гиппокампа 20
Шевцов А. А., Носко В.А. 20
Gender differences of human cerebellum macroanatomical indexes 20
Moltchanuk D. 20
ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА 21
Морфометрические особенности дефинитивной коры надпочечника новорожденных крысят вусловиях внутриутробной и постнатальной гипоксии 21
Андреев А.В. 21
Морфогенез під'язикової слинної залози у передплодів третього місяця ембріогенезу 22
Бернік Н.В. 22
Способ выявления катамнеза в случаях судебно-медицинской диагностики острой и хронической алкогольной интоксикации 22
Бондаренко В.В., *Сербиненко И.Ю. 22
Витоки кафедри судової медицини ХНМУ 23
Губін М.В., Демченко М.В., Адонина Н.О., Дмитренко П. 23
Судебно-медицинская диагностика случаев смертельных повреждений при падении тела с большой высоты в воду 24
Губин Н.В., Сокол В.К., Адонина Н.О., Питенько О.Э. 24
Ушкодження гортані при судово-медичному визначенні ступеня тяжкості тілесних у живих осіб 25
Губін М.В., Сокол В.К., Дубовий І.В. *, Демченко М.В. 25
Морфологические особенности легочной артерии мертворожденных от матерей с преэклампсией 26
Калужина О.В. 26
Топографоанатомічні особливості міхурово-сечівникового сегмента 27
Кашперук-Карпюк І.С., Прийдун О.І., Мервінська І.Л. 27
Порівняльна оцінка методів ізолювання доксазозину гідрофільними розчинниками з біологічного матеріалу 27
Ковальська О.В., Маміна О.О., Рибалка Л.І. 27
Характеристика судинного сплетення бічних шлуночків головного мозку людини 28
Колесник В.В., Олійник І.Ю. 28
Вибір оптимальних умов ідентифікації хлоропіраміну методом газо-рідинної хроматографії, придатних для судово-медичної експертизи 29
Лебедин А.М., Маміна О.О., Бондаренко Є.Л., Нікульшина Г.А. 29
Морфометрические показатели сердца плодов с асимметричным вариантом ЗВУР в сроке гестации 36-41 неделя 30
Мирошниченко М.С. 30
Влияние хронического стресса на морфологию надпочечников и тимуса крыс 31
Остропolец А.С. 31
Судово-цитологічні ознаки ушкоджень при пострілах з пневматичної гвинтівки CROSMAN 2100 CLASSIC 32
Плетенецька А.О., Бояріна Л.І. 32
Иммуногистохимические особенности некоторых компонентов гематотестикулярного барьера у плодов и новорожденных от матерей с преэклампсией 33
Потапов С.Н. 33

Морфологические параллели биопсий слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка при эрозивной форме гастроэзофагеальной рефлюксной болезни..... 34
Сакал В.В., Сурманидзе Р. А. 34
Перинатальна анатомія венозного русла яєчка..... 35
Скорейко П.М., Ошурко А.П., Алунгулес І.М. 35
Изменение цвета трупных пятен в зависимости от причин смерти..... 35
Старагина Л.А. 35
Топографоанатомічні особливості скронево-нижньощелепного суглоба наприкінці перинатального періоду 37
Столяр Д.Б., Дундюк С.І., Татарин У.Г. 37
Морфогістогенез суміжних із зачатком піднижньощелепної слинної залози структур у ранньому пренатальному онтогенезі..... 37
Табачнюк Н.В. 37
Морфометричні параметри печінки на початку плодового періоду..... 38
Черкавська А.О., Гримайло Н.А., Апетрой О.К., Гринчишина В.А. 38
Морфологические основы фибрилляции предсердий при хронической сердечной недостаточности..... 38
Шапкин А.С., Дмитренко П.С., Марковская Е.В. 38
ТЕРАПІЯ 40
Изменение показателей липидного спектра крови у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением..... 40
Андреева А.А. 40
Якість життя пацієнтів з органічною та функціональною патологією кишечника на тлі остеохондрозу хребта..... 40
Андруша А.Б. 40
Серцево-судинна патологія у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень..... 41
Архіпкіна О.Л. 41
Особенности клинического течения микоплазменной пневмонии..... 41
Бильченко А.А. 41
Клініко-функціональні аспекти силікозу у поєднанні з ішемічною хворобою серця..... 42
Братусь В.М. 42
Значення поліморфізму генів-індикаторів BCA T1 та FTO та їх вплив на перебіг артеріальної гіпертензії у поєднанні з ожирінням 42
Бутова Т.С., Кукушка О.В., Терешкін І.К. 42
Фармакоэкономическая оценка лечения больных в кардиологическом стационаре. 43
Введенская А.Е. 43
Показники кислотно – основного стану крові та кислотовидільної функції нирок у хворих на ХОЗЛ ІІІ ст. із нефропатією 43
Веремієнко О.В. 43
Варианты коррекции метаболических нарушений у пациентов с сахарным диабетом в сочетании с артериальной гипертензией..... 44
Внукова А.С., Суворов А.А. 44
Эффективность тромболизиса при остром инфаркте миокарда..... 45
Вороненко Е.С. 45
Роль адипонектину у розвитку атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію і ожиріння 45
Габісонія Т.Н. 45
Вплив шкідливих звичок на метаболічні розлади у пацієнтів з гіпертонічною хворобою.. 46
Гапонова О.Г. 46
Оценка влияния хобл на качество жизни пациентов. 46
Гетман Е.А., Каменир В.М., Калашник Д.Н. 46

Влияние I/D полиморфизма гена АПФ на эффективность терапии и некоторые морфологические параметры у больных гипертонической болезнью с ожирением..... 47
Гончарь А.В., Грязнова О.В., Молодан В.И..... 47
Адіпоцітокінемія та синдром інсулінорезистентності у гіпертензивних пацієнтів залежно від рівня лептину..... 47
Гопцій О.В. 47
Клініко – патогенетичні особливості хронічного пієлонефриту у хворих на цукровий діабет 2-го типу 48
Граніна О.В..... 48
Стан ліпідного обміну в залежності від поліморфізму генів PPARγ та AT1R у пацієнтів з гіпертонічною хворобою в поєднанні з цукровим діабетом II типу після антигіпретензивного лікування 48
Грязнова О. В., Гончар О. В., Молодан В.І. 48
Гипертоническая болезнь, резистентная к стандартной терапии 49
Гужва Н.Ю., Рожанская Е.А. 49
Молекулярні механізми прогресування хронічної хвороби нирок: гломерулонефриту..... 50
Данієлян А. 50
Ремоделювання міокарду у хворих на гіпертонічну хворобу в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень 51
Дєлєвська В.Ю. 51
Біомаркери запалення при ішемічній хворобі серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу..... 51
Дунаєва І.П. 51
Взаимосвязь кислотно-основного состояния крови и функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой 52
Ерёменко Г.В..... 52
Цитокінова ланка імунітету у пацієнтів з поєднаним перебігом хозл і хронічного панкреатиту.... 52
Железнякова Н.М. 52
Лечение больных с коморбидной патологией: неакогольной жировой болезнью печени и сахарным диабетом 2 типа..... 53
Журавлёва А.К. 53
Влияние сахарного диабета 2 типа на течение, частоту развития осложнений и прогноз больных с острым инфарктом миокарда..... 53
Заикина Т.С. 53
Жирнокислотний склад ліпідів сироватки крові хворих з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ) 54
Зайцев П.В. 54
Изменения уровня фактора некроза опухоли-α у больных хронической сердечной недостаточности при лечении лизиноприлом..... 54
Залюбовская Е.И. 54
Клинико-психологические факторы нарушения психологического статуса и качества жизни больных сахарным диабетом..... 55
Заозерская Н.В., Завадская Л. 55
Значення інсулінорезистентності та гормонів жирової тканини в патогенезі артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет 2 типу..... 56
Кадикова О.І. 56
Нарушение остеогенеза как системное проявление хронического обструктивного заболевания легких 56
Каменир В.М., Калашник Д.Н., Гетман Е.А. 56
Клинические особенности хронического бронхита и хронического обструктивного заболевания легких у рабочих машиностроения различных профессиональных групп..... 57
Калмыков А.А., Черняков П.А. 57

Порушення метаболізму кальцію у хворих на хронічний безкам'яний холециститом, що перебігає на тлі метаболічного синдрому 57
Карая О.В. 57
Гиполипедемическая терапия у больных с коморбидным течением хронического холецистита и ожирения 58
Карташова Е.Н. 58
Кардиопротективная эффективность телмисартана у больных с гипертонической болезнью и ожирением 59
Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н. 59
Значение нарушений липидного обмена в дестабилизации ишемической болезни сердца ассоциированной с ожирением 60
Ковалева Ю.А. 60
Реалізація ефектів лікування хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця із цукровим діабетом 2 типу 60
Кравчун П.П., Голубовська О.С. 60
Оксидативний стрес при гострій серцевій недостатності 61
Кравчун П.П., Табаченко О.С. 61
Дисфункція ендотелію у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця 61
Крапівко С.О., Дунаєва І.П., Перекатій К.О. 61
Опыт ведения взрослого пациент с болезнью Брутона 62
Кренев С.В., Борисенко А.Н. 62
Эффективность лечения комбинацией аторвастатин+небиволол+кардиомагнил и ловастатина с разными типами дислипопротеинемии у больных ИБС 63
Котелюх М.Ю. 63
Эффективность обучения в астма-школе и влияние образовательных программ на качество жизни у больных бронхиальной астмой 63
Кочубей С.Д. 63
Гіпертонічна хвороба і коморбідність 64
Кукушка О.В., Молодан Д.В., Бутова Т.С., Терешкін І.К. 64
Сучасні підходи до корекції анемії в хворих, що отримують замісну ниркову терапію 64
Лісова Г.В. 64
Варіанти корекції резидуального ризику у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу 65
Лопіна Н.А. 65
Опыт эрадикации Helicobacter pylori в полости рта при лечении пациентов с хеликобактер-ассоциированной патологией 66
Маслов Д.В. *, Маслова Е.П. *, Полищук В.Т. ** 66
Функциональное состояние почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью 66
Михайлова Ю.А. 66
Взаємозвязок безсимптомної гіперурикемії з функціональним станом ендотелію у хворих на артеріальну гіпертензію з абдомінальним ожирінням 67
Молодан Д.В. 67
Прозапальні цитокіни при поєднанні хронічного панкреатиту з хронічним необструктивним бронхітом 67
Моргуліс М.В. 67
Фитопрепараты в комплексном лечении больных на ранних стадиях диабетической нефропатии 68
Никулочкина А.И., Овчаренко Л.А. 68
Бронхиальная астма и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. 68
Овчаренко Л.А. 68

Повышение эффективности лечения больных с остеоартрозом с помощью фототерапии 69
Олейник М.А. 69
Гіперурікемія і дисліпідемія у хворих з ожирінням та хронічною серцевою недостатністю 70
Ольховський Д.В., Наріжна А.В. 70
Сочетанные патологии органов пищеварения, гепатобилиарной системы и эпизодов крапивницы, как проявление псевдоаллергической реакции 71
Пальваль А.И. 71
Механизмы реализации ожирения у больных с бронхиатольной астмой 71
Пасиешвили Т.М. 71
Уровень трансформирующего фактора роста-β1 в динамике комбнированной антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа 72
Першина Е.С., Старченко Т.Г 72
Персоніфікація терапевтичних схем лікування хворих на гастропатії з соматоформними порушеннями 72
Пивоваров О.В 72
Використання препаратів омепразолу у пацієнтів з фарингеальними проявами гастроезофагеальної рефлюксної хвороби 73
Просоленко К.О.[1], Люта Є.А.[1], Шалімова А.С.[2] 73
Реалізація остеопорозу у хворих на хронічний безкам'яний холецистит й гіпертонічну хворобу 73
Резуненко О.В. 73
Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет —гиполипидемическая терапия. 74
Руденко М.И. 74
Провоспалительное цитокиновое звено в развитии анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек 75
Рындина Н.Г., Суворов А.А. 75
Зустрічаємість анемічного синдрому внаслідок хронічної серцевої недостатності 75
Ринчак П.І., Граматюк А.М. 75
Влияние инфекционных факторов на развитие атеросклероза. 76
Семенюк Е.А. 76
Взаємозв'язок мікроальбумінурії та артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу 77
Ситіна І.В., Мамонтова А.В. 77
Плазменные маркеры воспаления у больных с сахарным диабетом 2 типа и повышенной массой тела 77
Сокольникова Н.В. 77
Активність еритропоетина у хворих з анемією на фоні хронічної серцевої недостатності. 78
Суворов А.О. 78
Роль порушень нейроендокринної регуляції у хворих вібраційною хворобою у поєднанні з артеріальною гіпертензією 78
Сухонос Н.К. 78
Вікові особливості ремоделювання міокарда у хворих на цукровий діабет 2 типу 79
Тельнова С.М. 79
Распространенность аритмий среди больных с ИБС 80
Теренько Н.С., Супрун А.С. 80
Рівні апеліну у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ожирінням 81
Терешкін К.І., Бутова Т.С., Кукушка О.В. 81
Особенности лечения больных хронической сердечной недостаточностью с коморбидной патологией пожилого и старческого возраста 81
Титова А.Ю. 81

Особливості ремоделювання серця у хворих на хронічну серцеву недостатність з метаболічним синдромом 82
Трифонова Н.С., Борзова – Коссе С.І. 82
Функціональний стан щитоподібної залози у хворих на вузловий нетоксичний зоб у післяопераційному періоді 82
Хазієв О.В., Омельченко А.В. 82
Клініко-ендоскопічні особливості гастроезофагеальної рефлюксної хворобі при поєднанні її з цукровим діабетом 2 типу 83
Фролова-Романюк Е.Ю. 83
Распространенность аллергических заболеваний среди студентов медицинского университета 84
Цикалова И.Ю. 84
Влияние окислительного стресса на течение хронического панкреатита. 84
Чаговец С.А., Супрун А.С., Шарлай Е. Ю. 84
Сравнительная оценка качества жизни больных бронхиальной астмой и сахарным диабетом с помощью международного опросника SF -36 85
Чернякова А.Е. 85
Особливості лабораторного і гемодинамічного статусу при хронічній серцевій недостатності на тлі предіалізної хронічної хвороби нирок 86
Шалімова А.С., Кочуєва М.М., Просоленко К.О.* 86
Особенности лечения фибрилляции предсердий у больных с метаболическим синдромом 87
Шарлай Е.Ю., Супрун А.С., Чаговец С.А. 87
Показатели уровня резистина у гипертоников на фоне ожирения 88
Школьник В.В., Немцова В.Д. 88
Дисфункція ендотелію і можливості її терапевтичної корекції при хронічному обструктивному захворюванні легенів у поєднанні з артеріальною гіпертензією 88
Яременко В.В. 88
Risk factors in development of rheumatoid arthritis. 89
Lavrov P.D. 89
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ 90
Анализ результатов хирургического лечения больных с травмой селезенки. 90
Акименко А.В.; Евтушенко Д.В.; Петюнин П.А. 90
Индивидуализация хирургического лечения декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности 90
Бабыкина И.Б., Шарлай Е.Ю., Вьюн С.В. 90
Спосіб невідкладного консервативного гемостазу та зупинки кровотечі у хворих з гострою шлунково-кишковою кровотечею з верхніх та нижніх відділів шлунково-кишкового такту 91
Білецька М.О., Долженко М.О., Білецький О.В. 91
Особливості анестезіологічного забезпечення при стоматологічних втручаннях у осіб з сомато – неврологічним анамнезом 92
Бітчук М.Д., Дубівська С.С. 92
Деякі показники ефективності лікування псевдо кіст підшлункової залози 93
Бобро В.В. 93
Диференціально-діагностичний підхід до аналізу стану адаптаційних можливостей організму у геронтологічних хворих з політравмою 93
Волкова Ю.В. 93
Вплив гіпоксичних тренувань на адаптаційні можливості організму в умовах кисневого голодування 94
[1]Волкова Ю.В., [2]Кийко А.С. 94
Оптимізація хірургічного лікування ран ри гнійних захворюваннях кисті 95
Ворощук Р.С., Фомінов А.О., Чаговець С.О., Потіхенська Х., Герасимова О.М. 95

Сонографічні критерії у виборі тактики хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу ... 96
Ворощук Р.С., Фомінов А.О., Хомич О.С., Хомич С.С., Амаш А.Г. ... 96
Фотодинамическая терапия в лечении рецидивного колибациллярного цистита ... 97
Гарагатый А.И. ... 97
Перспективные направления в диагностике и лечении гнойных заболеваний плевры ... 97
Гони С.-А. Т. ... 97
Методы прогнозирования осложненного течения флегмоны шеи ... 98
Гони С.-К.Т. ... 98
Качество жизни больных, оперированных по поводу осложненных форм хронического панкреатита ... 99
Гончарова Н.Н., Дроздова А.Г ... 99
Сучасні методи імплантації селезінкової тканини ... 100
Гринчук А.М., Шевчук О.А ... 100
Комплексна терапія гострих лобітів у дітей ... 101
Давиденко Н.В ... 101
Диференційований підхід до стану післяопераційного знеболення у геронтологічних хворих з політравмою ... 101
Долженко М.О. ... 101
Лікування хворих з вперше виявленим поширеним раком простати за допомогою комбінованої хіміо-гормональної терапії ... 102
Дубініна Г.М ... 102
Качество жизни больных после хирургического лечения механической желтухи в отдаленные сроки в зависимости от метода оперативного лечения. ... 103
Евтушенко Д.В., Котовщиков М.С. ... 103
Актуальні питання хірургічного лікування спайкової хвороби очеревини ... 104
Євтушенко Д.О., В'юн С.В., Грічана О.М. ... 104
Современная хирургическая тактика у больных с закрытой травмой грудной клетки с флотирующими переломами ребер ... 104
Исаев М.В ... 104
Современные аспекты лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей. ... 105
Касьянов Б.В. ... 105
Влияние метода контрацепции на эректильную функцию мужчин ... 106
Книгавко А.В, Андросюк А.А. ... 106
Роль условно-патогенных возбудителей в формировании экскреторно-токсического бесплодия ... 106
Книгавко А.В., Левченко Д.А. ... 106
Роль варикоцеле в экскреторно-токсической форме бесплодия ... 107
Книгавко А.В., Левченко Д.А. ... 107
Нарушения липидного обмена у больных остеоартрозом ... 108
Корж И.В. ... 108
Морфологические изменения в паренхиматозных органах, брюшине, тонком и толстом кишечнике в динамике острого серозного перитонита ... 108
Копылов Н.А., Ткачёв С.Н. ... 108
Діагностика ургентних станів у хворих із патологією легенів ... 109
Лопатенко Д.Э. ... 109
Выбор оперативной тактики холецистэктомии у больных с профессиональной патологией органов дыхания ... 110
Мельников В.В. ... 110
Внутрішньотканинний електрофорез препаратів α-ліпоєвої кислоти в передопераційній підготовці хворих на синдром діабетичної стопи ... 110
Москалюк О.П. ... 110

Дослідження клінічної ефективності нового способу пластики пахвинних гриж 111
Москалюк О.П. 111
Прогнозування ризику тромбозу судинних протезів за рівнями ендогліну у хворих, які перенесли реконструктивні операції артерій нижніх кінцівок 112
М'ясоєдов К.В. 112
Діагностична цінність деяких показників запалення у дітей, які перенесли асфіксію при народженні 113
[1]Овчаренко С.С., [1]Білогуров С.М., [1]Данилова К.А., [2]Шевченко О.В. 113
Рациональные подходы к лечению застарелых повреждений таза в родах 113
Олейник А.А., Истомин Д.А., Битчук Д.Д., Танькут А.В., Ракзин Р.С. 113
Экспериментальное обоснование эффективности применения карбоксиметилцеллюлозы для профилактики патологического спайкообразования в зоне кишечного анастомоза ... 114
Пащенко К. Ю., Кирошка Е. В. 114
Особенности течения синдрома эндогенной интоксикации у детей с аппендикулярным перитонитом. 115
Пушкарь М.Б., Колоний Т.И., Гурина И.В., Главатских Д.М. 115
Индивидуализированный прогноз течения тяжелой формы острого панкреатита 116
Робак В.И., Евтушенко А.В., Акименко А.В. 116
Роль методик малой хирургии в лечении больных с острой неспецифической эмпиемой плевры 116
Симонец Е.Н. 116
Современные научные подходы в комплексном лечении ранних стадий остеоартрозов 117
Танькут А.В., Истомин Д.А., Олейник А.А. 117
Риск развития несостоятельности культи бронха при резекции легкого 117
Токарев А.В., Смоляник К.Н., Минухин Д.В., Бачерикова Ю.А. 117
Индивидуализация хирургического лечения декомпенсированых форм хронической венозной недостаточности 118
Шарлай Е.Ю., Бабынкина И.Б., Вьюн С.В. 118
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ 120
Вікові та соціальні особливості вагітних з прееклампсією 120
Алєксєєва Ю.В., Новокшонова А.А. 120
Профілактика та лікування невиношування вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення 121
Антонян М.І., Гузь І.А., Грищенко М.Г., Щербіна І.М. 121
ВИЧ и беременность 122
Богдан Ю.А., Семенченко Л.А. 122
Проблема невиношування вагітності, шляхи її вирішення 122
Бородай І.С. 122
Сучасні особливості діагностичного підходу до ведення дівчат з пубертатними матковими кровотечами 123
Гиленко Ж.О. 123
Особливості імунної системи у жінок з синдром слабкої відповіді яєчників. шляхи корекції 124
Гузь І.А., Романенко А.О., Логінова О.О., Матюк Т.Б. 124
Бесплодие в Украине. Пути решения проблемы 124
Гузь И.А., Градиль О.Г. 124
Современные методы лечения эндометриоза 125
Дацко И.В. 125
Особливості кровотоку у вагітних з прееклампсією 126
Джурабоєва Ф. Ш. 126
Дисліпідемії при пубертатних маткових кровотечах 127
Диннік О.О. 127
Современные диагностические аспекты синдрома дисменореи в пубертате 128

Добровольская Л.А., Салогуб С.Д. 128
Использование медицинского озона в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки 129
Капустник Н.В. 129
Значення імунологічного стану при підготовці до екстракорпорального запліднення жінок з хронічним сальпінгоофоритом 130
Коновал А.О. 130
Эндокринные изменения у женщин с бесплодием на фоне галактореи 131
Кошелева Я.Ю. 131
Хронические воспалительные заболевания органов малого таза как причина формирования аутоиммунного оофорита 131
Кузьмина О.А. 131
Діагностична та лікувальна тактика у пацієнток з патологією ендометрію в період перименопаузи 132
Курічова Н.Ю., Главатських А.В. 132
Инфекционный фактор в этиопатогенезе неразвивающейся беременности 133
Маракушина Е.А., Юркова О.В. 133
Экстремальная криотерапия в контексте лечения пациентов с дисфункциональными маточными кровотечениями 134
Нагута Л.А. 134
Влияние озонотерапии на организм матери и плода при перенашивании беременности 135
Пятикоп-Черняева О.В. 135
Особенности течения воспалительных процессов обусловленных возбудителями TORCH-комплекса 136
Салтовский А.В., Чимандрин Д.И. 136
Иммунологические аспекты в патогенезе аденомиоза 136
Селиванов А.А. 136
Некоторые особенности постгистерэктомического синдрома и пути его коррекции 137
Скорбач Е.И. 137
Современные аспекты диагностики и лечения рецидивирующих доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста 138
Таравнех Д.Ш. 138
Изменения гормонального статуса у девочек-подростков с воспалительными заболеваниями гениталий 139
Тысячка Г.М. 139
Использование функциональных проб для уточнения генеза нарушения менструальной функции 140
Феськов В.А. 140
Современные методы ведения родов 141
Чучупалова Т.А. 141
Прогностическое значение эндотелиальной дисфункции в развитии аномалий родовой деятельности 142
Щедров А.А. 142
ПЕДІАТРІЯ 143
Дослідження рівня гаптоглобіну сироватки крові при гломерулонефриті та пієлонефриті у дітей 143
Головачова В.О., Гужва Н.Ю., Мокринська О.О. 143
Структурно-функціональні зміни в нирках на фоні аномалії розвитку органів сечовидільної системи у дітей. 143
Дриль І.С., Кисельова Т.С. 143
Особенности профилактики и лечения ОРВИ у студентов-медиков 144
Емец Т.В., Явдак А.А. 144

Особливості перебігу хвороб органів дихання у дітей раннього віку з соціопатичних сімей 144
Кононенко О.В., Ніколаєва С.О., Ніколаєва Л.О. 144
Особенности пищевой сенсибилизации у детей с аллергическими заболеваниями в Харьковском регионе 145
Карпушенко Ю.В., Кренев С.В., Кравченко Е.С. 145
Характеристика микробиоценоза трахеобронхиального дерева у новорожденных с пневмонией 146
Криворотько Д.Н., Бендзар О. В. 146
УЗИ в диагностики реактивных артропатий у детей 147
Кривошей А.В. 147
Антибактериальная терапия неосложнённых и осложнённых внебольничных пневмоний 148
Лапина О.А., Козырь О.В. 148
Особливості імунного статусу у дітей з гострими бронхітами 149
Лупальцова О.С. 149
Особливості перебігу гемолітичних анемій у дітей 149
Потихенська Х.А. 149
Дифференциальная диагностика затяжных желтух инфекционного и неифекционного генеза у детей раннего возраста 150
Пугачева Е.А. 150
Состояние сердечно-сосудистой системы по данным популяционного исследования школьников Харьковского региона 151
Санина И.А., Оникиенко А.Л. 151
Порушення ренальної гемодинаміки у дітей із цукровим діабетом і нормоальбумінурією 151
Цимбал В.М. 151
Клиническое наблюдение ребенка с врожденной гиперплазией коры надпочечниковых желез 152
Хоценко А.А., Ащеулов А.М., Хорошун Д.А. 152
Особенности взаимосвязей воспалительных и печеночных показателей у детей с реактивными артритами с сопутствующей герпетической инфекцией 153
Яновская Е.А. 153
МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА 155
Частота компаундов полиморфных локусов генов интерлейкина-4 и цитохрома Р-450 у пробандов с атопическим дерматитом 155
Безродная А.И. [1,2], Овсянников А.А. [1] 155
SNP-мутации генов интерлейкина-4 и цитохрома Р-450 у пробандов с разными формами атопического дерматита 155
Безродная А.И. [1,2], Плехова О.А. [1] 155
Диагностика дефицита 2-кетоглутаратдигидрогеназы 156
Забелина А.А. [2], Канюка М.В. [2], Фадеева А.Л. [1,2], Гречанина Ю.Б. [1,2] 156
Исследование органических кислот мочи в диагностике нарушений обмена веществ при задержке психомоторного и речевого развития 157
Майорова М.В. [1], Скибина К.П. [1], Носко В.А. [1], Фадеева А.Л. [2] 157
Изучение изменения уровня отдельных фракций гликозаминогликанов в моче методом тонкослойной хроматографии 158
Мищенко Т.А., Канюка М.В., Кладченко Т.В. 158
Исследование органических кислот мочи методом газовой хроматографии / масс-спектрометрии в диагностике нарушений энергетического обмена 159
Фадеева А.Л., Гречанина Ю.Б. 159
ФАРМАКОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ 161
Морфологические изменения кожи при лечении экспериментального ожога синтетическим ингибитором матричных металлопротеиназ доксициклином 161
Александрова А.В. 161

Нейрогормональні та метаболічні показники запалення слизової оболонки порожнини рота у щурів при іммобілізації ... 162
Кальчук Р.О. ... 162
Персоналізована медицина ... 162
Мар'єнко Н. ... 162
Профессор Гордеенко – фармаколог и гражданин (к 200-летию со дня рождения) ... 163
Соляник Ю.В., Бильченко А.А. ... 163
Минеральные воды в современной клинической медицине ... 163
Харасик А.В., Азимова А.О., Палагина А.А. ... 163
Применение гепатопротекторов – путь к улучшению качества жизни. ... 164
Христенко Н.Е. ... 164
Успехи нанофармакологии в мире и в Украине ... 165
Черных В.В. ... 165
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ ... 167
Можливість неінвазивної діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С ... 167
Анциферова Н.В., Соломенник Г.О., Копійченко Я.І., Сохань А.В. ... 167
Динаміка імунологічних показників у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень на фоні стандартної антимікобактеріальної терапії ... 168
Бутов Д.О. ... 168
Ефективність застосування кверцетина з полівінілпіролідоном у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень ... 168
Бутов Д.О., Соколов Є.І., Краснонога О.В. ... 168
Клинико-патоморфологические проявления ВИЧ-инфекции, протекающей с поражением ЦНС вирусом Эпштейн-Барра ... 169
Гаврилов А.В., Загороднева О.В., Винокурова О.Н., Пахардин Майтишин ... 169
Механізми формування несприятливого перебігу шигельозу у дітей ... 170
Жаркова Т.С., Жаркова К.С. ... 170
Этиопатогенетические факторы возникновения болезней соединительной ткани ... 170
Елисеев Р.Н. ... 170
Стратегія і тактика протиепідемічної боротьби з грипом у США ... 171
Ісаєва Г.О., Ромуз Н.А., Кисільова Т.С., Чуфістова М.Е. ... 171
Диагностические критерии септического варианта кишечного иерсиниоза ... 172
Калиниченко А.О., Резник М.А., Ткаченко В.Г. ... 172
Показники імунітету у дітей з синдромом крупу ... 172
Кірсанова Т.О., Пугачова К.А. ... 172
Гепатит С: пути и факторы передачи ... 173
Коваленко О.С., Кошелева Я.Ю. ... 173
Корекція порушень мікробіоценозу кишок у хворих на парентеральні гепатити ... 173
Копійченко Я.І., Сохань А.В., Ісаєва Г.О., Анциферова Н.В. ... 173
Клініко-патогенетична характеристика хламідійних та бактеріальних пневмоній у дітей ... 174
Кучеренко О.О. ... 174
Перекисное окисление липидов у больных псориазом и комплексная терапия выявленых нарушений ... 175
Леонов А.В. ... 175
Организация эпидемиологического надзора за гриппом в Соединенных штатах Америки ... 176
Лютая Е.А. ... 176
Современные методы лечения алопеции ... 177
Махмудов А.Г., Береговая А.А. ... 177
Проблемы безопасности вакцинопрофилактики туберкулеза в Харьковской области ... 178
Медведев А.С., Максуль Т.Е., Сухорукова М.Ф. ... 178
Оптимізація лікування ангін у дітей на сучасному етапі ... 178
Ольховський Є.С., Кравець О.А. ... 178

Діагностика латентної печінкової енцефалопатії у хворих на хронічні дифузні вірусні захворювання печінки 179
Соколова Т.М., Шамка О.С., Бондар О.Є., Соломенник Г.О. 179
Досвід використання специфічних імуноглобулінів людини при лікуванні хворих на герпетичні менінгоенцефаліти 179
Сохань А.В., Копійченко Я.І., Анциферова Н.В., Лютая Є.А. 179
Стан показників неспецифічної резистентності у хворих на хронічний гепатит С 180
Столярова О.К., Соломенник Г.О., Могиленець О.І., Винокурова О.М. 180
Спалах ротавірусної інфекції у дитячому дошкільному закладі 180
Тверезовський В.М. 180
Патогенетические особенности формирования клинической картины эшерихиоза у детей, инфицированных H. Pylori 181
Ткаченко С.О., Зимина М.С. 181
Значение определения содержания альфа-2-макроглобулина в сыворотке крови у больных хроническим гепатитом С 181
Усикова Е.В., Юрко К.В., Соломенник А.О., Бондарь А.Е. 181
Эссенциальные жирные кислоты у больных при остром гепатите В и его последствиях. 182
Фирсик Т.Н.., Винокурова О.Н.., Соломенник А.О. 182
Токсичні ураження печінки: стан проблеми, сучасні методи оптимізації лікування у фтизіатрії 183
Чопорова О.І., Елісєєв Р.Н. 183
Эффективность лечения туберкулеза на фоне сахарного диабета 183
Швец О.Н. 183
Біохімічні прояви ураження печінки у хворих на інфекційний мононуклеоз 184
Шептор І.С., Могиленець О.І., Соломенник Г.О., Юрко К.В. 184
Оценка эффективности терапии гепатита с у ВИЧ-инфицированных пациентов 184
Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г., Краснов М.И. 184
Використання біологічного методу дослідження для виявлення та ідентифікації анаплазм і ерліхій 185
Юрко К.В., Гвоздецька М.Г., Соломенник Г.О., Могиленець О.І. 185
НЕЙРОНАУКИ 186
Систематизация социально – психологических факторов риска развития депрессивного расстройства у студентов ВУЗов 186
Вашките И.Д. 186
Немедикаментозные методы лечения эпизодической головной боли напряжения 186
Введенская А.Е. 186
Использование методик интервенционной нейрорадиологии в современной нейрохирургической практике 187
Вороненко К.Ю., Кравцова А.В., Набойченко А.Г., Пшеничный А.А. 187
Определение концентрации цитокинов FNO-α и IL-4 сыворотки крови больных в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта 188
Гелетка А.А. 188
Зависимость от азартных игр – одна из актуальных проблем современной психиатрии и наркологии 189
Головина Ю.А., Неменущая Е.И. 189
Невролого-ортопедические аспекты синдрома Элерса-Данлоса на клиническом примере. 189
Гужва Н.Ю. 189
Психічні розлади у хворих у гострому періоді мозкового інсульту 190
Завгородня Н.І. 190
Специфика адаптационного синдрома у студентов медиков 191
Зеленская Е.А. 191

Эффективность лечения положением в ранний восстановительный период после ишемического инсульта 191
Коба С.С. 191
Особенностей формирования депрессивных расстройства у заключенных женщин молодого возраста 192
Кольцова Г.Г. 192
Оценка качества жизни женщин, больных параноидной шизофренией на фоне абдоминального ожирения 193
Коровина Л.Д. 193
Влияние арт-терапии на уровень социального функционирования больных шизофренией 194
Костоусов А.А. 194
Совеременные подходы к реабилитации больных шизофренией 194
Крылевская С.И. 194
Современные представления о нейропластичности головного мозга при черепно-мозговой травме лёгкой степени тяжести и ее последствиях 195
Куфтерина Н.С., Мовсесян А.Т. 195
Афективні розлади внаслідок вживання психостимуляторів у осіб молодого віку 196
Литивинено В.В. 196
Эффективность ламотриджина для профилактики шизоаффективных расстройств 197
Мустафаева А.К. 197
Изучение вариабельности сердечного ритма у больных с синдромом позвоночной артерии 198
Некрасова Н.А. 198
Ипотерапия с системе реабилитации детей больных аутизмом 198
Панкова Е.А. 198
Характеристика синдрома «Алисы в стране чудес» на клиническом примере 199
Пилоян А.Ж., Хохлов М. А. 199
Варианты клинической динамики социальной фобии у подростков с различными рисковыми донозологическими паттернами употребления психоактивных веществ 200
Пономарева В.В. 200
Изменение поведения ребенка, как признак боли на примере гипертензионно-гидроцефалического синдрома. 200
Потихенская К. 200
Вивчення психоемоційного стану студентів-випускників 201
Провозін О.С., Кравецька Г.С., Григор'єва А.В. 201
Депрессивные и тревожно-фобические расстройства у больных раком молочной железы на разных стадиях заболевания. 202
Романюк Е.Н. 202
Состояние вегетативной нервной системы у студентов ХНМУ 202
Руденко М.И., Кравцова Т.В., Тесленко О.А. 202
Когнитивные расстройства у больных с дисциркуляторной атеросклеротической энцефалопатией 203
Семенчук Е.В, Семенчук Е.В. 203
Мигрень как фактор риска церебральной ишемии 204
Сторожук Н. Ю., Некрасова Н.А. 204
Влияние мультфильмов на детскую психику 205
Сторожук Н.Ю., Кручка А.В. 205
Психообразование как неотьемлемая часть оказания психиатрической помощи 205
Сухоиванова Е.И., Кришталь В.Е., Резуненко О.Ю. 205
Комплексный подход к ранней диагностике неврологической патологии у девушек в периоде полового созревания 207
Тучкина М.Ю. 207

Применение арт-терапии в качестве психотерапии у больных с депрессивным расстройством 207
Хмаин С.Х. 207
Клиническая структура депрессивных расстройств у больных эпилепсией в интериктальном периоде и их коррекция 208
Хомякова А.С. 208
Сравнительная характеристика клинической картины рассеянного склероза в до- и послеродовый периоды 209
Янова Е.О., Резниченко Е.К. 209
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ 210
Особенности макулы у больных с лёгкой степенью тяжести первичного гипотиреоза 210
Бабак Ю.А. 210
Современные методы диагностики возрастной макулярной дегенерации 211
Гулида А.О. 211
Особенности заживления роговичного разреза после непроникающей глубокой склерэктомии у пациентов с глаукомой и диабетической полинейропатией 212
Заволока О.В., Смикуржевский В.В. 212
Конъюнктивальная иммобилизация аутологичных клеток лимба в лечении стромальных метагерпетических кератитов 212
Елисеев Р.Н., Омарова Т.Ф. 212
Применение ингибиторов тирозинкиназы при ВМД. Теоритическое обоснование. 213
Маляр Л.В. 213
Интравитреальное введение триамцинолона у пациентов с диабетической макулопатией 214
Олейник Ю.В. 214
Взаимосвязь изменений средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, их толщины в нижнем квадранте и толщины слоя нервных волокон в секторе 19/17часов с изменениями поля зрения у пациентов, получавших L-аргинин 215
Панченко Е.Н., Федощенко П.А. 215
Частота и сроки истончения слоя перипапиллярных нервных волокон у больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва 216
Самофалова М.Н., Омельченко А.В., Локоткова О.А. 216
Клинико-теоретическое обоснование применения ортокератологии в профилактике прогрессирования осевой миопии 216
Столярова Е.К. 216
О прямой зависимости внутриглазного и артериального давления в течении суток 217
Шилкина Д.И. 217
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА 219
Психофизиология и психогигиена труда банковских работников 219
Буряковский Е.Э 219
Факторы риска развития депрессивных расстройств органического генеза 219
Галичева А.С., Марковская В.Н. 219
Медико-социальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний 220
Гужва Н.Ю., Чумак Л.И. 220
Вклад первых профессоров Харьковского императорского университета в профилактику болезней и улучшение экологической обстановки в Харькове 221
Дубинин С.А 221
Порівняльна характеристика психофізіологічних особливостей студентів-медиків, які займаються в секціях спортивного вдосконалення та за традиційною системою фізичного виховання 222
Коробчанський П.О., Єлісєєв Р.М., Вергелес А.І. 222
Гігієнічна оцінка умов перебування недоношених новонароджених в умовах відділення інтенсивної терапії 222

Семенова Н.В. 222
Оцінка стану здоров'я студентів вищих медичних навчальних закладів 223
Христенко Н.Є., Резніченко О.Г. 223
Проблеми самолікування серед студентської молоді 223
Цвєткова А.О., Чумак Л.І. 223
Методика Меззича в практической оценке качества жизни 224
Шапаренко А.В. 224
СТОМАТОЛОГІЯ 226
Оптимизация исследования оптических характеристик стоматологических материалов, с учетом соблюдения геометрии образцов 226
Анисимова О.О., Гонтарева И.С. 226
Анализ частоты местных осложнений после операции удаления зуба 226
Бобровская Н.П. 226
Сравнительное исследование прочности корней зубов после пломбирования каналов методом термопластифицированной и холодной гуттаперчи 227
Василенко О.Н. 227
Вплив лецитин-кальцієвої добавки на кислотно-лужний стан ротової рідини у осіб молодого віку з високою інтенсивністю карієсу 228
Волкова О.С. 228
Использование неодимового лазера при лечении доброкачественных новообразований полости рта 229
Волковицкая Т.А. 229
Вплив комплексного застосування препаратів магнію на мінералізуючу складову ротової рідини у пацієнтів з високим рівнем інтенсивності карієсу зубів 229
Гладка О.М. 229
Местная термометрия и планиметрия гнойной раны как оценка этапов регенерации 230
Грецких Е.В. 230
Сосудисто-рефлекторные реакции центрального генеза как критерий осложненного течения повреждений лицевого черепа 231
Григоров С.Н. 231
Разнообразие клинико-рентгенологических проявлений слюннокаменной болезни (наблюдения из практики) 231
Григоров С.Н., Рак А.В., Чирик А.И. 231
Трудности диагностики паразитарных поражений челюстно-лицевой области 232
Григорова А.А., Рак А.В. 232
Изменение уровня про- и противовоспалительных цитокинов зубодесневой жидкости у больных с перфорацией твердых тканей зуба 233
Доля Э.И. 233
Клинический опыт применения отечественных ополаскивателей в комплексном лечении хронического катарального гингивита 234
Донцова Д.А. 234
Особливості імунітету порожнини рота при лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай 234
Єлісєєва О.В. 234
Опыт применения препарата «Солкосерил дентальная адгезивная паста» при комплексном лечении пародонтита 235
Куров А. Н. 235
Нитрат серебра в лечении хронического верхушечного периодонтита 236
Палий Е.В. 236
Варианты осложнений после гайморотомии 236
Побережник А. А. 236

Иммунологические аспекты хронического рецидивирующего стоматита на фоне паразитарной инвазии ... 237
Савельева Н.Н. ... 237
Опыт применения остеопластических материалов при удалении фолликулярных кист и ретенированных зубов верхней челюсти ... 238
Семченко В.М. ... 238
Морфологические особенности тканей корневого дентина при эндодонтическом использовании лазерного излучения ... 239
Спиридонова К.Ю., Василенко О.Н. ... 239
Стоматологический статус у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ... 239
Стариков В.В. ... 239
Изменение биохимических показателей ротовой жидкости при множественном кариесе зубов у детей ... 241
Страшко О.И., Карнаух Е.В ... 241
Эффективность лечения пришеечного кариеса зубов с использованием жидкотекучих композитов ... 241
Стеблянко А.А., Гурьева А.Ю., Волосатов Н.А., Лагута А.А. ... 241
Опыт лечения острого одонтогенного сепсиса в сочетании с ДВС-синдромом ... 242
Ткаченко О.В., Власенко Е.А. ... 242
Динаміка зміни індексу рма при лікуванні хворих на генералізований пародонтит при використанні глюкозаміну сульфату ... 243
Черепинська Ю.А., Бурцев Б.Г. ... 243
Огляд сучасних медикаментозних методів впливу на організм хворого з переломом нижньої щелепи ... 244
Чирик О.І., Свідло О.А. ... 244
Отличительные особенности, способы доклинической диагностики гайморитов ... 244
Яковенко Д.М. ... 244
Comparative characteristics in structural specificities of microcrystallization of oral fluid in foreign students from different courses ... 245
El Masri Rawad, El Masri Houssein, Yussuf Mashavu, Al Shaaban Mariam ... 245
СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ ... 247
Либерализация аборта ... 247
Али-заде Конул ... 247
Чингисхан – личность в истории ... 247
Глазунов А.В. ... 247
Деякі питання історіографії про голод 1932-1933 років в Україні ... 248
Голінько В.В. ... 248
«Заблудшие в сети»: социальная сеть как форма интернет-зависимости ... 249
Зубенко Ю.К. ... 249
Актуальные проблемы развития украинской культуры ... 250
Кошман С.К. ... 250
Стресостійкість як основа виховання сучасного лікаря ... 251
Кулікова І.І. ... 251
Святитель-хирург Лука (Войно-Ясенецкий): врач, философ, гражданин ... 251
Мирошниченко М.С., Плитень О.Н. ... 251
Вплив гендерної ідентичності на самореалізацію підлітків ... 252
Молчанюк Д.А., Піскарьова А.М. ... 252
СОЛНЦЕ и ЛУНА в русской и африканской языковых картинах мира ... 253
Мохамаду Абдул Траоре ... 253
Влияние моды на здоровье человека ... 254
Мусаева Н.Ф. ... 254
Психологические факторы формирования спроса на эзотерические услуги в странах СНГ ... 255

Насонова Л.И. 255
Моральные аспекты вынужденного прерывания беременности 256
Радченко А.Е. 256
Спілкування як універсальний засіб досягнення успіху в житті 257
Степаненко О. І. 257
Психологические аспекты шаманских лечебных практик» 257
Тихонова О.О. 257
Роль генов в судьбе человека 258
Фельдман Д.А. 258
Этические аспекты трансплантологии 259
Цемах С.С. 259
Интернет-ресурсы как негативный посредник между врачом и пациентом 260
Чайка О.А. 260
Этическая обоснованность народной медицины и целительства 260
Шамовцев В.С. 260
Conciousness: philosophical and medical theories 261
Adeyemi Ayodeji Alexander 261
Pluralism and medical science 262
Alkarawi Manar Shakir 262
Philosophy of human personality and its relationship with medicine 263
Al-Salihi Gheyath 263
Bioethical aspects of abortion 263
Amina Idrissa Ahmada 263
Bioethics and the future of human destiny 264
M.D Chancellor F. Nzenwa 264
Philosophy of medicine as a brench of philosophy 265
Nawar Osamah Younus 265
The social reasons of epidemic of cholera in the west africa 265
Otusile John Olabode 265
Categorizing of euthanasia 266
Tamara Ali 266
Healing relationships and the existential philosophy 266
Zainulabdeen Salih Mahdi 266